

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 grudnia 2018r.

Sąd Okręgowy w Suwałkach III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Piotr Witkowski
Sędziowie:	SSO Mirosław Kowalewski (spr.) SSO Danuta Poniatowska
Protokolant:	st. sekretarz sądowy Beata Dzienis

po rozpoznaniu w dniu 13 grudnia 2018r. w Suwałkach na rozprawie

sprawy z wniosku A. D. (1)

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O.

o zasiłek macierzyński, o zasiłek chorobowy

na skutek apelacji wnioskodawczynie A. D. (1)

od wyroku Sądu Rejonowego w Suwałkach IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 14 sierpnia 2018r. sygn. akt IV U 267/17

oraz na skutek zażalenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O.

na pkt. 2 wyroku Sądu Rejonowego w Suwałkach IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 14 sierpnia 2018r. sygn. akt IV U 267/17

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od A. D. (1) na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. kwotę 120 (sto dwadzieścia) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego przed Sądem II instancji;**

3. **oddala zażalenie;**

4. **zasądza od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. na rzecz A. D. (1) kwotę 120 (sto dwadzieścia) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego przed Sądem II instancji.**

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 08.11.2017r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O., działając na podstawie art. 1 ust. 1 i art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 25.06.1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2017r., poz. 1368 ze zm.) odmówił A. D. (1) prawa do zasiłku macierzyńskiego za okres od 01.09.2017r. do 30.08.2018r. argumentując, że od 01.01.2017r. nie podlega ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, gdyż za styczeń 2017r. nie została opłacona należna składka na to ubezpieczenie w ustawowym terminie. Zatem dziecko urodziło się w okresie, kiedy wnioskodawczyni nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu.

Odwołanie od tej decyzji złożyła A. D. (1), domagając się przyznania jej zasiłku macierzyńskiego. Podniosła, iż w dniu 01.09.2017r. podlegała ubezpieczeniu chorobowemu i ma prawo do zasiłku macierzyńskiego na dziecko urodzone (...) Wskazała, iż od dnia 07.06.2009r. jest osobą prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą (...). Natomiast bezpośrednio przed urodzeniem dziecka przebywała na zasiłku chorobowym. Niezdolność do pracy powstała w dniu 16.01.2017r. i trwała nieprzerwanie do dnia 06.09.2017r. Za ten okres regularnie wypłacano jej zasiłek chorobowy. Wcześniej opłacała należne składki powiększone o składki z tytułu ubezpieczania dobrowolnego chorobowego. Nie otrzymała od Zakładu decyzji wyrejestrowującej ją z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Natomiast w decyzji organ rentowy wskazał, że składka za styczeń 2017r. nie została opłacona w ustawowym terminie jednak ona wywiązała się z ciężącego na niej ustawowego obowiązku. Potwierdza ten fakt wydane przez Zakład zaświadczenie z dnia 23.06.2017r. o niezaleganiu w opłaceniu składek. Po 01.09.2017r. i po 08.09.2017r. tj. po złożeniu wniosku o zasiłek macierzyński wykonała przelewy uzupełniające na konto ubezpieczeń społecznych. Przelewy w kwocie 921,57zł i w kwocie 53,77zł wykonała w dniu 27.09.2017r. i złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek na ubezpieczenie dobrowolne po terminie wskazując, że zostały sporządzone dokumenty korygujące mające wpływ na nowy wymiar składek. Następnie uzupełniła ten wniosek o nowe okoliczności uzasadniające dopłatę części składek po terminie. Nie otrzymała decyzji odmawiającej zatem uważa, że jej wyjaśnienia zostały przyjęte i termin o jaki wносиła został przywrócony.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie podnosząc, iż stosownie do art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe ustają od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność (...). Wyłączenie z ubezpieczenia chorobowego następuje w obu przypadkach od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie lub opłacono ją w terminie, lecz w niepełnej wysokości.

Odwołująca podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 01.04.2015r. do 23.09.2015r., od 22.09.2016r. do 31.12.2016r., zaś składka za styczeń 2017r. została opłacona w niewłaściwej wysokości, a dopłata dokonana po terminie. Zgodnie art. 14 ust. 2 pkt.2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, jednak pismami z dnia 26.10.2017r. i z dnia 07.12.2017r. organ rentowy nie wyraził zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, ponieważ nie wystąpiły żadne szczególne okoliczności, które przemawiałyby za pozytywnym rozpatrzeniem wniosku. Organ rentowy wskazał, iż we wskazanych pismach pouczone wnioskodawczynię o możliwości złożenia do organu rentowego wniosku o wydanie decyzji o okresach podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, od której będzie przysługiwało odwołanie do sądu. Wniosek taki nie został przez nią złożony i tym samym A. D. (1) nie podlega do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 01.01.2017r.

Decyzją z dnia 08.12.2017r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. działając na podstawie art. 84 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz w zw. z art. 1 ust. 1 i art. 6 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, odmówił A. D. (1) prawa do zasiłku chorobowego za okres od 16.01.2017r. do 31.08.2017r. oraz zobowiązał ją do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego wraz z odsetkami, w łącznej kwocie 67.316,93 zł. Argumentował, iż ubezpieczona nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 01.01.2017r., ponieważ nie została wyrażona zgoda na opłacenie przez nią składek za styczeń

2017r. po terminie. Natomiast za okres od 16.01.2017r. do 31.08.2017r. został jej wypłacony zasiłek chorobowy i racji niepodlegania przez nią ubezpieczeniu chorobowemu jest świadczeniem bezpodstawnie pobranym i podlega zwrotowi wraz z odsetkami.

