

Sygn. akt **III AUa 932/20**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 lutego 2022 r.

**Sąd Apelacyjny w Poznaniu III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych**

w składzie:

Przewodniczący: sędzia Marta Sawińska

Protokolant: Emilia Wielgus

po rozpoznaniu w dniu 9 lutego 2022 r. w Poznaniu na posiedzeniu niejawnym

sprawy **G. C.**

przeciwko **Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w P.**

o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w P.

od wyroku Sądu Okręgowego w Poznaniu

z dnia 23 czerwca 2020 r. sygn. akt VIII U 1745/18

1. zmienia zaskarżony wyrok i oddala odwołanie,
2. nie obciąża G. C. kosztami procesu.

sędzia Marta Sawińska

--	--	--

## UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 26 lipca 2018 roku (znak: (...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych, I Oddział w P. działając na podstawie przepisów art. 83 ust. 1 pkt 2 oraz art. 11 ust. 2, art. 14 ust. 2 i 2a stawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r., poz. 1778 z późn. zm.) stwierdził, że G. C. nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w okresach: od 23.01.2014 – 31.03.2014 roku. W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, że odwołująca pismem z 14 marca 2014 roku złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące 01/2014 po terminie. Pismem z dnia 10 lipca 2014 roku organ poinformował ubezpieczoną, że wniosek rozpoznano negatywnie z uwagi na brak poprawnej deklaracji rozliczeniowej ZUS (...) oraz brak wpłaty na ubezpieczenie społeczne za okresy od 23-31/01 2014 roku, dlatego też organ nie wyraził zgody na opłacenie składki za miesiąc 01/2018 po terminie.

G. C. złożyła odwołanie od ww. decyzji, z zachowaniem przewidzianego prawem trybu i terminu. W uzasadnieniu wskazała, że brak ciągłości dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jest konsekwencją tego, że na dzień 22 stycznia 2014 roku wyznaczono dowołującej termin badania lekarskiego. Odwołująca korespondencję z wezwaniem na badanie

lekarskie odebrała już po terminie badania. W konsekwencji odmówiono jej wypłaty zasiłku chorobowego za okres od 23-28 stycznia 2014 roku i za kolejne okresy aż do 31 marca 2014 roku.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych, I Oddział w P. wniósł o oddalenie odwołania oraz o zasądzenie na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych. Jednocześnie Zakład podtrzymał argumentację prawną i faktyczną zaprezentowaną w zaskarżonej decyzji.

**Wyrokiem z dnia 23 czerwca 2020 r. dokonano zmiany zaskarżonej decyzji poprzez stwierdzenie, że odwołująca z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 23 stycznia 2014 r. do 31 marca 2014r.**

U podstaw powołanego rozstrzygnięcia legły następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

G. C. od 2 grudnia 2011 roku do 31 marca 2014 roku prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą. **Okoliczność bezsporna**, vide dokumenty w aktach sprawy i aktach rentowych

Od 2 grudnia 2011 roku do 22 stycznia 2014 roku G. C. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą.

**Okoliczność bezsporna** , vide dokumenty w aktach sprawy i aktach rentowych

W okresie od 17 grudnia 2012 roku do 12 kwietnia 2013 roku i od 17 kwietnia do 12 czerwca 2013 roku i od 14 czerwca do 19 czerwca 2013 roku, i od 9 września do 18 września 2013 roku, od 17 października 2013 roku do 22 stycznia 2014 roku odwołującej wypłacano zasiłek chorobowy.

**Okoliczność bezsporna** , vide dokumenty w aktach sprawy i aktach rentowych,

Organ rentowy pismem z 16 stycznia 2014 roku wezwał odwołującą listem poleconym na badanie lekarskie, którego termin ustalono na 22 stycznia 2014 roku. 20 stycznia 2014 roku pracownik urzędu pocztowego podjął próbę doręczenia przesyłki, przesyłkę awizował. Nie zastał odwołującej w domu. Odwołująca przesyłkę odebrała 24 stycznia 2014 roku.

**Okoliczność bezsporna** , okoliczność przyznana przez organ rentowy (k 76 akt)

Natychmiast po odbiorze listu poleconego odwołująca telefonicznie poinformowała pracownika organu rentowego o przyczynie nieobecności na badaniu lekarskim, 22 stycznia 2014 roku, to jest o odbiorze przesyłki dopiero 24 stycznia 2014 roku.

