

## UZASADNIENIE

Decyzją z 7 maja 2021r. znak (...)–2021, nr sprawy (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił A. P. prawa do zasiłku chorobowego za okres 4-30 stycznia 2021r. wskazując, iż niezdolność ubezpieczonej do pracy powstała w okresie, gdy ta nie podlegała już ubezpieczeniu chorobowemu w związku z opłacaniem składek w zaniżonej wysokości – ustalonej jak przy uldze Mały (...), z której to ubezpieczona nie mogła korzystać w związku ze zbyt późnym złożeniem wniosku w tym zakresie (k. 21 akt zasiłkowych, także k. 14 akt)

A. P. wniosła odwołanie od tej decyzji domagając się poza zasiłkiem „przyznania prawa do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego oraz do skorzystania z ulgi Mały (...) od 1 lutego 2020r.”

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania wywodząc jak w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Obie strony wystąpiły o koszty procesu.

Postanowieniem z 11 października 2021r. tutejszy sąd przekazał sprawę w zakresie podlegania A. P. ubezpieczeniu chorobowemu przy uwzględnieniu spełniania przez nią warunków do korzystania z ulgi Mały (...) do rozpoznania w drodze decyzji organowi rentowemu i na podstawie art. 177 § 1 pkt 3 k.p.c. zawiesił postępowanie w sprawie do czasu prawomocnego zakończenia postępowania dotyczącego podlegania wnoszącej odwołanie ubezpieczeniu chorobowemu. (k.19)

Po podjęciu postępowania 22 lutego 2024r. (k. 159) strony pozostały przy dotychczasowych stanowiskach.

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny.**

A. P. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą i z tego tytułu podlega ubezpieczeniom społecznym. Przedsiębiorczyni po przerwie zgłosiła się do tych ubezpieczeń na zasadach ogólnych od 4 lutego 2019r. Zgłoszenie dotyczyło nie tylko ubezpieczeń obowiązkowych, ale i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Niesporne, nadto informacja organu – k. 7

Od 1 lutego 2020r. ubezpieczona chciała skorzystać z ulgi Mały (...). W tym celu 5 marca 2020r. złożyła w organie rentowym zgłoszenie (...) z kodem tytułu ubezpieczenia 0590.

Niesporne, nadto (...) k. 16, informacja o wysyłce i potwierdzeniu – k. 15

Za miesiące kalendarzowe od lutego 2020r. A. P. opłacała składki na ubezpieczenie chorobowe od podstawy wymiaru przewidzianej dla osób korzystających ze wskazanej ulgi.

Niesporne

W okresie 4 – 30 stycznia 2020r. ubezpieczona pozostawała niezdolna do pracy. Niesporne, nadto zaświadczenia (...) k. 7 – 9 akt zasiłkowych

W związku ze złożonym przez nią wnioskiem o zasiłek chorobowy A. P. została poinformowana przez organ rentowy pismem z 9 marca 2021r., że chcąc skorzystać z ulgi Mały (...) miała czas na przerejestrowanie kodu ubezpieczenia do 2 marca 2020r. Niezachowanie tego terminu oznacza rezygnację z uprawnienia. W efekcie A. P. winna złożyć dokumenty korygujące i dopłacić różnicę składek, a chcąc podlegać ubezpieczeniu chorobowemu także wystąpić z wnioskiem o wyrażenie przez organ zgody na opłacenie składek na to ubezpieczenia po terminie.

Niesporne, nadto zaświadczenie płatnika składek – k. 4-6 akt zasiłkowych, pismo z 9 marca 2021r. – k. 7

Ubezpieczona w odpowiedzi na wskazane pismo wystąpiła o przywrócenie ulgi.

Niesporne, nadto pismo z 15 marca 2021r. – k. 8

Organ poinformował ją jednak o braku takiej możliwości powtarzając informacje zawarte w poprzednim piśmie.

Niesporne, nadto pismo z 19 marca 2021r. – k. 10

Ubezpieczona wystąpiła w tej sytuacji do organu o wydanie decyzji w przedmiocie prawa do zasiłku chorobowego wskazując w tym piśmie, że sprawa dotyczy także prawa do ulgi Mały (...).

Niesporne, nadto pismo z 30 marca 2021r. – k. 11

Efektwn wniosku było wydanie przez organ rentowy decyzji zaskarżonej w niniejszym postępowaniu.

