Sygn. akt: X U 476/16

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 marca 2017 r.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych we Wrocławiu

w składzie:

Przewodniczący: SSR Anna Garncarz

Protokolant: Dorota Wabnitz

po rozpoznaniu rozprawie w dniu 7 marca 2017 r. we W.

sprawy z odwołania ***K. M.***

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 10 maja 2016 r. znak: (...)

w sprawie ***K. M.***

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

o ***zasiłek macierzyński***

I. oddala odwołanie;

II. nie obciąża wnioskodawczyni kosztami postępowania.

UZASADNIENIE

Ubezpieczona K. M. wniosła odwołanie od decyzji organu rentowego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W., z 10 maja 2016 r. znak (...) - (...) przyznającej jej prawo do:

- zasiłku macierzyńskiego przez okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego za okres od 25 września 2015 r. do 11 lutego 2016 r,

- zasiłku macierzyńskiego przez okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu rodzicielskiego za okres od 12 lutego 2016 r. do 22 września 2016 r.

od podstawy wymiaru 525,00 zł (po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, tj. 453,02)

i domagał się jej zmiany poprzez przyznanie jej przedmiotowych świadczeń za sporne okresy w odniesieniu do podstawy wymiaru 9.897,50 zł.

W uzasadnieniu żądania, ubezpieczona podniosła, że od 25 września 2015 r. do 22 września 2016 r. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Tutejszy Sąd wyrokiem z 24 lutego 2016 r., sygn. akt X U 662/15 zmienił decyzję organu rentowego w ten sposób, że przyznał jej prawo do zasiłku chorobowego za okres od 28 maja 2015 r. do 1 czerwca 2016 r. oraz od 2 czerwca 2115 r. do 22

lipca 2015 r. i nadal. W ocenie ubezpieczonej istotne jest to, że w czasie pobierania zasiłku macierzyńskiego, ponownie zaszła w ciąże i od 28 maja 2015 r. przebywała z tego tytułu na zwolnieniu lekarskim.

Powołując się na zasadny współżycia społecznego powódka podniosła, że bezspornym i oczywistym w jej ocenie był zamiar podlegania przez nią do ubezpieczeń lecz w odniesieniu do wysokiej podstawy wymiaru, tj. 9.897,50 zł. Nie zaś podleganie relatywnie do podstawy 525,00 zł ponieważ opłacała składki w wysokości właściwej dla wyższej podstawy. Działalność prowadzi nieprzerwanie, zatrudnia pracownika i jednocześnie wychowuje 3 małe dzieci, zaś brak decyzji zgłoszenia w odpowiednim terminie do ZUS zaistniał wyłącznie w wyniku dezorganizacji, na którą olbrzymi wpływ miała również tocząca się sprawa przed sądem w przedmiocie niepodlegania ubezpieczeniu chorobowemu. Niedotrzymanie terminu było wynikiem tego, że w sprawie z odwołania od decyzji z 16 lipca 2015 r. nie zapadł jeszcze żaden wyrok. Zatem w ocenie ubezpieczonej, nie z własnej winy nie dotrzymała terminu lecz powstrzymywała się, gdyż na mocy decyzji ZUS z 16 lipca 2015 r. organ rentowy rozstrzygnął o odmowie prawa do zasiłku chorobowego.

Ponadto, po otrzymaniu decyzji ZUS nie opłacała składki na ubezpieczenie chorobowe, ponieważ zgodnie z jej treścią – co do zasady przestała mu podlegać.

Sytuacja ta zmieniła się dopiero po wyroku tut. Sądu z 24 lutego 2016 r., albowiem rozstrzygnięcie to dało jej ponownie nadzieję na odwrócenie niekorzystnych okoliczności.

