

Sygn. akt I UK 340/11

## POSTANOWIENIE

Dnia 7 lutego 2012 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Zbigniew Myszka

w sprawie z powództwa W. N.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych

o świadczenie rehabilitacyjne i zasiłek chorobowy,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy, Ubezpieczeń

Społecznych i Spraw Publicznych w dniu 7 lutego 2012 r.,

skargi kasacyjnej ubezpieczonego od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i

Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 28 kwietnia 2011 r.,

**odmawia przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania.**

### Uzasadnienie

Wyrokiem z dnia 28 kwietnia 2011 r. Sąd Okręgowy Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił apelację ubezpieczonego W. N. od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 5 listopada 2010 r., oddalającego jego odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 27 grudnia 2005 r. odmawiającej mu przyznania prawa świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 7 kwietnia 2005 r. do 28 lutego 2006 r. oraz od decyzji z dnia 28 grudnia 2006 r. odmawiającej mu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 1 lutego 2006 r. do 15 lutego 2006 r.

W uzasadnieniu Sąd Apelacyjny wskazał, że poza sporem pozostaje okoliczność wyłączenia ubezpieczonego „ze wszystkich ubezpieczeń społecznych” od dnia 13 stycznia 2004 r. - na mocy prawomocnej decyzji organu rentowego z

dnia 20 października 2008 r. O tym wyłączeniu przesądziło postanowienie z dnia 16 marca 2011 r., I UK 390/10, którym Sąd Najwyższy odmówił przyjęcia skargi kasacyjnej od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 24 czerwca 2010 r. Objęcie ubezpieczeniem chorobowym osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą ma charakter dobrowolny i następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem, nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony (art. 14 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych j.t. Dz.U. z 2009 r., Nr 205, poz. 1585 ze zm.). Ubezpieczony nie złożył takiego wniosku do dnia przedłożenia organowi rentowemu zwolnień lekarskich za okresy objęte zaskarżoną decyzją i do dnia złożenia wniosku o świadczenie rehabilitacyjnej, co wykluczało możliwość objęcia go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Sąd Apelacyjny podkreślił, że nie jest możliwe dorozumiane objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym przez fakt opłacania składek na ubezpieczenie społeczne. Tym samym ubezpieczony został wyłączony z dobrowolnego ubezpieczenia społecznego od dnia 13 maja 2004 r. do dnia złożenia wniosku o ponowne objęcie go ubezpieczeniem w trybie art. 14 ustawy systemowej, co miało miejsce w kwietniu 2011 r. „Nawet gdyby przyjąć niezgodnie z obowiązującymi przepisami, że ubezpieczony zostanie objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, od dnia 1 października 2008 r. jak wnosił we wniosku złożonym w kwietniu 2011 r., to i tak, oba świadczenia objęte zakresem zaskarżonych decyzji, zawierają się w okresie, w którym odwołujący został wyłączony z ubezpieczeń społecznych”. Sąd Apelacyjny wskazał przy tym, że przyczyną wyłączenia z ubezpieczeń społecznych decyzją z dnia 20 października 2008 r. była fikcyjność tytułu ubezpieczenia. Z ustaleń Sądu Okręgowego dokonanych w sprawie z odwołania od tej decyzji (wyrok z dnia 27 października 2009 r.) wynika, że ubezpieczony mimo formalnego przystąpienia do obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego 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. Sam fakt opłacania składek nie powoduje objęcia ubezpieczeniem chorobowym. Jedynie w przypadku zawieszenia

prowadzenia działalności gospodarczej nie jest wymagany ponowny wniosek o objęcie tym ubezpieczeniem społecznym (art. 36a ust. 4 ustawy systemowej). Osobie niepodlegającej ubezpieczeniom społecznym nie przysługują świadczenia. Ustalenia uniewinniającego wyroku karnego nie wiążą sądu rozpoznającego sprawę cywilną.

