

Sygn. akt VIII Ua 12/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 maja 2015 roku.

Sąd Okręgowy w Lublinie VIII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie: Przewodniczący – Sędzia SO Jadwiga Szumielewicz

Sędziowie SO Jolanta Węs

SO Zofia Kubalska (spr.)

Protokolant – sekretarz sądowy Ewelina Parol

po rozpoznaniu w dniu 28 maja 2015 roku w Lublinie

sprawy S. Ż.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych II Oddziałowi w W.

o wysokość zasiłku chorobowego

na skutek apelacji wniesionej przez pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego Lublin-Zachód w Lublinie VII Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 29 stycznia 2015 roku sygn. akt VII U 89/14

uchyla zaskarżony wyrok oraz poprzedzającą go decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddziału w W. z dnia 22 listopada 2013 roku, numer (...), (...) i sprawę przekazuje Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych II Oddziałowi w W. do ponownego rozpoznania.

Sygn. akt VIII Ua 12/15

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 29 stycznia 2015 roku, wydanym w sprawie sygn. akt VII U 89/14 z odwołania S. Ż. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddziału w W. z dnia 22 listopada 2013 roku o wysokość zasiłku chorobowego, Sąd Rejonowy Lublin – Zachód w Lublinie VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał S. Ż. prawo do zasiłku chorobowego od 7 września 2009 roku do 7 marca 2010 roku zobowiązując pozwanego Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. do ustalenia podstawy wymiaru tego zasiłku na kwotę 3780 zł (trzy tysiące siedemset osiemdziesiąt złotych) brutto.

Powyższy wyrok Sąd Rejonowy oparł na następujących ustaleniach i rozważaniach prawnych:

S. Ż. w dniu 3 września 2009 roku zawarł umowę zlecenia z M. G., w której zobowiązał się do wykonywania różnych prac na terenie zespołu dworsko – pałacowego w miejscowości G.. Z tytułu wykonania tej umowy strony uzgodniły, iż zleceniodawca zapłaci mu wynagrodzenie w wysokości 10 zł za jedną godzinę pracy, płatne w terminach tygodniowych.

W dniu 7 września 2009 roku wnioskodawca uległ wypadkowi przy pracy w wyniku, którego był niezdolny do pracy od 7 września 2009 roku do 12 marca 2010 roku.

Z zaświadczeń płatnika składek wynika, że S. Ż. przepracował w miesiącu wrześniu 2009 roku 3 i pół dnia, za co otrzymał wynagrodzenie w kwocie 510 zł brutto, natomiast obowiązany był przepracować 26 dni.

Powołując się na treść art. 49 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2014 roku, poz. 159) Sąd Rejonowy podkreślił, że jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, podstawę zasiłku chorobowego stanowi kwota przychodu określona w umowie przypadająca na pierwszy miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia, po odliczeniach o których mowa w art. 3 pkt 4 (tj. 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia chorobowe), a jeżeli kwota ta w umowie nie została określona, kwota przeciętnego miesięcznego przychodu innych ubezpieczonych, z którymi płatnik składek zawarł takie same lub podobne umowy – dla ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia.

Sąd I instancji wskazał, iż niezdolność do pracy S. Ż. powstała w pierwszym miesiącu jego ubezpieczenia chorobowego oraz, że płatnik składek M. G. nie zatrudniała innych ubezpieczonych. Organ rentowy wydając zaskarżoną w tej sprawie decyzję pominął okoliczność, iż w umowie zlecenia zostało ustalone wynagrodzenie należne skarżącemu, które określono na kwotę 10 zł za godzinę. Na tej podstawie Sąd Rejonowy uznał, iż skoro wnioskodawca we wrześniu 2009 roku przepracował 3 i pół dnia i osiągnął z tego tytułu przychód w kwocie 510 zł, natomiast w miesiącu tym obowiązany był przepracować 26 dni, to w ocenie Sądu I instancji skoro jego przychód za 3 i pół dnia pracy wyniósł 510 zł, to za 26 dni pracy jego wynagrodzenie wyniosłoby $3780 \text{ zł} (26 \times 510 : 3,5 = 3780)$.