**Okoliczność bezsporna** , vide dokumenty w aktach sprawy i aktach rentowych,

Organ rentowy odmówił odwołującej prawa do zasiłku chorobowego decyzją z 13 lutego 2014 roku za okres od 23 do 28 stycznia 2014 roku i decyzją z 10 marca 2014 roku – za okres od 29 stycznia do 26 lutego 2014 roku, a co do wniosku o zasiłek chorobowy za okres od 27 lutego do 26 marca 2014 roku – zawiesił postępowanie.

**Okoliczność bezsporna** , vide dokumenty w aktach sprawy i aktach rentowych,

Odwołująca składała wniosek o wyrażenie zgody na opłacenia po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w styczniu 2014 roku, jednak organ rentowy nie wyraził zgody na powyższe.

**Okoliczność bezsporna** , vide dokumenty w aktach sprawy i aktach rentowych,

Dokonując oceny zgromadzonego materiału dowodowego Sąd uznał za wiarygodne wszystkie dokumenty zgromadzone zarówno w aktach sądowych, jak i w aktach pozwanej organu rentowego. Zostały one bowiem sporządzone przez uprawnione do tego organy, w przewidzianej przez prawo formie. Sąd nie znalazł powodów ku

temu, aby kwestionować prawdziwość tych dokumentów z urzędu. Natomiast dokumenty prywatne korzystały jedynie z domniemania autentyczności oraz domniemania, iż zawarte w nich oświadczenia złożyła osoba, która je podpisała (art. 245 kpc). Sąd nie znalazł powodów ku temu, aby kwestionować prawdziwość tych dokumentów i pozwolił na potraktowanie tychże kserokopii jako dowodów pośrednich istnienia dokumentów o treści im odpowiadającej. Sąd zwraca się okoliczności faktyczne istotne dla rozstrzygnięcia były niesporne między stronami, częściowo przyznane przez obie strony w pismach procesowych.

***W tym stanie rzeczy sąd I instancji uznał odwołanie za zasadne.***

Wskazał na wstępie, że przedmiotem sporu w niniejszej sprawie było, czy G. C. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 23.01.2014 – 31.03.2014 roku. W niniejszej sprawie organ rentowy stał na stanowisku, iż odwołująca za miesiąc styczeń 2014 roku nie dokonała zapłaty składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, nie znalazł przesłanek ku temu, by wyrazić zgodę na opłacenie tych składek po terminie i jednocześnie odmówił odwołującemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 23 stycznia 26 lutego 2014 roku a co do wniosku o zasiłek chorobowy za okres od 27 lutego do 31 marca 2014 roku – zawiesił postępowanie.

Rozpatrując istotę sporu sąd przypominał, że osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz wypadkowemu zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. systemowej o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 300 t.j., dalej ustawa systemowa), a ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności (art. 11 ust. 2 ustawy systemowej). Objęcie ochroną ubezpieczeniową wiąże się z powstaniem obowiązku opłacania składek. Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, w myśl art. 20 ust. 1 ustawy systemowej, określa zawsze podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe, jedynie z ograniczeniem wynikającym z art. 20 ust. 3 ustawy.

W myśl art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. 2017.1778 t.j.) objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

Zgodnie z ust. 2 cytowanego artykułu, dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony lub od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a, który w niniejszej sprawie nie ma zastosowania. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, jeżeli za część miesiąca został pobrany zasiłek, ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia następującego po dniu, za który zasiłek ten przysługuje (art. 14 ust. 2a. ustawy systemowej). Za okres opłacania składek uważa się także okres pobierania wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną oraz zasiłków (art. 14 ust. 3. ustawy systemowej).

***Stosownie do art. 18*** ust. 1. ustawy systemowej - podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ubezpieczonych wymienionych w art. 6 ust. 1-3, stanowi przychód, o którym mowa w art. 4 pkt 9 i 10, z zastrzeżeniem ust. 1a i 2, ust. 4 pkt 5 i ust. 12. 2. W podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1-3, nie uwzględnia się wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną oraz zasiłków (art. 18 ust. 2. ustawy systemowej). Za miesiąc, w którym nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi lub ich ustanie i jeżeli trwały one tylko przez część miesiąca, kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie, dzieląc ją przez liczbę dni kalendarzowych tego miesiąca i mnożąc przez liczbę dni podlegania ubezpieczeniu (art. 18 ust. 9. ustawy systemowej).

