

Sygnatura akt IV U 380/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

W., dnia 16-10-2018 r.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w następującym składzie:

Przewodniczący:SSR Izabela Wawrzynów

Protokolant:Radosław Gawlas

po rozpoznaniu w dniu 16-10-2018 r. we Wrocławiu

sprawy z odwołania A. G.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 23.05.2018 r. znak (...) - (...)

o zasiłek chorobowy

oddala odwołanie.

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 23 maja 2018 r. (znak: 470100/603/CW/00292949/2018-ZAS) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. odmówił ubezpieczonemu A. G. prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 08 maja 2018 r. do dnia 31 maja 2018 r.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, że zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Osoba podlegająca dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego. Do wymaganego okresu ubezpieczenia chorobowego wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie lub opłacono składkę w niepełnej wysokości. W uzasadnionych przypadkach organ rentowy na wniosek ubezpieczonego może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie. Z posiadanej dokumentacji wynika, że ubezpieczony był objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w okresie od dnia 1 listopada 2017 r. do dnia 30 listopada 2017 r. Od dnia 1 grudnia 2017 r. ubezpieczony nie podlega do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, gdyż za grudzień 2017 r. została opłacona należna składka na to ubezpieczenie w niewłaściwej wysokości. Wpłata z dnia 8 stycznia 2018 r. rozliczyła najstarsze zaległości na koncie. Niezdolność do pracy powstała w dniu 8 maja 2018 r., czyli w okresie, kiedy ubezpieczony nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu.

Odwołanie od opisanej decyzji wniósł ubezpieczony A. G., zaskarżając decyzję w całości i wnosząc o jej zmianę poprzez przyznanie ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 08 maja 2018 r. do dnia 31 maja 2018 r. (k. 3).

W uzasadnieniu ubezpieczony wskazał, że świadczył pracę najemną na terenie Słowacji, gdzie został zgłoszony do obowiązkowego ubezpieczenia społecznego. Przez cały okres zatrudnienia na terenie Słowacji składki na obowiązkowe

ubezpieczenia społeczne były odprowadzane przez zagranicznego pracodawcę. Ubezpieczony podniósł, że okresy przebyte w innym państwie winny zostać zaliczone do okresu ubezpieczenia wymaganego do przyznania świadczeń w Polsce. W ocenie ubezpieczonego organ rentowy powinien zsumować okresy ubezpieczenia przy ustalaniu prawa do zasiłku chorobowego oraz do wynagrodzenia, czego jednak nie uczynił pomimo występującej u ubezpieczonego ciągłości ubezpieczenia chorobowego.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania z uwagi na brak podstaw prawnych do jego uwzględnienia (k. 6).

W uzasadnieniu odpowiedzi na odwołanie organ rentowy podtrzymał argumentację zaprezentowaną w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji. Organ rentowy dodał, że prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego we Wrocławiu oddalono odwołanie ubezpieczonego od decyzji organu rentowego ustalającej, iż w okresie od dnia 1 października 2015 r. ubezpieczony podlega ustawodawstwu polskiemu w zakresie ubezpieczeń społecznych.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

Ubezpieczony A. G. prowadzi na terenie Polski pozarolniczą działalność gospodarczą pod firmą (...). W dniu 1 października 2015 r. ubezpieczony zawarł umowę o pracę z M. s.r.o. z siedzibą P. 76, (...) C., Słowacja. Słowacka instytucja ubezpieczeniowa nadała ubezpieczonemu numer ubezpieczenia.

Pismem z dnia 19 listopada 2015 r. ubezpieczony zwrócił się do organu rentowego z wnioskiem o ustalenie ustawodawstwa w zakresie zabezpieczenia społecznego w związku z wykonywaniem pracy najemnej na terenie Słowacji od dnia 1 października 2015 r. przy jednoczesnym prowadzeniu działalności gospodarczej na terenie Polski. Pismem z dnia 16 lutego 2016 r. organ rentowy ustalił, że w okresie od dnia 1 października 2015 r. prowadząc działalność gospodarczą w Polsce ubezpieczony podlega polskiemu ustawodawstwu w zakresie ubezpieczeń społecznych. Pismem z dnia 9 marca 2016 r. ubezpieczony wystąpił do organu rentowego z wnioskiem o wydanie decyzji administracyjnej w przedmiotowej sprawie.

