

UZASADNIENIE

Wobec I. K. zostały wydano następujące decyzje:

1) przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w P.:

- w dniu 21 marca 2017 roku, znak (...) - (...), (...) - (...), (...) - (...) w przedmiocie odmowy prawa do zasiłku chorobowego za okres od 31 grudnia 2016 r. do 27 marca 2017 r.,

- w dniu 5 kwietnia 2017 roku, znak (...) - (...) przedmiocie odmowy prawa do zasiłku chorobowego za okres od 28 marca 2017 r. do 24 kwietnia 2017 r.,

- z dnia 8 maja 2017 roku, znak (...) - (...) przedmiocie odmowy prawa do zasiłku chorobowego za okres od 25 kwietnia 2017 r. do 22 maja 2017 r.,

- w dniu 10 lipca 2017 roku, znak (...) - (...) w przedmiocie odmowy prawa do zasiłku chorobowego za okres od 1 do 30 lipca 2017 r.

2) przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. w dniu 7 lipca 2017 roku, znak (...) w przedmiocie odmowy prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Przyczyną odmowy świadczeń, w odniesieniu do wszystkich decyzji, był brak podlegania przez I. K. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z uwagi na nieprawidłowości w opłacaniu składek – spóźnione uiszczenie składki za grudzień 2016 r.

Odwołania od powyższych decyzji wniosła I. K., wskazując iż do nieznacznego opóźnienia w płatności składki doszło z przyczyn przez nią niezawinionych.

Sprawy z odwołań I. K. zostały połączone do wspólnego rozpoznania i wyrokowania pod sygnaturą akt IXU 526/17.

Zarówno Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w P., jak i Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S., wniosły o oddalenie odwołań, wywodząc jak w uzasadnieniach decyzji. Nadto, Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w P. zawniósł o przyznanie zwrotu kosztów procesu.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

I. K. od 2000 r., z przerwami, prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą pod firmą Zakład (...). Jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność zgłosiła się do ubezpieczenia chorobowego i była nim objęta od 2000 r.

Dowód: przesłuchanie I. K. w charakterze strony k. 124-125, k. 235-236.

Za grudzień 2016 r. opłaciła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe z opóźnieniem, a decyzją z dnia 24 maja 2017 r. nie została wyrażona przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zgoda na opłacenie po terminie tejże składki.

Niesporne

Począwszy od 31 grudnia 2016 r. do 30 lipca 2017 r. I. K. była nieprzerwanie niezdolna do pracy. Za okres po dniu 30 lipca 2017 r. zawniósł o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego.

Niesporne

Decyzją nr (...) znak (...) - (...) z dnia 5 lipca 2017 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w P. ustalił, że I. K. nie podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca działalność gospodarczą od 1 grudnia 2016 r. do 31 grudnia 2016 r. I. K. odebrała tę decyzję w dniu 7 lipca 2017 r.

Dowód: decyzja z dnia 05.07.2017r. k. 247-249, postanowienie Sądu Okręgowego w sprawie VIU 2135/19 z dnia 14.11.2019r. k. 282- 283, potwierdzenie odbioru k. 245.

Odwołanie od decyzji w przedmiocie objęcia ubezpieczeniem z dnia 5 lipca 2017 r., w dniu 12 czerwca 2019 r., wniosła I. K. wraz z wnioskiem o przywrócenie terminu do jego złożenia.

Postanowieniem z dnia 14 listopada 2019 r. Sąd Okręgowy w S. VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych odrzucił odwołanie I. K., przyjmując, że zaskarżoną decyzję odebrała w dniu 7 lipca 2017 r. Sąd wskazał, że nadmiernym opóźnieniem jest złożenie odwołania po upływie prawie 2 lat, a nadto nie ma żadnych podstaw do uznania, aby przekroczenie terminu nastąpiło z przyczyn niezależnych od odwołującej się. Co więcej, zdaniem Sądu Okręgowego, opóźnienie było wynikiem zaniedbania i braku należytej dbałości o własne sprawy.

Postanowienie to jest prawomocne.

