



Sygn. akt I UK 339/11

**WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 29 marca 2012 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Józef Iwulski (przewodniczący)

SSN Katarzyna Gonera (sprawozdawca)

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 29 marca 2012 r.,

skargi kasacyjnej ubezpieczonego od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i
Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 28 kwietnia 2011 r.,

oddala skargę kasacyjną.

Uzasadnienie

Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzją z 1 czerwca 2009 r. odmówił W. N. prawa do zasiłku chorobowego za okresy: od 14 listopada do 2 grudnia 2008 r., od 5 grudnia do 12 grudnia 2008 r., od 17 grudnia do 31 grudnia 2008 r. oraz od 14

stycznia do 31 marca 2009 r. W uzasadnieniu podano, że na mocy decyzji organu rentowego z 20 października 2008 r. ubezpieczony został wyłączony z ubezpieczeń społecznych, a zatem w wymienionych okresach nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu.

Odwołanie od powyższej decyzji wniósł W. N. (odwołujący się), domagając się jej zmiany i wypłaty należnych świadczeń chorobowych wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie.

Sąd Rejonowy– Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z 1 lutego 2011 r., oddalił odwołanie.

Sąd Rejonowy ustalił, że od 28 grudnia 1990 r. odwołujący się figuruje w ewidencji działalności gospodarczej jako przedsiębiorca. Nie złożył wniosku o wyrejestrowanie tej działalności. Decyzją z 20 października 2008 r. organ rentowy wyłączył odwołującego się z obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i wypadkowego oraz z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, poczynając od 13 stycznia 2004 r., z uwagi na to, że w tym czasie ubezpieczony faktycznie nie prowadził działalności gospodarczej. Od tej decyzji ubezpieczony odwołał się do sądu. Prawomocnym wyrokiem z 27 października 2009 r. jego odwołanie zostało oddalone. Wyrokiem z 24 czerwca 2010 r., Sąd Apelacyjny oddalił także jego apelację. Sąd Apelacyjny ustalił, że w okresie od 13 stycznia 2004 r. do 18 sierpnia 2008 r. głównym źródłem utrzymania W. N. były zasiłki chorobowe. W krótkich okresach przerw, pomiędzy licznymi zwolnieniami lekarskimi, odwołujący się opłacał składki na ubezpieczenie społeczne. W zeznaniu podatkowym za 2008 r. odwołujący się zadeklarował przychód w kwocie 7.700 zł, który miał osiągnąć w październiku 2008 r. Od października 2008 r. opłacał w terminie i prawidłowej wysokości składki na ubezpieczenie społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Organ rentowy – zarówno w niniejszej sprawie jak i w wielu innych sprawach dotyczących okresów niezdolności do pracy przypadających po decyzji z 20 października 2008 r. – odmawia odwołującemu się wypłaty zasiłków chorobowych, powołując się na wyłączenie go z ubezpieczeń społecznych, w tym z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Sąd pierwszej instancji ustalił ponadto, że od chwili wydania decyzji z 20 października 2008 r. do chwili wydania wyroku z 1 lutego 2011 r. W. N. nie złożył wniosku o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Sąd Rejonowy uznał, że skoro decyzja z 20 października 2008 r., o niepodleganiu ubezpieczeniom społecznym poczynając od 13 października 2004 r., stała się prawomocna z dniem wydania przez Sąd Apelacyjny wyroku z 24 czerwca 2010 r., to od tego momentu odwołujący się ma pełną świadomość, że w okresie objętym decyzją nie prowadził działalności gospodarczej, a to zniweczyło jego wcześniejsze zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych. W celu zapewnienia sobie możliwości ubiegania się o wypłatę zasiłków chorobowych, odwołujący się powinien był najpierw złożyć wniosek o ponowne objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Według Sądu Rejonowego, nie można przyjąć dorozumianego objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Sąd pierwszej instancji przyjął ponadto, że po 18 sierpnia 2008 r. (końcowa data okresu objętego kontrolą organu rentowego, która doprowadziła do wydania decyzji z 20 października 2008 r.) odwołujący się faktycznie nie prowadził działalności gospodarczej, gdyż tylko w dniu 14 października 2008 r. osiągnął przychód w kwocie 7.700 zł, a od 14 stycznia 2009 r. przebywał ponownie na zwolnieniu lekarskim.

Apelację od powyższego wyroku wniósł W. N., zarzucając: 1) naruszenie przepisów postępowania: a) art. 477¹ § 1 w związku z art. 325 k.p.c., przez oddalenie odwołania bez uwzględnienia, że decyzja z 20 października 2008 r. dotyczyła okresu od 13 stycznia 2004 r. do 18 sierpnia 2008 r., b) art. 365 § 1 w związku z art. 366 k.p.c., przez nieuwzględnienie kwestii o charakterze prejudycjalnym, przesądzonej w wyroku Sądu Rejonowego z 2 kwietnia 2010 r., który ustalił, że ubezpieczony po 20 października 2008 r. prowadził działalność gospodarczą; c) sprzeczność ustaleń Sądu ze zgromadzonym materiałem dowodowym, przez błędne przyjęcie, że ubezpieczony po 18 sierpnia 2008 r. nie prowadził działalności gospodarczej; 2) naruszenie przepisów prawa materialnego: a) art. 1 i art. 2 w związku z art. 3 pkt 1 i art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, przez błędne przyjęcie, że po dniu wydania przez Sąd Apelacyjny

wyroku z 24 czerwca 2010 r. ubezpieczony powinien zgłosić się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, pomimo że nie zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej, b) art. 6 ust. 1 i 2 w związku z art. 8 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa przez ich niezastosowanie.

Apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku, ewentualnie jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania. W uzasadnieniu apelacji podniósł, że Sąd Rejonowy nie miał podstaw, aby rozciągnąć działanie prawomocnej decyzji ZUS z 20 października 2008 r. na okres po 18 sierpnia 2008 r. z uwagi na to, że brak jest jednoznacznego rozstrzygnięcia w tej decyzji o okresie wyłączenia z ubezpieczenia. W wyroku Sądu Rejonowego z 2 kwietnia 2010 r., w sprawie V U .../09, zostało prawomocnie ustalone, że ubezpieczony uzyskał przychody z działalności gospodarczej w październiku, listopadzie i grudniu 2008 r. oraz w styczniu, lutym i marcu 2009 r. Zdaniem odwołującego się, skoro Sąd Rejonowy jednoznacznie i prawomocnie stwierdził, że od 20 października 2008 r. apelujący podlegał ubezpieczeniom społecznym, to Sąd rozstrzygający jego odwołanie od decyzji z 1 czerwca 2009 r. był tym związany. Według apelującego, podleganie ubezpieczeniom społecznym, w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą, następuje z mocy prawa, a nie na skutek wydania decyzji przez organ rentowy. W apelacji podniesiono również, że odwołujący się regularnie opłacał składki, także na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, które ZUS przyjmował i nimi rozporządzał. Korzystanie ze zwolnień lekarskich nie powoduje przerw w prowadzeniu działalności gospodarczej.

Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z 28 kwietnia 2011 r., oddalił apelację.

Sąd Okręgowy stwierdził, iż poza sporem pozostaje, że decyzja ZUS z 20 października 2008 r., wyłączająca odwołującego się ze wszystkich ubezpieczeń społecznych od 13 stycznia 2004 r., jest prawomocna. Postanowieniem z 16 marca 2011 r., I UK 390/10, Sąd Najwyższy odmówił przyjęcia do rozpoznania skargi kasacyjnej odwołującego się od wyroku Sądu Apelacyjnego z 24 czerwca 2010 r. Nie podlega zatem dowodzeniu okoliczność, że poczynając od 13 stycznia 2004 r.

odwołujący się został wyłączony z ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej.

Osoby prowadzące działalność gospodarczą podlegają obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu, natomiast ubezpieczenie chorobowe ma w ich przypadku charakter dobrowolny. O ile osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą podlegają obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności, o tyle objęcie ich ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem, nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony (art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Nawet gdyby przyjąć, że odwołujący się po 20 października 2008 r. faktycznie prowadził działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, nie oznacza to, że podlegał z tego tytułu ubezpieczeniu chorobowemu, ponieważ w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą objęcie ubezpieczeniem chorobowym nie następuje automatycznie, lecz wymaga złożenia stosownego wniosku. Objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek taki został zgłoszony. Dodatkowo, objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, czyli siedmiu dni od dnia powstania obowiązku ubezpieczenia (art. 14 ust. 1a tej ustawy). Odwołujący się nie złożył wniosku o objęcie go ubezpieczeniem chorobowym do dnia przedłożenia organowi rentowemu zwolnień lekarskich za okresy objęte zaskarżoną decyzją z 1 czerwca 2009 r., co wyklucza możliwość przyjęcia, że był w tych okresach objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Nie ma przy tym znaczenia okoliczność, że złożył taki wniosek w kwietniu 2011 r., już po wydaniu przez Sąd Najwyższy postanowienia z 16 marca 2011 r., I UK 390/10, odmawiającego przyjęcia do rozpoznania jego skargi kasacyjnej w sprawie dotyczącej odwołania od decyzji z 20 października 2008 r. Co prawda, odwołujący się wniósł wówczas o objęcie go ubezpieczeniem od 1

października 2008 r., ale zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, objęcie ubezpieczeniem było możliwe najwcześniej od dnia złożenia wniosku (czyli od kwietnia 2011 r.).

Sąd Okręgowy stwierdził, że osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności, a objęcie tym ubezpieczeniem realizuje się poprzez zgłoszenie stosownego wniosku (art. 11 ust. 2 i art. 36 ust. 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Nie jest możliwe przyjęcie dorozumianego objęcia ubezpieczeniem chorobowym, przez sam fakt opłacania składek na ubezpieczenie społeczne. Odwołujący się został wyłączony z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 13 stycznia 2004 r. (data wskazana w decyzji organu rentowego z 20 października 2008 r.) do dnia złożenia wniosku o ponowne objęcie go tym ubezpieczeniem w trybie art. 14 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Skoro odwołujący się został prawomocnie wyłączony z ubezpieczeń społecznych i nie przystąpił do nich ponownie, to są to wystarczające okoliczności pozwalające na ustalenie, że zasiłek chorobowy za sporny okres mu nie przysługuje.

Istotna jest również przyczyna wyłączenia odwołującego się z ubezpieczeń społecznych decyzją z 20 października 2008 r., którą była fikcyjność (pozorność) tytułu ubezpieczenia, mimo formalnego przystąpienia przez odwołującego się do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i wypadkowego oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Z ustaleń Sądu Okręgowego w K. dokonanych w sprawie zakończonej prawomocnym wyrokiem z 27 października 2009 r., XI U .../08, wynika, że w okresie objętym decyzją z 20 października 2008 r. ubezpieczony faktycznie nie prowadził żadnej działalności gospodarczej, rodzącej obowiązek podlegania ubezpieczeniu społecznemu, a jedynie opłacał składki na ubezpieczenie społeczne, w krótkich okresach przerw między okresami pobierania zasiłków chorobowych. Ustalenia tego wyroku pozwalają przyjąć, że podleganie ubezpieczeniu społecznemu wynika z rzeczywistego, faktycznego prowadzenia działalności gospodarczej, a nie tylko z formalnego wpisu do ewidencji działalności gospodarczej. W rezultacie 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 niewywołującą żadnych skutków prawnych (art. 58 § 1 k.c.).

Odwołujący się, co najmniej w okresie objętym decyzją organu rentowego z 20 października 2008 r. (czyli od 13 stycznia 2004 r.), przez kilka lat z krótkimi przerwami stale korzystał z zasiłków chorobowych na skutek licznych zwolnień lekarskich. W krótkich okresach przerw między zwolnieniami lekarskimi opłacał składki na ubezpieczenia społeczne. Podejmował jednorazowe działania, które nie nosiły cech ani zarobkowości, ani ciągłości lub zorganizowania. Nie można uznać, że działalność odwołującego się miała charakter zarobkowy, skoro przez cały 2008 r. uzyskał przychód tylko jednego dnia (w październiku 2008 r.), a dochód w 2009 r. pochodził jedynie z odsetek od lokat bankowych. Również wpisy w księdze przychodów i rozchodów za 2008 r. nie świadczą o tym, aby ubezpieczony w sposób ciągły i zorganizowany prowadził działalność gospodarczą. Ujawniona i opisana jest jedynie kwota przychodu 7.700 zł.