Zasady zmniejszania najniższej podstawy wymiaru składek, o których mowa w ust. 9, stosuje się odpowiednio w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku(**art. 18** ust.10 ustawy systemowej).

Z analizy przepisów art. 14 ust. 1, ust 2a i 3 oraz 18 ust. 1 i 2 ustawy systemowej wynika, że w przypadku osoby prowadzącej działalność gospodarczą i podlegającej dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w czasie niezdolności tej osoby do prowadzenia działalności i pobierania zasiłku chorobowego, nie ma ona obowiązku odprowadzania składek na ubezpieczenie chorobowe, a okres pobierania zasiłku chorobowego jest traktowany jako okres podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu.

Przenosząc te rozważania do niniejszej sprawy Sąd I instancji wskazywał, iż odwołująca pobierała zasiłek chorobowy w okresach od 17 grudnia 2012 roku do 12 kwietnia 2013 roku i od 17 kwietnia do 12 czerwca 2013 roku i od 14 czerwca do 19 czerwca 2013 roku, i od 9 września do 18 września 2013 roku, od 17 października 2013 roku do 22 stycznia 2014 roku, przy czym w ostatnim okresie na podstawie zwolnienie lekarskiego z 8 stycznia 2014 roku obejmującego okres od 10 do 28 stycznia 2014 roku. Nadto przedłożyła zaświadczenia o niezdolności do wykonywania pracy za kolejne okresy od 29 lutego do 31 marca 2014 roku.

Gdyby zatem w tym okresie nie zakwestionowano prawa odwołującej do zasiłku chorobowego, to odwołująca aż do 31 marca 2014 roku podlegałaby dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu i nie miałaby obowiązku odprowadzania składek na to ubezpieczenie za okres od stycznia do 31 marca 2014 roku,

Tymczasem w czasie pobierania zasiłku w ostatnim okresie odwołująca została wezwana przez organ rentowy na badanie lekarskie. Organ rentowy pismem z 16 stycznia 2014 roku wezwał odwołującą listem poleconym na badanie lekarskie, którego termin ustalono na 22 stycznia 2014 roku. 20 stycznia 2014 roku pracownik urzędu pocztowego podjął próbę doręczenia przesyłki. Nie zastał odwołującej w domu, przesyłkę awizował. Odwołująca przesyłkę odebrała 24 stycznia 2014 roku. Sąd zwracał uwagę na to, iż pomiędzy datą wystawienia wezwania na badanie lekarskie(nawet nie wysyłki), a wyznaczoną datą badania jest zaledwie 7 dni. Pierwszą próbę doręczenia przesyłki odwołującej podjęto 2 dni przed datą badania. Cztery dni później odwołująca odebrała przesyłkę z urzędu pocztowego, było to jednak dwa dni po terminie badania lekarskiego. Odwołująca natychmiast telefonicznie usprawiedliwiła swoją nieobecność przed organem rentowym, powołując się na to, że przesyłkę odebrała dni po dacie badania lekarskiego.

Sąd Okręgowy akcentował, że tryb doręczeń w postępowaniu administracyjnym regulują przepisy art. 39-49b kpa i one będą miały zastosowanie do postępowania przed organem rentowym. Stosownie do art. 41. § 1. kpa w toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny(art. 41. § 2. kpa). Pisma doręcza się osobom fizycznym w ich mieszkaniu lub miejscu pracy (art. 42. § 1. kpa).Pisma mogą być doręczane również w lokalu organu administracji publicznej, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej(art. 42. § 2. kpa). W razie niemożności doręczenia pisma w sposób określony w § 1 i 2, a także w razie koniecznej potrzeby, pisma doręcza się w każdym miejscu, gdzie się adresata zastanie(art. 42. § 3. kpa).W przypadku nieobecności adresata pismo doręcza się, za pokwitowaniem, dorosłemu domownikowi, sąsiadowi lub dozorczy domu, jeżeli osoby te podjęły się oddania pisma adresatowi. O doręczeniu pisma sąsiadowi lub dozorczy zawiadamia się adresata, umieszczając zawiadomienie w oddawczej skrzynce pocztowej lub, gdy to nie jest możliwe, w drzwiach mieszkania (art. 43. kpa). Wreszcie – stosownie do treści art. 44. § 1. kpa - w razie niemożności doręczenia pisma w sposób wskazany w art. 42 i 43:

1) operator pocztowy w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe przechowuje pismo przez okres 14 dni w swojej placówce pocztowej - w przypadku doręczenia pisma przez operatora pocztowego; 2) pismo składa się na okres czternastu dni w urzędzie właściwej gminy (miasta) - w przypadku doręczenia pisma przez pracownika urzędu gminy (miasta) lub upoważnioną osobę lub organ. Zawiadomienie o pozostawieniu pisma wraz z informacją o możliwości jego odbioru w terminie siedmiu dni, licząc od dnia pozostawienia zawiadomienia w miejscu określonym w § 1, umieszcza się w oddawczej skrzynce pocztowej lub, gdy nie jest to możliwe, na drzwiach

mieszkania adresata, jego biura lub innego pomieszczenia, w którym adresat wykonuje swoje czynności zawodowe, bądź w widocznym miejscu przy wejściu na posesję adresata(art. 44. § 2. kpa).. W przypadku niepodjęcia przesyłki w terminie, o którym mowa w § 2, pozostawia się powtórne zawiadomienie o możliwości odbioru przesyłki w terminie nie dłuższym niż czternaście dni od daty pierwszego zawiadomienia(art. 42. § 3. kpa). Doręczenie uważa się za dokonane z upływem ostatniego dnia okresu, o którym mowa w § 1, a pismo pozostawia się w aktach sprawy(art. 42. § 4. kpa).

Sąd zwracał uwagę na to, iż doręczenie dokonane w trybie art. 44kpa jest skuteczne po upływie 14 dni od umieszczenia pierwszego awiza. Z treści **art. 60 ust. 5** ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa wynika, że do decyzji, o których mowa w ust. 1-3 i art. 54 ustawy, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego. Żadne przepisy nie wyłączają stosowania art. 44 kpa do postępowania przed organem rentowym, a tym samym nie upoważniają organu rentowego do zaniechania stosowania dyspozycji tego przepisu. Takim wyłączeniem nie są też przepisy art. 59 ust. 5e i 5f ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, które wskazują jedynie na konsekwencje niewskazania zmiany miejsca pobytu. W niniejszej sprawie taki przypadek jednak nie zachodził, odwołująca nie zmieniła miejsca pobytu, a jedynie w chwili doręczenia zawiadomienia o terminie badania była poza domem i w ciągu 4 dni odebrała przesyłkę awizowaną. Sąd zwracał także uwagę na to, że pomiędzy datą pozostawienia zawiadomienia o przesyłce a datą jej odbioru upłynęły zaledwie 4 dni. Natychmiast po odbiorze przesyłki odwołująca skontaktowała się telefonicznie z pracownikiem organu rentowego i podjęła współpracę z organem rentowym. Zatem zupełnie nieuprawnionym było postępowanie organu rentowego polegające na zastosowaniu sankcji związanych z niestawiennictwem na badaniu w dniu 22 stycznia 2014 roku, a skutkujących ustaleniem, że odwołująca od 23 stycznia do 31 marca 2014 roku nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu. Sąd zwracał uwagę na to, że jako jedyną przyczynę odmowy prawa do zasiłku chorobowego za okres od 23 do 28 stycznia 2014 roku wskazano nieusprawiedliwione niestawiennictwo odwołującej na badaniu 22 stycznia 2014 roku. Przy czym organ rentowy wydając tę decyzję pominął przepisy kpa o doręczeniach. Odmowa prawa do zasiłku za okresy od 29 stycznia 2014 roku do 26 lutego 2014 roku była konsekwencją pierwszej błędnej decyzji odmownej. Podobna sytuacja dotyczy okresów od 27 lutego do 31 marca 2014 roku.

Mając zatem na uwadze powyższe rozważania Sąd Okręgowy na podstawie powołanych przepisów prawa materialnego oraz art. 477<sup>14</sup> § 2 zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, iż stwierdził, że odwołująca podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach od 23 stycznia do 31 marca 2014 roku.

Apelację od powołanego orzeczenia wywiódł pozwany organ rentowy, wnioskując o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania, ewentualnie- uchylenie orzeczenia i przekazanie sprawy sądowi I instancji do ponownego rozpoznania, przy zasądzeniu kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje.

Zarzuty środka zaskarżenia objęły:

-naruszenie prawa procesowego to jest art.365§1 k.p.c. i art.366 k.p.c. wskutek nieuwzględnienia w podstawie faktycznej prawomocnego wyroku Sądu Rejonowego Poznań-Grunwald Jeżyce z dnia 26 lipca 2017 r. wydanego w sprawie o sygnaturze VIU 886/15 oddalającego odwołanie G. C. od decyzji odmawiającej jej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 23 stycznia 2014 r. do 28 stycznia 2014 r.

