



Sygn. akt I BU 6/11

## **WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 20 września 2011 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Zbigniew Hajn (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Zbigniew Myszka

SSN Jolanta Strusińska-Żukowska

w sprawie z odwołania W. N.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych

o zasiłek chorobowy,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy, Ubezpieczeń

Społecznych i Spraw Publicznych w dniu 20 września 2011 r.,

skargi ubezpieczonego o stwierdzenie niezgodności z prawem prawomocnego

orzeczenia wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 5 listopada 2010 r.,

**oddala skargę.**

### **Uzasadnienie**

Decyzją z 15 września 2009 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych odmówił odwołującemu się W. N. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 13 lipca 2009 r. do 20 lipca 2009 r. i od 23 lipca 2009 r. do 13 sierpnia 2009 r. Kolejną decyzją z 5 października 2009 r. organ rentowy odmówił mu prawa do zasiłku za okres od 21

sierpnia 2009 r. do 31 sierpnia 2009 r. W odwołaniach od tych decyzji ubezpieczony wniósł o ich zmianę i wypłatę należnych świadczeń chorobowych wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie. Podniósł, że nieprawomocna decyzja z 20 października 2008 r. o wyłączeniu go z ubezpieczenia nie mogła stanowić podstawy do wydania zaskarżonych decyzji. Wskazał ponadto, że spełnia wszelkie wymogi wynikające z przepisów prawa, uprawniające go do otrzymania zasiłku chorobowego. W odpowiedzi na odwołania ubezpieczonego od ww. decyzji organ rentowy wniósł o ich oddalenie.

Wyrokiem z dnia 23 czerwca 2010 r. Sąd Rejonowy zmienił zaskarżone decyzje w ten sposób, że przyznał ubezpieczonemu prawo do zasiłków chorobowych za okresy od 13 lipca 2009 r. do 20 lipca 2009 r., od 23 lipca 2009 r. do 13 sierpnia 2009 r. i od 21 sierpnia 2009 r. do 31 sierpnia 2009 r.

Sąd Rejonowy ustalił, że ubezpieczony dokonał wpisu do ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez Prezydenta Miasta D. Szeroko określił przedmiot działalności gospodarczej, jednakże faktycznie zajmował się wykonywaniem usług videofilmowania, doradztwem i obrotem nieruchomościami. Wpis do ewidencji działalności gospodarczej nadal w niej figuruje, gdyż ubezpieczony dotychczas nie złożył wniosku o wyrejestrowanie. Decyzją z 20 października 2008 r. organ rentowy wyłączył ubezpieczonego z obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego, wypadkowego oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 13 stycznia 2004 r. do nadal. Od tej decyzji ubezpieczony odwołał się do sądu. Nieprawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego z dnia 27 października 2009 r. (sygn. akt XIU .../08) oddalono odwołanie ubezpieczonego, od czego wniósł on apelację. Sąd Rejonowy ustalił, że ubezpieczony od października 2008 r. w okresach zdolności do pracy faktycznie prowadził działalność gospodarczą. I tak w październiku 2008 r. przyjął zlecenie i wykonał usługę doradztwa i reportażu za którą pobrał wynagrodzenie w kwocie 7.700 zł. W kwietniu 2009 r. wykonał podobną usługę za wynagrodzeniem w kwocie 9.500 zł. W ramach usług doradczych sporządzał dla jednego klienta pisma urzędowe za kwoty po 250 zł od pisma. Ubezpieczony kupował również artykuły biurowe, sprzęt fotograficzny oraz reklamował swoje usługi w prasie. Osiągał także przychody z odsetek kapitałowych na rachunkach firmowych. Od października 2008 r. ubezpieczony opłacał w

terminie i w prawidłowej wysokości składki na ubezpieczenie społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, również za okresy orzeczonej niezdolności do pracy. Organ rentowy przyjmował składki wpłacane przez ubezpieczonego i korespondował z nim, między innymi w sprawie dostarczonych zaświadczeń o niezdolności do pracy. Ubezpieczony opłacał za te okresy składki w wysokości minimalnej, za wyjątkiem miesięcy październik 2008 r. i kwiecień 2009 r. Organ rentowy zarówno w niniejszej sprawie, jak i w innych sprawach dotyczących okresów niezdolności do pracy przypadających po decyzji z 20 października 2008 r., odmawiał ubezpieczonemu wypłaty zasiłków chorobowych powołując się na wyłączenie ubezpieczonego z ubezpieczeń społecznych na mocy tej decyzji.

