

Sygn. akt III AUa 271/19

## POSTANOWIENIE

Dnia 25 kwietnia 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Jerzy Andrzejewski
Sędziowie:	SSA Maciej Piankowski SSA Alicja Podlewska (spr.)
Protokolant:	sekretarz sądowy Urszula Kowalska

po rozpoznaniu w dniu 25 kwietnia 2019 r. w G. na rozprawie

sprawy A. Ż.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O.

o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O.

od wyroku Sądu Okręgowego w Elblągu – IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 19 grudnia 2018 r., sygn. akt IV U 89/18

postanawia:

uchylić zaskarżony wyrok i umorzyć postępowanie.

SSA Alicja Podlewska SSA Jerzy Andrzejewski SSA Maciej Piankowski

Sygn. akt III AUa 271/19

## UZASADNIENIE

Ubezpieczona A. Ż. wniosła odwołanie od decyzji pozwanego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. z dnia 24 sierpnia 2016 r., którą to pozwany odmówił ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 25 maja 2016 r. Postanowieniem z 15 stycznia 2018 r., wydanym w sprawie IV U 696/16, Sąd Rejonowy w E. przekazał odwołanie ubezpieczonej do rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Elblągu w zakresie dotyczącym ustalenia podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

W odpowiedzi na odwołanie pozwany wniósł o jego oddalenie.

Sąd Okręgowy w Elblągu Wydział IV Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, wyrokiem z 19 grudnia 2018 r., zmienił zaskarżoną decyzję w części w ten sposób, że ustalił,

iż A. Ż. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu również w okresie od 25 maja 2016 r. do 1 lipca 2016 r. (punkt 1) oraz zasądził od pozwanego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. na rzecz A. Ż. kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (punkt 2), sygn. akt IV U 89/18.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny.

Ubezpieczona A. Ż. rozpoczęła działalność gospodarczą z dniem 10 czerwca 2014 r. Z tym dniem zgłosiła się również do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego deklarując preferencyjną podstawę wymiaru składek (30%). Za okres od stycznia do marca 2015 r. nie opłaciła składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Od kwietnia 2015 r. ponownie zgłosiła się do ubezpieczenia chorobowego, składając stosowną deklarację. Od 1 kwietnia 2015 r. zadeklarowała podstawę na ubezpieczenia społeczne w wysokości maksymalnej, tj. 9.897,50 zł, a od 27 maja 2015 r. wystąpiła o wypłatę zasiłku macierzyńskiego.

Decyzją z dnia 31 lipca 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. zakwestionował podleganie skarżącej obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 10 czerwca 2014 r. Wyrokiem z dnia 21 czerwca 2016 r. w sprawie IV U 2287/15 Sąd Okręgowy w Olsztynie zmienił zaskarżoną decyzję i ustalił, że A. Ż. od dnia 10 czerwca 2014 r. podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą.

W okresie od 27 maja 2015 r. do 24 maja 2016 r. ubezpieczona otrzymywała zasiłek macierzyński.

Od początku prowadzenia działalności ubezpieczona korzystała z usług biura rachunkowego, które zajmowało się sprawami księgowymi, wystawiało dokumentację niezbędną do przedłożenia w organie rentowym. Składki opłacała sama skarżąca, jednakże ich wysokość obliczało biuro rachunkowe.

Skarżąca nie zawiesiła prowadzenia działalności gospodarczej na czas pobierania zasiłku macierzyńskiego, działalność była prowadzona. Zatrudniała początkowo stażystę skierowanego przez Urząd (...), a następnie pracownika na 1/2 etatu.

