



Sygn. akt II UK 90/12

**WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 8 listopada 2012 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Jerzy Kuźniar (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Zbigniew Hajn

SSN Małgorzata Wrębiakowska-Marzec

w sprawie z wniosku A.K.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w W.

o zasiłek chorobowy,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy, Ubezpieczeń

Społecznych i Spraw Publicznych w dniu 8 listopada 2012 r.,

skargi kasacyjnej wnioskodawczynie od wyroku Sądu Okręgowego w Ś.

z dnia 29 listopada 2011 r., sygn. akt [...]

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi
Okręgowemu - Sądowi Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Ś. do
ponownego rozpoznania i orzeczenia o kosztach postępowania
kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 29 listopada 2011 r., Sąd Okręgowy - Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Ś., oddalił apelację wnioskodawczynie A.K. od wyroku Sądu Rejonowego w Ś. z dnia 31 sierpnia 2011 r., którym oddalono odwołanie wnioskodawczynie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 18 maja 2011 r., odmawiającej przyznania prawa do zasiłku chorobowego i jego wypłaty za okres od 15 marca 2011 r. do końca nieprzerwanej niezdolności do pracy, wobec nie spełnienia przesłanek określonych w art. 14 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst; Dz.U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.).

W stanie faktycznym sprawy, wnioskodawczynie, prowadząca działalność gospodarczą pod firmą „Ś.D.” w S., objęta była dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 9 grudnia 2010 r. deklarując; za miesiąc grudzień 2010 r. podstawę wymiaru składki na 293,25 zł, za miesiące styczeń 2011 r. i luty 2011 r. - po 8.007,70 zł zaś za miesiąc marzec 2011 r. 3.616,34 zł (za 17 dni). Wnioskodawczynie należną składkę za miesiąc grudzień 2010 r. opłaciła w prawidłowej wysokości, natomiast składki za miesiące styczeń i luty 2011 r. zapłaciła w kwocie zaniżonej o 61,25 zł za każdy miesiąc w związku z błędnym naliczeniem tych składek przez biuro rachunkowe. Pismem z dnia 22 marca 2011 r. ubezpieczona zadeklarowała dopłatę tej różnicy, zwracając się o przywrócenie terminu do opłacenia dobrowolnej składki na ubezpieczenie chorobowe, wskazując że dopłaty do składek wynikają ze złożenia korekt deklaracji ZUS DRA za wskazane okresy. Temu wnioskowi ZUS odmówił pismem z dnia 28 kwietnia 2011 r. Ubezpieczona pismem z dnia 9 maja 2011 r. poinformowała ZUS o korekcie deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA za miesiące styczeń i luty 2011 r., wyjaśniając przyczyny powstania różnicy w podstawie wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, ponownie zwracając się o przywrócenie terminu. Decyzją z dnia 18 maja 2011 r. organ rentowy odmówił ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 15 marca 2011 r. do końca nieprzerwanej niezdolności do pracy.

Wyrokiem z dnia 31 sierpnia 2011 r., Sąd Rejonowy w Ś. oddalił odwołanie wnioskodawczynie, przyjmując, że to na ubezpieczonym spoczywa obowiązek terminowego opłacania należnych składek w pełnej wysokości, zgodnie z prawidłowo wyliczoną podstawą ich wymiaru. Jeżeli płatnik składek wskazał nieprawdziwą (zaniżoną) podstawę wymiaru składki i od niej wyliczył zaniżoną składkę na ubezpieczenie chorobowe, to ponosi tego konsekwencje, którymi są ustanie ubezpieczenia chorobowego i utrata prawa do zasiłku chorobowego. Ponieważ ubezpieczona nie opłaciła składki za styczeń 2011 r. w należytej wysokości, to ubezpieczenie ustało z dniem 1 stycznia 2011 r. Tym samym nie przysługuje jej prawo do zasiłku chorobowego od 15 marca 2011 r. do końca nieprzerwanej niezdolności do pracy. Ponadto, w ocenie Sądu Rejonowego, wnioskodawczynie nie może przerzucać ciężaru odpowiedzialności za nieprawidłowe dane, wskazane w deklaracjach ZUS DRA na biuro rachunkowe, albowiem to ona ponosi ryzyko związane z prowadzeniem działalności gospodarczej.