Zdaniem ubezpieczonej, jej obecna sytuacja życiowa, majątkowa, a przede wszystkim rodzinna zasługuje na miano wyjątkowej. Jest osobą, której jedynym źródłem utrzymania jest wykonywanie jednoosobowej działalności gospodarczej. Zatrudnia jednego pracownika, który zajmuje się obowiązkami i czynnościami faktycznymi w siedzibie prowadzenia działalności gospodarczej. W codziennych obowiązkach może liczyć wyłącznie na siebie. Prócz trudu macierzyństwa, stara się pilnować także wszystkiego, co łączy się prowadzeniem działalności gospodarczej. Jest przedsiębiorcą, menadżerem, logistykiem, pracodawcą i matką, która samodzielnie wychowuje dwoje dzieci. Od ponad roku otrzymywała zasiłek macierzyński, podczas którego ponownie zaszła w ciążę. Należności publiczno-prawne i koszty ponoszone w związku z zatrudnianym pracownikiem wypełnia perfekcyjnie i sumiennie. Dlatego według ubezpieczonej, równoczesne wykonywanie pracy zawodowej, w tym sprawowanie nadzoru nad pracownikiem oraz sprawowanie osobistej opieki nad dziećmi, przy jednoczesnym przebywaniem w ciąży, wpisuje się w określenie wyjątkowej sytuacji (k. 4-7).

Organ rentowy w odpowiedzi na odwołanie, wniósł o jego oddalenie z uwagi na brak podstaw prawnych do jego uwzględnienia.

W uzasadnieniu swoje stanowisko organ rentowy zarzucił, że po przeanalizowaniu całej dokumentacji w sprawie stwierdzono, że ubezpieczona, w związku z prowadzeniem pozarolniczej działalności gospodarczej, z kodem ubezpieczenia 0570, który oznacza, że podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia - podlegała następującym ubezpieczeniom:

- od 01.05.2014 r. do 02.06.2014 r. - dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu,

- od 03.06.2014 r. do 01.06.2015 r. - ubezpieczeniu zdrowotnemu (w związku z pobieraniem zasiłku macierzyńskiego),

- od 02.06.2015 r. do 06.08.2015 r. - ubezpieczeniom społecznym (z wyjątkiem dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego,

- od 07.08.2015 r. (data złożenia w O/ZUS druku ZUS ZUA) - ponowne objecie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym,

- w dniu 25.09.2015 r. - nabyła prawo do zasiłku macierzyńskiego (data urodzenia dziecka).

Z powyższych ustaleń, w sposób nie mogący budzić najmniejszych wątpliwości wynika, że:

- sierpień 2015 r. był niepełnym miesiącem kalendarzowym ubezpieczenia,

- urodzenie dziecka nastąpiło przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego,

- pomiędzy okresami ubezpieczenia chorobowego minął okres przekraczający 30 dni.

Dlatego należało przyjąć najniższą miesięczną podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, właściwą dla tej grupy ubezpieczonych, do której należy powódka tj.: z kodem ubezpieczenia 0570 - za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku. W konsekwencji ubezpieczona nabyła prawo do świadczenia, od prawidłowej podstawy wymiaru, w kwocie: 525.00 zł - 13.71% = 453.02 zł.

Organ rentowy wskazał, że w zakresie ustalania wymiaru świadczenia, jest związany obwiązującymi uregulowaniami prawnymi i nie może przyznać go w wysokości innej niż wynikające z zasad określonych w przepisach.

W odniesieniu do stanowiska ubezpieczonej, wyrażonego w odwołaniu, organ rentowy stwierdził, że nie mogą być one uwzględnione, jako uprawniające do domagania się przyznania świadczenia, od podstawy wymiaru, która nie wynika z okoliczności, które ZUS na podstawie obowiązujących przepisów bierze pod uwagę.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie może wydawać decyzji sprzecznych z obowiązującym w kraju prawem, zawartym w ustawach i innych aktach prawnych. Obowiązujące w tym zakresie przepisy prawne zawierają normy o charakterze bezwzględnie obowiązującym tj.: nie mogą być one wolą stron kształtowane lub zmienione. W tej sytuacji organ rentowy obowiązany jest do ich zastosowania na zasadach i w zakresie wskazanym przez ustawodawcę (k. 12-v. 13).