W tak ustalonym stanie faktycznym sprawy Sąd Rejonowy przyjął, że odwołanie zasługuje na uwzględnienie. Sąd uznał, że kluczowe znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy ma to, że ubezpieczony po decyzji z 20 października 2008 r. prowadził działalność gospodarczą w rozumieniu art. 13 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Sąd wskazał, że ciężar dowodu wykazania przesłanek uzasadniających ustanie obowiązku ubezpieczenia społecznego obciąża organ rentowy, który dowodu takiego skutecznie nie przeprowadził. Natomiast z dowodów przedstawionych przez ubezpieczonego wynika, że w spornych okresach przerw pomiędzy okresami zasiłkowymi ubezpieczony prowadził działalność gospodarczą. Sąd nie podzielił poglądu organu rentowego, że po wydaniu decyzji z 20 października 2008 r. objęcie ubezpieczonego dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymagało, zgodnie z art. 14 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych złożenia ponownego wniosku. Ubezpieczony wniosek taki już złożył, a wyłączenie go z ubezpieczenia na mocy decyzji z 20 października 2008 r. nie jest jeszcze skuteczne, skoro postępowanie nie zostało prawomocnie zakończone. Działania ubezpieczonego, który odwołał się od tej decyzji i nadal opłacał wymagane składki dowodzi, że jego zamiarem było podleganie ubezpieczeniom społecznym, w tym ubezpieczeniu chorobowemu. Co więcej, przyjmowanie przez ZUS składek wpłacanych przez ubezpieczonego powoduje w sposób dorozumiany objęcie go ubezpieczeniem społecznym, w tym także chorobowym. Również inne działania ZUS dają podstawy do twierdzenia, że organ rentowy traktował odwołującego się w pewnych sytuacjach jako ubezpieczonego w rozumieniu

ustawy systemowej, dokonując zmian na jego koncie i korespondując z nim w sprawie wymaganych dokumentów do wypłaty zasiłku chorobowego. W tej sytuacji, nawet przyjęcie, że ubezpieczony został z mocy decyzji z dnia 20 października 2008 r. wyłączony z ubezpieczeń społecznych nie może rodzić skutku w postaci nieobjęcia go ubezpieczeniem chorobowym w okresie następującym po dacie decyzji tylko dlatego, że ubezpieczony nie złożył wymaganego wniosku. Byłoby to zbytnie formalizowanie w sytuacji, gdy ubezpieczony nigdy nie wycofał złożonego formalnie wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, a utracił status ubezpieczonego wyłącznie na skutek decyzji organu rentowego, a nie z woli przerwania ubezpieczenia społecznego. Na koniec Sąd doszedł do wniosku, że w okresie po 20 października 2008 r. ubezpieczony nieprzerwanie był objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w rozumieniu art. 6 ustawy zasiłkowej. Nie zmienia tego nawet założenie, że ubezpieczony został wyłączony z ubezpieczenia chorobowego decyzją z 20 października 2008 r., ponieważ i tak na dzień powstania orzeczonej niezdolności do pracy upłynął wymagany okres wyczekiwania z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej liczony od dnia następnego po dacie decyzji.

W apelacji organ rentowy wniósł o zmianę wyroku Sądu Rejonowego przez uznanie, że odwołujący się nie spełnia warunków do nabycia prawa do zasiłków chorobowych za sporny okres i o oddalenie odwołania. W odpowiedzi na apelację ubezpieczony wniósł jej oddalenie.