Niesporne

W związku z częściowym przekazaniem mu przez sąd sprawy postanowieniem z 11 października 2021r. organ rentowy wydał 28 kwietnia 2022r. decyzję nr (...) w której stwierdził, że A. P. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w okresach: 18 sierpnia 2003r. – 31 grudnia 2003r., 1 lutego 2004r. – 16 stycznia 2005r., 4 listopada 2005r. – 17 sierpnia 2014r., 1 września 2019r. – 31 grudnia 2019r.

Organ wskazał, że ubezpieczona, składając dokument zgłoszeniowy z kodem tytułu ubezpieczenia 0590, chciała skorzystać z ulgi określanej jako Mały (...) prawa do opłacania składek od dochodu uzyskanego w poprzednim roku kalendarzowym nie przekraczającego 120 000 zł. Jednak warunkiem skorzystania z ulgi było złożenie zgłoszenia do 2 marca 2020r., którego to terminu ubezpieczona nie zachowała. Tym samym A. P. powinna opłacać składki na zasadach ogólnych. Organ wskazał, że rozliczył konto ubezpieczonej uwzględniając brak podstaw do zastosowania ulgi i stwierdził opóźnienie w opłaceniu składki za styczeń 2004r., lipiec, sierpień 2019r., styczeń 2020r. oraz zaniżenie składek za miesiące od marca 2020r. do marca 2022r. (z wyłączeniem lutego 2021r.) oznaczające, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe A. P. ustalo w okresach 1 – 31 stycznia 2004r., 1 lipca 2019r. – 31 sierpnia 2019r. 1 – 31 stycznia 2020r., 1 marca 2020r. – 31 stycznia 2021r., 1 marca 2021r. – 31 maja 2021r. i od 1 lipca 2021r.

Niesporne, nadto decyzja nr (...) – k. 37 – 39

Wyrokiem z 10 października 2023r. sygn. akt VI U 798/22 Sąd Okręgowy w Szczecinie oddalił odwołanie ubezpieczonej od tej decyzji. Sąd, podzielaając sposób rozliczenia przez organ opłaconych przez A. P. składek na ubezpieczenie społeczne, uznał, iż adresatka decyzji uchybiła płatności tych składek m.in. za styczeń 2020r. oraz od marca 2020r. do marca 2022r. a w efekcie stwierdził, że „zaskarżoną decyzję organu rentowego w zakresie stwierdzenia podlegania przez ubezpieczoną ubezpieczeniu chorobowemu wyłącznie w okresach w niej wskazanych uznać należy za prawidłową”.

Sąd odniósł się też do ulgi Mały (...) wskazując, że ubezpieczona nie mogła z niej skorzystać wobec złożenia dokumentu zgłoszeniowego dopiero 5 marca 2020r., a zatem po upływie przewidzianego prawem terminu. Tym samym zdaniem sądu prawidłowym było przyjęcie przez organ rentowy, że od 1 lutego 2020r. do 31 grudnia 2020r. odwołująca się winna opłacać składki od podstawy wymiaru dla kodu ubezpieczenia „(...)”.

Niesporne, nadto wyrok Sądu Okręgowego w Szczecinie z 10 października 2023r. z uzasadnieniem – k. 131, 135 – 149 akt VI U 798/22 Sądu Okręgowego w Szczecinie

Wyrok ten uprawomocnił się niezaskarżony przez żadną ze stron w dniu 21 listopada 2023r.

Niesporne, nadto zarządzenie o prawomocności – k. 155 akt VI U 798/22

## **Sąd zważył, co następuje.**

Odwołanie nie podlegało uwzględnieniu.

Kwestię świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, do których należy zasiłek chorobowy, regulują przepisy ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (na dzień decyzji t.j. 2020. 870 ze zm.), zwanej dalej ustawą zasiłkową.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 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.

Zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym, w tym ubezpieczeniu chorobowemu unormowane są w ustawie z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (na dzień decyzji t.j. Dz. U. 2020. 266 ze zm.), zwanej dalej ustawą systemową. Zgodnie z art. 11 ust. 2 w zw. z art. 6 ust. 1 pkt 5 tej ustawy prowadzący działalność pozarolniczą i osoby z nimi współpracujące podlegają ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie. Na bieg tego ubezpieczenia wpływ ma nie tylko złożenie stosownego zgłoszenia, ale i terminowe opłacanie należnych składek. Zgodnie z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w brzmieniu obowiązującym i w 2020r. i 2021r. (zmiana art. 14 ustawy systemowej dokonana została 1 stycznia 2022r.) dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje w przypadku osób prowadzących działalność pozarolniczą od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie, z tym że w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie.