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny

Ubezpieczona, K. M. prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą pod firmą (...) we W..

Ubezpieczona podlegała następującym ubezpieczeniom z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej:

- od 1 maja 2014 r. do 2 czerwca 2014 r. – dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu,

- od 3 czerwca 2014 r. do 1 czerwca 2015 r. – ubezpieczeniu zdrowotnemu w związku z pobieraniem zasiłku macierzyńskiego,

- od 2 czerwca 2015 r. do 6 sierpnia 2015 r. – ubezpieczeniom społecznym (bez dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego),

- od 7 sierpnia 2015 r. do 24 września 2015 r. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Dowód: - akta strony pozwanej (w załączeniu)

- decyzja strony pozwanej z dnia 16.11.2016 r. k. 40-42

W dniu 6 sierpnia 2015 r. ubezpieczona złożyła deklarację ZUS P ZUA wskazując powstanie obowiązku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1 sierpnia 2015 r. Kod tytułu ubezpieczenia 05 70 0 0.

W dniu 15 września 2015 r. ubezpieczona opłaciła składkę za sierpień 2015 r. w łącznej wysokości 4.160,37 zł.

W dniu 25 września 2015 r. ubezpieczona urodziła dziecko i od tego dnia nabyła prawo do zasiłku macierzyńskiego.

Dowód: - akta strony pozwanej (w załączeniu)

- deklaracja ZUS P ZUA k. 23

- przesłuchanie wnioskodawczyni k. 62 (płyta CD)

Wyrokiem Sądu Rejonowego dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu z 24 lutego 2015 r., sygn. akt X U 662/15 została zmieniona decyzja organu rentowego z 16 lipca 2015 r., znak (...) - (...) w ten sposób, że przyznano ubezpieczonej prawo do zasiłku chorobowego za okres od 28 maja 2015 r. do 1 czerwca 2015 r. oraz od 2 czerwca 2015 r. do 22 lipca 2015 r. i nadal.

Po uprawomocnieniu się wyroku organ rentowy wypłacił ubezpieczonej stosowne świadczenia chorobowe.

Dowód: -akta tut. Sądu sygn. akt XP 662/15 (w załączeniu)

Decyzją z 10 maja 2016 r. znak (...) - (...) organ rentowy na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych w zw. z art. 1 ust. 1, art. 29 ust. 1, art. 29a ust. 1 oraz art. 49 ust. 1 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, przyznał ubezpieczonej prawo do:

- zasiłku macierzyńskiego przez okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego za okres od 25 września 2015 r. do 11 lutego 2016 r,

- zasiłku macierzyńskiego przez okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu rodzicielskiego za okres od 12 lutego 2016 r. do 22 września 2016 r.

od podstawy wymiaru 525,00 zł (po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, tj. 453,02).

Dowody: - decyzja strony pozwanej z dnia 10 maja 2016 r. (akta rentowe strony pozwanej)

Decyzją z 16.11.2016 r. znak (...)-USB-D13 organ rentowy ustalił, że wnioskodawczyni podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 maja 2014 r. do 2 czerwca 2014 r. oraz od 7 sierpnia 2015 r. do 24 września 2015 r.

Wnioskodawczyni nie odwołała się od w/w decyzji strony pozwanej.

Dowód: - przesłuchanie wnioskodawczyni k. 62 (płyta CD)

- decyzja strony pozwanej z dnia 16.11.2016 r. k. 40-42

<u>Sąd Rejonowy zważył co następuje:</u>

Odwołanie podlegało oddaleniu.

Bezsporne było, że organ rentowy przyznał ubezpieczonej prawo do zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego. Sporna pozostawała natomiast podstawa wymiaru tego zasiłku.