Sąd Okręgowy wyrokiem z dnia 5 listopada 2010 r., zaskarżonym rozpoznawaną obecnie skargą, zmienił wyrok Sądu Rejonowego w ten sposób, że oddalił odwołanie i zasądził od ubezpieczonego na rzecz organu rentowego 60 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego. W uzasadnieniu wyroku Sąd Okręgowy wskazał, że wyrok Sądu Okręgowego z dnia 27 października 2009 r. (sygn. akt XIU .../08), którym oddalono odwołanie ubezpieczonego od decyzji z 20 października 2008 r., uprawomocnił się ze względu na oddalenie apelacji od niego przez Sąd Apelacyjny wyrokiem z 24 czerwca 2010 r., apelacji ubezpieczonego. W rezultacie decyzja ta uprawomocniła się, a z ustaleń przyjętych w podstawie faktycznej ww. wyroku Sądu Okręgowego z 27 października 2009 r. wynika, że w okresie objętym decyzją z dnia 20 października 2008 r. ubezpieczony faktycznie nie

proceeding no economic activity of the kind that obliges the insured person to contribute to social security under the Act of 13 October 1998 on the system of social security, but only paid contributions to social security in short periods of interruption between periods of receiving sick leave benefits. The Regional Court found that the mere joining of the insured person to social security without the intention and possibility of conducting economic activity was a legal act aimed at circumventing the law, and as a consequence, null and void in law and not producing any legal effects (art. 58 § 1 k.c.). The appellant, for several years, with short interruptions, constantly benefited from sick leave benefits, receiving from the Social Security Fund, as established by the Regional Court in the above case, over 2 million PLN, and economic activity, at least in the period covered by the decision of 20 October 2010, i.e. from 13 January 2004, did not conduct (justification in the above judgment of the Appellate Court of 24 June 2010). The above presumes the fictitiousness of the title to social security at least since 2004. As a result, the re-joining of the insured person to social security required the submission of an application by the insured person. A person conducting a non-agricultural economic activity is subject to sickness insurance on the basis of voluntariness, and the taking of this insurance is realized through the submission of an application. The requirement is not a mere formalism, because at the stage of joining social security, the competent authority is entitled to control whether the person joining social security has a real ability to conduct economic activity. The lack of an application after the exclusion of the appellant from social security presumes the lack of grounds for appeal, or rather, the admissibility of joining social security on a voluntary basis. The Regional Court does not agree with the assessment of the Regional Court, that the circumstances of the case point to the understood taking of social security by the appellant, together with sickness insurance. The circumstances point only to the intention of the insured person to receive sick leave benefits for periods following the decision excluding the appellant from social security. The circumstances of the appeal result in the fact that within one year of the issuance of the above decision,

ubezpieczony przedłożył kolejne 26 zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy. Poddaje to w wątpliwość, czy również w tym okresie ubezpieczony miał możliwość prowadzenia działalności gospodarczej, aczkolwiek okoliczność ta ze względu na brak wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i tak nie miała żadnego znaczenia.

W skardze o stwierdzenie niezgodności z prawem ubezpieczony, reprezentowany przez fachowego pełnomocnika, zaskarżył wyrok Sądu Okręgowego w całości, zarzucając mu naruszenie przepisów postępowania, które miały istotny wpływ na wynik sprawy, a mianowicie:

1) art. 477<sup>14</sup> § 2 w związku z art. 325, art. 386 § 1 i art. 391 § 1 k.p.c., polegające na tym, że Sąd drugiej instancji rozstrzygnął apelację wniesioną przez ZUS bez uwzględnienia okoliczności, że okres objęty kontrolą organu rentowego obejmuje okres od 13 stycznia 2004 r. do 18 sierpnia 2008 r.;

2) art. 365 § 1 w związku z art. 366 k.p.c., przez nieuwzględnienie kwestii o charakterze prejudycjalnym przesądzonej w sprawie wcześniej zakończonej prawomocnym wyrokiem Sądu Rejonowego z 2 kwietnia 2010 r., o sygn. akt V U .../09, w którym wymieniony Sąd wskazał, że w okresie po dniu 20 października 2008 r. skarżący prowadził działalność gospodarczą.