Zdaniem Sądu Okręgowego, wbrew stanowisku apelującego, w niniejszej sprawie Sąd nie był związany uzasadnieniem wyroku Sądu Rejonowego z 2 kwietnia 2010 r., wydanym w sprawie V U .../09. W wyroku tym Sąd zmienił decyzję Zakład Ubezpieczeń Społecznych z 9 lipca 2009 r. w ten sposób, że przyznał ubezpieczonemu prawo do zasiłku chorobowego za okresy od 6 maja do 11 maja 2009 r. i od 14 maja do 29 czerwca 2009 r. Były to inne okresy niż objęte decyzją organu rentowego zaskarżoną w niniejsze sprawie. Przedmiotem sporu w sprawie V U .../09 było prawo ubezpieczonego do zasiłku chorobowego w okresie od 6 maja do 11 maja 2009 r. i od 14 maja 2009 r. do 29 czerwca 2009 r. Powaga rzeczy osądzonej (art. 365 § 1 i art. 366 k.p.c.) oznacza tyle, że w kolejnych sprawach sądy orzekające nie mogą przyjąć, że odwołującemu się nie przysługuje zasiłek chorobowy za okresy wymienione w wyroku z 2 kwietnia 2009 r. Nie oznacza to jednak, że sądy orzekające po uprawomocnieniu się wyroku z 2 kwietnia 2009 r., V U .../09, są związane poczynionymi w nim ustaleniami i przyjętą interpretacją przepisów. Zasadą jest, że powagą rzeczy osądzonej objęta jest sama sentencja wyroku. W przedmiotowej sprawie nie można rozciągać powagi rzeczy osądzonej na uzasadnienie wyroku, gdyż sentencja wyroku jest jasna i nie budzi wątpliwości zarówno co do treści jak i zakresu czasowego. Jak przyjmuje się w orzecznictwie,

powaga rzeczy osądzonej rozciąga się również na motywy wyroku, w takich granicach, w jakich stanowią one konieczne uzupełnienie rozstrzygnięcia, niezbędne do wyjaśnienia jego zakresu. Kwestia prawa do zasiłku chorobowego, w okresach objętych wyrokiem z 2 kwietnia 2009 r., nie stanowi kwestii prejudycjalnej dla rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie, w przeciwieństwie do kwestii niepodlegania ubezpieczeniom społecznym poczynawszy od 13 stycznia 2004 r.

Skargę kasacyjną od wyroku Sądu Okręgowego wniósł w imieniu odwołującego się jego pełnomocnik, zaskarżając wyrok ten w całości. Skarga kasacyjna została oparta na podstawach:

1) naruszenia przepisów postępowania, które miały istotny wpływ na wynik sprawy, a mianowicie: a) art.477¹⁴ § 2 w związku z art. 325, art. 386 § 1 i art. 391 § 1 k.p.c., co polegało na tym, że Sąd drugiej instancji rozstrzygnął apelację wniesioną przez skarżącego bez uwzględnienia okoliczności, że decyzja organu rentowego z 20 października 2008 r., mocą której został wyłączony z ubezpieczeń społecznych od 13 stycznia 2004 r., dotyczyła wyłącznie okresu objętego kontrolą organu rentowego, tj. okresu od 13 stycznia 2004 r. do 18 sierpnia 2008 r., oraz że Sąd Okręgowy nie określił okresu wyłączenia skarżącego z ubezpieczeń społecznych; b) art. 365 § 1 w związku z art. 366 k.p.c. w wyniku nieuwzględnienia przez Sąd drugiej instancji kwestii o charakterze prejudycjalnym, przesądzonej w sprawie wcześniej zakończonej prawomocnym wyrokiem Sądu Rejonowego z 2 kwietnia 2010 r., V U .../09, w którym ustalono, że w okresie po 20 października 2008 r. skarżący prowadził działalność gospodarczą;

2) naruszenia prawa materialnego przez: a) błędną wykładnię art. 1 i art. 2 w związku z art. 3 pkt 1 i art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. Nr 60, poz. 636 ze zm.) w związku z błędną wykładnią art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 8 ust. 6 pkt 1, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1, art. 13 pkt 4 i art. 14 ust. 1 i ust. 1a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.), polegającą na nieprawidłowym przyjęciu przez Sąd Okręgowy, że skarżący w związku z wydaniem przez Sąd Apelacyjny wyroku z 24 czerwca 2010 r., mocą którego prawomocna stała się decyzja z 20 października 2008 r., był zobowiązany

ponownie zgłosić się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego na podstawie art. 14 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, pomimo że opłacał, należne za okresy objęte decyzją z 1 czerwca 2009 r., składki na to ubezpieczenie, jak również nie zaprzestał ani faktycznie, ani formalnie prowadzenia działalności gospodarczej, a zwłaszcza że skarżący nie zlikwidował ani nie zawiesił prowadzonej działalności gospodarczej, b) błędną wykładnię art. 14 ust. 1 i ust. 1a w związku z art. 36 ust. 1, ust. 3 i ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przy jednoczesnym pominięciu przez Sąd Okręgowy art. 48b ust. 1 tej ustawy, polegającą na nieprawidłowym przyjęciu, że przepisy te zobowiązują ubezpieczonego do ponownego zgłoszenia się do ubezpieczeń społecznych po wydaniu decyzji wyłączeniowej, nawet w sytuacji, gdy kontrola przeprowadzona przez ZUS - w wyniku której wydano decyzję z 20 października 2008 r. - dotyczyła wyłącznie zamkniętego okresu od 13 stycznia 2004 r. do 18 sierpnia 2008 r.; c) 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 (jednolity tekst: Dz.U. z 2007 r. Nr 155, poz. 1095 ze zm.), polegającą na nieprawidłowym przyjęciu przez Sąd drugiej instancji, że dla obowiązkowego objęcia skarżącego ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi 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 przedsiębiorcy nie decyduje o tym, czy przedsiębiorca podlega tym ubezpieczeniom, czy też nie, w sytuacji gdy ubezpieczony nie zlikwidował ani też nie zawiesił prowadzonej działalności gospodarczej; nieprawidłowym przyjęciu, że o rzekomym braku tzw. ciągłości w prowadzeniu przez skarżącego 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 niezdolności do pracy z powodu choroby i leczenia (czyli okresów, w których nie są wykonywane zlecenia) jako przerw w wykonywaniu działalności gospodarczej, powodujących wyłączenie skarżącego z