Ubezpieczonej, która w okresie ubezpieczenia chorobowego urodziła dziecko, przysługuje zasiłek macierzyński (art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, jednolity tekst: Dz. U. z 2014 r., poz. 159 dalej jako: „ustawa zasiłkowa") w wysokości miesięcznie 100% podstawy wymiaru zasiłku (art. 31 ust. 1 ustawy). Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego przysługującego osobie ubezpieczonej niebędącej pracownikiem, w tym prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów ustawy o działalności gospodarczej, stosuje się art. 48 – 52 ustawy zasiłkowej oraz – na podstawie art. 52 – odpowiednio przepisy tej ustawy dotyczące sposobu określania podstawy wymiaru zasiłku ubezpieczonym pracownikom. W odniesieniu do zasiłku macierzyńskiego są to art. 36 ust. 2 – 4, art. 38 ust. 1, art. 42, art. 43, art. 48 ust. 1 oraz art. 49 i art. 50.

Ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność gospodarczą jest ubezpieczeniem dobrowolnym. Stosownie do art. 48 ust. 1 ustawy, zasiłek oblicza się od kwoty przychodu osiągniętego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. W zależności od czasu upływającego od chwili rozpoczęcia działalności do chwili zaistnienia ryzyka

ubezpieczenia i powstania prawa do świadczeń, za podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego przyjmuje się albo przychód za okres 12 miesięcy albo przychód osiągnięty w krótszym okresie, jeżeli przesłanka prawa do świadczeń z ubezpieczenia wypełniła się przed upływem 12 miesięcy prowadzenia działalności (art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy). W każdym z tych przypadków podstawę wymiaru zasiłku stanowi przychód osiągnięty za pełne miesiące kalendarzowe. Ubezpieczona prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, która przystąpiła dobrowolnie do ubezpieczenia chorobowego i w okresie tego ubezpieczenia urodziła dziecko, z chwilą ziszczenia się ryzyka tego ubezpieczenia nabywa prawo do zasiłku macierzyńskiego, którego wysokość jest zależna od zadeklarowanej przez nią kwoty stanowiącej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe – co do zasady w okresie 12 miesięcy poprzedzających nabycie prawa do zasiłku, chyba, że do chwili urodzenia dziecka podlega ubezpieczeniu dobrowolnemu krócej niż 12 miesięcy, bo wtedy podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego stanowi przychód w rozumieniu art. 3 pkt 4 wskazanej ustawy, czyli zadeklarowana kwota stanowiąca podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe po odliczeniu kwoty określonej w tym przepisie.

Reguły te nie mają zastosowania wobec ubezpieczonej, której prawo do świadczeń powstało w pierwszym miesiącu po przystąpieniu do ubezpieczenia, w związku z czym okres ubezpieczenia przed urodzeniem dziecka nie trwał przez co najmniej jeden pełny miesiąc kalendarzowy. W tym wypadku należy stosować zasadę wynikająca z art. 49 ustawy zasiłkowej. Stosownie do jego przepisów, przy ustalaniu podstawy wymiaru dla ubezpieczonych niebędacych pracownikami, przychód z niepełnego miesiąca kalendarzowego ze względu na uzyskanie prawa do zasiłku macierzyńskiego przed jego upływem zastępowany jest kwotami zastępczymi wskazanymi w art. 49 ust. 1 – 4 ustawy. W art. 49 pkt 1 postanowiono, że dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, w takiej sytuacji podstawę wymiaru zasiłku stanowi ta najniższa podstawa wymiaru składek, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 ustawy, czyli po potrąceniu kwoty odpowiadającej 13,71 % podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. Dla tych ubezpieczonych tak ustalona kwota odpowiada kwocie przychodu za pełny miesiąc prowadzenia działalności gospodarczej i zastępuje kwotę zadeklarowaną. Najniższa kwota podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe, a także ubezpieczenie chorobowe osób ubezpieczonych z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej ustala się na okresy od 1 stycznia do 31 grudnia każdego roku jako kwotę zadeklarowaną, jednak nie niższą niż 60% prognozowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek. Osoby, których dobrowolne ubezpieczenie chorobowe nie jest poprzedzone innym ubezpieczeniem mogą więc zadeklarować składki w kwocie nie niższej niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia i nie wyższej niż 250% przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Świadczenia z ubezpieczenia społecznego wyliczane im są od kwoty zadeklarowanej, z jednym wyjątkiem, gdy ryzyko ubezpieczenia chorobowego ziści się już w pierwszym miesiącu ubezpieczenia: zadeklarowana kwota nie pokrywa się wówczas z kwotą miesięcznego przychodu, nie może więc stanowić o wysokości świadczeń przysługujących z tak krótkiego okresu ubezpieczenia. W świetle przedstawionej regulacji, ustalenie podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego, do którego prawo powstało w pierwszym miesiącu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej od zadeklarowanej kwoty ubezpieczenia jest wykluczone, choćby kwota ta mieściła się w granicach przewidzianych w art. 18 ust. 7 i w art. 20 ust. 3 ustawy.