W zakresie podstawy naruszenia prawa materialnego skarżący zarzucił:

1) Błędny wykładnię art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 8 ust. 6 pkt 1, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1 i art. 13 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, polegającą na: (-) nieprawidłowym przyjęciu przez Sąd Okręgowy, że powyższe przepisy - z uwagi na rzekomo zaistniałe w niniejszej sprawie okoliczności faktyczne, a w szczególności z uwagi na występujące w prowadzonej przez ubezpieczonego działalności gospodarczej okresy oczekiwania na zlecenia, czy okresy niezdolności do pracy z powodu choroby i leczenia - wykluczają możliwość podlegania przez skarżącego od dnia 13 lipca 2009 r. ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, pomimo, że ubezpieczony opłacał należne za ten okres składki na te ubezpieczenia, które ZUS przyjmował i z nich korzystał, jak również nie zaprzestał ani faktycznie, ani formalnie prowadzenia działalności gospodarczej, a zwłaszcza, że ubezpieczony nie zlikwidował, ani nie zawiesił prowadzonej działalności gospodarczej oraz (-)

nieprawidłowym przyjęciu przez Sąd Okręgowy, że powyższe przepisy nie dają podstaw do przyjęcia, że prowadzenie działalności pozarolniczej (gospodarczej) obejmuje nie tylko faktyczne wykonywanie czynności należących do zakresu tej działalności, lecz także wszelkie czynności pomocnicze i przygotowawcze zmierzające do zaistnienia takich czynności gospodarczych oraz zmierzające do stworzenia warunków dla prowadzenia działalności gospodarczej;

2) Błędną wykładnię art. 2 w związku z art. 4, art. 14 ust. 1 i art. 14a ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (j.t. Dz.U. z 2007 r. Nr 155, poz.1095 ze zm.), polegającą na: (-) nieprawidłowym przyjęciu przez Sąd drugiej instancji, iż dla obowiązkowego objęcia skarżącego ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym oraz wypadkowym, jak również dla objęcia go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym konieczne jest uzyskiwanie przez ubezpieczonego przychodów z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, a jeżeli takie przychody nie wystąpiły, to fakt istnienia wpisu tej osoby jako przedsiębiorcy we właściwej ewidencji działalności gospodarczej oraz wykonywanie innych czynności wynikających ze statusu W. N. jako przedsiębiorcy (w tym czynności pomocniczych i przygotowawczych zmierzających do zaistnienia czynności gospodarczych należących do zakresu tej działalności figurujących we wpisie do ewidencji działalności gospodarczej oraz zmierzających do stworzenia warunków dla prowadzenia działalności gospodarczej) nie decyduje, w ocenie Sądu Okręgowego, o tym, czy skarżący podlega tym ubezpieczeniom, czy też nie, w sytuacji, gdy ubezpieczony nie zlikwidował, ani też nie zawiesił prowadzonej działalności gospodarczej oraz (-) nieprawidłowym przyjęciu przez Sąd II instancji, że: (-) o rzekomym braku ciągłości w prowadzeniu przez ubezpieczonego działalności gospodarczej świadczy pobieranie przez niego, w określonym czasie, zasiłków chorobowych w określonej wysokości, a także traktowanie występujących w prowadzeniu działalności gospodarczej okresów oczekiwania na zlecenia, czy okresów niezdolności do pracy z powodu udokumentowanych zgodnie z przepisami obowiązującego prawa i w żaden sposób skutecznie niezakwestionowanych przez organ rentowy, okresów choroby i leczenia (czyli okresów, w których nie są wykonywane zlecenia), jako przerw w wykonywaniu działalności gospodarczej powodujących wyłączenie skarżącego z ubezpieczeń społecznych oraz (-)

występujące w prowadzeniu działalności gospodarczej okresy oczekiwania na zlecenia, czy też okresy niezdolności do pracy z powodu choroby i leczenia (udokumentowane zgodnie z przepisami obowiązującego prawa i co najważniejsze skutecznie niezakwestionowane przez ZUS) stanowią przerwy w wykonywaniu działalności gospodarczej, które uzasadniają wyłączenie skarżącego z ubezpieczeń społecznych;

