

Sygn. akt IX Ua 8/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 09 maja 2019 r.

Sąd Okręgowy w Gliwicach

Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych Ośrodek Zamiejscowy w Rybniku

Wydział IX Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący : SSO Joanna Smycz

Sędziowie: SSO Maria Olszowska /spr/

SSO Mariola Łącka

Protokolant: st. sekretarz sądowy Dagmara Mazurkiewicz

przy udziale ./.

po rozpoznaniu w dniu 09 maja 2019r. w Rybniku

sprawy **K. A.**

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R.

o zasiłek chorobowy

na skutek apelacji organu rentowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R.

od wyroku Sądu Rejonowego w Rybniku V Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 11 stycznia 2019 r. sygn. akt V U 190/18

oddala apelację

Sędzia: Przewodniczący: Sędzia:

SSO Mariola Łącka SSO Joanna Smycz SSO Maria Olszowska

Sygn. akt IX Ua 8/19

UZASADNIENIE

Decyzją z 18 czerwca 2018 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. zobowiązał ubezpieczoną K. A. do zwrotu wypłaconego w zawyżonej wysokości zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego od 24 stycznia 2018 roku do 30 marca 2018 roku w kwocie 1069,86 zł z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Uzasadnił, że w związku z przywróceniem terminu do opłacenia składki za grudzień 2017 roku podstawa wymiaru zasiłku została zweryfikowana i obecnie jest niższa, niż ustalona pierwotnie. Zasiłek w zawyżonej wysokości podlega więc zwrotowi.

Ubezpieczona wniosła o zmianę decyzji poprzez odstąpienie od żądania zwrotu zasiłku. Podała, że terminowo opłacała składki, nie była pouczona o braku prawa do zasiłku, nie była świadoma, że wypłacone świadczenie było zawyżone.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie podtrzymując wcześniejsze twierdzenia.

Wyrokiem z dnia 11.01.2019r. Sąd Rejonowy w Rybniku zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że stwierdził brak obowiązku do zwrotu wypłaconego w zawyżonej wysokości zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego od 24 stycznia 2018 roku do 30 marca 2018 roku w kwocie 1.069,86 zł z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej.

Sąd Rejonowy ustalił, że ubezpieczona K. A. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 stycznia 2011 roku. W związku z niezdolnością ubezpieczonej do pracy trwającą od 24 stycznia 2018 roku organ rentowy pierwotnie ustalił, że ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu do 5 grudnia 2017 roku a następnie od 1 stycznia 2018 roku do nadal. Ustalił także, iż w okresie od 6 do 31 grudnia 2017 roku ubezpieczona nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu w związku z tym, że składkę opłaciła po terminie. Jako podstawę wymiaru zasiłku przyjął kwotę 2300,32 zł tj. najniższą miesięczną podstawę wymiaru za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku (styczeń 2018 roku).

W odpowiedzi na wniosek ubezpieczonej, złożony zgodnie z sugestią pracownika ZUS, w kwietniu 2018 roku organ rentowy przywrócił ubezpieczonej termin do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za grudzień 2017 roku i w związku z tym ustalił, że podstawa wymiaru zasiłku obecnie jest niższa, niż ustalona pierwotnie – nową podstawę wymiaru stanowił przeciętny miesięczny przychód, od którego opłacone zostały składki na ubezpieczenie chorobowe za miesiące: sierpień 2011 roku, styczeń 2012 roku, oraz od maja do lipca 2012 roku, tj. kwota 1692,19 zł.

Decyzją z 18 czerwca 2018 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. zobowiązał ubezpieczoną K. A. do zwrotu wypłaconego w zawyżonej wysokości zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego od 24 stycznia 2018 roku do 30 marca 2018 roku w kwocie 1069,86 zł z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej.

Ubezpieczona nie była pouczona o braku prawa do świadczeń wypłaconych mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymania ich wypłaty.

W latach 2013-2018 ubezpieczona była wielokrotnie niezdolna do pracy – między okresami pobierania zasiłków nie było przerw albo była przerwa krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe.

Na dzień 22 marca 2018 roku ZUS ustalił na koncie ubezpieczonej niedopłatę na ubezpieczenie zdrowotne (140,56 zł) za luty 2018 roku oraz Fundusz Pracy i FGŚP (25,19 zł) także za luty 2018 roku. Z kolei na dzień 25 kwietnia 2018 roku ZUS stwierdził na koncie ubezpieczonej nienależnie opłacone składki na ubezpieczenia społeczne w łącznej kwocie 419,33 zł.