ubezpieczeń społecznych oraz przyjęcie, że występujące w prowadzeniu działalności gospodarczej okresy oczekiwania na zlecenia czy też okresy niezdolności do pracy z powodu choroby i leczenia stanowią przerwy w wykonywaniu działalności gospodarczej, które uzasadniają wyłączenie skarżącego z ubezpieczeń społecznych; d) niezastosowanie przez Sąd drugiej instancji art. 6 ust. 2 o swobodzie działalności gospodarczej w związku z art. 2a ust. 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w związku z przyjęciem przez Sąd, w odniesieniu do skarżącego, takich kryteriów i warunków, które nie zostały przewidziane w obowiązujących przepisach prawa, a których zastosowanie doprowadziło do tego, że skarżący nie został potraktowany w taki sam sposób jak inni ubezpieczeni, co jednocześnie doprowadziło do naruszenia art. 32 ust. 1 i art. 2 Konstytucji RP poprzez brak zastosowania tych przepisów; e) błędną wykładnię art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, polegającą na nieprawidłowym przyjęciu przez Sąd drugiej instancji, że nawet gdyby uznać, że po dniu 18 sierpnia 2008 r. skarżący podlegał ubezpieczeniom społecznym, to i tak nie nabył prawa do zasiłku za okresy wskazane w decyzji z 1 czerwca 2009 r., ponieważ okresy zwolnień lekarskich, objęte zaskarżoną decyzją, wystąpiły przed okresem karencji (odpowiednio okres 180 dni w brzmieniu tego przepisu obowiązującym w 2008 r. lub okres 90 dni w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2009 r.), co jednocześnie doprowadziło do niewłaściwego zastosowania tego przepisu przez Sąd Okręgowy i w konsekwencji do braku zastosowania art. 6 ust. 1 i 2 w związku z art. 8 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa; f) niewłaściwe zastosowanie art. 58 k.c. w związku z błędną wykładnią art. 84 ust. 1 i ust. 8c oraz art. 85 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych 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.)”, która to okoliczność, w ocenie Sądu Okręgowego, wskazuje na fikcyjność tytułu ubezpieczenia skarżącego.

Skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi drugiej instancji do ponownego rozpoznania i orzeczenia o kosztach postępowania kasacyjnego.

Pełnomocnik skarżącego podniósł, że przeprowadzona przez organ rentowy kontrola – zakończona wydaniem decyzji wyłączeniowej z 20 października 2008 r. – dotyczyła okresu od 13 stycznia 2004 r. do 18 sierpnia 2008 r. Jednak rozstrzygnięcie zawarte w tej decyzji wyłączało skarżącego z ubezpieczeń społecznych nie za okres kontroli, ale także na przyszłość, na nieograniczony czas, od 13 stycznia 2004 r. W wyniku takiego rozstrzygnięcia zarówno organ rentowy jak i większość sądów rozpoznających odwołania składane przez odwołującego się od kolejnych decyzji odmawiających przyznania mu zasiłków chorobowych przyjmuje, że skutkiem tej decyzji było wyłączenie skarżącego z ubezpieczeń społecznych nawet w okresie następującym po 18 sierpnia 2008 r. Takie stanowisko powoduje dla skarżącego bardzo istotne konsekwencje, ponieważ organ rentowy i sądy, powołując się na decyzję z 20 października 2008 r., twierdzą, że na skutek tej decyzji skarżący powinien być ponownie złożyć wnioski o objęcie go ubezpieczeniami społecznymi (w tym również dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym) i dopiero po złożeniu takiego wniosku, oraz zaistnieniu przesłanek określonych w stosownych przepisach ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, można rozważać czy skarżącemu przysługują zasiłki chorobowe za okresy niezdolności do pracy.

Zdaniem skarżącego przytoczone stanowisko budzi istotne wątpliwości z uwagi na przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, określające zasady wydawania decyzji przez organ rentowy oraz przeprowadzania przez ten organ kontroli płatników składek na ubezpieczenia społeczne. Uwzględniając bowiem w szczególności brzmienie art. 80-83 oraz art. 89 ust. 1 pkt 7 tej ustawy, uzasadniony jest pogląd, że decyzja ZUS o wyłączeniu konkretnego płatnika z ubezpieczeń społecznych (decyzja wyłączająca) może dotyczyć wyłącznie okresu objętego kontrolą – po której przeprowadzeniu taka decyzja została wydana – a nie okresu, którego kontrola nie dotyczy. Gdyby bowiem przyjąć, że organ rentowy może konkretną osobę wyłączyć z ubezpieczeń społecznych na bliżej nieokreśloną

przyszłość, to wówczas ZUS – powołując się na taką decyzję – mógłby odmawiać takiej osobie wypłacania należnych jej świadczeń za okresy, których decyzja wyłączeniowa nie dotyczyła, w sytuacji gdy jednocześnie organ rentowy nie przeprowadził za dalsze okresy kontroli co do istnienia po stronie takiej osoby tytułu ubezpieczenia społecznego.

Pełnomocnik skarżącego wyraził pogląd, że wydanie przez organ rentowy decyzji wyłączającej z ubezpieczeń społecznych nie niweluje pierwotnego zgłoszenia do tych ubezpieczeń, gdyż takiego skutku nie przewidują przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Skoro z przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie wynika skutek w postaci znielowania przez decyzję ZUS (o wyłączeniu płatnika składek z ubezpieczeń społecznych) pierwotnego zgłoszenia się do tych ubezpieczeń, to istotne jest ustalenie, czy za okres następujący po dniu, którego ta decyzja dotyczy, taka osoba jest zobowiązana do ponownego zgłoszenia się do tych ubezpieczeń, czy też nie. Sąd Okręgowy wyraził stanowisko, że „ubezpieczony został wyłączony z dobrowolnego ubezpieczenia społecznego od dnia 13 stycznia 2004 r. do dnia złożenia wniosku o ponowne objęcie go ubezpieczeniem, w trybie art. 14 ustawy systemowej”.

Istnienie sprzecznych w orzecznictwie stanowisk, co do tego, czy po decyzji organu rentowego o wyłączeniu konkretnej osoby z ubezpieczeń społecznych konieczne jest złożenie nowego wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, ma wpływ na dalsze kwestie związane bezpośrednio z nabyciem przez taką osobę uprawnień do świadczeń z systemu ubezpieczeń społecznych, w tym zwłaszcza z nabyciem uprawnień do zasiłków chorobowych. Wybór jednego z tych stanowisk wpływa na określenie, jaki charakter ma przerwa w ubezpieczeniach społecznych spowodowana wydaniem takiej decyzji przez ZUS oraz ustalenie możliwości złożenia skutecznego wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym po wyłączeniu z ubezpieczeń społecznych na mocy decyzji organu rentowego.