W tym miejscu warto przywołać argumentację z uzasadnienia wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24.05.2012 r. (sygn. akt P12/10, OTKZU 2012 Nr 5a, poz. 52). Trybunał stwierdził, że nie ma znaczenia, czy zaistnienie ryzyka ubezpieczenia chorobowego jest przewidywalne, czy niespodziewane. Prawo do świadczeń na wypadek jego zaistnienia wymaga przebycia pewnego okresu w ubezpieczeniu i okres ten – także poprzez wskazanie wysokości podstawy wymiaru składki i świadczeń – ustala ustawodawca. Występowanie relacji między kwotą opłaconej składki, a ryzykiem ubezpieczeniowym oraz wysokością świadczeń wypłaconych w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego została uznana za jeden z fundamentów racjonalnego systemu ubezpieczeniowego. W wyroku z dnia 07.11.2007 r. (K18/06, OTKZU 2007 Nr 10a, poz. 122) Trybunał przypomniał, że „ubezpieczenia społeczne opierają się na zasadzie wzajemności, która polega na tym, że nabycie prawa do świadczenia ubezpieczeniowego i jego wysokość są uzależnione od wkładu finansowego w postaci składek. Trafnie relacje między składką a

świadczeniem nie rozpatruje się w kategoriach cywilnoprawnych, przyjmując, że w prawie ubezpieczeń społecznych zasada ekwiwalentności świadczeń jest modyfikowana przez zasadę solidarności społecznej".

Zgodnie z przepisem art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą podlegają dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Jak przewiduje przepis art. 14 ust. 1 tej ustawy objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem 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, z zastrzeżeniem ust. 1a. We wszystkich przypadkach do powstania stosunku prawnego dobrowolnego ubezpieczenia niezbędny jest wniosek o objęcie ubezpieczeniem, a objęcie ubezpieczeniem następuje zasadniczo od dnia wskazanego we wniosku, jednak nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony.

Z ustaleń faktycznych wynika, że ubezpieczona 25 września 2015 r. urodziła dziecko i nabyła prawo do zasiłku macierzyńskiego. Natomiast dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu podlegała od 7 sierpnia 2015 r. Wprawdzie w deklaracji wskazała okres objęcia tym ubezpieczeniem od 1 sierpnia 2015 r., jednakże zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. z 2016, poz. 963 ze zm.), 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, z zastrzeżeniem ust. 1a. W myśl art. 14 ust. 1 powołanej ustawy, 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, z zastrzeżeniem ust. 1a, w którym przewidziano, iż 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 (tj. w terminie 7 dni od dnia powstania obowiązku ubezpieczeń).

Zastrzeżenie z ust. 1a cytowanego przepisu nie ma zastosowania w niniejszej sprawie.

Skoro więc ubezpieczona złożyła wniosek 7 sierpnia 2015 r., to dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu mogła podlegać od tego właśnie dnia, a nie od dnia wskazanego we wniosku.