-naruszenie prawa materialnego to jest art.14 ust.2 pkt 2 w związku z art. 2a ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez przyjęcie, że w spornym okresie ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

W uzasadnieniu apelujący naprowadzał, że skutkiem prawomocnego wyroku opisanego wyżej jest brak po stronie ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego w okresie od 23 stycznia do 28 stycznia 2014 r. To prawomocne (ubezpieczona nie wniosła apelacji od wyroku sądu I instancji) orzeczenie wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, ale także inne sądy czy organy państwowe, przy czym moc wiążąca orzeczenia rozciąga się także na ustalenia faktyczne będące podstawą rozstrzygnięcia. W kolejnym postępowaniu sądowym kwestie te nie mogą być ponownie badane.

Tymczasem w rozpoznawanej sprawie sąd I instancji całkowicie pominął skutki wyroku, o jakim mowa powyżej, poddając analizie prawo do zasiłku chorobowego za okres objęty prawomocnym wyrokiem, czego czynić nie mógł.

Brak prawa do zasiłku chorobowego od 23 do 28 stycznia 2014 r. automatycznie powoduje brak prawa do zasiłku za kolejny okres a to wobec ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 23 stycznia 2014 r.

G. C. nie opłaciła składki za okres od 23 stycznia do 28 lutego 2014 r., oraz kolejnych za luty i marzec, co prowadzi do ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego za okres przyjęty w zaskarżonej decyzji.

G. C. wniosła o oddalenie wniesionej apelacji.

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

Apelacja organu rentowego jest w całości zasadna.

Na wstępie – za Sądem Okręgowym – naprowadzić należy, że stan faktyczny sprawy pozostawał poza sporem, ustalenia faktyczne zasługują na pełną aprobatę bez konieczności ponownego ich w tym miejscu szczegółowego powielania.

Prawidłowo powołał także Sąd I instancji podstawy prawne zaskarżonej decyzji oraz sądowego rozstrzygnięcia.

W myśl art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. 2017.1778 t.j.) objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. Objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia. Zgodnie z ust. 2 cytowanego artykułu, dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony lub od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a, który w niniejszej sprawie nie ma zastosowania. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, jeżeli za część miesiąca został pobrany zasiłek, ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia następującego po dniu, za który zasiłek ten przysługuje(art. 14 ust. 2a. ustawy systemowej). Za okres opłacania składek uważa się także okres pobierania wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną oraz zasiłków(art. 14 ust. 3. ustawy systemowej).

W pełni trafne są powołane w apelacji zarzuty naruszenia prawa procesowego oraz norm prawa materialnego.

Przypomnieć należy, że osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz wypadkowemu (i art. 12 ust. 1 ustawy systemowej), a ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności (art. 11 ust. 2 ustawy systemowej).

Objęcie ochroną ubezpieczeniową wiąże się z powstaniem obowiązku opłacania składek. Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, w myśl art. 20 ustawy systemowej, określa zawsze podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe, jedynie z ograniczeniem wynikającym z art. 20 ust. 3 ustawy. Analiza treści art. 18 ustawy systemowej prowadzi do jednoznacznego wniosku, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne osób prowadzących pozarolniczą działalność została określona inaczej niż w przypadku ubezpieczonych, co do których podstawę tę odniesiono do przychodu w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub kwoty uposażenia, wynagrodzenia bądź innego rodzaju świadczenia. Łączy się to ze specyfiką działalności prowadzonej na własny rachunek i trudnościami przy określaniu przychodu z tej działalności. Z tych

względów określenie wysokości podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne ustawodawca pozostawił osobom prowadzącym pozarolniczą działalność, stanowiąc w art. 18 ust. 8 ustawy, że podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ubezpieczonych, o których mowa wyżej, stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek, ogłoszonego w trybie art. 19 ust. 10 na dany rok kalendarzowy.