Po zakończeniu urlopu macierzyńskiego 24 maja 2016 r. ubezpieczona wystąpiła o wypłatę zasiłku chorobowego od dnia 25 maja 2016 r. Ubezpieczona leczyła się z powodu depresji. Jednocześnie za maj opłaciła składki jedynie za pracownika B. S., gdyż przebywała na zwolnieniu lekarskim. W dniu 2 lipca 2016 r. ubezpieczona zgłosiła się ponownie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, gdyż jej sytuacja prawna była niejasna. Wprawdzie zapadł już wyrok Sądu Okręgowego w Olsztynie w sprawie IV U 2287/15, jednak był on nieprawomocny, a księgowa z biura rachunkowego, z którego usług korzystała ubezpieczona, po konsultacji z pracownikiem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w D., zasugerowała potrzebę ponownego zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Decyzją z dnia 24 sierpnia 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. odmówił wnioskodawczyni prawa do zasiłku chorobowego za okres od 25 maja 2016 r. Z powyższą decyzją nie zgodziła się ubezpieczona i wniosła odwołanie. Sprawa z tego odwołania toczy się przed Sądem Rejonowym w Elblągu pod sygn. akt IV U 696/16 i postanowieniem z dnia 15 stycznia 2018r. postępowanie zostało zawieszono do czasu rozpoznania sprawy o podleganie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W tym zakresie odwołanie skarżącej zostało przekazane do rozpoznania Sądowi Okręgowemu w E..

Przechodząc do rozważań prawnych Sąd Okręgowy przytoczył treść art. 11 ust. 2

art. 14 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 1778 ze zm.).

W ustalonym stanie faktycznym, w ocenie Sądu Okręgowego, pobieranie zasiłku macierzyńskiego przez ubezpieczoną nie spowodowało ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ubezpieczonej. Sąd I instancji podzielił stanowisko zaprezentowane przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 13 lutego 2018 r., sygn. akt II UK 698/16 (OSNAPiUS 2018/10/139), że pobieranie zasiłku macierzyńskiego nie powoduje ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą, chyba że spełnione zostaną przesłanki ustania tego ubezpieczenia z art. 14 ustawy z dnia

13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Osoba prowadząca taką działalność, która – będąc zgłoszoną do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego – pobierała zasiłek chorobowy, a następnie zasiłek macierzyński, nie musi ponownie zgłaszać się do tego ubezpieczenia po zakończeniu okresu zasiłkowego (art. 3 pkt 1 ustawy z dnia

25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 1368 ze zm.).

Sąd Okręgowy stwierdził, że przed pobieraniem zasiłku macierzyńskiego skarżąca prawidłowo dokonała zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w dniu

1 kwietnia 2015 r. Wówczas też zadeklarowała podstawę wymiaru składek w kwocie 9,897,50 zł. Wcześniej, przed 1 kwietnia 2015 r. także podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu i zadeklarowała preferencyjną podstawę wymiaru składek (30%). W okresie od stycznia do marca 2015 r. nie opłaciła składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Biorąc pod uwagę, że przed okresem pobierania zasiłku macierzyńskiego od 27 maja 2015 r. skarżąca prawidłowo dokonała zgłoszenia

do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, to nie ustało ono wskutek pobierania zasiłku macierzyńskiego. W uzasadnieniu cytowanego wyżej wyroku Sąd Najwyższy wskazał,

że zasiłek macierzyński nie wyłącza dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

„O dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym decyduje sam zainteresowany (ubezpieczony). Należy zwrócić uwagę na art. 14 ustawy systemowej i stwierdzić, że jest to regulacja zamknięta. Określa, kiedy powstaje i kiedy ustaje dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Przepis nie przewiduje przerwy w dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym ani zawieszenia tego ubezpieczenia. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe rozpoczyna się i kończy w sytuacjach opisanych w art. 14 ustawy systemowej”.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy Sąd I instancji doszedł

do wniosku, że nie zaistniała żadna ze wskazanych w art. 14 ust. 2 przesłanek do wyłączenia skarżącej z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Ubezpieczona nie złożyła bowiem wniosku o wyłączenie jej z tego ubezpieczenia, nadal prowadziła działalność gospodarczą.

Od dnia następującego po zakończeniu urlopu macierzyńskiego przebywała na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby. Wprawdzie w dniu 2 lipca 2016 r. dokonała ponownego zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, jednakże wynikało to z niejasnej sytuacji, w której się znalazła – w toku była sprawa przed Sądem Okręgowym w Olsztynie, sygn. akt IV U 2287/15 o ustalenie podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym. Biuro rachunkowe, z którego usług ubezpieczona korzystała, po ustaleniach z pracownikiem organu rentowego, sugerowało konieczność dokonania takiego zgłoszenia. Nie bez znaczenia jest także fakt, że skarżąca w owym okresie leczyła się z powodu depresji i, jak wskazywała, choroba ta nie pozwalała jej na pełne rozeznanie sytuacji, w której się znalazła. Nie opłaciła składek za maj i czerwiec 2016 r. na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, gdyż nie były one należne – przebywała na zwolnieniu lekarskim.