W odwołaniu od tej decyzji A. D. (2) domagała się jej zmiany i przyznania prawa do zasiłku chorobowego. Wskazała, iż organ rentowy obszernie przytoczył ustawowe przesłanki żądania zwrotu wypłaconych świadczeń, jednak w jej przypadku żadnej z nich nie udowodnił. W dniu 06.11.2017r. złożyła w ZUS wniosek o wyrażanie zgody na opłacenie składek po terminie, wskazując na istotne i niezależne od niej powody braku opłaty części składki w terminie. Wniosek ten nie został rozpatrzony do dnia złożenia odwołania, ponieważ nie dostała decyzji o odmowie wyrażenia zgody na opłatę po terminie, nie zakwestionowano również podanych przyczyn opóźnienia. Dlatego organ rentowy nie może skutecznie odmawiać jej prawa do zasiłku chorobowego skoro otrzymał, choć z jednorazowym spóźnieniem, części należnej składki. Opóźnienie wynikało z przyczyn niezależnych od ubezpieczonej ponieważ została wprowadzona w błąd. Dowodzi tego np. wydane przez ZUS w dniu 23.06.2017r. zaświadczenie o niezaleganiu w opłacaniu składek. Dlatego była przekonana, że wszystkie należności wobec ZUS wypełnia prawidłowo i reguluje terminowo. Pierwotnie składka za miesiąc styczeń 2017r. opłacona została w terminie, tj. do 15 lutego 2017r. Dopłata składek za styczeń 2017r. nastąpiła dnia 27.09.2017r. Osoba prowadząca w jej imieniu rozliczenia - K. P. otrzymała telefoniczną informację z ZUS, że nienależnie została sporządzona korekta deklaracji za grudzień 2016r. i należy sporządzić jeszcze jedną korektę deklaracji za grudzień 2016r., która spowoduje powrót do rozliczeń sprzed korekty. Księgowa, zgodnie z telefoniczną sugestią pracownika ZUS dokonała takiej korekty deklaracji za grudzień 2016r., co wpłynęło na wysokość składek do zapłaty za styczeń 2017r. W efekcie okazało się, że konieczna jest dopłata części składek za styczeń 2017r. ponieważ korekta grudnia 2016r. zniwelowała nadpłatę na jej koncie.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł o jego oddalenie i podtrzymał podstawy skarżonej decyzji.

Postanowieniem z dnia 07.02.2018r. oba odwołania zostały połączone do wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia pod wspólną sygnaturą akt IV U 267/17.

Wyrokiem z dnia 14.08.2018r. Sąd Rejonowy w Suwałkach oddalił odwołania A. D. (1) (pkt I) i zasądził od niej na rzecz organu rentowego 360zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa prasowego

Z ustaleń Sądu I instancji wynikało, że A. D. (1) prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą w zakresie(...)/s w G., która jest dla niej tytułem do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym. Do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego odwołująca przystąpiła od 22.09.2016r. wskazując maksymalną podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe w wysokości 10.137,50zł. W okresie od 15.12.2016r. do 23.12.2017r. pozostawała niezdolna do pracy i za ten okres otrzymała zasiłek chorobowy.

W dniu 10.02.2017r. odwołująca w dokumencie rozliczeniowym ZUS DRA pomniejszyła podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne za grudzień 2016r. z podstawy wymiaru składek 10.137,50zł., na podstawę wymiaru składek w wysokości 7.194,44 zł.

W okresie od 16.01.2017r. do 31.08.2017r. wnioskodawczyni pozostawała niezdolna do pracy i Zakład wypłacił jej zasiłek chorobowy w kwocie 64.909,32 zł, po uprzednim potwierdzeniu podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne potrzebnej do potwierdzenia wypłaty świadczenia, gdzie podstawa za grudzień 2016r. wynosiła 7.194,44 zł.

W dniu (...). wnioskodawczyni urodziła dziecko, a w dniu 8.09.2017r. wystąpiła do Zakładu z wnioskiem o wypłatę zasiłku macierzyńskiego oraz zasiłku rodzicielskiego – łącznie za okres od 01.09.2017r. do 30.08.2018r. W wyniku wniosku odwołującej organ rentowy dokonał analizy jej konta, która wykazała, że 10.02.2017r. w dokumencie rozliczeniowym ZUS DRA, złożonym przez płatnika składek, została nieprawidłowo pomniejszona podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne za grudzień 2016r. z podstawy wymiaru składek 10.137,50zł, na podstawę wymiaru składek 7.194,44zł. W dniu 14.09.2017r. pracownica ZUS - K. S. w rozmowie telefonicznej z księgową wnioskodawczyni zwróciła uwagę, iż odwołująca nie miała podstaw do obniżenia podstawy wymiaru składek o dni

zwolnienia lekarskiego w miesiącu grudniu 2016r. W trakcie tej rozmowy K. S. poinformowała o konieczności złożenia korekty deklaracji pomniejszającej poprzez przywrócenie pierwotnej podwyższonej podstawy, dopłaty składek i złożenia wniosku o przywrócenie terminu.