Z tego względu wnioskodawczyni nie może zostać objęta ubezpieczeniem chorobowym od dnia wskazanego we wniosku, tj. dnia 1 sierpnia 2014r. Jak bowiem wyżej wskazano, poza wyjątkiem określonym w art. 14 ust. 1a, nie jest możliwe objęcie ubezpieczeniem społecznym (w tym ubezpieczeniem chorobowym) z datą wsteczną.

Obwiązujące przepisy nie przewidują również przywrócenia terminu do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia chorobowego.

Zatem ani sierpień, ani wrzesień 2015 r. nie był pełnym miesiącem kalendarzowym. Jednocześnie pomiędzy poszczególnymi okresami dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zaistniała przerwa trwająca dłużej niż 30 dni (od 2 czerwca 2014 r. do 7 sierpnia 2015 r.).

Organ rentowy słusznie zatem przyjął, że podstawą wymiaru składki stanowić powinien przychód w rozumieniu art. 3 ust. 4 ustawy chorobowej.

Poza tym należy wskazać, że niniejszy Sąd jest związany ostateczną decyzją organu rentowego z 16 listopada 2016 r., znak (...)- (...) stwierdzającą, że ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 maja 2014 r. do 2 czerwca 2014 r. oraz od 7 sierpnia 2015 r. do 24 września 2015 r. Na zasadzie domniemania prawidłowości decyzji ta wywołuje określone skutki prawne i wiąże inne organy państwowe, w tym sądy (patrz wyrok Sądu Najwyższego z 29 stycznia 2008 r., I UK 173/07, OSNP 2009/5–6/78).

Podkreślenia wymaga, że przyznanie ubezpieczonej przez tut. Sąd w innym postępowaniu zasiłku chorobowego za od 28 maja 2015 r. do 22 lipca 2015 r. i nadal pozostaje bez wpływu na ustalenie podstawy wymiaru składki. Sam fakt przyznania zasiłku chorobowego nie przesądza o tym, że ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu

chorobowemu. O tym, w jakim okresie ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przesądza decyzja strony pozwanej, z którą – jak wynika z jasnych i wyraźnych zeznań ubezpieczonej na rozprawie w dniu 7 marca 2017 r. – ubezpieczona w pełni się zgadza.

Sąd jest związany wydaną decyzją administracyjną przez stronę pozwaną, która nie została skutecznie zaskarżona przez pełnomocnika wnioskodawcy, ma tu bowiem zastosowanie powszechna zasada rozgraniczenia drogi sądowej i drogi administracyjnej, czego wyrazem są art. 2 § 3 i art. 177 § 1 pkt 3 k.p.c. oraz art. 16 i 97 § 1 pkt 4 k.p.a., a pod rządami Konstytucji także w idei podziału władz (art. 10) oraz działania organów władzy publicznej na podstawie i w granicach prawa (art. 7). Zasada ta doznaje ograniczenia jedynie w myśl koncepcji tzw. bezwzględnej nieważności decyzji administracyjnej, która nie ma normatywnego umocowania, ale znajduje oparcie w orzecznictwie Sądu Najwyższego, wyrażającym od kilkudziesięciu lat niezmienny pogląd, że decyzja administracyjna nie może wywoływać skutków prawnych, pomimo jej formalnego nieuchylenia, jeśli jest dotknięta wadami, godzących w jej istotę jako aktu administracyjnego. Do takich wad zalicza się brak organu powołanego do orzekania w określonej materii oraz niezastosowanie jakiejkolwiek procedury lub oczywiste naruszenie zasad postępowania administracyjnego (por. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 31 maja 1946 r., C.III. 217/46, OSN 1947, nr 1, poz. 25, z dnia 15 października 1951 r., C. 653/51, OSN 1952, nr 3, poz. 75, z dnia 29 czerwca 1957 r., 2 CR 499/57, OSN 1959, nr 3, poz. 88, z dnia 27 sierpnia 1959 r., 1 CR 1051/58, "Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego" 1960, nr 2, s. 58, z dnia 4 listopada 1959 r., 2 CR 669/59, OSPiKA 1962, nr 4, poz. 106, uchwały z dnia 21 listopada 1980 r., III CZP 43/80, OSNCP 1981, nr 8, poz. 142, z dnia 21 września 1984 r., III CZP 53/84, OSNC 1985, nr 5-6, poz. 65, z dnia 27 listopada 1984 r., III CZP 70/84, OSNCP 1985, nr 8, poz. 108 oraz postanowienie z dnia 9 listopada 1994 r., III CRN 36/94, OSNCP 1995, nr 3, poz. 54 i wyrok z dnia 7 kwietnia 1999 r., I CKN 1079/97, OSNC 1999, nr 11, poz. 189).