3) Niewłaściwe zastosowanie art. 58 k.c. w związku z błędną wykładnią art. 84 ust. 1 i ust. 8c oraz art. 85 ust. 1 ustawy systemowej, na skutek dowolnego przyjęcia przez Sąd drugiej instancji, że w odniesieniu do skarżącego „Samo przystąpienie do ubezpieczenia społecznego bez zamiaru i możliwości prowadzenia działalności gospodarczej jest czynnością prawną mającą na celu obejście ustawy, a w konsekwencji nieważną z mocy prawa i nie wywołującą żadnych skutków prawnych (art. 58 § 1 k.c.)”, co, w ocenie Sądu, „przesądza o fikcyjności tytułu ubezpieczenia społecznego co najmniej od 2004 r., świadczy bowiem o kontynuowaniu ubezpieczenia społecznego bez możliwości prowadzenia działalności gospodarczej z uwagi na trwającą od wielu lat niezdolność ubezpieczonego do pracy”;

4) Błędną wykładnię art. 36 ust. 1 i ust. 3 ustawy systemowej, przy jednoczesnym pominięciu przez Sąd Okręgowy art. 48b ust. 1 tej ustawy, przez przyjęcie przez Sąd drugiej instancji, że po wyłączeniu W. N. przez organ rentowy z ubezpieczeń społecznych na skutek wydania przez ten organ decyzji z dnia 20 października 2008 r., skarżący był zobowiązany ponownie zgłosić się do tych ubezpieczeń oraz 5) naruszenie art. 6 ust. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej w związku z art. 2a ust. 1 i 2 ustawy systemowej, przez brak zastosowania tych przepisów przez Sąd Okręgowy w związku z przyjęciem przez ten Sąd, w odniesieniu do ubezpieczonego, takich kryteriów i warunków, które nie zostały przewidziane w obowiązujących przepisach prawa, a w szczególności w przepisach ustawy o swobodzie działalności gospodarczej i ustawy systemowej, a których zastosowanie doprowadziło do tego, że W. N. nie został potraktowany w taki sam sposób jak inni ubezpieczeni, co jednocześnie doprowadziło do naruszenia art. 32 ust. 1 i art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przez brak zastosowania tych przepisów.



Wskazując na powyższe zarzuty skarżący wniósł o stwierdzenie niezgodności zaskarżonego prawomocnego wyroku oraz o zasądzenie od organu rentowego na rzecz ubezpieczonego kosztów postępowania wszczętego skargą, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Zgodnie z ukształtowanym stanowiskiem Sądu Najwyższego, skarga o stwierdzenie niezgodności z prawem prawomocnego orzeczenia może odnieść zamierzony skutek tylko wówczas, gdy wskazane w niej naruszenie prawa ma charakter kwalifikowany i elementarny. Skarga nie może być rozumiana jako środek prowadzący do dochodzenia roszczeń odszkodowawczych w odniesieniu do każdego wadliwego wyroku (por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 4 grudnia 2001 r., SK 18/00, Dz.U. Nr 145, poz. 1638). Gdy się zważy, że przy wydawaniu każdego orzeczenia sądowego dokonywana jest wykładnia stosowanego prawa, z istoty swej otwarta na wiele możliwych interpretacji, za niezgodne z prawem można uznać tylko orzeczenie oczywiście sprzeczne z ogólnie przyjętymi standardami rozstrzygnięć albo takie, które zostało wydane w wyniku wykładni oczywiście błędnej lub wadliwego zastosowania prawa widocznych bez głębszej analizy prawniczej. W związku z tym nie można stwierdzić niezgodności z prawem orzeczenia opartego na przepisie prawa, którego treść dopuszcza możliwość różnych interpretacji i gdy za każdą z nich przemawiają uzasadnione argumenty (por. np. wyroki SN z 9 marca 2006 r., II BP 6/2005, OSNP 2007 Nr 3-4, poz. 42, z 18 stycznia 2006 r., II BP 1/05 i z 13 grudnia 2005 r., II BP 3/05, niepublikowane; z 31 marca 2006 r., IV CNP 25/05, OSNC 2007, nr 1, poz. 17 i z dnia 4 stycznia 2007 r., V CNP 132/06, "Biuletyn SN" 2007, nr 4, s. 14). Z tego względu niezgodność orzeczenia z prawem powodująca odpowiedzialność odszkodowawczą Państwa musi polegać na oczywistej obrazie prawa; nie jest nią natomiast wybór jednej z możliwych interpretacji przepisów prawa, choćby a posteriori okazała się nieprawidłowa (wyrok SN z 24 lipca 2006 r., I BP 1/2006,