Decyzją z dnia 27 kwietnia 2016 r. (nr (...) - (...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. stwierdził, że ubezpieczony A. G. w okresie od dnia 1 października 2015 r. podlega ustawodawstwu polskiemu w zakresie ubezpieczeń społecznych. Opisana decyzja zapadła w oparciu o ustalenie, że przedstawione przez ubezpieczonego dokumenty (umowa o pracę oraz dokument nadania na terenie Słowacji numeru ubezpieczenia) nie są wystarczającymi dowodami na wykonywanie pracy na terytorium Słowacji od dnia 1 października 2015 r. Nadto, pomimo wezwania ubezpieczonego przez organ rentowy do złożenia wyjaśnień oraz przedłożenia wszelkich dowodów na świadczenie pracy, ubezpieczony nie przedstawił wymaganych dokumentów.

Wyrokiem z dnia 10 października 2016 r., który uzyskał prawomocność z dniem 2 listopada 2016 r., Sąd Okręgowy we Wrocławiu w sprawie o sygn. akt VIII U 838/16, po rozpoznaniu sprawy z odwołania ubezpieczonego od powyższej decyzji, oddalił odwołanie.

W okresie od dnia 1 września 2015 r. do dnia 31 października 2017 r. ubezpieczony nie podlegał do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Ubezpieczony zgłosił się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 listopada 2017 r. i opłacił składkę za ten miesiąc. W dniu 8 stycznia 2018 r. ubezpieczony przekazał na indywidualny Numer Rachunku Skarbowego wpłatę w wysokości 438,46 zł. Wpłata została rozliczona przez organ rentowy w następujący sposób:

- 282,86 zł + odsetki 21,00 zł – Fundusz Ubezpieczeń Społecznych za miesiąc styczeń 2017 r.;
- 95,16 zł + odsetki 16,00 zł – Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych za miesiąc listopad 2015 r.;
- 23,44 zł – Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych za miesiąc listopad 2015 r.

Składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc grudzień 2017 r. została opłacona w niewłaściwej wysokości.

Ubezpieczony A. G. był niezdolny do pracy z powodu choroby w okresie od dnia 08 maja 2018 r. do dnia 31maja 2018 r. i zwrócił się do organu rentowego z wnioskiem o wypłacenie zasiłku chorobowego za powyższy okres.

Decyzją z dnia 23 maja 2018 r. (znak: 470100/603/CW/00292949/2018-ZAS) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. odmówił ubezpieczonemu A. G. prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 08 maja 2018 r. do dnia 31 maja 2018 r.

Dowód: Dokumenty zgromadzone w aktach orzeczniczych organu rentowego (w załączeniu do akt sprawy)

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Odwołanie podlegało oddaleniu jako bezzasadne.

Zgodnie z art. 1 ust. 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) (dalej jako ustawa zasiłkowa) świadczenia pieniężne na warunkach i w wysokości określonych ustawą przysługują osobom objętym ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 963) (dalej jako ustawa systemowa).

W myśl art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność. Osoby te podlegają na swój wniosek dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu (art. 11 ust. 2 ustawy systemowej).

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jedn. Dz.U. 2016, poz. 372) (dalej jako ustawa zasiłkowa) zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego.

W myśl art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej ubezpieczony dobrowolnie nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego.

Do okresów ubezpieczenia chorobowego, o których mowa w ust. 1, wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego (art. 4 ust. 2 ustawy zasiłkowej).

Zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy zasiłkowej, od pierwszego dnia ubezpieczenia chorobowego prawo do zasiłku chorobowego przysługuje:

- 1) absolwentom szkół lub szkół wyższych, którzy zostali objęci ubezpieczeniem chorobowym lub przystąpili do ubezpieczenia chorobowego w ciągu 90 dni od dnia ukończenia szkoły lub uzyskania dyplomu ukończenia studiów wyższych;
- 2) jeżeli niezdolność do pracy spowodowana została wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy;
- 3) ubezpieczonym obowiązkowo, którzy mają wcześniejszy co najmniej 10-letni okres obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego;
- 4) posłom i senatorom, którzy przystąpili do ubezpieczenia chorobowego w ciągu 90 dni od ukończenia kadencji;

5) funkcjonariuszom Służby Celnej, którzy przyjęli propozycję pracy na podstawie art. 165 ust. 7 i art. 167 ust. 2 ustawy z dnia 16 listopada 2016 r. - Przepisy wprowadzające ustawę o Krajowej Administracji Skarbowej (Dz.U. poz. 1948 i 2255 oraz z 2017 r. poz. 379) i stali się pracownikami w jednostkach organizacyjnych Krajowej Administracji Skarbowej.