W niniejszej sprawie taka sytuacja nie ma miejsca.

Sąd nie dopatrzył się w działaniu organu rentowego nadużycia prawa, przede wszystkim dlatego, że wydana decyzja była zgodna z obowiązującymi w tej materii przepisami.

Odnosząc się natomiast do podnoszonych przez powódkę zarzutów naruszenia procedury administracyjnej przez organ rentowy należy wskazać, że od momentu wniesienia odwołania do sądu rozpoznawana sprawa staje się sprawą cywilną, podlegającą rozstrzygnięciu wedle reguł właściwych dla tej kategorii. Odwołanie pełni rolę pozwu (por. wyrok Sądu Najwyższego z 19 czerwca 1998 r., II UKN 105/98, OSNAPiUS 1999, nr 16, poz. 529 oraz postanowienie z 29 maja 2006 r. I UK 314/05, OSNP 2007 nr 11-12, poz. 173). Jego zasadność ocenia się zatem na podstawie właściwych przepisów prawa materialnego. Postępowanie sądowe, w tym w sprawach z zakresu prawa ubezpieczeń społecznych, skupia się zatem na wadach wynikających z naruszenia prawa materialnego, a kwestia wad decyzji administracyjnych spowodowanych naruszeniem przepisów postępowania administracyjnego, pozostaje w zasadzie poza przedmiotem tego postępowania.

Z cytowanego wyżej orzecznictwa Sądu Najwyższego wynika, że sąd ubezpieczeń społecznych - jako sąd powszechny - może i powinien dostrzegać jedynie takie wady formalne decyzji administracyjnej, które decyzję tę dyskwalifikują w stopniu odbierającym jej cechy aktu administracyjnego jako przedmiotu odwołania (por. uchwały Sądu Najwyższego z 21 listopada 1980 r., III CZP 43/80, OSNCP 1981 nr 8, poz. 142, z 27 listopada 1984 r., III CZP 70/84, OSNCP 1985 nr 8, poz. 108 oraz z 21 września 1984 r., III CZP 53/84, OSNCP 1985 nr 5-6, poz. 65).

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy, Sąd dał wiarę przedstawionym w sprawie dowodom z dokumentacji ZUS, jako że żadna ze stron w toku postępowania nie podważyła skutecznie ich autentyczności i wiarygodności.

Sąd uznał za wiarygodne również zeznania ubezpieczonej. Zważywszy jednak, że spór odnosił się w zasadzie do kwestii prawnych, jej zeznania nie miał, aż tak istotnego znaczenia dla sprawy. Ubezpieczona sama przyznała, że zgadza się ze stanowiskiem strony pozwanej w przedmiocie daty podlegania przez nią dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu tj. od dnia 7 sierpnia 2015 r. lecz podniosła argumenty, które w niniejszej sprawie nie mogły zostać uwzględnione.

Mając powyższe na uwadze, Sąd w punkcie I sentencji wyroku, na mocy przepisu art. 477^{14} § 1 k.p.c. oddalił odwołanie ubezpieczonej, nie znajdując podstaw do jego uwzględnienia.

O kosztach, jak w punkcie II sentencji wyroku orzeczono w oparciu o art. 96 ust. pkt 4 w zw. z art. 36 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tj. Dz. U. z 2010 r. Nr 90, poz. 594 ze zm.).