Na marginesie Sąd Okręgowy wskazał również, że nie podzielił argumentacji skarżącej, iż wyrok Sądu Okręgowego w Olsztynie z dnia 21 czerwca 2016 r., którym to zmieniona została decyzja pozwanego i ustalono, że skarżąca od dnia 10 czerwca 2014 r. podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą ma powagę rzeczy osądzonej w odniesieniu

do postępowania w niniejszej sprawie. W świetle ustalonego stanu faktycznego, Sąd I instancji nie podzielił argumentacji, że skoro wyrokiem Sądu Okręgowego w Olsztynie stwierdzono, że od 10 czerwca 2014 r. ubezpieczona podlega do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, to stan ten trwał nieprzerwanie co najmniej do daty wyrokowania, tj. do 21 czerwca 2016 r. Skoro bowiem ubezpieczona nie opłaciła składek na ubezpieczenie chorobowe za okres od stycznia do marca 2015 r., to tym samym stosownie do art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustało. W dniu 1 kwietnia 2015 r. ubezpieczona dokonała kolejnego zgłoszenia do tego ubezpieczenia. Zatem podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 kwietnia 2015 r. wynikało nie z wyroku Sądu Okręgowego w Olsztynie, a z dokonanego przez ubezpieczoną zgłoszenia do tego ubezpieczenia.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy zmienił zaskarżoną decyzję na mocy art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c. (pkt I wyroku).

O kosztach procesu (pkt II wyroku) orzeczono w oparciu o art. 98 § 1 k.p.c. w związku z art. 99 k.p.c., tj. w oparciu o zasadę odpowiedzialności za wynik procesu. Zasądzona kwota to stawka minimalna wynagrodzenia pełnomocnika ubezpieczonej, czyli 180 zł, wynikająca z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. z 2015 r., poz. 1800 ze zm.).

Apelację od wyroku wywiódł pozwany organ rentowy, zaskarżając go w całości i wnosząc o zmianę zaskarżonego wyroku bądź uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd I instancji.

Powyższemu wyrokowi apelujący zarzucił naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na treść rozstrzygnięcia, tj.:

- art. 224 k.p.c., wyrażające się tym, iż Sąd przyjął, iż sprawa jest już dostatecznie wyjaśniona, wobec czego zamknął rozprawę i wydał wyrok, pomimo tego, iż nie zostały jednoznacznie wyjaśnione okoliczności dotyczące przedmiotu rozstrzygnięcia,

- art. 233 k.p.c., polegające na braku wszechstronnego rozważenia wszystkich zebranych w sprawie dowodów, w tym stanowiska organu rentowego w przedmiocie braku zaskarżonej decyzji oraz wyrażające się przekroczeniem granic swobodnej oceny dowodów poprzez przyjęcie za udowodniony fakt podlegania ubezpieczonej dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu,

- art. 321 § 1 k.p.c., polegające na wyrokowaniu co do przedmiotu, który nie był objęty treścią zaskarżonej decyzji, zatem na pominięciu rozstrzygnięcia organu rentowego dokonanego w trybie decyzji administracyjnej wydanej w postępowaniu przed organem.

W uzasadnieniu apelacji podniesiono, że Sąd pierwszej instancji orzekł ponad przedmiot sprawy. Zaskarżona decyzja dotyczyła wyłącznie braku prawa do zasiłku chorobowego. Natomiast żądanie zgłoszone w odwołaniu, tj. objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 25 maja 2016 r. powinno być zawarte we wniosku w sprawie ustalenia podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Organ rentowy rozstrzygnąłby powyższą kwestię w formie decyzji, od której przysługiwałoby odwołanie. Wnioskodawczyni takiego wniosku jednak nie złożyła.