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. 1 a (art. 14 ust. 1 ustawy systemowej). Kwestię ustania ubezpieczeń, o których mowa w ust. 1, reguluje ust. 2 cytowanego artykułu, który w pkt 2 wskazuje, iż ubezpieczenia te ustają od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie – m.in. w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą. Dalej ustawodawca przewidział, że w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a.

W pojęciu „nieopłacenie w terminie składki należnej” mieszczą się trzy sytuacje: nieopłacenie w terminie w ogóle składki za dany miesiąc, opłacenie składki w niepełnej wysokości oraz opłacenie składki z przekroczeniem terminu (por. K. Dziwota, [w:] J. Wantoch-Rekowski (red.), Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych, s. 111).

Jak wynika z ustaleń Sądu, ubezpieczony podlegał do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej od dnia 1 listopada 2017 r. do dnia 30 listopada 2017 r. Od dnia 1 grudnia 2017 r. dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustało wskutek opłacenia przez ubezpieczonego składki za miesiąc grudzień 2017 r. w niepełnej wysokości. Organ rentowy uiszczoną przez ubezpieczonego w dniu 8 stycznia 2018 r. wpłatę w wysokości 438,46 zł rozliczył prawidłowo, zaliczając kwotę 282,86 zł wraz z odsetkami w wysokości 21 zł na poczet Funduszu Ubezpieczeń Społecznych za miesiąc styczeń 2017 r., w pozostałej zaś części – na poczet Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych oraz Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych za miesiąc listopad 2015 r. Należy bowiem wskazać, że od dnia 1 stycznia 2018 r. zmianie uległy zasady opłacania i rozliczania składek.

Zgodnie z § 6 ust. 1 wchodzącego w tym dniu w życie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 września 2017 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, płatnik składek dokonuje jednej wpłaty obejmującej łączną kwotę składek na: 1) ubezpieczenia społeczne w wysokości stanowiącej różnicę między wykazaną w deklaracji kwotą należnych składek za dany miesiąc kalendarzowy a kwotą wypłaconych zasiłków, świadczeń rodzinnych oraz przysługującego płatnikowi składek wynagrodzenia, o którym mowa w art. 3 ust. 2 ustawy, zwanych dalej „kwotą uznań”, 2) Fundusz Emerytur Pomostowych w wysokości wykazanej w deklaracji kwoty należnych do zapłaty składek, określonej w deklaracji za dany miesiąc kalendarzowy, 3) ubezpieczenie zdrowotne w wysokości wykazanej w deklaracji kwoty należnych do zapłaty składek za dany miesiąc kalendarzowy, 4) Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych w wysokości wykazanej w deklaracji kwoty należnych do zapłaty składek, określonej w deklaracji za dany miesiąc kalendarzowy – na przydzielony przez Zakład płatnikowi składek numer rachunku składkowego.

Dokonaną przez płatnika składek wpłatę na numer rachunku składkowego Zakład rozdziela na pokrycie należności z tytułu składek na poszczególne fundusze (§ 7 ust. 1 cytowanego rozporządzenia), przy czym kwota wpłaty w części przypadającej na ubezpieczenia społeczne podlega zaliczeniu na fundusz emerytalny i otwarte fundusze emerytalne, fundusz rentowy, fundusz chorobowy oraz fundusz wypadkowy, począwszy od należności o najwcześniejszym terminie płatności, z uwzględnieniem § 13 ust. 1 (§ 12 ust. 2 cytowanego rozporządzenia).

Także kwota wpłaty w części przypadającej na Fundusz Emerytur Pomostowych, ubezpieczenie zdrowotne oraz Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych podlega zaliczeniu na należności z tych tytułów, począwszy od należności o najwcześniejszym terminie płatności (§ 12 ust. 3 – 5 cytowanego rozporządzenia).