Stan faktyczny Sąd Rejonowy ustalił w oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy w postaci ww. dokumentów, których prawdziwości strony nie kwestionowały a także w oparciu o dowód z przesłuchania ubezpieczonej, który wraz z pozostałymi dowodami tworzył, w ocenie Sądu Rejonowego spójny i logiczny obraz sprawy.

Sąd Rejonowy zważył, że jak stanowi przepis art. 48 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z 25 czerwca 1999 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 372) podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przeciętny miesięczny przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy.

Na mocy ust. 2 przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stosuje się odpowiednio m. in. przepisy art. 36 ust. 2-4, art. 42, art. 43, z zastrzeżeniem art. 48a-50.

W myśl art. 36 ust. 2 jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1 (12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy) podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, z kolei na mocy ust. 4 podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się z uwzględnieniem wynagrodzenia uzyskanego w okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, w trakcie którego powstała niezdolność do pracy.

Na podstawie art. 43 podstawy wymiaru zasiłku nie ustala się na nowo, jeżeli między okresami pobierania zasiłków zarówno tego samego rodzaju, jak i innego rodzaju nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe.

Jak stanowi art. 49 ust. 1 pkt 1 jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku stanowi najniższa miesięczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 - dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek.

Według pierwotnych ustaleń organu ubezpieczona nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 6 do 31 grudnia 2017 roku. Podlegała mu ponownie od 1 stycznia 2018 roku, ZUS jako podstawę wymiaru zasiłku przyjął więc w myśl art. 49 ust. 1 pkt 1 kwotę 2300,32 zł tj. najniższą miesięczną podstawę wymiaru za styczeń 2018 roku.

Okoliczność niepodlegania ubezpieczeniu została ustalona przez organ w związku ze stwierdzeniem opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie. Gdy ubezpieczona została poinformowana, że na jej koncie widnieje niedopłata, za radą pracownika ZUS złożyła wniosek o przywrócenie terminu do opłacenia składki. Wniosek został zaakceptowany. W związku z przywróceniem terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za grudzień 2017 roku stan faktyczny uległ zmianie. Ubezpieczona nie miała już przerwy w ubezpieczeniu chorobowym, tylko podlegała mu nieustannie od 2011 roku. Wobec tego, zdaniem Sądu Rejonowego, należało ponownie ustalić podstawę wymiaru zasiłku w oparciu o przepisy art. 48, odsyłające także m. in. do przepisu art. 43. W latach 2013-2018 ubezpieczona była wielokrotnie niezdolna do pracy – między okresami pobierania zasiłków nie było przerwy albo była przerwa krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe. W związku z tym podstawy wymiaru zasiłku dla ubezpieczonej nie można było obliczyć jako średniej z 12 miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, a sięgnąć należało do podstawy wymiaru ustalonej uprzednio dla ubezpieczonej, tj. przy uwzględnieniu przeciętnego miesięcznego przychodu za miesiące: sierpień 2011 roku, styczeń 2012 roku, oraz od maja do lipca 2012 roku. Kwota ta okazała się być niższa, niż ustalona poprzednio – wynosiła 1692,19 zł. Zdaniem Sądu Rejonowego wobec zmiany okoliczności organ prawidłowo ustalił dla ubezpieczonej nową podstawę wymiaru zasiłku a zasiłek chorobowy wypłacony w oparciu o pierwotnie ustaloną podstawę został wypłacony w zawyżonej wysokości.

Jak stanowi przepis art. 84 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z 13 października 1998 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 963 ze zm.) osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu, wraz z odsetkami, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego, z uwzględnieniem ust. 11.

Zgodnie z art. 84 ust. 2 ustawy systemowej za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się: 1) świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do ich pobierania; 2) świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia.

Przesłanką do zobowiązania ubezpieczonego do zwrotu świadczenia jest więc zła wola ubezpieczonego.