Wskazał przy tym, że gdy niezdolność do pracy ubezpieczonego powstała w pierwszym miesiącu jego ubezpieczenia istotne jest – by ustalić wysokość podstawy zasiłku chorobowego przez określenie jaki dochód osiągnąłby on gdyby nie powstała jego niezdolność do pracy. Wynika to z treści art. 49 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej, który nie wskazuje na osiągnięty przychód do dnia niezdolności do pracy spowodowanego chorobą, a odwołuje do treści umowy bądź też do wynagrodzeń innych osób, z którymi płatnik składek zawarł takie same lub podobne umowy. Pozwany natomiast błędnie – w ocenie Sądu Rejonowego – ustalił podstawę wymiaru zasiłku chorobowego należnego S. Ż. przyjmując za nią jedynie faktycznie osiągnięty przez niego przychód. Skoro w umowie zlecenia nie została określona dokładnie (tj. np. miesięczna) kwota wynagrodzenia, a nie było innych ubezpieczonych, należało ustalić hipotetyczne wynagrodzenie, jakie osiągnąłby skarżący po przepracowaniu pełnego miesiąca.

Na mocy art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. Sąd Rejonowy zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał S. Ż. prawo do zasiłku chorobowego od 7 września 2009 do 7 marca 2010 roku zobowiązując Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. do ustalenia podstawy wymiaru tego zasiłku na kwotę 3780 zł brutto. (k. 44, 48-49).

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany organ rentowy Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. zaskarżając wyrok w całości. Zarzucił naruszenie przepisów prawa materialnego, a w szczególności art. 3 pkt 4 i 49 ust 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2014r., poz. 159) poprzez uznanie, że odwołującemu się należy przyjąć, jako podstawę wymiaru zasiłku kwotę 3780 zł brutto, podczas gdy kwota ta nie wynika z obowiązujących przepisów.

Wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w całości i oddalenie odwołania, względnie o przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. nie zgadzając się z orzeczeniem Sądu Rejonowego zwrócił uwagę, iż sposób ustalenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego dla ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy zlecenia, określony przepisem ust. 1 pkt 2 nie przewiduje możliwości uzupełnienia przychodu do pełnego miesiąca. Wskazał, że uzupełnienie przychodu dokonane przez Sąd Rejonowy jest przewidziane w rozdziale 8 „Zasady ustalenia podstawy wymiaru zasiłków przysługujących ubezpieczonym będącym pracownikami”. Przepis zaś art. 37 nie został przywołany jako mający zastosowanie przy ustaleniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem (art. 48 ust. 2 ustawy zasiłkowej). Podniósł dodatkowo, że nawet gdyby przyjąć, iż przychód ubezpieczonego powinien podlegać uzupełnieniu, to podstawę wymiaru zasiłku

chorobowego powinna stanowić nie kwota 3780 zł, lecz kwota przychodu po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71 % podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe (k.54-56).

W odpowiedzi na apelację pełnomocnik wnioskodawcy wniósł o oddalenie apelacji oraz zasądzenie na jego rzecz kosztów postępowania odwoławczego (k. 66-67).

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja podlega uwzględnieniu w sposób skutkujący uchYLENIEM zaskarżonego wyroku oraz poprzedzającej go decyzji organu rentowego i przekazaniem sprawy bezpośrednio organowi rentowemu do ponownego rozpoznania.

Na wstępie wskazać należy, że w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych przedmiot rozpoznania sprawy sądowej wyznacza decyzja organu rentowego, od której wniesiono odwołanie (art. 477 9 k.p.c., art. 477 14 k.p.c. - tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 20 stycznia 2010 r., II UZ 49/09, LEX nr 583831).

W wyroku z dnia 23 kwietnia 2010 r. (II UK 309/09, LEX nr 604210) Sąd Najwyższy podkreślił, że zgodnie z systemem orzekania w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, w postępowaniu wywołanym odwołaniem do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych sąd rozstrzyga o prawidłowości zaskarżonej decyzji (art. 477 14 § 2 i art. 47714ak.p.c.) w granicach jej treści i przedmiotu. Każda decyzja wydana przez organ rentowy, od której przysługuje odwołanie do sądu musi poddawać się kontroli, stąd ustawodawca określił, jakim wymogom musi ona sprostać, aby umożliwić właściwą i skuteczną jej kontrolę. W każdym przypadku powinna ona zawierać ocenę stanu faktycznego, związek pomiędzy tą oceną a treścią rozstrzygnięcia, które to winno stanowić podstawę ustalonego w postępowaniu poprzedzającym wydanie decyzji stanu faktycznego i jego prawnej oceny.

W myśl art. 47714ak.p.c. sąd drugiej instancji uchylając wyrok i poprzedzającą go decyzję organu rentowego może sprawę przekazać do ponownego rozpoznania bezpośrednio organowi rentowemu.

Zgodnie z art. 386 § 4 k.p.c. poza wypadkami określonymi w § 2 i 3 sąd drugiej instancji może uchylić zaskarżony wyrok i przekazać sprawę do ponownego rozpoznania tylko w razie nierozpoznania przez sąd pierwszej instancji istoty sprawy albo, gdy wydanie wyroku wymaga przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości.