Powyższe oznacza, że od dnia 1 stycznia 2018 r. każda wpłata zostanie rozliczona na najstarszą należność na danym ubezpieczeniu albo funduszu. W odniesieniu do ubezpieczonego najstarszą należnością z tytułu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych była należność za miesiąc styczeń 2017 r., zaś w przypadku Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych oraz Funduszu Pracy i Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych – za miesiąc listopad 2015 r., a to wobec wydania przez organ rentowy prawomocnej decyzji z dnia 27 kwietnia 2016 r. (nr (...) - (...)), w której organ rentowy stwierdził, że ubezpieczony A. G. w okresie od dnia 1 października 2015 r. podlega ustawodawstwu polskiemu w zakresie ubezpieczeń społecznych (co należy odczytywać w ten sposób, że ubezpieczony w okresie prowadzenia działalności gospodarczej podlegał do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych zgodnie z krajowym systemem ubezpieczeń społecznych, z tytułu których obowiązany był uiszczać stosowną składkę).

Prawidłowo zatem organ rentowy wpłaconą przez ubezpieczonego w dniu 8 stycznia 2018 r. zaliczył na poczet opisanych wyżej należności, w szczególności składka w części przypadającej na Funduszu Ubezpieczeń Społecznych została właściwie zaliczona na poczet składki należnej za miesiąc styczeń 2017 r., tj. należności o najwcześniejszym terminie płatności, nie zaś na poczet składki za miesiąc grudzień 2017 r.

Tym samym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustało od dnia 1 grudnia 2017 r. Ubezpieczony, który stał się niezdolny do pracy w dniu 08 maja 2018 r. nie spełnił zatem podstawowej przesłanki przysługiwania prawa do zasiłku chorobowego, o której mowa w art. 6 ust. 1 ustawy zasiłkowej, tj. przesłanki powstania niezdolności do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego.

Abstrahując od powyższego, nawet gdyby przyjąć, że ubezpieczony opłacił składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc grudzień 2017 r. w należytej wysokości i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe nie ustało od dnia 1 grudnia 2017 r., w momencie powstania niezdolności do pracy z powodu choroby ubezpieczony nie legitymował się wymaganym 90-cio dniowym okresem wyczekiwania.

Należy bowiem wskazać, że decyzją z dnia 27 kwietnia 2016 r. (nr (...) - (...)) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W. stwierdził, że ubezpieczony A. G. w okresie od dnia 1 października 2015 r. podlega ustawodawstwu polskiemu w zakresie ubezpieczeń społecznych. Wobec prawomocnego oddalenia przez Sąd Okręgowy we Wrocławiu odwołania ubezpieczonego od przedmiotowej decyzji, decyzja ta stała się ostateczna.

Co do zasady zaś Sąd ubezpieczeń społecznych jest związany ostateczną decyzją, od której strona nie wniosła odwołania w trybie art. 477⁹ k.p.c. ani nie podważyła jej skuteczności w inny prawem przewidziany sposób. Wyjątki od powyższej zasady dotyczą jedynie sytuacji, gdy decyzja została wydana przez organ niepowołany lub w zakresie przedmiotu orzeczenia bez jakiegokolwiek podstawy w obowiązującym prawie materialnym, względnie z oczywistym naruszeniem reguł postępowania administracyjnego. W tych przypadkach sąd nie jest związany decyzją administracyjną, ponieważ jest ona bezwzględnie nieważna (nieistniejąca prawnie) i mimo jej formalnego nieuchylenia nie wywołuje skutków prawnych. Decyzja ZUS nie może więc wywoływać skutków prawnych mimo jej formalnego nieuchylenia, jeśli jest dotknięta wadami godzącymi w jej istotę jako aktu administracyjnego (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 2008 r., sygn. akt I UK 376/07, OSNP 2009/21–22/295).