W razie przyjęcia stanowiska, że decyzja ZUS o wyłączeniu konkretnej osoby z ubezpieczeń społecznych nie powoduje konieczności złożenia nowego wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, należy przyjąć, że ubezpieczony jest wyłączony z ubezpieczeń jedynie za okres, którego dotyczy taka decyzja. Zaś po

tym okresie - z uwagi na fakt, że pierwotny wniosek o objęcie ubezpieczeniami społecznymi nie został zniwelowany decyzją wyłączającą - konkretna osoba powinna być traktowana jako osoba ubezpieczona. Odnosząc tę argumentację na grunt niniejszej sprawy należałoby przyjąć, że skarżący powinien zostać uznany za wyłączonego z ubezpieczeń społecznych najwyżej za okres od 13 stycznia 2004 r. do 18 sierpnia 2008 r., a po tym okresie powinien być uznany za objętego tymi ubezpieczeniami. Po 18 sierpnia 2008 r. ZUS nie przeprowadził już bowiem w stosunku do skarżącego postępowania, które zostałyby zakończone decyzją wyłączeniową. Natomiast w razie przyjęcia stanowiska, że po okresie objętym decyzją wyłączeniową dana osoba powinna złożyć ponowny wniosek o objęcie jej ubezpieczeniami społecznymi (w tym również dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym), powstanie kuriozalna sytuacja polegająca na tym, że konkretna osoba będzie zobowiązana złożyć wniosek o ponowne objęcie tymi ubezpieczeniami w sytuacji, gdy spełnia warunki danego tytułu ubezpieczenia (np. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą) w okresie, którego decyzja wyłączeniowa nie dotyczy. Gdyby przyjąć, że skarżący powinien jednak złożyć ponowny wniosek o objęcie go ubezpieczeniami społecznymi, należy zwrócić uwagę, że kontrola przeprowadzona przez ZUS zakończyła się na 18 sierpnia 2008 r., a decyzja wyłączeniowa została wydana 20 października 2008 r. Tym samym skarżący objęty kontrolą nie mógłby złożyć wniosku o objęcie go tymi ubezpieczeniami w terminie siedmiu dni od 18 sierpnia 2008 r., bo wówczas jeszcze nie wiedział o tym, że zostanie wyłączony z ubezpieczeń społecznych, co nastąpiło na mocy decyzji z 20 października 2008 r. Przy takim założeniu skarżący w ogóle nie mógłby złożyć skutecznego wniosku o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, gdyż wniosek ten nie mógłby zostać złożony w terminie siedmiu dni od 18 sierpnia 2008 r., czyli w terminie określonym w art. 14 ust. 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Istotna jest także kwestia, czy taki wniosek można złożyć z datą wsteczną, tj. w innym dniu niż dzień, w którym powstał tytuł ubezpieczenia społecznego, gdyż Sąd Okręgowy tej kwestii jednoznacznie nie wyjaśnił.

Skarżący podniósł, że w zaskarżonym wyroku doszło do naruszenia art. 365 § 1 w związku z art. 366 k.p.c., ponieważ Sąd Okręgowy stwierdził, że nie jest

związany prawomocnym wyrokiem innego Sądu w odniesieniu do ustaleń faktycznych zawartych w takim wyroku. Zdaniem pełnomocnika skarżącego, Sąd Okręgowy powinien był uwzględnić ustalenia faktyczne zawarte w uzasadnieniu prawomocnego wyroku Sądu Rejonowego z 2 kwietnia 2010 r., tym bardziej że wyrok ten dotyczył tego samego przedmiotu (świadczeń z ubezpieczeń społecznych), a ponadto zapadł pomiędzy tymi samymi stronami.

Pełnomocnik skarżącego wniósł o rozpoznanie skargi kasacyjnej na rozprawie ze względu na występujące w niej istotne zagadnienia prawne.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Rozpoznawana sprawa jest jedną z wielu spraw, dotyczących świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, wszczętych w wyniku wniesienia przez skarżącego odwołania od decyzji organu rentowego odmawiającej mu prawa do zasiłku chorobowego. Spory o prawo do zasiłku chorobowego oraz o jego wypłatę toczą się między stronami od kilku lat. Sąd Najwyższy miał już możliwość wypowiedzieć się w tych sprawach – m.in. w wyroku z 7 lutego 2006 r., I UK 191/05 (uwzględniającym skargę kasacyjną odwołującego się od wyroku Sądu Okręgowego w K. z 25 listopada 2004 r.), w postanowieniu z 13 stycznia 2009 r., I UK 322/08 (odmawiającym przyjęcia do rozpoznania skargi kasacyjnej odwołującego się od wyroku Sądu Okręgowego z 25 października 2007 r., X Ua .../07), w postanowieniu z 16 marca 2011 r., I UK 390/10 (odmawiającym przyjęcia do rozpoznania skargi kasacyjnej odwołującego się od wyroku Sądu Apelacyjnego z 24 czerwca 2010 r., III AUa .../10), w wyroku z 20 września 2011 r., I BU 6/11 (oddalającym skargę o stwierdzenie niezgodności z prawem prawomocnego wyroku Sądu Okręgowego 5 listopada 2010 r., X Ua .../10), w postanowieniu z 7 lutego 2012 r., I UK 340/11 (odmawiającym przyjęcia do rozpoznania skargi kasacyjnej odwołującego się od wyroku Sądu Okręgowego z 28 kwietnia 2011 r., X Ua .../11), w postanowieniu z 4 kwietnia 2012 r., I UK 427/11 (odmawiającym przyjęcia do rozpoznania skargi kasacyjnej odwołującego się od wyroku Sądu Okręgowego z 21 czerwca 2011 r., X Ua .../11).

W rozpoznawanej skardze kasacyjnej szeroko potraktowano kwestię podlegania skarżącego ubezpieczeniom społecznym – zarówno obowiązkowym (emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu) jak i dobrowolnemu (chorobowemu) – z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Należy jednak podkreślić, że większość problemów prawnych podniesionych w skardze kasacyjnej nie może (i nie powinna) być rozstrzygana przez Sąd Najwyższy w rozpoznawanej sprawie, która dotyczyła tylko i wyłącznie podlegania skarżącego ubezpieczeniu chorobowemu oraz przysługującego mu prawa do zasiłku chorobowego za okresy: od 14 listopada do 2 grudnia 2008 r., od 5 grudnia do 12 grudnia 2008 r., od 17 grudnia do 31 grudnia 2008 r. oraz od 14 stycznia do 31 marca 2009 r. i pojawiającego się w tym kontekście problemu, czy w związku z decyzją organu rentowego z 20 października 2008 r., „wyłączającą skarżącego z ubezpieczeń społecznych” - czyli stwierdzającą, że skarżący poczynając od 13 stycznia 2004 r. nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, ponieważ faktycznie zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej, wobec czego wygasł tytuł podlegania ubezpieczeniom społecznym - przysługuje mu zasiłek chorobowy za okresy będące przedmiotem sporu w niniejszej sprawie, w sytuacji gdy po wydaniu decyzji stwierdzającej niepodleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu nie zgłosił się ponownie do tego ubezpieczenia – uczynił to dopiero po wydaniu przez Sąd Najwyższy postanowienia z 16 marca 2011 r., I UK 390/10, odmawiającego przyjęcia do rozpoznania skargi kasacyjnej w sprawie dotyczącej odwołania od decyzji z 20 października 2008 r. Wniosek o ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym złożył dopiero w kwietniu 2011 r. i został objęty tym ubezpieczeniem od tego miesiąca.