Jednocześnie art. 18 ust. 9 ustawy systemowej stanowi, że za miesiąc, w którym nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi lub ich ustanie i jeżeli trwały one tylko przez część miesiąca, kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie, dzieląc ją przez liczbę dni kalendarzowych tego miesiąca i mnożąc przez liczbę dni podlegania ubezpieczeniu. Zgodnie z art. 18 ust. 10 ustawy zasady zmniejszania najniższej podstawy wymiaru składek, o których mowa w ust. 9, stosuje się odpowiednio w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku. Wykładnia językowa ust. 9 i 10 ustawy systemowej wskazuje przy tym na możliwość proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składki w miesiącu, w którym nastąpiło objęcie ubezpieczeniami albo ich ustanie, bądź w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, wyłącznie w stosunku do ubezpieczonych, którzy zadeklarowali najniższą podstawę wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzonej działalności pozarolniczej. Przepis art. 18 ust. 9 ustawy systemowej - przewidując możliwość proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru za miesiąc, w którym nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi lub ich ustanie i jeżeli trwały one tylko przez część miesiąca - stanowi, że "kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie (...)". Oznacza to, że ustawodawca wyraźnie ograniczył możliwość korzystania z proporcjonalnego pomniejszenia podstawy wymiaru składki tylko do ubezpieczonych, którzy zadeklarowali najniższą podstawę wymiaru składki.

Cytowany przepis stanowi o zmniejszeniu podstawy wymiaru składki w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu **ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku**. Ustawodawca łączy zatem prawo do proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składki z trwającym przez część miesiąca okresem niezdolności do pracy i spełnieniem przez ubezpieczonego warunków przyznania zasiłku za ten okres, a nie z okresem, za jako faktycznie przyznano i wypłacono zasiłek chorobowy. Powołany przepis uniezależnia więc decyzję płatnika o zastosowaniu instytucji miarkowania podstawy wymiaru składek od istnienia i treści deklaracyjnych decyzji organu rentowego w przedmiocie realizacji prawa ubezpieczonego do zasiłku z ubezpieczenia chorobowego, które mogą zapaść i z reguły zapadają w innym czasie. Jest to oczywiste, jeśli wziąć pod uwagę, że zawarta w powołanym artykule regulacja dotyczy ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne. Obowiązek obliczania i opłacania składek na ubezpieczenia społeczne oraz obowiązek ustalania prawa do świadczeń z owych ubezpieczeń i ich wypłaty to dwa różne aspekty instytucji podlegania ubezpieczeniom społecznym, unormowane w odrębnych aktach prawnych rangi ustawy i oparte na odmiennych zasadach.

Warto przypomnieć, że z mocy art. 16 ust. 4 i art. 17 ust. 3 ustawy systemowej, ubezpieczeni, jakimi są osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, finansują w całości, z własnych środków, składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, wypadkowe oraz chorobowe i to na nich spoczywa obowiązek obliczania i przekazywania tych składek co miesiąc do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. **Oni też muszą ocenić, czy zachodzą przesłanki do ewentualnego zmniejszenia podstawy wymiaru owych składek, wymienione w art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej.** Określony w art. 47 ust. 1 pkt 1 ustawy systemowej termin przesyłania do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych deklaracji rozliczeniowych i imiennych raportów miesięcznych oraz opłacania składek nie jest tożsamy z wynikającym z art. 64 ust. 1 ustawy zasiłkowej terminem wypłaty zasiłków z ubezpieczenia chorobowego. Racjonalne jest zatem uniezależnienie przez ustawodawcę procedury zmniejszania przez płatników podstawy wymiaru składek od decyzji organu rentowego o przyznaniu i wypłacie zasiłków z ubezpieczenia chorobowego. Osoba prowadząca pozarolniczą działalność i z tego tytułu podlegająca ubezpieczeniom społecznym dokonując rozliczenia i opłacenia składek na owe ubezpieczenia musi zatem samodzielnie ocenić, czy spełnia kryteria miarkowania podstawy wymiaru składek, **mając na uwadze daleko idące konsekwencje błędnego zastosowania tej instytucji. Bezzasadne zmniejszenie podstawy wymiaru składek**

***sprawia bowiem, że składki zostają opłacone w nienależytej wysokości. W myśl art. 14 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej, skutkiem nieopłacenia składek w należytej wysokości jest zaś ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego osoby prowadzącej pozarolniczą działalność.***

Z taką właśnie sytuacją mamy do czynienia w rozpoznawanej sprawie.