W niniejszej sprawie istota sporu sprowadzała się do prawidłowej interpretacji przepisu art. 49 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa - zwana dalej ustawą zasiłkową (tekst jednolity: Dz. U. 2010 r. Nr 77 poz. 512 ze zm.), na gruncie, którego należało ustalić, czy prawidłowo przyjął organ rentowy, iż wysokość należnego wnioskodawcy świadczenia winna być ustalona od faktycznie osiągniętego przez niego w miesiącu wrześniu 2009 r. przychodu, tj. kwoty 510 zł brutto.

Dokonując kontroli instancyjnej zaskarżonego wyroku Sąd Okręgowy oceniał zatem prawidłowość ustaleń faktycznych oraz zastosowanie i prawidłową interpretację przywołanego zarówno przez organ rentowy, jak i Sąd I instancji art. 49 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej. Odnosząc powyższe uwagi do decyzji wydanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. w niniejszej sprawie stwierdzić należy, że treść zawartego w niej rozstrzygnięcia nie znajduje poparcia w jej uzasadnieniu i dowodach zgromadzonych w postępowaniu przed tym organem. Organ rentowy wyciągnął wnioski niepoparte żadnymi dowodami. Z akt zasiłkowych wynika jednoznacznie, że nie zostało przeprowadzone jakiegokolwiek postępowanie wyjaśniające. Podstawą rozstrzygnięcia Zakładu była zawarta w dniu 3 września 2009 r. umowa zlecenia z Panią M. G., a S. Ź. oraz zaświadczenie płatnika składek. Na tę istotną w sprawie okoliczność nie został przesłuchany płatnik i wnioskodawca.

Prawidłowe rozstrzygnięcie w każdej sprawie uzależnione jest od spełnienia przez sąd orzekający dwóch naczelných obowiązków procesowych, tj. przeprowadzenia postępowania dowodowego w sposób określony przepisami kodeksu postępowania cywilnego oraz dokonania wszechstronnej oceny całokształtu okoliczności ujawnionych w toku rozprawy głównej. Rozstrzygnięcie to winno również znajdować poparcie w przepisach prawa materialnego adekwatnych do poczynionych ustaleń faktycznych. Podkreślić należy, że istotą postępowania apelacyjnego jest

zbadać zasadność podstaw zarzutów skierowanych przeciwko orzeczeniu sądu pierwszej instancji. Sąd Odwoławczy orzeka przy tym w oparciu o całokształt zgromadzonego materiału dowodowego, dokonując na nowo jego własnej, samodzielnej i swobodnej oceny, w tym oceny zgromadzonych w postępowaniu przed sądem obu instancji dowodów. Jako sąd merytoryczny może nadto czynić ustalenia i to odmienne od ustaleń sądu pierwszej instancji, bazując na tym samym materiale dowodowym.

Uszło uwadze Sądu Rejonowego iż wnioskodawca na rozprawie w dniu 30 października 2014 roku zeznał „Wiem, że oprócz mnie w tym samym czasie u M. – S. G. pracowały jeszcze 3 inne osoby” (k. 33v). Sąd Rejonowy w uzasadnieniu wyroku (k. 48v) stwierdził, że M. G. nie zatrudniała innych ubezpieczonych lecz nie wskazał na podstawie jakich dowodów poczynił te ustalenia. Podobnie uczynił Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. nie prowadząc w tym zakresie żadnego postępowania. Tymczasem jest to okoliczność istotna dla prawidłowego rozstrzygnięcia w tej sprawie zgodnie z art. 49 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Zdaniem Sądu Okręgowego, Sąd I instancji dokonując interpretacji wyżej wskazanego przepisu art. 49 ust. 1 pkt 2 doszedł do nieuprawnionych wniosków, co ostatecznie skutkowało wydaniem rozstrzygnięcia w nieprawidłowym kształcie. Stało się tak, dlatego, iż Sąd Rejonowy, wyjaśniając sporne okoliczności sprawy istotne dla jej rozstrzygnięcia oraz dokonując oceny zebranego materiału dowodowego błędnie podzielił zapatrywanie organu rentowego, iż płatnik składek nie zatrudniał innych ubezpieczonych, co skutkowało błędnym ustaleniem okoliczności faktycznych wymaganych tym przepisem oraz zaniechaniem przeprowadzenia koniecznego dowodu na okoliczność ustalenia przychodu ubezpieczonego – poprzez ustalenie kwoty przeciętnego miesięcznego przychodu innych ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia. Zatem Sąd Rejonowy wobec częściowo błędnie ustalonego stanu faktycznego zastosował właściwe przepisy prawa, dokonując ich niewłaściwej wykładni.