W ocenie Sądu Rejonowego ubezpieczona bezspornie nie została pouczona przez organ rentowy o braku prawa do świadczeń wypłaconych mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymania

ich wypłaty. Ubezpieczonej nie można też przypisać złej woli czy świadomego wprowadzenia w błąd – nie jest ona specjalistą z zakresu ubezpieczeń społecznych i nie wiedziała, że na jej koncie powstała niedopłata powodująca przerwę w ubezpieczeniu. Co więcej, w kwietniu 2018 roku organ stwierdził na jej koncie nadpłatę, co może oznaczać, że w grudniu 2017 roku niedopłata w rzeczywistości nie istniała a pierwotna podstawa wymiaru została ustalona w związku z błędem po stronie organu. Dodatkowo ubezpieczona nie miała świadomości, że wniosek o przywrócenie terminu do opłacenia składki spowoduje zmianę podstawy wymiaru zasiłku. Nie wiedziała, że wypłacone świadczenie jest zawyżone. Ubezpieczona nie oświadczyła nieprawdy, nie przemilczała żadnej okoliczności. Organ rentowy nie wykazał złej woli ubezpieczonej, brak więc w ocenie Sądu Rejonowego podstaw do żądania zwrotu pobranego w zawyżonej wysokości zasiłku.

Działając na podstawie art. 477¹⁴ § 2 kpc, Sąd Rejonowy zmienił zaskarżoną decyzję stwierdzając brak obowiązku zwrotu zasiłku chorobowego wypłaconego w zawyżonej wysokości w kwocie 1069,86 zł.

Apelację od wyroku Sądu Rejonowego w Rybniku z dnia 11.01.19r. wniósł organ rentowy zaskarżając go w całości zarzucając:

- naruszenie przepisów prawa materialnego tj. art.84 ust.1 ustawy z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. nr 137, poz. 887 z późn zm.) poprzez błędne przyjęcie, że zachodzą przesłanki do zwolnienia ubezpieczonej od obowiązku zwrotu

pobranego świadczenia z ubezpieczenia chorobowego w kwocie 1.069,86 zł za okres od 24.01.2018r. do 30.03.2018r.,

- naruszenie przepisów prawa procesowego tj. art.233 kpc, mające istotny wpływ na wynik postępowania, poprzez brak wszechstronnej oceny zebranego materiału dowodowego, a w szczególności faktu, że termin do zapłaty składek przywrócony został na wniosek ubezpieczonej.

Wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania albo o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Ubezpieczona wniosła o oddalenie apelacji.

Rozpoznając apelację organu rentowego Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja organu rentowego nie zasłużyła na uwzględnienie, ponieważ argumenty w niej zawarte nie mogły skutecznie podważyć ustaleń dokonanych przez Sąd Rejonowy, zarówno w odniesieniu do wskazania podstawy faktycznej jak i prawnej przyjętego przez ten Sąd rozstrzygnięcia.

Zdaniem Sądu Okręgowego, Sąd I instancji przeprowadził w rozpoznawanej sprawie właściwe postępowanie dowodowe, w niczym nie naruszając sformułowanej w art.233 par.1 kpc zasady swobodnej oceny dowodów.

Także w ocenie Sądu Okręgowego zebrany w postępowaniu przed Sądem Rejonowym materiał dowodowy pozwalał na stanowcze rozstrzygnięcie niniejszej sprawy.

Sąd Okręgowy w pełni podziela ustalenia i argumentację Sądu I instancji, przyjmuje je za własne i w tej sytuacji nie zachodzi potrzeba powtarzania tych ustaleń i argumentacji, co wynika z ukształtowanego już w tym zakresie orzecznictwa Sądu Najwyższego.

Nie doszło w ocenie Sądu Okręgowego do naruszenia art.84 ust.1 ustawy z 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych, co zarzucił organ rentowy w apelacji.

Podkreślić należy, iż niewątpliwie zachowanie pracownika organu rentowego, który pouczył ubezpieczoną o możliwości złożenia wniosku o przywrócenie terminu do opłacenia składki, nie można dopatrywać się złej woli, jednakże przepis art.84 ust.2 pkt.2 ustawy systemowej mówi o zachowaniu pobierającego świadczenie, a jak słusznie

podkreślił w pisemnym uzasadnieniu wyroku Sąd Rejonowy ubezpieczonej nie można było zarzucić złej woli czy świadomego wprowadzenia w błąd organu rentowego.

Mając na uwadze powyższe, opierając się na treści art.385 kpc Sąd Okręgowy oddalił apelację organu rentowego jako bezzasadną.

Sędzia Przewodniczący Sędzia

SSO Mariola Łącka SSO Joanna Smycz SSO Maria Olszowska