Pozwany wskazał również, że Sąd I instancji nie uwzględnił wniosku organu rentowego, zawartego w piśmie procesowym z dnia 25 kwietnia 2018 r., o przekazanie odwołania od decyzji 24 sierpnia 2016 r., znak: (...), jako wniosku o ustalenie okresu podlegania ubezpieczeniu chorobowemu.

Reasumując - organ rentowy nie wydał decyzji w kwestii podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 25 maja 2016 r. do 1 lipca 2016 r. Zatem Sąd

I instancji, rozpoznając sprawę podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, naruszył przepisy art. 321 § 1 k.p.c.

### **Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:**

Zgodnie z systemem orzekania w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, w postępowaniu wywołanym odwołaniem do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych sąd rozstrzyga o prawidłowości zaskarżonej decyzji (art. 477<sup>14</sup> § 2 i art. 477<sup>14a</sup> kpc) w granicach jej treści i przedmiotu. Zakres rozpoznania i orzeczenia (przedmiot sporu) w tych sprawach wyznaczony jest zatem w pierwszej kolejności przedmiotem decyzji organu zaskarżonej do sądu, a w drugim rzędzie przedmiotem postępowania sądowego, określonego zakresem odwołania od decyzji organu rentowego do sądu (np. wyrok SN z 23 kwietnia 2010r. II UK 309/09 Lex nr 604210, postanowienia SN z dnia 13 maja 1999 r., II UZ 52/99, OSNAPiUS 2000 r. nr 15, poz. 601, z dnia 11 czerwca 2013r. II UK 74/13 Legalis, z dnia 03 lutego 2010r. II UK 314/09 Lex nr 604214)

W konsekwencji w sprawie, w której wniesiono odwołanie od decyzji organu rentowego, przedmiot sporu nie może wykraczać poza treść tej decyzji (por. postanowienie SN z dnia 12 lutego 2013 r. II UK 192/12, Legalis nr 722364). „Dochodzenie przed Sądem prawa do świadczenia z ubezpieczenia społecznego, które nie było przedmiotem decyzji organu rentowego, jest niedopuszczalne (z wyjątkiem przewidzianym w art. 477 § 4 k.p.c.)” - (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 1999 r., II UZ 52/99, OSNP 2000 r. Nr 15, poz. 601; wyroki Sądu Najwyższego z dnia 23 listopada 1999 r., II UKN 204/99, OSNP 2001 r. Nr 5, poz. 169, z 14 maja 2013r. I UK 611/12, LEX nr 1372003).

Przeniesienie sprawy na drogę sądową przez wniesienie odwołania od decyzji organu rentowego ogranicza się do okoliczności uwzględnionych w decyzji, a między stronami spornych; poza tymi okolicznościami spór sądowy nie może zaistnieć (por. wyrok SN z dnia 13 maja 1999 r., II UZ 52/99, OSNAPiUS 2000 Nr 15, poz. 601 oraz z dnia 25 maja 1999 r. II UKN 622/99, OSNAPiUS 2000 Nr 15, poz. 591). Przed sądem ubezpieczony może żądać jedynie korekty stanowiska zajętego przez organ rentowy i wykazywać swoją rację, odnosząc się do przedmiotu sporu objętego zaskarżoną decyzją, natomiast nie może żądać czegoś, o czym organ rentowy nie zdecydował. Z tego względu odwołanie wnoszone od decyzji organu ubezpieczeń społecznych nie ma charakteru samodzielnego żądania, a jeżeli takie zostanie zgłoszone, sąd nie może go rozpoznać, lecz zobowiązany jest postąpić zgodnie z art. 477<sup>10</sup> § 2 k.p.c. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 września 2010 r., II UK 84/10, LEX nr 661518). A zatem kontrolna rola sądu musi korespondować z zakresem rozstrzygnięcia dokonanego w decyzji administracyjnej, bowiem zgodnie z systemem orzekania w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, w postępowaniu wywołanym odwołaniem do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych sąd rozstrzyga o prawidłowości zaskarżonej decyzji (art. 477<sup>14</sup> § 2 i art. 477<sup>14a</sup> k.p.c.) w granicach jej treści i przedmiotu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 kwietnia 2010 r., II UK 309/09, LEX nr 604210).