W dniu 14.09.2017r. została sporządzona przez płatnika składek korekta dokumentu rozliczeniowego ZUS DRA za grudzień 2016r. i podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne skorygowano na 10.137,50zł. A. D. (1) uzupełniła brakujące składki, a w dniu 27.09.2017r. złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie. Później okazało się, iż na prośbę odwołującej na wniosku tym podpisała się za nią księgowa K. P.. W dniu 10.01.2018r. A. D. (1) złożyła kolejną korektę deklaracji za miesiąc grudzień 2016r. ponownie deklarując podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w wysokości 7.194,44zł. Zakład Ubezpieczeń Społecznych pismem z dnia 23.02.2018r. poinformował odwołującą, iż na podstawie art. 48b ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z urzędu sporządził korektę (...) i (...) za grudzień 2016, która uwzględnia poprawną dla niej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w wysokości 10.137,50 zł. W wyniku dokonanej korekty w lutym 2017r. A. D. (1) została wyłączona z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 01.01.2017r.

Sąd Rejonowy wskazał, iż w sytuacji odwołującej - związanej deklaracją wskazującą najwyższą podstawę wymiaru składek – należało rozstrzygnąć zagadnienie prawne, czy mogła ona obniżyć tę podstawę za część miesiąca, w którym pobierała zasiłek chorobowy. Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych 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. 1a, który przewiduje, że objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4 (czyli w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia). Z kolei art. 14 ust. 2 ustawy stanowi, że dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają: 1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony; 2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących. Jednocześnie w uzasadnionych przypadkach Zakład Ubezpieczeń Społecznych może, na wniosek ubezpieczonego, wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie.

W przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jest obwarowane określonym formalizmem, a ochrona wymienionego wyżej ryzyka jest dobrowolna. Podstawowym warunkiem uzyskania ochrony jest terminowe opłacanie składek należnych na to ubezpieczenie. W judykaturze podkreśla się, że dyspozycja art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy obejmuje trzy sytuacje faktyczne. Pierwsza sprowadza się do zaniechania opłacenia składki w terminie za dany miesiąc. Druga polega na opłaceniu składki w terminie, ale w niepełnej wysokości i trzecia polega na opłaceniu składki w pełnej wysokości, lecz po terminie (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 23.04.2013r. sygn. III AUa 1067/12). Ubezpieczenie to wygasa nawet w sytuacji, gdy osoba zobowiązana nie ponosi winy za nieopłacenie składki.

Sąd Rejonowy wskazał, iż skutki uchybienia przedmiotowym obowiązkom prowadzą do ustania ubezpieczenia, a tym samym podmiot oczekujący świadczeń (np. zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego) jest obligowany do opłacania składki na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej (należnej) wysokości. Z uwagi na cel i funkcje świadczeń z ubezpieczenia społecznego prawo musi przewidywać (i przewiduje) okoliczności sanujące uchybienia płatnika składek. W tym celu ustawa systemowa posługuje się konstrukcją „wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie”. W ten sposób może dojść do kontynuowania ubezpieczenia chorobowego, mimo opłacenia składki po terminie.

Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, w myśl art. 20 ust. 1 ustawy systemowej, określa zawsze podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe, jedynie z ograniczeniem wynikającym z art. 20 ust. 3 ustawy. Analiza art. 18 ustawy systemowej prowadzi do jednoznacznego wniosku, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne osób prowadzących pozarolniczą działalność została określona

inaczej niż w przypadku ubezpieczonych, co do których podstawę tę odniesiono do przychodu w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub kwoty uposażenia, wynagrodzenia bądź innego rodzaju świadczenia. Łączy się to ze specyfiką działalności prowadzonej na własny rachunek i trudnościami przy określaniu przychodu z tej działalności. Z tych względów określenie wysokości podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne ustawodawca pozostawił osobom prowadzącym pozarolniczą działalność, stanowiąc w art. 18 ust. 8 ustawy, że podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ubezpieczonych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5, stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60 % prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek, ogłoszonego w trybie art. 19 ust. 10 na dany rok kalendarzowy. Składka w nowej wysokości obowiązuje od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku. W konsekwencji w przypadku tych ubezpieczonych obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne i ich wysokość nie są powiązane z osiągniętym faktycznie przychodem, lecz wyłącznie z istnieniem tytułu ubezpieczenia i zadeklarowaną przez ubezpieczonego kwotą, niezależnie od tego, czy ubezpieczony osiąga przychody i w jakiej wysokości. W odniesieniu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego tych osób ustawodawca zastrzegł jedynie górną kwotę graniczną podstawy wymiaru składek w wysokości 250 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Inaczej rzecz ujmując, wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność pozarolniczą w przedziale od 60 % do 250 % przeciętnego wynagrodzenia zależy wyłącznie od deklaracji ubezpieczonego, nie mając żadnego odniesienia do osiąganego przez te osoby przychodu. Jednocześnie art. 18 ust. 9 ustawy systemowej stanowi, że za miesiąc, w którym nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi lub ich ustanie i jeżeli trwały one tylko przez część miesiąca, kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie, dzieląc ją przez liczbę dni kalendarzowych tego miesiąca i mnożąc przez liczbę dni podlegania ubezpieczeniu. Zgodnie z art. 18 ust. 10 ustawy zasady zmniejszania najniższej podstawy wymiaru składek, o których mowa w ust. 9, stosuje się odpowiednio w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku.

