

Sygn. akt IV U 216/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 września 2018r.

Sąd Rejonowy w Toruniu IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący	SSR Andrzej Kurzych
Protokolant	st. sekr. sądowy Anna Czerniawska

po rozpoznaniu w dniu 17 września 2018 r. w Toruniu

sprawy **L. D.**

przeciwko **Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w P.**

o świadczenie rehabilitacyjne

w związku z odwołaniem od decyzji z 6 kwietnia 2018 roku nr (...)

orzeka:

oddala odwołanie

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 6 kwietnia 2018 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w P. na podstawie art. 3 pkt 4, art. 19 ust. 2, art. 36 ust. 2, art. 48 i art. 52 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2017 r., poz. 1368 ze zm.; dalej jako ustawa zasiłkowa) stwierdził, że podstawa wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego przysługującego ubezpieczonemu L. D. za okres od 13 stycznia 2012 r. do 6 stycznia 2016 r. z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej stanowi kwota 1.739,09 zł.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy przytoczył szczegółowo adekwatne przepisy ustawy zasiłkowej oraz wyjaśnił, że ubezpieczony podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 maja 2011 r. Organ rentowy wypłacił ubezpieczonemu zasiłek chorobowy za okres od 15 lipca 2011 r. do 12 stycznia 2012 r., zaś, na podstawie wyroku Sądu Rejonowego w Toruniu z 6 stycznia 2015 r., IV U 328/14 – świadczenie rehabilitacyjne za okres od 13 stycznia 2012 r. do 6 stycznia 2013 r. Do podstawy zasiłku chorobowego i tym samym świadczenia rehabilitacyjnego należało przyjąć przychód za maj 2011 r. i czerwiec 2011 r., tj. kwotę 2.015,40 zł po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, tj. kwotę 1.739,09 zł. Organ rentowy wskazał również, że podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przyjęta do obliczenia świadczenia nie podlegała waloryzacji.

W odwołaniu ubezpieczony wskazał, że decyzja jest napisana w sposób nieprzejrzysty i lekceważący. Wniósł o weryfikację prawidłowości decyzji przez biegłego sądowego oraz zobowiązanie ZUS do przedstawienia decyzji, na podstawie których dokonano przelewów świadczenia rehabilitacyjnego. Ponadto ubezpieczony wniósł o zobowiązanie

ZUS do wypłaty zasiłku chorobowego powiększonego o kwoty wynikające z faktu, że stan chorobowy był konsekwencją wypadku przy pracy.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy podtrzymał stanowisko zaprezentowane w zaskarżonej decyzji.

Sąd ustalił, co następuje:

Ubezpieczony L. D. od 1996 r. prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą jako agent ubezpieczeniowy, a następnie broker i z tego tytułu podlegał ubezpieczeniom społecznym (w tym od 1 stycznia 1999 r. – ubezpieczeniu wypadkowemu).

W okresie od stycznia do grudnia 2010 r. deklarowany przez ubezpieczonego przychód wynosił 1.887,60 zł, zaś od stycznia do czerwca 2011 r. – 2.015,40 zł. Dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu ubezpieczony podlegał od 1 maja 2011 r.

W okresie od 15 lipca 2011 r. do 12 stycznia 2012 r. ubezpieczony był niezdolny do pracy i za ten okres organ rentowy wypłacił mu zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego.

(dowody:

- okoliczności bezsporne oraz poświadczenie – k. 142-144 akt)

Do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjęto przychód za maj 2011 r. i czerwiec 2011 r., tj. kwotę 2.015,40 zł po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, tj. kwotę 1.739,09 zł.

(dowody:

- wyjaśnienia z 20.08.2018 r. – k. 291 akt)

Decyzją z 4 kwietnia 2012 r. (uzupełnioną decyzją z 22 sierpnia 2012 r.) organ rentowy odmówił ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej z powodu niestwierdzenia niezdolności do pracy od 13 stycznia 2012 r.

Na skutek wniesionego przez ubezpieczonego odwołania, wyrokiem Sądu Rejonowego w Toruniu z 16 stycznia 2015 r., IV U 328/14 ubezpieczonemu zostało przyznane prawo do świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia chorobowego za okres od 13 stycznia 2012 r. do 6 stycznia 2013 r. Wskazany wyrok Sąd przekazał również wniosek ubezpieczonego o przyznanie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego za wskazany okres oraz przyznanie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy do rozpoznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T..

(dowody:

- decyzje – k. 190 i 201 akt,
- wyrok – k. 87-88 akt)

Decyzją z 28 lipca 2015 r. organ rentowy zmienił decyzję z 4 kwietnia 2012 r. i przyznał ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 13 stycznia 2012 r. do 6 stycznia 2013 r. w wysokości 100% podstawy wymiaru (z ubezpieczenia wypadkowego).