Dowód: odwołanie k. 275, wnioski k. 272-274, odpowiedź na odwołanie k. 279 – 279v., postanowienie Sądu Okręgowego w sprawie VIU 2135/19 z dnia 14.11.2019r. k. 282- 283.

Od 10 maja 2018r. I. K. podjęła zatrudnienie jako fryzjerka w wymiarze ¼ etatu za wynagrodzeniem 500 zł. W ponoszeniu kosztów utrzymania wspiera ją mama i przyjaciele.

Dowód: oświadczenie majątkowe k. 205-206, przesłuchanie I. K. w charakterze strony k. 124-125, k. 235-236

Sąd zważył, co następuje:

Odwołania I. K. nie podlegały uwzględnieniu.

Kwestię świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, do których należą zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne regulują przepisy ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (obecnie Dz.U.2020.870 j.t.), zwanej dalej ustawą zasiłkową.

Zgodnie z art. 6 ustawy zasiłkowej zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu (czyli zgodnie z art. 1 ustawy osobie objętej ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych), który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy (art. 18 ust. 1 ustawy zasiłkowej).

Zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym, w tym ubezpieczeniu chorobowemu unormowane są w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (obecnie t.j. Dz.U.2020.266 j.t.), zwanej dalej „ustawą systemową”. Ubezpieczenie chorobowe może mieć charakter obowiązkowy lub dobrowolny. Ten ostatni występuje w przypadku osób prowadzących działalność pozarolniczą. Dla objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym niezbędne jest zgłoszenie się do tego ubezpieczenia. Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy systemowej objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. I. K. podlegała ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia działalności pozarolniczej od 2000 r., przy czym jedynie okresowo była objęta ubezpieczeniem chorobowym. Decyzją z dnia 5 lipca 2017 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w P. ustalił, że I. K. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 1 do 31 grudnia 2016 r. Organ przyjął, że I. K. składkę za grudzień 2016 r. opłaciła po obowiązującym terminie. W toku niniejszego postępowania ustalono że decyzja ta jest ostateczna.

Ostateczność decyzji ZUS nie jest prawomocnością zastrzeżoną dla wyroków sądowych, korzystających z powagi rzeczy osądzonej, co oznacza bezwzględną niemożność czynienia w innym toczącym się postępowaniu ustaleń pozostających z nim w sprzeczności. Prawomocna decyzja organu nie stanowi formalnie prejudykatu w sprawie w rozumieniu art.

365 § 1 k.p.c. Niemniej jednak stanowi istotny fakt prawotwórczy w ramach łączącego strony stosunku ubezpieczenia społecznego i z tego względu jest miarodajna dla ustalenia stanu faktycznego tworząc ustalony stan prawny. Pomimo, iż ostateczna decyzja organu rentowego nie posiada cechy prawomocności przypisywanej wyrokom w myśl przepisu art. 365 § 1 k.p.c., tworzy pewien faktyczny stan prawny, który w postępowaniu odnoszącym się do innej decyzji nie może zostać podważony. Należy bowiem zauważyć, że zakres postępowania przed sądem w sprawie odwołania od decyzji organu rentowego jest zdeterminowany wyłącznie treścią decyzji zaskarżonej, której prawidłowość może być przedmiotem rozpoznawania przez sąd. Nie ma bowiem możliwości, wobec nieskorzystania przez stronę z drogi odwoławczej, dokonania przez Sąd kontroli zasadności innej ostatecznej decyzji. Stan taki gwarantuje zachowanie spójności i logiki działania organów publicznych, zapobiegając funkcjonowaniu w obrocie prawnym rozstrzygnięć nie do pogodzenia w całym systemie przyznanych im kompetencji. Jeśli ostateczna decyzja nie zostanie wzruszona w trybie prawem przewidzianym i funkcjonuje w obrocie prawnym, winna być bez żadnych wyjątków uwzględniana przez wszystkie podmioty. Podkreślenia wymaga, iż odwołanie od powyższej decyzji zostało prawomocnie odrzucone przez Sąd Okręgowy w S. postanowieniem z dnia 14 listopada 2019 r. Prawomocne orzeczenie sądu korzysta z powagi rzeczy osądzonej, co oznacza niemożność poczynienia w innym toczącym się postępowaniu ustaleń pozostających z nim w sprzeczności. Zgodnie bowiem z art. 365 § 1 k.p.c. orzeczenie prawomocne wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy i organy państwowe. Sąd Okręgowy w S. ustalił, że opóźnienie we wniesieniu odwołania od decyzji ustalającej okresy podlegania przez odwołującą się ubezpieczeniu chorobowemu spowodowane był wyłącznie przez zaniedbanie ubezpieczonej.