Jak słusznie naprowadza apelujący, Sąd Okręgowy całkowicie pominął skutki prawomocnego wyroku Sądu Rejonowego z 26 lipca 2017 r. (VI U 886/15) stwierdzającego ***brak po stronie ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 23 do 28 stycznia 2014 r.***

Sąd II instancji w ramach uzupełniającego postępowania dowodowego przeprowadził dowód z akt tej sprawy oraz akt sprawy VI U 47/18 dotyczącej odwołania od decyzji z 10 marca 2014 r. odmawiającej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 29 stycznia do 26 lutego 2014 r.

Odnosząc się do zarzutów apelacyjnych wskazać należy, że zgodnie z art. 365 § 1 k.p.c. orzeczenie prawomocne wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy oraz inne organy państwowe i organy administracji publicznej, a w wypadkach w ustawie przewidzianych także inne osoby. Związanie wskazanych podmiotów prawomocnym orzeczeniem sądowym oznacza, że muszą one liczyć się z wydanym orzeczeniem, tj. nie mogą go ani zmieniać, ani podejmować jakichkolwiek innych działań nie uwzględniających jego wydania. Tę cechę prawomocnego orzeczenia określa się mianem mocy wiążącej. Z kolei zgodnie z art. 366 k.p.c. wyrok prawomocny ma powagę rzeczy osądzonej tylko co do tego, co w związku z podstawą sporu stanowiło przedmiot rozstrzygnięcia, a ponadto tylko między tymi samymi stronami. Obydwa te skutki prawomocnego formalnie orzeczenia (moc wiążąca oraz powagę rzeczy osądzonej) określa się łącznie mianem prawomocności materialnej. Rodzi ona dwojakiego rodzaju skutki: pozytywny i negatywny. Skutek pozytywny (materialny) rzeczy osądzonej przejawia się w tym, że rozstrzygnięcie zawarte w prawomocnym orzeczeniu (rzecz osądzona) stwarza stan prawny taki, jaki z niego wynika. Sądy rozpoznające między tymi samymi stronami nowy spór muszą przyjmować, że dana kwestia prawna kształtuje się tak, jak przyjęto to w prawomocnym, wcześniejszym wyroku, a więc w ostatecznym rezultacie procesu uwzględniającym stan rzeczy na datę zamknięcia rozprawy. Negatywną konsekwencją procesową tego, że prawomocny wyrok korzysta z powagi rzeczy osądzonej, jest natomiast wyłączenie możliwości skutecznego wszczęcia postępowania w tym samym przedmiocie i między tymi samymi stronami, tj. zasada *ne bis in idem*.

Skoro zatem prawomocnie orzeczono mocą wyroku brak prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 23 stycznia do 28 stycznia 2014 r., ubezpieczona nie miała prawa do zmniejszenia składki za okres niezdolności do pracy poczynając od 23 stycznia 2014 r. Poza sporem było, że odwołująca nie opłaciła składki ani za ten okres (pozostała część miesiąca stycznia), ani też składek należnych za kolejne dwa miesiące, za które spodziewała się kolejnych zasiłków chorobowych.

Powyższe stanowi o wyczerpaniu sytuacji opisanej w art.14 ust.2a ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, czego konsekwencją jest uznanie zaskarżonej decyzji ZUS za prawidłową.

Mimo uprawomocnienia w dniu 17 sierpnia 2017 r. (odwołująca nie odwołała się od tego orzeczenia, nie żądała także sporządzenia pisemnego uzasadnienia rozstrzygnięcia) niekorzystnego dla odwołującej wyroku pozbawiającego ją prawa do zasiłku chorobowego za sporny okres od 23 stycznia 2014 r. do 28 stycznia 2014 r., nawet w dacie odwołania nie nastąpiła zapłata brakującej części składki, jak też składek za dalszy okres. Nie wystąpiła także odwołująca z kolejnym wnioskiem u przywrócenie terminu do opłacenia zaległości.

Powyższe powoduje konieczność zmiany zaskarżonego wyroku na podstawie art.386 k.p.c. i oddalenia odwołania. O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art.102 k.p.c., mając na względzie trudną sytuację materialną odwołującej, jaką opisywała w trakcie postępowania pierwszo instancyjnego. G. C. jest osobą schorowaną, po zabiegu operacyjnym, jej stan zdrowia spowodował konieczność likwidacji działalności gospodarczej, a jedynym źródłem



utrzymania był początkowo zasiłek dla bezrobotnych. Aktualnie pobiera emeryturę w kwocie 1200 zł. Kwota ta pozwala wyłącznie na skromne zaspokojenie podstawowych potrzeb.

sędzia Marta Sawińska