Sąd I instancji podniósł, iż wykładnia językowa art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej w sposób nie budzący jakichkolwiek wątpliwości wskazuje na możliwość proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składki w miesiącu, w którym nastąpiło objęcie ubezpieczeniami albo ich ustanie, bądź w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca wyłącznie w stosunku do ubezpieczonych, którzy zadeklarowali najniższą podstawę wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzonej działalności pozarolniczej. Art. 18 ust. 9 ustawy przewidując możliwość proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru za miesiąc, w którym nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi lub ich ustanie i jeżeli trwały one tylko przez część miesiąca - stanowi, że „kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie (...)”. Oznacza to, że ustawodawca wyraźnie ograniczył możliwość korzystania z proporcjonalnego pomniejszenia podstawy wymiaru składki tylko do ubezpieczonych, którzy zadeklarowali najniższą podstawę wymiaru składki (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 15.11.2017r. II UK 528/16 i z dnia 20.09.2017r. I UK 341/16).

Dlatego korekta deklaracji rozliczeniowej za miesiąc grudzień 2016r., w sytuacji gdy odwołująca zadeklarowała najwyższą podstawę wymiaru składki, była nieuzasadniona. Ponadto skutki tej czynności odwołującej wywarły niekorzystny wpływ na jej status, albowiem jej ubezpieczenie chorobowe ustало z dniem 01.01.2017r. z mocy prawa. W ocenie Sądu Rejonowego późniejsze czynności pracowników organu rentowego, zapoczątkowane rozmową telefoniczną we wrześniu 2017r. pomiędzy pracownikiem ZUS K. S., a księgową odwołującej - K. P. nie mogły wprowadzać w błąd odwołującej. Pouczenia pracowników Zakładu odnośnie potrzeby dokonania korekty błędnie obniżonej podstawy wymiaru składek, odpowiadały prawu. W tym zakresie Sąd I instancji wskazał na art. 48b ustawy systemowej oraz orzecznictwo sądowe, w tym na wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 10.09.2015r. sygn. III A Ua 906/14, w którym wskazano, iż w sytuacji, gdy płatnik nie wypełnia obowiązku złożenia deklaracji rozliczeniowej w terminie, zastosowanie znajduje art. 48 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Regulacja ta nakłada na Zakład Ubezpieczeń Społecznych obowiązek dokonania z urzędu wymiaru składek należnych od płatnika w wysokości, jaką płatnik określił w ostatniej deklaracji rozliczeniowej złożonej przez siebie w ZUS. O dokonanym z urzędu wymiarze

składek ZUS powinien zawiadomić płatnika. Tryb ustalenia z urzędu przez organ wymiaru należnych składek ma na celu ochronę interesów ubezpieczonych.

W przedmiotowej sprawie wychodząc naprzeciw tym obowiązkom organ ostatecznie dokonał korekty deklaracji za grudzień 2016r. z urzędu i potwierdza to, iż stanowisko pracowników organu rentowego informujących odwołującą o potrzebie przywrócenia pierwotnej (najwyższej) podstawy wymiaru składek nie było ukierunkowane na wprowadzenie jej w błąd, wykreowanie powstania sztucznej zaległości na koncie ubezpieczonej, a w konsekwencji wykluczenia jej z ubezpieczenia chorobowego.

Odnośnie postępowania organu rentowego Sąd Rejonowy wskazał, iż zgodnie z art. 9 kpa w zw. z art. 180 kpa, organy administracji publicznej są obowiązane do należytego i wyczerpującego informowania stron o okolicznościach faktycznych i prawnych, które mogą mieć wpływ na ustalenie ich praw i obowiązków będących przedmiotem postępowania administracyjnego. Organy czuwają nad tym, aby strony i inne osoby uczestniczące w postępowaniu nie poniosły szkody z powodu nieznamości prawa, i w tym celu udzielają im niezbędnych wyjaśnień i wskazówek.

Istotne jest zatem właściwe wykonanie przez organ wynikającego z art. 9 KPA obowiązku należytego i wyczerpującego informowania stron o okolicznościach faktycznych i prawnych, które mogą mieć wpływ na ustalenie ich praw i obowiązków będących przedmiotem postępowania, a skutki błędnego lub nienależytego poinformowania strony nie mogą jej w żaden sposób obciążać (por. wyrok WSA w Lublinie z dnia 20.02.2009r. II SA/Lu 623/08).

W opinii Sądu I instancji K. S.– pracownik Zakładu w żaden sposób nie wprowadziła wnioskodawczyni w błąd ponieważ udzieliła jej prawidłowej informacji o potrzebie dokonania anulowania błędnej korekty rozliczeniowej za grudzień 2016r. Ponadto informując odwołującą o potrzebie dokonania korekty nie wiedziała, jak ostatecznie będzie rozliczone jej konto. Zdaniem Sądu o wprowadzeniu odwołującej w błąd nie można również mówić w odniesieniu do wystawienia jej przez organ rentowy zaświadczenia z dnia 23.06.2017r. o niezaleganiu w opłacaniu składek. Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie kwestionował bowiem, że odwołująca miała pokryte składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Rozliczenie tych składek, jak się okazało dopiero po weryfikacji konta odwołującej we wrześniu 2017r., było błędne, ponieważ opierało się na błędnej deklaracji rozliczeniowej za grudzień 2016 z nienależnie pomniejszonymi składkami.