Argumentacja przywoływana przez ubezpieczoną, wskazana w treści odwołań będących przedmiotem niniejszego postępowania, nie mogła zostać uwzględniona przez Sąd, albowiem odnosi się nie tyle do spornych decyzji, lecz do decyzji w przedmiocie wyłączenia od dnia 5 lipca 2017. z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W toku niniejszego postępowania Sąd nie badał okoliczności dotyczących płatności składki w grudniu 2016 r., lecz mając na uwadze prawomocne odrzucenie odwołania od decyzji wyłączającej, co przesądziło o jej prawomocności, przyjął okoliczności ustalone przez organ jako bezsporne. Skutkowało to brakiem przeprowadzenia postępowania dowodowego na okoliczność płatności składki i podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako kwestii prawomocnie rozstrzygniętej wyrokiem.

Badanie prawidłowości podstaw wydania decyzji wyłączającej byłoby możliwe jedynie w postępowaniu odwoławczym zainicjowanym przez ubezpieczoną w odniesieniu do tej decyzji. Ostateczność decyzji wyłączającej prowadzi do przyjęcia, iż organ rentowy dokonał trafnych ustaleń, które nie mogą podlegać w tym postępowaniu zmianie. Decyzja ta na gruncie stanu faktycznego wiąże Sąd Rejonowy, w szczególności z uwagi na także na okoliczność, iż I. K., znając jej treść, nie dążyła skutecznie do jej zmiany.

Zasilek chorobowy oraz świadczenie rehabilitacyjne przysługuje osobie, której niezdolność do pracy spowodowana chorobą powstała w okresie podlegania ubezpieczeniu chorobowemu. I. K. została z takiego ubezpieczenia prawomocnie wyłączona od dnia 1 grudnia 2016 r. A podkreślenia wymaga, że dobrowolne ubezpieczenie społeczne ustanowione art. 14 ust. 2 ustawy systemowej ustaje z mocy samej ustawy od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono składki w terminie, nawet jeżeli w terminie późniejszym składka została uiszczona. Tego rodzaju ubezpieczenie powstaje ponownie dopiero wówczas, gdy osoba korzystająca z tego uprawnienia złoży wyraźną deklarację o przystąpieniu do dobrowolnego ubezpieczenia. Ubezpieczona na taką okoliczność nie wskazywała.

Przyjęty stan faktyczny, w przeważającej mierze bezsporny, powstał w oparciu o niekwestionowane dokumenty pochodzące od organu rentowego, jak również zeznania ubezpieczonej w zakresie wydawanych wobec niej w tym przedmiocie decyzji oraz co do jej sytuacji życiowej.

Wobec powyższego, Sąd uznał decyzje organów rentowych za prawidłowe i na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołania.

Rozstrzygnięcie o kosztach wydano na podstawie przepisu art. 102 k.p.c. Na koszty te złożyło się wynagrodzenie zawodowego pełnomocnika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w P., wynoszące 180 zł (§ 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2018.265 j.t.)) zaś w pozostałym zakresie, mając na uwadze trudną sytuację materialną ubezpieczonej, odstąpiono od obciążania jej kosztami procesu. Uwzględniono również, iż przedmiot połączonych spraw, co do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w P. był jednakowy, a tym samym nakład pracy pełnomocnika nie odbiegał od niezbędnego dla prowadzenia jednego postępowania.

ZARZĄDZENIE

(...)

(...)

(...)

(...)