niepubl.). Sąd Najwyższy stwierdził także, że niezgodność prawomocnego orzeczenia z prawem może wynikać tylko z oczywistych błędów sądu, spowodowanych rażącym naruszeniem zasad wykładni lub stosowania prawa (wyroki SN: z 31 marca 2006 r., IV CNP 25/2006, OSNC 2007, nr 1, poz. 17, oraz z 4 stycznia 2007 r., V CNP 132/06, Biul. SN 2007, nr 4).

W ocenie Sądu Najwyższego, zaskarżony wyrok Sądu Okręgowego nie może być uznany za sprzeczny z ogólnie przyjętymi standardami rozstrzygnięć albo wydany w wyniku wykładni oczywiście błędnej lub wadliwego zastosowania prawa widocznych bez głębszej analizy prawniczej. Przeciwnie, zostało ono wydane w wyniku przyjęcia interpretacji przepisów prawa, za którą przemawiają uzasadnione argumenty przedstawione przez Sąd Okręgowy. Przede wszystkim bezpodstawne okazały się zarzuty skarżącego oparte na twierdzeniu, że Sąd Okręgowy uznał, iż w okresie od 13 lipca 2009 r. nie prowadził on działalności gospodarczej i w rezultacie nie podlegał obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu, tj. zarzuty naruszenia art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 8 ust. 6 pkt 1, art. 12 ust. 1 i art. 13 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych; art. 2 w związku z art. 4, art. 14 ust. 1 i art. 14a ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej; art. 36 ust. 1 i ust. 3 i art. 48b ust. 1 ustawy systemowej; art. 6 ust. 2 o swobodzie działalności gospodarczej w związku z art. 2a ust. 1 i 2 ustawy systemowej oraz art. 32 ust. 1 i art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Bezpodstawność tych zarzutów wynika stąd, że Sąd (wbrew twierdzeniom przedstawionym w skardze) nie stwierdził, iż skarżący nie prowadził działalności gospodarczej w rozważanym okresie i nie podlegał obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym z tego tytułu. Sąd wprawdzie wyraził wątpliwość, czy prowadzenie tej działalności było możliwe wobec licznych zwolnień chorobowych, z których on korzystał także w tym okresie, niemniej jednak ostatecznie założył, że odwołujący się prowadził działalność gospodarczą i podlegał obowiązkowym ubezpieczeniom, skoro rozważał objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, którego przesłanką było w okolicznościach sprawy podleganie obowiązkowym ubezpieczeniom z tytułu tej działalności (art. 11 ust. 2 ustawy systemowej).