Możność badania, a ściślej – kwestionowania decyzji administracyjnej wyłącznie w ograniczonym zakresie, w myśl wypracowanej w judykaturze Sądu Najwyższego koncepcji bezwzględnej nieważności (nieistnienia) decyzji administracyjnej, stanowi jedyne odstępstwo od zasady związania sądu cywilnego decyzją administracyjną. W pozostałych przypadkach sąd w postępowaniu cywilnym obowiązany jest uwzględniać stan prawny wynikający z osnowy ostatecznej decyzji administracyjnej (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 stycznia 2008 r., sygn. akt I UK 173/03, OSNP 2009/5–6/78 oraz wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 18 listopada 1998 r., sygn. akt III SA 1103/97, niepubl.).

Ponadto, zgodnie z art. 365 § 1 k.p.c., prawomocne orzeczenie sądu 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. W piśmiennictwie i judykaturze podkreślono, że moc wiążąca prawomocnego

orzeczenia sądu charakteryzuje się dwoma aspektami. Pierwszy z nich odnosi się tylko do faktu istnienia prawomocnego orzeczenia. Ten aspekt występuje, gdy w poprzednim postępowaniu, w którym zapadło prawomocne orzeczenie, nie brała udziału choćby jedna ze stron nowego postępowania, a nie jest ona objęta prawomocnością rozszerzoną. Nie można bowiem takiej strony obciążać dalszymi skutkami wynikającymi z prawomocnego orzeczenia.

Drugi aspekt mocy wiążącej prawomocnego orzeczenia jest określony jako walor prawny rozstrzygnięcia (osądzenia) zawartego w treści orzeczenia. Pozostaje on ściśle związany z powagą rzeczy osądzonej (art. 366 § 1 k.p.c.) i występuje w nowej sprawie pomiędzy tymi samymi stronami, choć przedmiot obu spraw jest inny. W nowej sprawie nie może być wówczas zastosowany negatywny (procesowy) skutek powagi rzeczy osądzonej polegający na niedopuszczalności ponownego rozstrzygnięcia tej samej sprawy. Występuje natomiast skutek pozytywny (materialny) rzeczy osądzonej przejawiający się w tym, że rozstrzygnięcie zawarte w prawomocnym orzeczeniu (rzecz osądzona) stwarza stan prawny taki, jaki z niego wynika (Zob. K. Piasecki, Wyroki sądów pierwszej instancji, sądów apelacyjnych oraz Sądu Najwyższego w sprawach cywilnych, handlowych i gospodarczych, rozdz. XIV „Prawomocność wyroków i powaga rzeczy osądzonej”; A. Góra – Błaszczkowska, Komentarz do art. 316 – 366 kpc, Legalis 2014, teza 6 do art. 365; A. Marciniak, K. Piasecki, Komentarz do kodeksu postępowania cywilnego, t. I, teza 7 do art. 365; por. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2014 r., I UK 329/13, LEX nr 1444404; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 czerwca 2013 r., I UK 29/13, Legalis).

Związanie stron (oraz wyjątkowo innych osób), o którym mowa w art. 365 k.p.c., polega na związaniu tych osób dyspozycją zawartą w sentencji wyroku skonkretyzowanej, zindywidualizowanej i trwałej normy prawnej wywiezionej przez sąd z norm generalnych i abstrakcyjnych zawartych w przepisach prawnych. Inne sądy, organy państwowe oraz organy administracji publicznej, rozstrzygające w sprawach innych niż karne, są związane prejudycjalnie, czyli nie mogą dokonać odmiennej oceny prawnej roszczenia niż zawarta w prejudykacie, ale także nie mogą dokonać odmiennych ustaleń faktycznych (tak P. Telenga, Komentarz do art. 365 kodeksu postępowania cywilnego, LEX 2014, teza 2).

Moc wiążąca orzeczenia merytorycznego może być brana pod uwagę w zasadzie tylko w innym postępowaniu niż to, w którym je wydano. Orzeczenie takie uzyskuje moc wiążącą z chwilą uprawomocnienia się, a zatem z chwilą definitywnego zakończenia postępowania. W kolejnym postępowaniu, w którym pojawia się dana kwestia, nie podlega ona już ponownemu badaniu. Związanie orzeczeniem oznacza bowiem niedopuszczalność przeprowadzenia postępowania dowodowego w tej kwestii, nie tylko zaś dokonywania ustaleń sprzecznych. Zachodzi tu zatem ograniczenie dowodzenia faktów, objętych prejudycjalnym orzeczeniem, a nie tylko ograniczenie poszczególnego środka dowodowego (por. A. Zieliński, K. Flaga-Gieruszyńska, Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz, Legalis 2014, teza 4 do art. 365; A. Góra-Błaszczkowska, Komentarz..., teza 2 do art. 365; A. Jakubecki, Komentarz do art. 365 kodeksu postępowania cywilnego, LEX 2013, teza 4; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2014 r., V CSK 433/13, LEX nr 1514746; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2013 r., IV CSK 624/12, Legalis; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 15 maja 2013 r., III UK 121/12, Legalis; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 stycznia 2011 r., I UK 239/10, Legalis).