Podkreślenie już na wstępie przedmiotu rozpoznawanej sprawy i ograniczonej w związku z tym kognicji Sądu Najwyższego było konieczne, ponieważ część przedstawionych przez skarżącego wątpliwości uchyla się spod ocen w niniejszym postępowaniu, dotyczącym wyłącznie podlegania skarżącego ubezpieczeniu chorobowemu, które w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą jest dobrowolne (art. 11 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), co oznacza, że objęcie tym ubezpieczeniem następuje

jedynie na wniosek zainteresowanego (art. 14 ust. 1 i 1a tej ustawy). Rozpoznawana sprawa nie dotyczy natomiast kwestii podlegania odwołującego się po 18 sierpnia 2008 r. obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą.

Decyzja organu rentowego z 20 października 2008 r., stwierdzająca niepodleganie skarżącego, poczynając od 13 stycznia 2004 r., ubezpieczeniom społecznym (obowiązkowym emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu chorobowemu) miała charakter deklaratoryjny. Ustanie tytułu podlegania tym ubezpieczeniom nastąpiło z mocy prawa w związku z zaprzestaniem prowadzenia przez skarżącego działalności gospodarczej. W decyzji z 20 października 2008 r. organ rentowy stwierdził (ustalił i ocenił), że skarżący w okresie objętym decyzją, czyli od 13 stycznia 2004 r., nie prowadził pozarolniczej działalności gospodarczej i dlatego nie podlegał – stosownie do art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych – obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym (pochodną czego było niepodleganie także obowiązkowemu ubezpieczeniu wypadkowemu), a także nie zachodziły przesłanki do objęcia go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym na podstawie art. 11 ust. 2 tej ustawy. Ustalenia co do nieprowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej oraz ocenę co do niepodlegania w związku z tym ubezpieczeniom społecznym z tego tytułu, poczynając od 13 stycznia 2004 r., podzielił Sąd Apelacyjny w prawomocnym wyroku z 24 czerwca 2010 r., III AUa .../10. Ustalenia faktyczne i oceny prawne tego wyroku są wiążące dla wszystkich innych organów i sądów – także Sądu Najwyższego – na podstawie art. 365 § 1 k.p.c. Z decyzji organu rentowego z 20 października 2008 r. wynikało jednoznacznie, że z dniem 13 stycznia 2004 r. ustało dobrowolne ubezpieczenie chorobowe skarżącego, ponieważ ustał tytuł ubezpieczenia. Ustało trwale, a nie zostało zawieszona na czas objęty kontrolą organu rentowego. Ustanie tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu wymagało – dla ponownego objęcia skarżącego tym ubezpieczeniem – zgłoszenia wniosku na podstawie art. 14 ust. 1 i 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Samo ewentualne podjęcie (wznowienie) działalności gospodarczej po wydaniu decyzji stwierdzającej niepodleganie

ubezpieczeniu chorobowemu nie mogło oznaczać wznowienia tego ubezpieczenia, potrzebny był do tego wniosek ubezpieczonego.

Osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, podlegają na swój wniosek dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu (art. 11 ust. 2 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Osoby, które są obejmowane ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności, zgłaszają wniosek o objęcie ich ubezpieczeniem w terminie przez siebie wybranym (art. 36 ust. 5 ustawy). Obowiązek zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5, należy do tych osób (art. 36 ust. 3 ustawy). Nie może w tej sytuacji ulegać wątpliwości, że po stwierdzeniu przez organ rentowy (decyzją z 20 października 2008 r.) ustania tytułu podlegania skarżącego ubezpieczeniu chorobowemu ponowne objęcie go tym ubezpieczeniem wymagało złożenia ponownego wniosku na podstawie art. 14 ust. 1 i 1a w związku z art. 36 ust. 3 i 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Należy zgodzić się ze skarżącym, gdy podnosi w uzasadnieniu skargi kasacyjnej, że w orzecznictwie prezentowany jest pogląd, zgodnie z którym złożenie wniosku o objęcie ubezpieczeniem społecznym nie jest warunkiem nawiązania stosunku ubezpieczenia społecznego, jeżeli wola podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej została ujawniona w sposób wyraźny (por. wyrok Sądu Najwyższego z 3 lutego 1989 r., II URN 299/99, niepublikowany, wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 3 listopada 2000 r., III AUa 774/00, OSA 2001 nr 2, poz. 5, wyrok Sądu Najwyższego z 16 sierpnia 2005 r., I UK 376/04, OSNP 2006 nr 11-12, poz. 195, OSP 2007 nr 7-8, poz. 95 z glosą I.Sierockiej). W orzecznictwie prezentowany jest jednak także pogląd odmienny. W wyroku z 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNAPiUS 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 dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga złożenia w tym zakresie ponownego wniosku przez

zainteresowanego. Wykładnia językowa art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wskazuje na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Sąd Najwyższy w składzie rozpoznającym niniejszą skargę kasacyjną podziela ostatnio zaprezentowany pogląd.