W świetle wyżej wskazanych założeń oceny zasadności skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem prawomocnego wyroku, za bezzasadny

należy także uznać zarzut naruszenia art. 11 ust. 2 ustawy systemowej, przez nieuznanie przez Sąd Okręgowy, że odwołujący się nawiązał (czy też kontynuował) w sposób dorozumiany ubezpieczenie chorobowe. Zdaniem skarżącego wynika to stąd, że odwołujący się płacił składki na ubezpieczenia obowiązkowe i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, a ZUS je przyjmował i z nich korzystał. W tej kwestii należy zgodzić się ze skarżącym, że zgodnie z orzecznictwem sądowym złożenie wniosku nie jest warunkiem nawiązania stosunku ubezpieczenia społecznego, jeżeli wola podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej została ujawniona w sposób wyraźny (zob. wyrok SN z dnia 3 lutego 1989 r., II URN 299/88, niepublikowany; wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 3 listopada 2000 r., III Aua 774/00, OSA 2001/2/5; wyrok SN z dnia 16 sierpnia 2005 r., I UK 376/04, OSNP 2006, Nr 11-12, poz. 195). Należy jednak wziąć pod uwagę, że w wyroku z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003 Nr 10, poz. 257, w stanie faktycznym, w którym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego ustało z mocy prawa wskutek niedotrzymania ustawowego terminu zapłaty należnych składek na ten rodzaj ubezpieczenia, Sąd Najwyższy stwierdził, że ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego. Warto też zauważyć, że wykładnia językowa art. 11 ust. 2 i art. 14 ust. 1 i 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wskazuje na konieczność złożenia przez ubezpieczonego wniosku, jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. W tej sytuacji nie można stwierdzić niezgodności z prawem zaskarżonego wyroku Sądu Okręgowego ze względu na naruszenie wymienionego art. 11 ust. 2, skoro możliwe są jego różne interpretacje, a na poparcie wybranej (a kwestionowanej w rozpoznawanej skardze) wykładni Sąd ten przedstawił racjonalne argumenty.

Bezasadnie okazały się również zarzuty naruszenia przepisów postępowania. W pierwszej kolejności dotyczy to zarzutu naruszenia art. 477<sup>14</sup> § 2 w związku z art. 325, art. 386 § 1 i art. 391 § 1 k.p.c., polegającego na tym, że, jak wskazano w uzasadnieniu skargi, Sąd drugiej instancji rozciągnął działanie prawomocnej decyzji ZUS z 20 października 2008 r. na okres następujący po 18 sierpnia 2008 r., w sytuacji, gdy z ustalonego przez Sąd Rejonowy w niniejszej

sprawie stanu faktycznego bezspornie wynika, że co najmniej od października 2008 r. ubezpieczony prowadził działalność gospodarczą i osiągał z tego tytułu przychody. Bezpodstawność tego zarzutu wynika stąd, że, pomimo częściowo zbędnych dywagacji Sądu dotyczących okresu poprzedzającego wydanie wymienionej wyżej decyzji, Sąd nie uznał okresu po jej wydaniu za objęty jej zakresem, skoro, jak już wskazano, rozważał możliwość powstania w tym okresie ubezpieczenia chorobowego odwołującego się, a negatywny rezultat tych rozważań został objęty przez skarżącego opisanym wyżej zarzutem naruszenia art. 11 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Poza tym, co również już powyżej wyjaśniono, Sąd nie zanegował faktu prowadzenia przez odwołującego się działalności gospodarczej w tym czasie. Natomiast rozważania Sądu odnoszące się do okresu poprzedzającego decyzję z 20 października 2008 r. posłużyły mu do sformułowania tezy, zgodnie z którą wyłączenie odwołującego się z ubezpieczeń społecznych dokonane tą decyzją i potwierdzone prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego z 27 października 2009 r., spowodowało konieczność ponownego przystąpienia do ubezpieczeń, co wiązało się z koniecznością złożenia stosownego wniosku, bowiem w szczególności objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym mogło w takiej sytuacji nastąpić tylko w ten sposób. Z tym nurtem argumentacji Sądu Okręgowego wiąże się także zawarte w uzasadnieniu wyroku twierdzenie, że przystąpienie odwołującego do ubezpieczenia społecznego przynajmniej w okresie objętym decyzją z 20 października 2010 r. (powinno być 20 października 2008 r.) było czynnością prawną mającą na celu obejście ustawy, a w konsekwencji nieważną na podstawie art. 58 § 1 k.c. To stwierdzenie jest wyraźnie błędne. Przystąpienie do ubezpieczenia społecznego nie jest bowiem czynnością prawną prawa cywilnego, do której można stosować wymieniony przepis. Nie jest też czynnością prawa pracy, jak np. umowa o pracę lub podwyższenie wynagrodzenia za pracę, do której na podstawie art. 300 k.p. można stosować art. 58 § 1 k.c. i wywodzić z nieważności takiej czynności określone skutki w sferze ubezpieczeń społecznych (por. np.: uchwała SN z 27 kwietnia 2005 r., II UZP 2/05, OSNP 2005 nr 21, poz. 338; wyrok SN z 4 sierpnia 2005 r., II UK 16/05, OSNP 2006 nr 11-12, poz. 191; uchwała SN w składzie siedmiu sędziów z 21 kwietnia 2010 r., II UZP 1/10, OSNP 2010, Nr 21-22, poz. 267). Wobec tego zarzut