Sąd Rejonowy wskazał również, iż odwołująca dwukrotnie tj. w dniu 27.09.2017r. i 06.11.2017r. występowała do organu rentowego z wnioskiem o wyrażenie zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za styczeń 2017r. po terminie, zaś organ rentowy dwukrotnie nie wyraził zgody. Pomimo tego odwołująca nie skorzystała z prawa wystąpienia do Zakładu o wydanie decyzji o okresach podlegania ubezpieczeniu chorobowemu. Sąd Rejonowy dodatkowo wskazał, iż w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych nie zostały określone przesłanki „wyrażenia zgody” na opłacenie składki po terminie, co jednak nie oznacza przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nieskrępowanego uznania w uwzględnieniu lub nieuwzględnieniu wniosku o wyrażenie owej zgody. Przyznana kompetencja winna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wyposażony w uprawnienie wyrażania zgody na opłacenie składki po terminie winien ujawnić, jakimi przesłankami kierował się odmawiając jej, a jego decyzja podlega merytorycznej ocenie sądu. W doktrynie prawa administracyjnego przyjmuje się wszak, że uznaniowość decyzji nie oznacza dowolności w ich podejmowaniu. Użyte w przepisie art. 14 ust. 2 pkt 2 określenie „może” nie oznacza pełnej dowolności. Nie ma przy tym znaczenia, czy Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje odrębną decyzję czy też rozstrzyga daną kwestię jako przesłankę wydania decyzji o określonej treści. W tym drugim przypadku, w razie poddania decyzji kontroli sądowej, badanie obejmuje wszystkie okoliczności, także te, które stanowiły przesłanki zaskarżonego rozstrzygnięcia. I chociaż zgodnie z art. 77 § 1 kpa organ rentowy, rozpoznając wniosek płatnika o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie, powinien przed wydaniem decyzji w tym przedmiocie w sposób wyczerpujący zebrać i rozpatrzyć cały materiał dowodowy oraz wyjaśnić wszystkie okoliczności sprawy, to sąd ubezpieczeń społecznych w ramach kontroli zapadłej decyzji nie jest związany ustaleniami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i dokonuje samodzielnych ustaleń w zakresie stanu faktycznego oraz ocenia zasadność złożonego wniosku (tak Sąd Apelacyjny w Gdańsku z dnia 26.04.2016r. sygn. III AUa 2058/15).

Sąd I instancji wskazał również, iż przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie powinien być traktowany z nadmiernym rygoryzmem, w tym znaczeniu że niejako automatycznie prowadzi do wyłączenia z ubezpieczenia, bez względu na okoliczności. Trzeba zatem wziąć pod uwagę te szczególne wypadki, gdy z przyczyn niezależnych w danym miesiącu uiszczenie składki nie następuje. Jest to tym bardziej uzasadnione, gdy niedopatrzenie to zostaje naprawione, nie ma ono charakteru działania specjalnego, mającego niejako „oszukać” system ubezpieczeń społecznych. Natomiast nieuiszczenie przez odwołującą składki we właściwej wysokości na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc styczeń 2017r. nie nastąpiło z przyczyn niezależnych od niej, ale ze świadomej decyzji, iż przysługuje jej prawo do obniżenia podstawy wymiaru składek. Odwołująca konsekwentnie stała na stanowisku, iż takie prawo jej przysługuje. Co więcej, w dniu 10.01.2018r. złożyła kolejną korektę deklaracji, przywracającą błędną (obniżoną) podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne. Wobec takiej czynności odwołującej, pismem z dnia 23.02.2018r. organ rentowy poinformował ją, iż na podstawie art. 48b ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych sporządził z urzędu korektę (...) i (...) za grudzień 2016, która uwzględnia poprawną dla niej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w wysokości 10.137,50 zł. Stanowisko odwołującej, iż nie ma koniecznie zaległości, poparte prywatnym zestawieniem wraz z zestawieniem dokonywanych wpłat Sąd Rejonowy uznał za dowolne, tym bardziej że okoliczności dotyczące dokonywania przez nią wpłat nie było kwestionowane.

Konsekwencje nieuwzględnienia wniosku odwołującej o wyrażenie zgody na zapłatę składki po terminie są dla niej dotkliwe, gdyż oznaczają ustanie stosunku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego oraz utratę prawa do zasiłku chorobowego i macierzyńskiego. Skoro jednak powstała nadpłata zasiłku chorobowego, ponieważ wnioskodawczyni w spornym okresie nie była uprawniona do pobrania zasiłku chorobowego, wypłacone jej świadczenie, jako nienależne, podlega zwrotowi (art. 84 ust. 1 i ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

W zakresie kosztów Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 98 kpc i § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.10.2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2015 r. poz. 1804 ze zm.). Z tego tytułu z tego w myśl zasady odpowiedzialności za wynik przegranego procesu zasądził od odwołującej na rzecz organu rentowego za każdą z rozpoznawanych łącznie spraw „kwotę 1800,00 złotych oraz łącznie – kwotę 360,00 zł”.