Decyzją z dnia 24 sierpnia 2016r. organ rentowy orzekł o odmowie przyznania A. Ż. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 25 maja 2016r. Powyższe rozstrzygnięcie było konsekwencją m.in. stwierdzenia, iż niezdolność do pracy A. Ż. powstała w okresie niepodlegania przez nią dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

W świetle powyższego stwierdzić należy, iż przedmiotem decyzji z dnia 24 sierpnia 2016r. było wyłącznie prawo A. Ż. do zasiłku macierzyńskiego, natomiast kwestia podlegania przez wnioskodawczynię dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 25 maja 2016r. była jedynie elementem ustaleń niezbędnych do rozstrzygnięcia w przedmiocie prawa do świadczenia – elementem stosunku prawnego będącego przedmiotem decyzji.

W konsekwencji w odwołanie wnioskodawczyni mogło się odnosić wyłącznie do jej prawa do zasiłku chorobowego i tylko tego mogła dotyczyć korekta stanowiska ZUS przez Sąd.

Sąd Okręgowy wyszedł zatem poza granice zaskarżonej decyzji, akceptując błędne postanowienia Sądu Rejonowego w Słupsku z dnia 15 stycznia 2018r. (wydane w sprawie IV U 696/16), nie zważając, iż przedmiotem zaskarżonej

decyzji nie była kwestia podlegania przez wnioskodawczynię dobrowolnym ubezpieczeniom chorobowym z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej w okresie 25 maja 2016 r. do 1 lipca 2016 r., a prawo do zasiłku chorobowego od dnia 25 maja 2016r. Tym samym orzekł o przedmiocie, który nie był objęty jej treścią i rozstrzygnięciem, a w konsekwencji naruszył art. 321 kpc (zob. wyrok SN z 08 października 2015r. I UK 452/14 LEX nr 1816588, z dnia 14 maja 2013r. I UK 611/12 LEX nr 1372003).

Na etapie postępowania sądowego spór dotyczył prawidłowości odmowy przyznania ubezpieczonej przez organ rentowy świadczenia z ubezpieczenia chorobowego oraz jego wysokości. Ubezpieczona domagała się przy tym zweryfikowania ustaleń organu w przedmiocie niepodlegania przez nią ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 25 maja 2016r. do 1 lipca 2016r. Przypomnieć zatem należy, iż w orzecznictwie utrwalone jest stanowisko, iż „istota decyzji organu rentowego polega na rozstrzygnięciu o prawie do konkretnego świadczenia (lub o jego wysokości) jako całości, a nie o poszczególnych elementach składających się na to prawo. Sąd stwierdzający spełnienie przez ubezpieczonego jednego lub więcej warunków powstania prawa do świadczenia, nie może ustalić tego w sentencji wyroku, przy jednoczesnym oddaleniu odwołania ubezpieczonego od niekorzystnej dla niego decyzji organu rentowego” (np. wyrok SN z 15 grudnia 2000r. II UK 147/00, OSNP 2002/16/389). W świetle powyższego niedopuszczalnym było rozstrzygnięcie odrębnym orzeczeniem o przesłance decydującej o przyznaniu świadczenia przedmiotową decyzją tj. o kwestii podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Podkreślić też należy, iż osnowa decyzji powinna być zawsze spójna z jej uzasadnieniem prawnym i faktycznym, z powołaną podstawą prawną. Osnowy decyzji nie można domniemywać, czy też wyprowadzać z treści uzasadnienia (por. wyrok NSA z dnia 24 kwietnia 2012 r., II OSK 286/12, Legalis nr 777248). Osnowa przedmiotowej decyzji jest jednoznaczna i w żaden sposób nie można z brzmienia jej wywieść, iż rozstrzyga indywidualną sprawę, której przedmiotem jest kwestia podlegania przez wnioskodawczynię dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 25 maja 2016 r., na podstawie art. 83 ust 1 pkt 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Sąd odwoławczy w obecnym składzie, nie podziela tym samym stanowiska wyrażonego przez tutejszy Sąd w uzasadnieniu postanowienia z dnia 3 marca 2016 r. w sprawie III AUz 40/16, w sprawie o zasiłek chorobowy. Przypomnieć trzeba, iż Sąd ten stwierdził, iż „skoro Zakład Ubezpieczeń Społecznych na etapie administracyjnego nie wydał odrębnej decyzji w przedmiocie podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, natomiast ustalenia takiego dokonał w uzasadnieniu decyzji o odmowie wypłaty zasiłku chorobowego i kwestia ta była decydująca dla stwierdzenia, czy odmowa wypłaty zasiłku chorobowego była prawidłowa, Sąd Rejonowy trafnie uznał, że decyzja ZUS odmawiająca świadczenia zawierała również rozstrzygnięcie o niepodleganiu przez wnioskodawczynię dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w spornym okresie i odwołanie w tym zakresie przekazał do rozpoznania Sądowi Okręgowemu jako sądowi właściwemu.