Ponadto koncepcja skarżącego o aktualności pierwotnego wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym, jeżeli nie został on cofnięty (podzielona w uzasadnieniu wyroku Sądu Rejonowego z 2 kwietnia 2010 r., V U .../09) jest konstrukcyjnie nie do przyjęcia, ponieważ stwierdzenie niepodlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z powodu zaprzestania prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej jest jednoznaczne ze stwierdzeniem ustania (wygaśnięcia) tytułu podlegania temu ubezpieczeniu. Prowadzi to do wniosku, że w każdym przypadku ustania tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu (art. 14 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego, natomiast samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia społecznego. Nie można przyjąć dorozumianego oświadczenia zainteresowanego o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, gdyż brak do tego podstaw. Do stosunków ubezpieczenia społecznego – jako stosunków regulowanych prawem publicznym – nie ma zastosowania art. 60 k.c., zgodnie z którym wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny. Przepis ten reguluje składanie oświadczeń woli *per facta concludentia* w stosunkach cywilnych (regulowanych prawem prywatnym). Nie ma podstaw do odpowiedniego stosowania przepisów Kodeksu cywilnego do wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym. Przystąpienie do ubezpieczenia społecznego nie jest czynnością prawną prawa cywilnego, do której można stosować wymieniony przepis oraz inne przepisy Kodeksu cywilnego. Nie jest również czynnością prawa pracy, jak np. umowa o pracę, do której można byłoby na podstawie art. 300 k.p. stosować

odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego. Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny i jednoznaczny, nie jest wystarczające samo opłacanie przez zainteresowanego składek na to ubezpieczenie oraz przyjmowanie tych składek przez organ rentowy. Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności, a objęcie tym ubezpieczeniem realizuje się poprzez zgłoszenie stosownego wniosku (art. 11 ust. 2 i art. 36 ust. 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Nie oznacza to jednak, że przedmiotowy wniosek, a konkretnie zawarte w nim oświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia chorobowego, stanowi czynność prawną (zdarzenie prawne) rodzącą i kreującą stosunek cywilnoprawny (por. wyrok Sądu Najwyższego z 5 grudnia 2007 r., II UK 106/07, LEX nr 346189).

W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się (np. w odniesieniu do ubezpieczenia społecznego rolników), że samo faktyczne opłacanie składek na ubezpieczenie społeczne nie jest wystarczające do objęcia tym ubezpieczeniem (por. wyrok z 22 lipca 2009 r., I UK 70/09, LEX nr 529763). W wyroku z 28 listopada 2002 r., II UK 93/02, LEX nr 577471, Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że sam fakt opłacania składek na ubezpieczenie społeczne przez osobę wyłączonej z możliwości objęcia tym ubezpieczeniem nie może rodzić skutków prawnych odmiennych od wyraźnej regulacji ustawowej. Realizacja zasady demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji RP) polega między innymi na tym, aby osoba nieuprawniona nie otrzymała świadczenia jej nienależnego; zakres i formy zabezpieczenia społecznego określa ustawa (art. 67 ust. 1 zdanie drugie Konstytucji).

Powyższe rozważania pozwalają na postawienie tezy, że wyłączenie odwołującego się z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego dokonane decyzją organu rentowego z 20 października 2008 r. i potwierdzone prawomocnym wyrokiem Sądu Apelacyjnego z 24 czerwca 2010 r., III AUa .../10, spowodowało konieczność ponownego przystąpienia do tego ubezpieczenia, co wiązało się z koniecznością złożenia stosownego wniosku, ponieważ w szczególności objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym mogło w tej sytuacji nastąpić tylko w ten sposób. Zaskarżony wyrok, oparty na przedstawionej ocenie prawnej, jest

zgodny z prawem. Istotna dla rozstrzygnięcia i decydująca o jego treści argumentacja Sądu Okręgowego odnosiła się bowiem do oceny, czy po 20 października 2008 r. do czasu wydania stanowiącej przedmiot sporu w niniejszej sprawie decyzji organu rentowego z 1 czerwca 2009 r., odmawiającej skarżącemu prawa do zasiłku chorobowego za okresy: od 14 listopada do 2 grudnia 2008 r., od 5 grudnia do 12 grudnia 2008 r., od 17 grudnia do 31 grudnia 2008 r. oraz od 14 stycznia do 31 marca 2009 r., przystąpił on do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Skoro nie przystąpił, to nie podlegał temu ubezpieczeniu, a roszczenie o wypłatę zasiłku chorobowego nie ma podstaw prawnych.

Kasacyjne zarzuty naruszenia prawa materialnego są w tej sytuacji w większości nietrafne (co dotyczy zwłaszcza zarzutu naruszenia art. 1 i art. 2 w związku z art. 3 pkt 1 i art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 8 ust. 6 pkt 1, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1, art. 13 pkt 4 i art. 14 ust. 1 i ust. 1a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych). Sąd Okręgowy prawidłowo przyjął, że skarżący w związku z wydaniem przez organ rentowy decyzji z 20 października 2008 r. był zobowiązany ponownie zgłosić się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego na podstawie art. 14 ust. 1 i 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Sam fakt opłacania składek na to ubezpieczenie, także za okresy objęte decyzją z 1 czerwca 2009 r., nie jest decydujący dla przyznania mu prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, podobnie jak to, że - według ustaleń Sądu Rejonowego z 2 kwietnia 2010 r., V U .../09 - po 20 października 2008 r. prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą. Nie ma też decydującego znaczenia okoliczność, że kontrola przeprowadzona przez ZUS - w wyniku której wydano decyzję z 20 października 2008 r. - dotyczyła wyłącznie zamkniętego okresu od 13 stycznia 2004 r. do 18 sierpnia 2008 r. Dlatego nietrafny i nieskuteczny jest zarzut naruszenia art. 14 ust. 1 i ust. 1a w związku z art. 36 ust. 1, ust. 3 i ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w wyniku pominięcia przez Sąd Okręgowy art. 48b ust. 1 tej ustawy.

Pozbawione doniosłości są zarzuty naruszenia 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 (jednolity tekst: Dz.U. z 2007 r. Nr 155, poz. 1095 ze zm.). Sam fakt podjęcia przez skarżącego od października 2008 r. działalności gospodarczej nie miał znaczenia dla podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, skoro nie złożył on z chwilą podjęcia tej działalności formalnego wniosku o ponowne objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Prawdłowo i zgodnie z obowiązującym prawem (art. 11 ust. 2 w związku z art. 14 ust. 1 i 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) Sąd drugiej instancji przyjął, że dla objęcia skarżącego dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym konieczne było ponowne zgłoszenie do tego ubezpieczenia.

Rozstrzygnięcie przedstawionych przez skarżącego zagadnień prawnych było w tej sytuacji zbędne, ponieważ istotna dla rozpoznania sprawy kwestia prawna sprowadzała się tylko do jednego zagadnienia - czy po stwierdzeniu przez organ rentowy niepodlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z powodu zaprzestania wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej i ustania w związku z tym tytułu podlegania temu ubezpieczeniu skarżący powinien być ponownie zgłosić wniosek o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w celu zapewnienia sobie wypłaty świadczeń chorobowych w okresie niezdolności do pracy. Wszystkie pozostałe kwestie prawne nie miały bezpośredniego związku z przedmiotem sprawy. Z tych przyczyn Sąd Najwyższy przyjął skargę kasacyjną do rozpoznania na posiedzeniu niejawnym i rozpoznał ją na posiedzeniu niejawnym bez wyznaczania rozprawy.