W skardze kasacyjnej ubezpieczony zarzucił „oczywiste naruszenie”: 1/ art. 477<sup>14</sup> § 2 w związku z art. 325 k.p.c., art. 386 § 1 k.p.c. i art. 391 § 1 k.p.c. polegające na tym, że Sąd Okręgowy: a) rozstrzygnął apelację bez uwzględnienia okoliczności, że decyzja organu rentowego z dnia 20 października 2008 r. wyłączająca skarżącego z ubezpieczeń społecznych od 13 stycznia 2004 r., dotyczyła wyłącznie okresu objętego kontrolą organu rentowego, tj. okresu od dnia 13 stycznia 2004 r. do dnia 18 sierpnia 2008 r., b) rozstrzygnął apelację bez jednoznacznego wyjaśnienia w jaki sposób decyzja z dnia 20 października 2008 r. mogła wpłynąć na wydanie przez ZUS zaskarżonych decyzji, które zostały wydane zanim była wydana decyzja wyłączeniowa i w oparciu o całkowicie odmienne przesłanki niż przesłanki wskazane w decyzji z dnia 20 października 2008 r. oraz c) nie określił, podobnie zresztą jak Sąd pierwszej instancji i organ rentowy, okresu wyłączenia skarżącego z ubezpieczeń społecznych, 2/ art. 7 pkt 1 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.) wskutek przyjęcia, że w sprawie nie zaistniały przesłanki określone w tym przepisie, czego skutkiem był brak jego zastosowania, 3/ art. 18 ust. 1 i 2 w związku z art. 2 tej ustawy przez brak ich zastosowania, 4/ art. 8 ustawy o świadczeniach pieniężnych przez jego błędną wykładnię i przyjęcie, że skarżącemu nie przysługiwało prawo do zasiłku chorobowego po dniu 23 listopada 2005 r., 5/ art. 58 k.c. przez jego niewłaściwe zastosowanie w związku z błędną wykładnią art. 84 ust. 1 i ust. 8c oraz art. 85 ust. 11a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wskutek dowolnego przyjęcia, 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, wskazywała na fikcyjność tytułu ubezpieczenia skarżącego.

Skarżący wniósł o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania ze względu na występowanie w sprawie istotnych zagadnień prawnych: czy decyzja z dnia 20 października 2008 r. wyłączająca skarżącego z ubezpieczeń społecznych w okresie od 13 stycznia 2004 r. „może obejmować swoją skutecznością okres następujący po ostatnim dniu objętym kontrolą przeprowadzoną przez ZUS tj. po dniu 18 sierpnia 2008 r.”, oraz „czy decyzja ZUS wyłączająca konkretnego ubezpieczonego - prowadzącego pozarolniczą działalność gospodarczą - z ubezpieczeń społecznych (w tym również z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego) - wydana w wyniku przeprowadzenia przez organ rentowy kontroli za dany okres czasu - jednocześnie niweluje zgłoszenie do tych ubezpieczeń dokonane w okresie poprzedzającym okres objęty taką kontrolą i w związku z tym, czy osoba, której taka decyzja dotyczy jest zobowiązana do ponownego zgłoszenia się do ubezpieczeń społecznych, a jeżeli tak, to od jakiej daty”. W ocenie skarżącego „kolejne, istotne zagadnienie prawne, sprowadza się do wykładni art. 7 pkt 1 ustawy o świadczeniach wymagającej następujących ustaleń: 1/ od jakiego momentu należy liczyć wskazany w tym przepisie „okres 14 dni w sytuacji, gdy w okresie następującym po wydaniu decyzji merytorycznych została wydana decyzja wyłączeniowa tj. należy ustalić w jakiej dacie ustał w takim przypadku tytuł ubezpieczenia chorobowego i czy w ogóle - w odniesieniu do decyzji merytorycznych - tytuł ten ustał zważywszy na fakt, iż decyzja wyłączeniowa została wydana po upływie znacznego okresu czasu do wydania decyzji merytorycznych, 2/ „w razie stwierdzenia, że tytuł ubezpieczenia w tym przypadku jednak ustał, konieczne są dalsze ustalenia na okoliczność, czy tytuł ubezpieczenia chorobowego ustał od pierwszego dnia okresu, którego dotyczy decyzja wyłączeniowa (w przedmiotowej sprawie od dnia 13 stycznia 2004 r.), czy tytuł ten ustał w dacie wydania decyzji wyłączeniowej (co w niniejszej sprawie nastąpiło w dniu 20 października 2008 r.), czy też taki tytuł ustał dopiero z dniem uprawomocnienia się decyzji wyłączeniowej (co nastąpiło z dniem wydania przez Sąd Apelacyjny wyroku z dnia 24 czerwca 2010 r., który dotyczył decyzji wyłączeniowej)”.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

W uzasadnieniu postanowienia z dnia 16 marca 2011 r., I UK 390/10, o odmowie przyjęcia poprzedniej skargi kasacyjnej tego samego skarżącego, wydanym w przedmiocie podlegania ubezpieczeniu społecznemu, Sąd Najwyższy przesądził, iż w okresie objętym decyzją organu rentowego (od 13 stycznia 2004 r.) skarżący faktycznie 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 osób prowadzących pozarolniczą działalność, przeto nie mógł być objęty z tego nieistniejącego tytułu również dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym na podstawie art. 11 ust. 2 tej ustawy.