Warto mieć na uwadze, że Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa posługuje się w odniesieniu do ubezpieczonych zleceniobiorców pojęciem przychodu – a nie wynagrodzenia. Wynika to z faktu, że za wynagrodzenie w rozumieniu ustawy rozumiane jest wynagrodzenie pracownicze określone w przepisach Kodeksu pracy.

Przychód zdefiniowany został w art. 3 pkt 4 w/w ustawy, jako kwota stanowiąca podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, ubezpieczonego niebędącego pracownikiem, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71 % podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. Oznacza to, że w przypadku ubezpieczonych zleceniobiorców bierze się pod uwagę przychód brutto (obejmujący także składki ZUS i koszty uzyskania, a więc przychód w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych), od którego odlicza się normatywnie ustaloną kwotę, analogiczną do równowartości kwoty składek potrącanych przez pracodawcę pracownikowi, które również odlicza się od wynagrodzenia przed ustaleniem podstawy wymiaru zasiłku.

Stosownie do art. 20 ust. 1 Ustawy o systemie Ubezpieczeń Społecznych z dnia 13 października 1998 r. podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz ubezpieczenie wypadkowe stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenie rentowe, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 3.

Zgodnie z art. 18 ust. 1a powołanej ustawy w przypadku ubezpieczonych, o których mowa w art. 8 ust. 2, w podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe uwzględnia się również przychód z tytułu umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia albo umowy o dzieło. Zgodnie z art. 18 ust. 1 pkt 3 podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe zleceniobiorców ustala się zgodnie z ust. 1, jeżeli w umowie agencyjnej lub umowie zlecenia albo innej umowie o świadczenie usług, do której zgodnie z kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, określono odpłatność za jej wykonanie kwotowo, w kwotowej stawce godzinowej lub akordowej lub prowizyjnie.

Stosownie do art. 49 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej, jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku stanowi kwota przychodu określona w umowie przypadająca na pierwszy miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia, po odliczeniach, o których mowa

w art. 3 pkt 4, a jeżeli kwota ta w umowie nie została określona, kwota przeciętnego miesięcznego przychodu innych ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia.

W ocenie Sądu Okręgowego wydanie rozstrzygnięcia w sprawie wymaga przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości oraz oceny materiału dowodowego zgodnie z powyższymi wskazówkami, co skutkuje koniecznością uchylenia wyroku. Ponieważ jednak braki w postępowaniu dowodowym nie dotyczą tylko postępowania przed Sądem Rejonowym, ale także przed organem rentowym, to celowym jest wykorzystanie możliwości jaką daje art. 47714ak.p.c. i uchylenie zaskarżonego wyroku i poprzedzającej go decyzji, i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania organowi rentowemu.

Dlatego też ponownie rozpoznając sprawę Zakład Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. powinien dokonać ponownej analizy umowy zlecenia zawartej z wnioskodawcą w dniu 3 września 2009 r. i na jej podstawie ustalić, czy w jego ocenie precyzuje ona kwotę przychodu przypadająca na pierwszy miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia i jeżeli tak jaką on stanowi kwotę. W sytuacji gdy organ rentowy ustalił, że umowa nie określa kwoty przychodu przypadającej na pierwszy miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia, winien ustalić czy byli inni ubezpieczeni zatrudnieni u zleceniodawców, którzy wykonywali pracę na podstawie umów zlecenia i w jakiej wysokości osiągnęli przychody oraz jaki był przeciętny miesięczny przychód innych ubezpieczonych. Z zeznań wnioskodawcy złożonych w dniu 30 października 2014 r. na rozprawie wynika bowiem, że w tym samym czasie z wnioskodawcą przy pracach związanych z remontami i utrzymaniem zespołu dworsko – parkowego w G. pracowały jeszcze 3 inne osoby. Okoliczności te wynikają również z uzasadnienia wyroku Sądu Rejonowego w Lublinie w sprawie VII U 266/11 znajdującego się w aktach zasiłkowych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych II Oddział w W. (str. 2 uzasadnienia).

W tym celu zasadne jest uzupełnienie postępowania, a w szczególności należy najpierw prawidłowo ustalić stan faktyczny sprawy, czego nie uczynił zarówno organ rentowy, jak również Sąd I instancji a następnie dokonać oceny prawnej z uwzględnieniem przepisów rozdziału 9 określającego zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłków przysługujących ubezpieczonym niebędącym pracownikami - art. 48 i następne ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Wobec powyższego Sąd Okręgowy działając na podstawie art. 386 § 4 k.p.c. w zw. z art. 47714a k.p.c. orzekł jak w sentencji wyroku.