Apelację od powyższego wyroku złożyła odwołująca zaskarżając go w całości, zarzucając mu naruszenie przepisów:

I. prawa materialnego tj. art. 18 ust. 9 i 10 w zw. z art. 2a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez zawężenie możliwości proporcjonalnego pomniejszenia podstawy wymiaru składek spowodowanego chorobą w przypadku ubezpieczonych, którzy zadeklarowali wyższą niż minimalna podstawę wymiaru składek;

II. prawa procesowego:

1. art. 233 kpc i 227 kpc poprzez:

a) dowolną, jednostronną ocenę materiału dowodowego w sposób sprzeczny z logiką i doświadczeniem życiowym sprowadzającą się do zastosowania odmiennych kryteriów oceny dowodów zaoferowanych przez strony w wyniku czego doszło do zniekształcenia stanu faktycznego będącego podstawą rozstrzygnięcia poprzez:

- pominięcie faktu, iż obniżenie składki w korekcie deklaracji ubezpieczeniowej za grudzień 2016r. uznane było przez ZUS za prawidłowe bowiem dnia 23.06.2017r. organ rentowy wystawił ubezpieczanej zaświadczenie o niezaleganiu ze składkami;

- pominięcie faktu, iż w rzeczywistości to organ rentowy, poprzez wymuszenie „drugiej” korekty sztucznie wygenerował sytuację powodującą powstanie zadłużenia na koncie ubezpieczonej przez co ubezpieczona wbrew własnej woli utraciła prawo do świadczeń;

- pominięcie faktu, iż w rzeczywistości organ rentowy po złożeniu wniosku o wypłatę zasiłku macierzyńskiego przez ubezpieczoną nie dokonał „weryfikacji” stanu jej konta do dnia wydania wyroku Sądu I instancji, co wynika wprost z pisma ZUS z dnia 29.05.2018 r.;

- bezrefleksyjne uznanie zeznań świadków - pracowników ZUS, w szczególności świadka S., za wiarygodne w zakresie powodu zobligowania ubezpieczanej do złożenia „drugiej” korekty, którym miała być rzekoma nieprawidłowość „pierwszej” korekty ujawnienia po rzekomej weryfikacji konta ubezpieczanej przez ZUS we wrześniu 2017r., faktu przeprowadzania rozliczenia konta ubezpieczanej po złożeniu przez nie wniosku o wypłatę zasiłku macierzyńskiego we wrześniu 2017r., mimo że z innych dowodów, w szczególności zaświadczenia o niezaleganiu z dnia 23.06.2017r. wynika odmienny stan rzeczy, w szczególności taki, że organ rentowy nie potrafi dokonać rozliczenia konta z datą wsteczną (pismo ZUS z dnia 29.05.2018r. w aktach sprawy) oraz że w wyniku rozliczenia konta w czerwcu 2017r. wydano zaświadczenie o niezaleganiu z dnia 23.06.2017r. potwierdzające prawidłowość „pierwszej” korekty (zaświadczenie o niezaleganiu z dnia 23.06.2017r.), a także z faktu, że organ rentowy nie zakwestionował „pierwszej” korekty w trybie art. 48b ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych;

- pominięcie rozliczenia składek złożonego przez ubezpieczoną z dnia 04.06.2018 r. (w aktach sprawy) mimo, iż organ rentowy nie przedstawił żadnych dowodów podważających ich wiarygodność, co więcej pismem z dnia 29.05.2018r. przyznał wprost, że ani systemowo, ani ręcznie nie potrafi dokonać rozliczenia składek konta ubezpieczonej

2. art. 8 w zw. z art. 180 kpa w zw. z art. 477 § 1 kpc oraz § 24 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych poprzez pominięcie tych przepisów przy dokonywaniu oceny prawidłowości postępowania organu rentowego poprzedzającego wydanie skarżonych decyzji i pominięcie okoliczności wyłącznej winy organu rentowego w utracie prawa do świadczeń przez ubezpieczoną poprzez:

- wprowadzenie w błąd ubezpieczonej polegające na wymuszeniu „drugiej” korekty deklaracji za grudzień prawidłowo i na koncie ubezpieczonej nie było żadnych zaległości i nieprawidłowości, co wynika wprost z zaświadczenia ZUS z dnia 23.06.2017r. oraz faktu, że organ rentowy nie zakwestionował „pierwszej” korekty w trybie art. 48b ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych § 24 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych, oraz mimo, iż złożenie tejże „drugiej” korekty spowodowało sztuczne wygenerowanie zadłużenia na koncie rozliczeniowym ubezpieczonej i w rezultacie spowodowało wypadnięcie ubezpieczonej z ubezpieczenia;

- braku prawidłowego realizowania obowiązków organu rentowego w zakresie ewidencjonowania składek ubezpieczonych, w szczególności w zakresie rozliczeń składek, jak i w zakresie dokumentowania rozliczeń składek, co wynika z pisma ZUS z dnia 29.05.2018 r. (w aktach sprawy).