W obecnym postępowaniu Sąd drugiej instancji wskazał w tym zakresie, że z ustaleń wydanego w sprawie podlegania ubezpieczeniu społecznemu osób prowadzących pozarolniczą działalność - prawmocnego wyroku Sądu Okręgowego z dnia 27 października 2009 r., wiążąco wynikało, iż w spornym okresie skarżący „faktycznie nie prowadził żadnej działalności gospodarczej rodzącej obowiązek podlegania ubezpieczeniu społecznemu”, a jedynie opłacał składki na ubezpieczenie społeczne i to tylko „w krótkich okresach przerw między okresami pobierania zasiłków chorobowych”. Tego typu nieprowadzenie działalności gospodarczej, którą skarżący, wedle miarodajnych ustaleń, podjął „bez zamiaru i możliwości” jej prowadzenia, nie stanowiło tytułu podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym ani tytułu podlegania dobrowolnemu tytułowi ubezpieczenia chorobowego, ponieważ sam wniosek o przystąpienie lub opłacanie składek na ubezpieczenie społeczne osób prowadzących pozarolniczą działalność, która nie może polegać ani zmierzać wyłącznie do pobierania świadczeń z ubezpieczenia społecznego, nie kreują wymienionych tytułów ubezpieczenia społecznego. Te istotne okoliczności zostały prawomocnie potwierdzone w poprzednio (wcześniej) zakończonym postępowaniu w sprawie „o podleganie ubezpieczeniu społecznemu”, a przeto usuwają się spod ponownego rozpoznania w postępowaniu o świadczenia z nieistniejącego ubezpieczenia społecznego.

Tymczasem poddana procedurze przedsądowej kolejna skarga kasacyjna zmierza w istocie rzeczy do podważenia wyników opisanego prawomocnie osądzonego postępowania, które zakończyło się odmową przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania postanowieniem Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 2011 r., I UK 390/10, i nie podlega dalszemu zaskarżeniu. Skoro z tego miarodajnego, wiążącego i prawomocnie zakończonego postępowania (art. 356 i 366 k.p.c.) wynika, że skarżący w spornym okresie, za który w aktualnym postępowaniu dochodził przyznania zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego, nie podlegał ubezpieczeniu społecznemu osób prowadzących pozarolniczą działalność, bo jej faktycznie nie prowadził, to oczywiście wykluczone było przyznanie mu tych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, któremu skarżący nie podlegał, co wszechstronnie i precyzyjnie wyjaśnił Sąd drugiej instancji w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Wyrok ten nie wymagał niepotrzebnego i niejako „dodatkowego” odwołania się do art. 58 § 1 k.c., skoro w rozpoznanej sprawie brak prawa do zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego wynikał z wcześniej prawomocnie potwierdzonego niepodlegania skarżącego ubezpieczeniu społecznemu osób prowadzących pozarolniczą działalność, co wykluczało przyznanie mu świadczeń bez podstawy i tytułu prawnego.

Równocześnie w postępowaniu kasacyjnym z zakresu świadczeń z ubezpieczenia społecznego nie ma potrzeby ani możliwości procesowych rozważania lub wyjaśniania sformułowanych przez skarżącego zagadnień prawnych, które dotyczyły kwestii prawnych zawartych w „decyzji wyłączeniowej”, a zatem zagadnień innych niż sporne prawo do świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku chorobowego, które zostało negatywnie osądzone w zaskarżonym wyroku ze względu na brak, tj. nieistnienie tytułu ubezpieczenia społecznego w okresie, z którego sporne świadczenia miałyby być wypłacone. Ponadto i przede wszystkim postawione w skardze kasacyjnej pytania ignorują zasadnicze ustalenia zaskarżonego wyroku, z których wynika, że skarżący w okresie objętym decyzją organu rentowego 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, a także nie zachodziły przesłanki dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego na podstawie art.

11 ust. 2 tej ustawy. W kosekwencji nie miał on prawa do świadczeń z nieistniejącego ubezpieczenia społecznego.

Mając powyższe na uwadze Sąd Najwyższy postanowił jak w sentencji na podstawie art. 398<sup>9</sup> § 2 k.p.c.