Z przedstawionych przyczyn skarga kasacyjna nie podlegała uwzględnieniu, chociaż uzasadniony okazał się zawarty w niej zarzut naruszenia art. 365 § 1 k.p.c.

Zawarty w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku pogląd o braku związania Sądu Okręgowego uzasadnieniem wyroku Sądu Rejonowego z 2 kwietnia 2010 r., V U .../09, jest błędny. Sąd Okręgowy był związany ustaleniem i oceną prawną, że od października 2008 r. do czerwca 2009 r. skarżący prowadził działalność gospodarczą. Była to okoliczność prejudycjalna w tym znaczeniu, że jej ustalenie doprowadziło Sąd Rejonowy do oceny materialnoprawnej, że skarżącemu przysługuje prawo do zasiłku chorobowego za okresy od 6 maja do 11 maja 2009 r. i od 14 maja do 29 czerwca 2009 r. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej (takie rozstrzygnięcie zostało zawarte w sentencji wyroku Sądu

Rejonowego z 2 kwietnia 2010 r., V U .../09). Wyrok ten się uprawomocnił (apelacja organu rentowego została odrzucona). W uzasadnieniu tego wyroku Sąd Rejonowy ustalił, że w okresie od października 2008 r. do czerwca 2009 r. skarżący prowadził działalność gospodarczą w krótkich okresach zdolności do pracy, w tym przyjął w październiku 2008 r. zlecenie i wykonał usługę doradztwa i reportażu, za którą pobrał wynagrodzenie w kwocie 7.700 zł. W zeznaniu podatkowym za 2008 r. o wysokości osiągniętego dochodu skarżący uwzględnił przychody z zasiłków chorobowych oraz z usługi doradztwa i reportażu na kwotę 7.700 zł. W 2009 r. osiągnął przychód z odsetek kapitalizowanych na rachunkach firmowych. W okresie od października 2008 r. do czerwca 2009 r. był także niezdolny do pracy i w okresach niezdolności do pracy działalności gospodarczej faktycznie nie prowadził.

Nawet poważne wątpliwości co do przedstawionych powyżej ustaleń faktycznych Sądu Rejonowego, zwłaszcza co do rzeczywistego prowadzenia przez skarżącego od października 2008 r. do czerwca 2009 r. pozarolniczej działalności gospodarczej, stanowiącej tytuł ubezpieczenia społecznego (art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), nie pozwalały na zakwestionowanie tych ustaleń, a zwłaszcza ich oceny prawnej, jako stanowiących kwestię prejudycjalną dla wydania prawomocnego wyroku przyznającego skarżącemu świadczenia z ubezpieczenia chorobowego. Ustalenia faktyczne i oceny prawne o charakterze przesądzającym kwestię prejudycjalną (stanowiącą przesłankę uwzględnienia roszczeń skarżącego zgłoszonych w tamtej sprawie) były wiążące dla Sądu Okręgowego w niniejszej sprawie z mocy art. 365 § 1 k.p.c. Związanie treścią prawomocnego wyroku oznacza nakaz przyjmowania przez podmioty wymienione w art. 365 § 1 k.p.c., że w objętej orzeczeniem sytuacji faktycznej stan prawny przedstawia się tak, jak to wynika z sentencji wiążącego orzeczenia.

Błędny pogląd Sądu Okręgowego co do braku związania ustaleniami prawomocnego wyroku Sądu Rejonowego z 2 kwietnia 2010 r., V U .../09, nie miał jednak żadnego wpływu na rozstrzygnięcie sprawy. Prawidłowy jest bowiem pogląd Sądu Okręgowego, że skarżący powinien był po wydaniu decyzji organu rentowego z 20 października 2008 r. (stwierdzającej wygaśnięcie tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu) ponownie zgłosić się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Skoro w

czasie objętym roszczeniem zgłoszonym w rozpoznawanej sprawie skarżący nie zgłosił się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego (na podstawie art. 36 ust. 3 i 5 w związku z art. 14 ust. 1 i 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), bo uczynił to dopiero w kwietniu 2011 r., to nie przysługuje mu zasiłek chorobowy za okresy objęte rozstrzygnięciem Sądu Okręgowego w niniejszej sprawie. Wyrok Sądu Rejonowego z 2 kwietnia 2010 r., wiązał Sąd Okręgowy tylko co do prowadzenia przez skarżącego od października 2008 r. do czerwca 2009 r. pozarolniczej działalności gospodarczej. Nie wiązał natomiast Sądu Okręgowego w zakresie błędnego poglądu prawnego o braku konieczności ponownego zgłoszenia się skarżącego do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego po otrzymaniu decyzji organu rentowego z 20 października 2008 r. Sąd jest związany wyrokiem wydanym w innej sprawie (art. 365 § 1 k.p.c.) co do samego rozstrzygnięcia o roszczeniu strony oraz co do ustaleń faktycznych, które stanowiły podstawę faktyczną takiego rozstrzygnięcia. Nie jest (i nie może być) związany błędną interpretacją prawa i w związku z tym błędnymi poglądami prawnymi wyrażonymi w innym wyroku.

Po decyzji organu rentowego z 20 października 2008 r., stwierdzającej (deklaratoryjnie) ustanie tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, poczynając od 13 stycznia 2004 r., ponowne objęcie skarżącego dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym uzależnione było od złożenia przez niego wniosku na podstawie art. 36 ust. 3 i ust. 5 w związku z art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Stwierdzenie niepodlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu oznaczało, że od dnia wskazanego w decyzji organu rentowego (13 stycznia 2004 r.) do dnia ponownego złożenia wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym skarżący nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu i za okres objęty rozstrzygnięciem w niniejszej sprawie nie przysługiwał mu zasiłek chorobowy. Należy podzielić pogląd organu rentowego, że po decyzji z 20 października 2008 r. ponowne nawiązanie stosunku ubezpieczenia społecznego w zakresie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wymagało ponownego złożenia formalnego wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem. Pierwotny wniosek skarżącego o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym stracił znaczenie w związku z wydaniem przez organ rentowy decyzji z 20 października

2008 r. stwierdzającej niepodleganie ubezpieczeniu chorobowemu od 13 stycznia 2004 r. z powodu zaprzestania prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

Mimo opisanych uchybień Sądu Okręgowego, nie było podstaw do uchylenia zaskarżonego wyroku, ponieważ zawarte w nim rozstrzygnięcie odpowiadało prawu.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c.