3. art. 9 w zw. z art. 8 art. 180 kpa w zw. z art. 477 § 1 kpc - poprzez pominięcie tych przepisów przy wykonywaniu oceny prawidłowości postępowania organu rentowego poprzedzającego wydanie skarżonych decyzji i pominięcie okoliczności wyłącznej winy organu rentowego w utracie prawa do świadczeń przez ubezpieczoną;

- nieudzielnie ubezpieczonej rzetelnej informacji dotyczące skutków złożenia „drugiej” korekty, co do tego, że spowoduje ona wygenerowanie zadłużenia na koncie rozliczeniowym ubezpieczonej i w rezultacie spowoduje „wypadnięcie” ubezpieczonej z ubezpieczenia, mimo iż organ rentowy przy zachowaniu należytej staranności powinien znać skutek takiej korekty;

4. art. 8, 12,14 §1 kpa w zw. art. 180 kpa oraz w zw. z §24 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych zw. z art. 477 § 1 kpc – poprzez pominięcie tych przepisów przy dokonywaniu oceny prawidłowości postępowania organu rentowego poprzedzającego wydanie skarżonych decyzji poprzez pominięcie, iż organ rentowy nie rozpatrzył wniosku z dnia 06.11.2017 r. o przywrócenie terminu płatności do dnia dzisiejszego, oraz telefonicznie „załatwił” sprawę obligując ubezpieczoną do złożenia „drugiej”

korekty złożonej we wrześniu 2017 r., mimo iż art. 48b ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz § 24 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych, przewiduje że w przypadku wystąpienia nieprawidłowości organ dokonuje korekty z urzędu w formie pisemnej, nie zaś załatwia sprawę telefonicznie. Wskazując na powyższe domagał się zmiany zaskarżonego wyroku poprzez :

- pkt.1 zmianę decyzji z dnia 08.11.2017r. i przyznanie odwołującej prawa do zasiłku macierzyńskiego za okres od 01.09.2017r. do 30.08.2018r. i zmianę decyzji z dnia 16.12.2017r. poprzez przyznanie ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 16.01.2017r. do 31.08.2017r. i ukorzenie postępowania w przedmiocie zwrotu pobranych świadczeń z tytułu zasiłku chorobowego;

- pkt 2. zasądzenie od organu rentowego na rzecz ubezpieczonej kosztów postępowania w I instancji w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Natomiast gdyby żądanie zmiany zaskarżonego wyroku uznane zostało przez Sąd Okręgowy za niezasadne wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpatrzenia i zasądzenia od organu rentowego na jej rzecz kosztów procesu za II instancję, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

W odpowiedzi na apelację organ rentowy wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od wnioskodawczyni na rzecz Zakładu zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za II instancję.

Organ rentowy złożył zażalenie na postanowienie Sądu Rejonowego w Suwałkach zawarte w punkcie II wyroku z dnia 14.08.2018r., zarzucając mu naruszenie przepisów prawa materialnego tj. §2 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.10.2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych poprzez jego niezastosowanie.

Wskazując na powyższe domagał się zmiany zaskarżonego postanowienia i zasądzenia na rzecz organu rentowego od odwołującej zwrotu kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych za I instancję i zasądzenia od odwołującej na rzecz Zakładu kosztów postępowania zażaleniowego według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje :

Apelacja odwołującej jest bezzasadna.

Sąd Rejonowy dokonał prawidłowych ustaleń i wydał trafne, odpowiadające prawu rozstrzygnięcie, jak również logicznie uzasadnił swoje stanowisko. Sąd Okręgowy w całości je podziela.

Odnosząc się do zarzutów apelacji podnieść należy, że w żaden sposób nie podważają one prawidłowości rozstrzygnięcia Sądu I instancji. Sąd Rejonowy dokonał wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego, oceniając wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania zgodnie z art. 233 § 1kpc. Jak wskazuje się w orzecznictwie, dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 kpc konieczne jest wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie Sądu, określenie, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając, względnie stwierdzenie, iż rażąco naruszył zasady logicznego rozumowania oraz doświadczenia życiowego i że uchybienie to mogło mieć wpływ na wynik sprawy (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z 18.06.2004r., sygn. II CK 369/03). Jeżeli z określonego materiału dowodowego Sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo - skutkowych, to przeprowadzona przez Sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27.09.2002r. sygn. II CKN 817/00).

Zarzuty apelacyjne nie znajdują usprawiedliwionych podstaw i stanowią jedynie polemikę z prawidłowymi ustaleniami Sądu I instancji. Sąd Okręgowy nie dopatrył się naruszenia ani przepisów prawa procesowego tj. art. 328

§2 kpc i art. 233 §1 kpc, ani też przepisu prawa materialnego wskazanego przez stronę powodową w treści apelacji. Sąd Rejonowy w sposób wnikliwy i wyczerpujący przeprowadził postępowanie dowodowe, uwzględniając wnioski dowodowe zgłaszane przez obie strony. Sąd Okręgowy w całości podziela ocenę prawną ustalonego stanu faktycznego dokonaną przez Sąd I instancji.

Postępowanie dowodowe przeprowadzone przez Sąd I instancji było rozbudowane, mimo że przedmiot sporu sprowadzał się do ustalenia chronologii zdarzeń związanych ze zgłoszeniem odwołującej do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z maksymalną podstawą i momentu, gdy doszło do zmniejszenia przez nią podstawy wymiaru. Odwołująca próbowała umniejszyć rangę swoich działań (zmniejszenie podstawy wymiaru składki), jednak w rzeczywistości były one na tyle istotne, że w efekcie musiały skutkować wyłączeniem jej z ubezpieczenia. Zdaniem Sądu odwołująca w sposób nieuprawniony prezentuje postawę, która przejawia się przekonaniem, że organ rentowy winien na bieżąco śledzić i monitorować dokonywane przez nią wpłaty i stale weryfikować jej status jako ubezpieczonej. Takie przekonanie jest błędne. Organ rentowy posiada instrumenty prawne, które obligują go do weryfikacji z urzędu statusu ubezpieczonych, bez względu na podstawę zgłoszenia do ubezpieczenia. Na tej podstawie nie można przypisywać organowi rentowemu waloru „prywatnej instytucji ubezpieczeniowej”, która winna wyczekiwać na każde działania ubezpieczonego i pouczać go o konsekwencjach działań czy też zaniechań z tym związanych. Po stronie ubezpieczonego istnieje margines swobody w zakresie zgłoszenia do ubezpieczenia, wskazania podstawy wymiaru składki etc, ale błędne decyzje rodzą konsekwencje, których skutki musi ponieść. W przypadku odwołującej nieopłacenie składki na ubezpieczenie za styczeń 2017r. w prawidłowej wysokości, musiało skutkować wyłączeniem jej z ubezpieczenia. W świetle zarzutów apelacji należy podkreślić, że jest niedopuszczalna interpretacja rozszerzająca stosowanie przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