Podleganie przez A. P. ubezpieczeniu chorobowemu stanowiło przedmiot postępowania toczącego się przed Sądem Okręgowym w Szczecinie VI Wydziałem Ubezpieczeń Społecznych pod sygn. akt VI U 798/22, zainicjowanego odwołaniem od decyzji organu rentowego nr (...). Choć decyzja ta zawierała w sentencji jedynie wyszczególnienie okresów, w jakich jej adresatka podlegała ubezpieczeniu chorobowemu, to z uzasadnienia decyzji jednoznacznie wynikało, że poza tymi okresami wskazanym rodzajem ubezpieczenia A. P. objęta nie była z powodu opóźnień w płatności i niedopłat składek warunkowanym m.in. przyjmowaniem podstawy przewidzianej dla korzystających z ulgi Mały (...) pomimo niemożności jej stosowania. Ostatnim okresem podlegania ubezpieczeniu chorobowemu wyszczególnionym w decyzji był okres do 31 grudnia 2019r. Sąd Okręgowy prawomocnym już wyrokiem oddalił odwołanie A. P. od wskazanej decyzji, co oznacza podzielenie prawidłowości ustaleń organu. Zresztą, co wynika z uzasadnienia wyroku, sąd podzielił i stanowisko organu o opóźnieniu w płatności składek i o niemożności skorzystania przez ubezpieczoną z ulgi Mały (...).

Prawomocny wyrok 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. Rozpoznając niniejszą sprawę Sąd Rejonowy związany przytoczonym wyrokiem nie mógł dokonywać samodzielnie ustaleń w zakresie podlegania A. P. ubezpieczeniu chorobowemu, co czyniło zbytecznym prowadzenie postępowania dowodowego w tym zakresie. Wyrok, o jakim mowa, prowadzić musiał do uznania, iż ubezpieczona od 1 stycznia 2020r. do co najmniej daty wydania decyzji w przedmiocie biegu ubezpieczeń ubezpieczeniu chorobowemu nie podlegała. Związanie sądu prawomocnym wyrokiem wydanym w innym postępowaniu dotyczy nie tylko rozstrzygnięcia sądu, ale i ustaleń, którego legły u jego podstaw. Z prawomocnością orzeczenia sądowego związana jest powaga rzeczy osądzonej (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. Chociaż powagą rzeczy osądzonej objęta jest w zasadzie jedynie sentencja wyroku, a nie jego uzasadnienie, to w orzecznictwie trafnie zwraca się uwagę, że powaga ta rozciąga się również na motywy wyroku w takich granicach, w jakich stanowią one konieczne uzupełnienie rozstrzygnięcia, niezbędne dla wyjaśnienia jego zakresu. W szczególności, powagą rzeczy osądzonej mogą być objęte ustalenia faktyczne w takim zakresie, w jakim indywidualizują one sentencję

jako rozstrzygnięcie o przedmiocie sporu i w jakim określają one istotę danego stosunku prawnego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 2011r. II PK 4/11, OSNP 2012/15 -16/192 i powołane tam orzeczenia). W kolejnym postępowaniu, takie okoliczności faktyczne nie mogą być już ponownie badane, a muszą być przyjęte zgodnie z poprzednim rozstrzygnięciem. Z tego względu należało uznać, że nie tylko przyjęty przez Sąd Okręgowy przebieg ubezpieczenia chorobowego odwołującej się, ale i ustalenie co do niespełniania przez nią warunków do skorzystania z ulgi Mały (...) wiąże tutejszy sąd.

Mając na uwadze wszystko powyższe sąd na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c. oddalił odwołania jako nieuzasadnione.