Niewątpliwie uprawnione jest stanowisko, iż w sytuacji gdy spór o prawo, czy tylko o wysokość świadczenia uwarunkowany jest pozytywnym bądź negatywnym dla osoby ubezpieczonej rozstrzygnięciem w przedmiocie podlegania ubezpieczeniom społecznym, zasadnym byłoby aby pozwany Zakład rozstrzygnął w tym ostatnim przedmiocie odrębną decyzją (w tym zakresie Sąd Apelacyjny podziela stanowisko wyrażone w uzasadnieniu postanowienia w ww. sprawie III AUz 40/16). Podkreślić jednakże należy, iż żaden przepis prawa normujący sprawy z zakresu ubezpieczeń społecznych nie nakłada na organ obowiązku wydania w takiej sytuacji decyzji z urzędu (t.j. w braku wniosku strony). A contrario należy przyjąć, iż prawidłowa jest również sytuacja, gdy organ na potrzeby decyzji o prawie czy wysokości świadczenia weryfikuje i ustala „przesłankowo”, jako okoliczność istotną warunkującą to rozstrzygnięcie, kwestię podlegania lub nie ubezpieczeniom społecznym. Reasumując, skoro przepisy prawa, w sytuacji jak przedmiotowa, nie nakładają na ZUS obowiązku wydania z urzędu odrębnej decyzji w przedmiocie ubezpieczenia, to „wyinterpretowywanie” takiego obowiązku przez Sąd jest dowolne i nie ma oparcia w przepisach. Tym samym nie było też podstaw do ustalenia, iż strona wniosła od takiej decyzji odwołanie. Dodatkowo jedynie podkreślić należy, iż wniosek ubezpieczonej złożony do Zakładu w dniu 1 czerwca 2016 r. dotyczył wyłącznie przyznania jej prawa do zasiłku chorobowego. Ubezpieczona nie domagała się natomiast ustalenia podlegania przez

nią dobrowolnym ubezpieczeniom chorobowym w okresie poprzedzającym ten wniosek (konkretnie: od 25 maja 2016r.).

Reasumując nie było podstaw do wyłączenia kwestii podlegania przez A. Ż. ubezpieczeniom chorobowym od 25 maja 2016r. do odrębnego rozpoznania, rejestracji jej jako odrębnej sprawy, przekazania do Sądu Okręgowego i rozstrzygnięcia o niej merytorycznie przez ten Sąd. Wyrokowanie w tym przedmiocie było niedopuszczalne, dlatego na mocy art. 386 § 3 kpc w związku z art. 355 § 1 kpc Sąd odwoławczy postanowił jak w sentencji (punkt 1).

Sąd Apelacyjny wskazuje przy tym, iż akceptacja zaskarżonego wyroku prowadziłyby do sytuacji, w której de facto dwa odrębne sądy wyrokowałyby w przedmiocie tej samej decyzji.

Rozpoznając sprawę o prawo do zasiłku Sąd Rejonowy powinien zatem samodzielnie, dokonać ustaleń faktycznych i prawnych, co do tego czy w spornym okresie ubezpieczona podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej.

SSA Alicja Podlewska SSA Jerzy Andrzejewski SSA Maciej Piankowski