W działaniu odwołującej nie odnotowano refleksji związanej ze zmniejszeniem podstawy wymiaru składek za grudzień 2016r. Zdaniem Sądu uzyskanie zaświadczenia z dnia 23.06.2017r. o niezaleganiu ze składkami nie potwierdza prawidłowości podstawy wymiaru w związku z jej zmniejszeniem w grudniu 2016r. Zaświadczenie to potwierdzało wpłynięcie składki w wysokości odpowiadającej podanej przez odwołującą podstawie wymiaru. W kwestii prawidłowości pomniejszenia składki za styczeń 2017r. organ rentowy „wypowiedział się” dopiero w momencie wystąpienia przez odwołującą o wypłatę świadczenia z tego ubezpieczenia. Zdarzenie to dało możliwość zweryfikowania statusu ubezpieczeniowego wnioskodawczyni. Zaświadczenie z dnia 23.06.2017r. nie potwierdzało prawidłowości działania odwołującej w zakresie zmniejszenia podstawy wymiaru składki za styczeń 2017r. Należy nadmienić, że odwołująca jest wieloletnim, a zatem już doświadczonym przedsiębiorcą, działającym w branży ubezpieczeń na życie i jest wspomagana pomocą fachowej księgowej, która czynnie brała udział w zdarzeniach inicjowanych przez odwołującą, jak i organ rentowy. W okolicznościach niniejszej sprawy drugoplanowe znaczenie mają działania organu rentowego, który w osobie świadka K. S. wskazywał wnioskodawczyni na błąd przy zmniejszeniu składki za styczeń 2017r. Późniejsze działania odwołującej nie mogą umniejszać rangi jej autonomicznej decyzji związanej ze zmniejszeniem składki. Interwencja pracownika organu rentowego – K. S., była prawidłowa, gdyż przekazane przez nią informacje znajdowały oparcie w przepisach.

W odniesieniu do sytuacji odwołującej istotne jest również zaniechanie wystąpienia przez nią z wnioskiem o ustalenie podlegania ubezpieczeniu chorobowemu. W tym zakresie nie uszło uwadze Sądu, że Zakład kierował do niej pisma zawierające prawidłowe pouczenia o możliwości złożenia do organu rentowego wniosku o wydanie decyzji o okresach podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, od której będzie przysługiwało jej odwołanie do sądu. Odwołująca nie zdecydowała się na wystąpienie z takim wnioskiem, co w okolicznościach sprawy niniejszej było oceniane przez Sąd I i II instancji .

W związku z powyższym, na podstawie art. 385 kpc apelacja podlegała oddaleniu (pkt 1 wyroku).

O kosztach zastępstwa procesowego za drugą instancję Sąd orzekł zgodnie z wynikiem sprawy, na podstawie art. 98 § 1 i 3 kpc oraz § 10 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.10.2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t.j. z 2018r. Dz. U. poz. 265 ze zm.) – pkt 2 wyroku.

Zażalenie organu rentowego było nieuzasadnione.

Zgodnie z §9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.10.2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (stawki minimalne wynoszą 180 zł w sprawach o świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego i zaopatrzenia emerytalnego oraz w sprawach dotyczących podlegania ubezpieczeniom społecznym. Przedmiotem niniejszego postępowaniami było ustalenie prawa odwołującej do świadczeń z ubezpieczenia społecznego dobrowolnego – zasiłku chorobowego i zasiłku macierzyńskiego. W tym zakresie Sąd Rejonowy prawidłowo zastosował §9 ust. 2 rozporządzenia. Nie było bowiem podstaw do przyjęcia wynagrodzenia radcy prawnego w oparciu o wartość przedmiotu sporu. Należy nadmienić, iż inspiracją do złożenia zażalenia przez organ rentowy mogła być omyłka pisarska w uzasadnieniu wyroku. Sąd Rejonowy motywując rozstrzygnięcie o kosztach wskazywał na podstawę §9 ust. 2 rozporządzenia, ale omyłkowo podał kwotę „1800,00 złotych”, w sytuacji, gdy zapis ten wskazuje na kwotę 180zł. W wyroku wskazana została kwota 360zł (2 x 180zł) i również odpowiada tej, wynikającej z §9 ust. 2 rozporządzenia.

W związku z powyższym zażalenie organu rentowego, w oparciu o przepis art. 385 kpc w zw. z art. 397 §2 kpc, podlegało oddaleniu (pkt 3 wyroku).

O kosztach postępowania zażaleniowego rozstrzygnięto na podstawie art. 98 §1 kpc w zw. z §10 ust. 2 pkt 1 i w zw. z §9 ust.2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.10.2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych.

mt