Moc wiążąca orzeczenia odnosi się tylko do treści jego sentencji, a nie uzasadnienia. Nie mają zatem, co do zasady, mocy wiążącej ani poglądy prawne wyrażone w uzasadnieniu orzeczenia, ani motywy i ustalenia faktyczne zawarte w uzasadnieniu. Przedmiotem prawomocności materialnej jest bowiem ostateczny rezultat rozstrzygnięcia, a nie przesłanki, które do niego doprowadziły. Jednakże zawarte w uzasadnieniu orzeczenia motywy rozstrzygnięcia mogą mieć niekiedy znaczenie dla ustalenia zakresu mocy wiążącej prawomocnego orzeczenia, czyli granic prawomocności materialnej orzeczenia w rozumieniu art. 365 § 1 k.p.c. Treść prawomocnego orzeczenia, a więc treść wyrażonej w nim indywidualnej i konkretnej normy prawnej, w tym zwłaszcza zakres jej obowiązywania (związania stron i sądów), często nie jest, i z obiektywnych względów nie może być, w pełni wysłowiona w sentencji orzeczenia. Z tego względu ustalenie tej treści, a przede wszystkim zakresu związania prawomocnym wyrokiem, wymaga niejednokrotnie wykładni orzeczenia w świetle sporządzonego do niego uzasadnienia, a w braku pisemnego uzasadnienia w świetle odtworzonego (np. na podstawie akt sprawy) rozumowania sądu, który wydał badane rozstrzygnięcie, a sama

możliwość sięgania do okoliczności sprawy w celu sprecyzowania zakresu mocy wiążącej orzeczenia sądu nie może ulegać wątpliwości.

Odnosząc powyższe rozważania do niniejszej sprawy należy wskazać, że wobec prawomocnego oddalenia przez Sąd Okręgowy we Wrocławiu (sygn. akt VIII U 838/16) odwołania ubezpieczonego od decyzji organu rentowego z dnia 27 kwietnia 2016 r. (nr (...) - (...)) Sąd Rejonowy jest związany ustaleniem, że ubezpieczony A. G. w okresie od dnia 1 października 2015 r. podlega ustawodawstwu polskiemu w zakresie ubezpieczeń społecznych.

Tym samym nie istnieje możliwość doliczenia ubezpieczonemu do okresu wyczekiwania okresu, w którym ubezpieczony był stroną zawartej w dniu 1 października 2015 r. ze słowackim podmiotem gospodarczym umowy o pracę. Od dnia 1 października 2015 r. ubezpieczony podlegał bowiem w zakresie ubezpieczeń społecznych ustawodawstwu polskiemu, a o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wniósł dopiero od dnia 1 listopada 2017 r.

Ubezpieczony nie może nadto zostać zaliczony do katalogu osób podlegających do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, którym zasiłek chorobowy przysługuje od pierwszego dnia podlegania do tego ubezpieczenia.

Dokonując ustaleń stanu faktycznego w niniejszej sprawie Sąd skorzystał ze zgromadzonych dowodów z dokumentów, w szczególności akt orzeczniczych organu rentowego, albowiem ich wiarygodność i autentyczność nie budziła wątpliwości stron ani Sądu. Dowód z przesłuchania wnioskodawcy Sąd pominął, mając na uwadze jego nieusprawiedliwione niestawiennictwo na rozprawie, na którą został prawidłowo wezwany pod stosownym rygorem.

Mając na uwadze powyższe, a także treść przepisu art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., Sąd oddalił odwołanie ubezpieczonego od decyzji organu rentowego z dnia 23 maja 2018 r. (znak: 470100/603/CW/00292949/2018-ZAS), o czym orzeczono jak **w punkcie I sentencji wyroku.**