naruszenia rozważanego przepisu należy uznać za uzasadniony. Jego naruszenie przez zaskarżony wyrok nie spowodowało jednak bezprawności tego orzeczenia w świetle określonych wyżej zasad oceny zasadności skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem prawomocnego orzeczenia. Istotna dla rozstrzygnięcia i decydująca o jego treści argumentacja Sądu odnosi się bowiem do oceny, czy odwołujący się przystąpił do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego po 20 października 2008 r. W tej sytuacji fakt wyraźnie błędnego zastosowania art. 58 § 1 k.c. nie daje podstaw do uznania, że zaskarżony wyrok nie odpowiada prawu - art. 398<sup>14</sup> w związku z art. 424<sup>12</sup> k.p.c. (zob. też wyrok SN z dnia 25 maja 2007 r., I CNP 17/07, Lex nr 286765; postanowienie SN z dnia 9 października 2006 r., II BP 8/2006 (niepubl.). Bezpodstawnie skarżący zarzucił Sądowi Okręgowemu naruszenie art. 365 § 1 w związku z art. 366 k.p.c., przez nieuwzględnienie kwestii o charakterze prejudycjalnym przesądzonej w sprawie wcześniej zakończonej Rejonowego z 2 kwietnia 2010 r., o sygn. akt V U .../09, w którym wymieniony Sąd wskazał, że w okresie po dniu 20 października 2008 r. skarżący prowadził działalność gospodarczą. Przede wszystkim trudno mówić o naruszeniu przez zaskarżony wyrok art. 365 § 1 k.p.c., dotyczącego w szczególności związania sądu prawomocnym wyrokiem innego sądu, skoro Sąd Okręgowy nie dokonał odmiennej oceny prawnej żądania odwołującego się w tamtej sprawie niż zawarta w wymienionym prejudykacie, a co więcej nie dokonał odmiennych ustaleń faktycznych. Przeciwnie, co kilka razy wyżej podnoszono, Sąd nie zakwestionował ostatecznie prowadzenia przez odwołującego się działalności gospodarczej w okresie po wydaniu decyzji z 20 października 2008 r. Sąd Okręgowy nie naruszył też art. 366 k.p.c., dotyczącego powagi rzeczy osądzonej, bowiem wyrok Sądu Rejonowego z 2 kwietnia 2010 r. dotyczył ubezpieczenia odwołującego się w innym okresie niż okresy objęte decyzjami, które spowodowały złożenie przez ubezpieczonego odwołań inicjujących postępowanie sądowe w niniejszej sprawie, a zgodnie z tym przepisem, wyrok prawomocny ma powagę rzeczy osądzonej tylko co do tego, co w związku z podstawą sporu stanowiło przedmiot rozstrzygnięcia, a ponadto tylko między tymi samymi stronami.

Wobec powyższego Sąd Najwyższy, na podstawie 424<sup>11</sup> k.p.c., orzekł jak w sentencji.