Apelację wnioskodawczynie od powyższego wyroku oddalił Sąd Okręgowy wyrokiem z dnia 29 listopada 2011 r., dzieląc ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji oraz ich prawną ocenę. Zdaniem Sądu Okręgowego, z przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (art. 14 ust. 1 i ust. 2 pkt 2) wynika, że to na ubezpieczonej spoczywał obowiązek terminowego opłacania składek w pełnej wysokości, zgodnie z prawidłowo wyliczoną podstawą ich wymiaru. Jeżeli płatnik składek wskazał nieprawdziwą (zaniżoną) podstawę wymiaru składki i od niej wyliczył zaniżoną składkę na ubezpieczenie chorobowe, to nastąpiło ustanie ubezpieczenia chorobowego i utrata prawa do zasiłku chorobowego. W związku z powyższym, wnioskodawczynie nie może skutecznie kwestionować odmowy przyznania prawa do zasiłku chorobowego za okres od 15 marca 2011 r. do końca nieprzerwanej niezdolności do pracy. W ocenie Sądu organ rentowy trafnie również odmówił wnioskodawczynie przywrócenia terminu do opłacenia należnych składek za styczeń i luty 2011 r. w prawidłowej wysokości, gdyż nie przewidują tego przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Organ rentowy pismem z dnia 6 maja 2011 r. odmówił wyrażenia zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące styczeń i luty 2011 r., ze względu na krótki okres prowadzenia działalności, a od

powyższej decyzji ubezpieczona nie złożyła odwołania, wobec czego stała się ona prawomocna. Decyzja, której dotyczy obecnie rozpatrywane odwołanie jest następstwem niezaskarżonej decyzji z dnia 6 maja 2011 r.

W skardze kasacyjnej od tego wyroku, zaskarżając go w całości, pełnomocnik wnioskodawczyni zarzucił naruszenie przepisów prawa materialnego – art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, poprzez błędną wykładnię i bezpodstawne przyjęcie, że „opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne (ubezpieczenie chorobowe) w niepełnej wysokości jest równoznaczne z nieopłaceniem składki za jeden pełny miesiąc i powoduje wygaśnięcie ubezpieczenia, podczas gdy opłacenie składki w zaniżonej wysokości nie kwalifikuje się jako jej nieopłacenie za jeden pełny miesiąc i nie powoduje ustania stosunku ubezpieczeniowego”, oraz art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst: Dz.U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512 ze zm.) przez jego niezastosowanie, „podczas gdy w stanie faktycznym sprawy nie powinno budzić wątpliwości, iż powódce przysługuje zasiłek w związku z niezdolnością do pracy w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego”, wniósł uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania, wraz z orzeczeniem o kosztach postępowania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje.

Skarga kasacyjna, zarzucająca naruszenie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, jest uzasadniona, aczkolwiek do naruszenia wskazanego przepisu doszło nie poprzez zarzucaną błędną jego wykładnię, ale niewłaściwe zastosowanie, wobec przyjęcia, że nie zaskarżenie przez wnioskodawczynię decyzji organu rentowego nieprzywracającej terminu do uzupełnienia nieopłaconej w całości składki na ubezpieczenie chorobowe, doprowadziło do ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i w konsekwencji odmowy przyznania dochodzonego świadczenia. Powyższe uzasadnia także zarzut niezastosowania do ustalonego stanu faktycznego art. 6

ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Wstępnie trzeba przypomnieć, że zgodnie z art. 398¹³ § 1 k.p.c., Sąd Najwyższy rozpoznaje sprawę w granicach zaskarżenia oraz w granicach podstaw. Jest więc związany granicami skargi kasacyjnej wyznaczonymi jej podstawami, co oznacza, że nie może uwzględniać naruszenia żadnych innych przepisów niż wskazane przez skarżącego. Sąd Najwyższy nie jest bowiem uprawniony do samodzielnego dokonywania konkretyzacji zarzutów lub też stawiania hipotez co do tego, jakiego aktu prawnego (przepisu) dotyczy podstawa skargi. Nie może także zastąpić skarżącego w wyborze podstawy kasacyjnej, jak również w przytoczeniu przepisów, które mogłyby być naruszone przy wydawaniu zaskarżonego orzeczenia. Sąd Najwyższy może zatem skargę kasacyjną rozpoznawać tylko w ramach tej podstawy, na której ją oparto, odnosząc się jedynie do przepisów, których naruszenie zarzucono, co nie oznacza wszakże, że wiąże go również opis zarzutu, czy też jego uzasadnienie.

Również wstępnie i ogólne trzeba przypomnieć z powołaniem się na uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 9 marca 2006 r., II UZP 1/06 (OSNP 2006 r. nr 13-14, poz. 217), że w aktualnym stanie prawnym Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest państwową jednostką organizacyjną, posiadającą osobowość prawną (art. 66 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), do którego kompetencji określonych w sposób niewyczerpujący w art. 68 tej ustawy, należy m.in. stwierdzanie i ustalanie obowiązku ubezpieczenia społecznego, ustalanie uprawnienia do świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz wypłacania tych świadczeń, z zastrzeżeniem gdy na mocy odrębnych przepisów, obowiązki te wykonują płatnicy składek, a także wymierzania i pobierania składki na ubezpieczenia społeczne.

Obowiązująca ustawa systemowa utrzymała konstrukcję, w myśl której pierwszeństwo przed regulacją zawartą w kodeksie postępowania administracyjnego (k.p.a.) mają przepisy postępowania zawarte w ustawie systemowej, stanowiąc w jej art. 123, że w sprawach uregulowanych ustawą stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej. Oznacza to także, że organ rentowy rozstrzyga sprawy należące do jego kompetencji w formie decyzji, do których stosuje się odpowiednie przepisy

k.p.a. Te wstępne uwagi, są nieodzowne, według Sądu Najwyższego, dla oceny sposobu procedowania przez organ rentowy w ocenianej sprawie.

W świetle wiążących ustaleń, wnioskodawczyni, prowadząca działalność gospodarczą, objęta była dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 9 grudnia 2010 r. i opłaciła w terminie należną składkę za miesiąc grudzień 2010 r., opłaciła również składki za miesiąc styczeń i luty 2011 r. w kwocie zaniżonej o 61,25 zł za każdy miesiąc. Jednocześnie zadeklarowała dopłatę różnicy, zwracając się również o przywrócenie terminu do opłacenia dobrowolnej składki na ubezpieczenie chorobowe, wyjaśniając, że do pomyłki doszło w związku z błędnym naliczeniem tych składek przez biuro rachunkowe. Organ rentowy nie wyraził zgody na uiszczenie składek po terminie we właściwej wysokości pismem z dnia 28 kwietnia 2011 r. Ubezpieczona w dniu 9 maja 2011 r. poinformowała ZUS o korekcie deklaracji rozliczeniowych za miesiące styczeń i luty 2011 r. wyjaśniając przyczyny powstania różnicy w podstawie wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, ponownie zwracając się o przywrócenie terminu. Organ rentowy kolejnym pismem z dnia 6 maja 2011 r. odmówił wyrażenia zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące styczeń i luty 2011 r., ze względu na krótki okres prowadzenia działalności.