Sąd Rejonowy nie mógł rozstrzygnąć o zgłoszonych w odwołaniu żądaniach dotyczących podlegania ubezpieczeniu chorobowemu czy spełniania przesłanek do korzystania z ulgi Mały (...). Takie żądania winny być rozstrzygnięte przez organ w drodze decyzji, zgodnie bowiem z art. 83 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy systemowej w tym trybie organ rozstrzyga m.in. o przebiegu ubezpieczeń i wymiarze składek (który to wymiar zależy od podstawy różniącej się w przypadku przedsiębiorcy korzystającego i niekorzystającego ze wskazanej ulgi). Z tego względu sprawę w części dotyczącej tych żądań przekazano organowi. Postanowienie sądu nie zostało przez strony zaskarżone.

Choć w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji organ odnosił się do podlegania przez A. P. ubezpieczeniu chorobowemu i niespełniania przez nią przesłanek do ustalenia podstawy wymiaru składek zgodnie z ulgą Mały (...), to sąd nie mógł potraktować wprost wyrażonych w odwołaniu żądań jako li tylko kwestionowanie przesłanek rozstrzygnięcia. Postępowanie o świadczenie z ubezpieczenia chorobowego nie może bowiem sprowadzać się do ustalania spornego biegu ubezpieczenia z pominięciem właściwego trybu. Wskazać należy, iż co do zasady w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych właściwy jest w I instancji sąd okręgowy. Ustawodawca wymienia wyjątki od tej reguły - są to sprawy o świadczenia z ubezpieczenia chorobowego, o zasiłek pogrzebowy, o odszkodowania z tytułu wypadków i sprawy o ustalenie stopnia niepełnosprawności (art. 477<sup>8</sup> § 2 k.p.c.) Wspomniany art. 83 ustawy systemowej przewiduje odrębnie wydawanie przez organ decyzji w przedmiocie ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych i wymiaru tych świadczeń (art. 83 ust. 1 pkt 4 i 5), ustalania przebiegu ubezpieczeń (art. 83 ust. 1 pkt 2), ustalania wymiaru składek (art. 83 ust. 1 pkt 3).

Zatem w przypadku sporu co do podlegania danemu rodzajowi ubezpieczeń organ winien wydać stosowną decyzję dotyczącą przebiegu ubezpieczenia, od której służy odwołanie do sądu okręgowego (a nie rejonowego). Decyzja taka bywa zbyteczna – np. gdy ubezpieczony nie zgłosił się do danego rodzaju ubezpieczenia. Jeśli jednak organ podważa prawidłowość zgłoszenia do ubezpieczeń, możliwość opłacania składek od takiej jak wskazana w dokumentacji rozliczeniowej podstawy (np. wobec kwestionowania dopuszczalności skorzystania z określonych ulg) itp. nie może ograniczać się do decyzji odmawiającej prawa do świadczenia, a powinien wydać odrębną decyzję co do przebiegu ubezpieczeń czy podstawy wymiaru składek. Gdy tego nie uczyni, sprawa o świadczenie z ubezpieczenia chorobowego w istocie staje się sprawą o ustalenie biegu ubezpieczenia na przestrzeni kilku czy nawet kilkunastu lat, podstawy wymiaru składek w poszczególnych miesiącach, rozliczania składek, a zatem wyłącznie kwestii, które ustawodawca zostawia do oceny sądu okręgowego jako sądu I instancji. Prowadzi to do obejścia przepisów o właściwości rzeczowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z 8 marca 2017r. II UK 743/15, postanowienie tego sądu z 9 kwietnia 2019r. II UZ 6/19, oba opubl. L.). Dlatego w sytuacji, gdy organ ogranicza się do wydania decyzji zasiłkowej w przypadku sporu co do podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, jeśli u podstaw tego sporu leżą kwestie związane z podstawą wymiaru składek, pozornością tytułu ubezpieczenia, z którego dana osoba została zgłoszona do ubezpieczeń itp., a ubezpieczony nie żąda wprost ustalenia podlegania ubezpieczeniu tutejszy sąd zwraca organowi akta celem uzupełnienia postępowania poprzez wydanie decyzji w przedmiocie biegu ubezpieczeń.

Sąd odstąpił od obciążania ubezpieczonej kosztami procesu uznając, że zachodzi szczególnie uzasadniony przypadek, o jakim mowa w art. 102 k.p.c. Za takim uznaniem przemawiało nieprawidłowe działanie organu podlegające na ograniczeniu się do wydania decyzji zasiłkowej oraz to, że ubezpieczona poniosła już koszty związane z przegraniem sprawy VI U 798/22.

Sygn. akt IX U 374/21

# ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

3. (...)