Zgodnie z art. 107 § 1 k.p.a. decyzja administracyjna powinna m.in. zawierać: oznaczenie organu administracji publicznej, datę wydania, oznaczenie strony lub stron, powołanie podstawy prawnej, rozstrzygnięcie, uzasadnienie faktyczne i prawne, pouczenie, czy i w jakim trybie służy od niej odwołanie, podpis z podaniem imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego osoby upoważnionej do wydania decyzji (...), przy czym – stosownie do § 3 tego przepisu uzasadnienie faktyczne decyzji powinno w szczególności zawierać wskazanie faktów, które organ uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, oraz przyczyn, z powodu których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej, zaś uzasadnienie prawne - wyjaśnienie podstawy prawnej decyzji, z przytoczeniem przepisów prawa.

Niewątpliwie i pismo ZUS z 28 kwietnia 2011 r. i z 6 maja 2011 r., mimo uchybień co do formy określonej w art. 107 k.p.a. miały charakter decyzji, co trafnie – odnośnie pisma z 6 maja 2011 r. przyjął Sąd Okręgowy, nie zwrócił jednak uwagi,

że pisma te nie zawierają pouczenia o sposobie i terminie zaskarżenia, stąd też w żadnym razie nie można przyjąć, że decyzja z dnia 6 maja 2011 r. jako prawomocna, „uzasadnia” zaskarżoną decyzję zasiłkową. Zaskarżając tę decyzję (zasiłkową) wnioskodawczyni w istocie zaskarżyła również decyzję ZUS odmawiającą przywrócenia terminu do opłacenia brakującej części składki za styczeń i luty 2011 r. (z dnia 6 maja 2011 r.) - w otwartym terminie, wobec braku pouczenia co do środków zaskarżenia, która nie została przez Sąd merytorycznie oceniona.

W świetle ustalonej judykatury Sądu Najwyższego, opłacenie składki po upływie terminu, w którym powinna być opłacona i ustaniu w związku z tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, nie powoduje ponownego nawiązania stosunku ubezpieczenia (art. 14 ust. 2 pkt 2 i 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2012 r., I UK 408/11 - niepublikowany), niemniej jednak „w razie złożenia wniosku o przywrócenie terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne, pozytywna decyzja organu ubezpieczeń społecznych powoduje kontynuowanie dotychczasowego stosunku ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia należnych składek, natomiast negatywna decyzja potwierdza ustanie z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia społecznego i może być zaskarżona w sądowym postępowaniu odwoławczym” (tak w wyroku z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00 - OSNP 2003 r. nr 10, poz. 257). W postępowaniu tym - co oczywiste - odmowa wyrażenia zgody na opłacenie składki ubezpieczeniowej po terminie podlega kontroli sądu (por. np. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 14 listopada 2007 r., II UK 65/07, LEX nr 863989, w którym trafnie przyjęto – z powołaniem się na orzecznictwo, że organ rentowy został wyposażony w kompetencję wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, czyli uznania, że mimo nieopłacenia składki w terminie ubezpieczenie nie ustało. W ustawie nie zostały określone przesłanki „wyrażenia zgody” na opłacenie składki po terminie, co jednak nie oznacza przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nie skrępowanego uznania w uwzględnieniu lub nie uwzględnieniu wniosku o wyrażenie zgody. Przyznana kompetencja winna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. Zakład Ubezpieczeń Społecznych

wyposażony w uprawnienie wyrażania zgody na opłacenie składki po terminie winien ujawnić jakimi przesłankami kierował się odmawiając jej, a jego decyzja podlega merytorycznej ocenie sądu).

W tych warunkach rzeczą Sądu Okręgowego będzie ocena czy zachodziły okoliczności uzasadniające tzw. przywrócenie terminu do opłacenia składki ubezpieczeniowej po terminie, aczkolwiek zdaniem Sądu Najwyższego odmowa wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie jedynie „ze względu na krótki okres prowadzenia działalności” może budzić poważne wątpliwości.

Tym się kierując, na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. orzeczono jak w sentencji.

O kosztach orzeczono po myśli art. 108 § 2 k.p.c. w związku z art. 398²¹ k.p.c.

/tp/