(dowody:

- decyzja z 28.07.2015 r. – k. 222 akt)

Wypłata świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia chorobowego nastąpiła w 3 transzach:

- w dniu 7 kwietnia 2015 r. – za okres od 13 stycznia do 29 lutego 2012 r. w kwocie 2.053,64 zł,
- w dniu 30 kwietnia 2015 r. – za okres od 1 marca 2012 r. do 30 czerwca 2012 r. w kwocie 4.649,76 zł,
- w dniu 17 czerwca 2015 r. – za okres od 1 lipca 2012 r. do 6 stycznia 2013 r. w kwocie 6.776,20 zł.

W dniu 24 sierpnia 2015 r. organ rentowy wypłacił kwotę 3.632,70 zł, dokonując wypłaty wyrównania świadczenia rehabilitacyjnego do 100% podstawy wymiaru zgodnie z decyzją z 28 lipca 2015 r.

(dowody:

- wyjaśnienia – k. 291 akt)

Sąd zważył, co następuje:

Ustalony stan faktyczny był między stronami bezsporny. Wynikał on z zalegających w aktach sprawy dokumentów, których prawdziwości strony nie kwestionowały. Zasadniczymi zrębami zrekonstruowanego stanu faktycznego było to, iż ubezpieczony podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia działalności pozarolniczej od 1 maja 2011 r., zaś ubezpieczeniu wypadkowemu od 1999 r., w 2010 r. zadeklarował przychód w kwocie 1.887,60 zł, a od stycznia do czerwca 2011 r. – w kwocie 2.015,40 zł, od dnia 15 lipca 2011 r. do 12 stycznia 2012 r. był niezdolny do pracy i z tego tytułu organ rentowy wypłacił mu zasiłek chorobowy, którego podstawę wymiaru obliczono od przychodu zadeklarowanego za maj i czerwiec 2011 r. pomniejszonego o kwotę odpowiadającą 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, co w efekcie dało kwotę 1.739,09 zł i w końcu poza sporem było, że decyzją z 28 lipca 2015 r. organ rentowy przyznał ubezpieczonemu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego za okres od 13 stycznia 2012 r. do 6 stycznia 2013 r., którego wysokość obliczono w sposób analogiczny do wysokości zasiłku chorobowego.

Wstępnie zauważyć należy, że zakres rozpoznania i orzeczenia (przedmiot sporu) w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych wyznaczony jest w pierwszej kolejności przedmiotem decyzji organu rentowego zaskarżonej do sądu ubezpieczeń społecznych, a w drugim rzędzie przedmiotem postępowania sądowego determinowanego zakresem odwołania od tejże decyzji (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 września 2000 r., II UKN 685/99, OSNP 2002/5/121 oraz postanowienia z dnia 13 maja 1999 r., II UZ 52/99, OSNP 2000/15/601 i z dnia 13 października 2009 r., II UK 234/08, LEX nr 553692). W konsekwencji przedmiot sporu w niniejszej sprawie odnosił się do kwestii czy przyjęta przez organ rentowy podstawa wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego była prawidłowa. W zaskarżonej decyzji z 6 kwietnia 2018 r. organ rentowy ustalił bowiem, że podstawa wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego przysługującego ubezpieczonemu za okres od 13 stycznia 2012 r. do 6 stycznia 2016 r. stanowi kwota 1.739,09 zł.

Sąd nie był zatem zobowiązany do weryfikacji prawidłowości kwot wypłaconych ubezpieczonemu w dniu 7 kwietnia, 30 kwietnia, 17 czerwca i 24 sierpnia 2015 r. Decyzja organu rentowego określała jedynie mechanizm wyliczenia świadczenia, nie zaś jego kwotę. Rolą Sądu było więc jedynie zbadanie, czy zastosowana formuła obliczenia wysokości świadczenia odpowiadała obowiązującym normom prawnym. W tym stanie rzeczy zbędne było przeprowadzenie w niniejszej sprawie dowodu z opinii biegłego (niezależnie od tego, że przeprowadzenie prostych działań arytmetycznych nie wymaga wiadomości specjalnych), stąd też wniosek ten został na podstawie art. 217 § 3 k.p.c. oddalony.

Zaznaczyć przy tym należy, iż ubezpieczony nie wskazywał konkretnych argumentów, czy zarzutów, z których wynikałaby wadliwość wypłaconych mu kwot. Twierdził jedynie, że decyzja jest niezrozumiała i powinna podlegać weryfikacji przez biegłego.

W ocenie Sądu, organ rentowy nieprawidłowo ustalił wysokość przysługującego ubezpieczonemu świadczenia rehabilitacyjnego za okres od 13 stycznia 2012 r. do 6 stycznia 2013 r. z ubezpieczenia wypadkowego, lecz wadliwość ta nie mogła skutkować zamianą zaskarżonej decyzji. Zastosowanie właściwych norm prawnych doprowadziłoby bowiem do ustalenia wysokości świadczenia rehabilitacyjnego w niższej wysokości niż przyjął organ rentowy.

Przed przystąpieniem do szczegółowych rozważań prawnych zaznaczyć należy, że odnoszone one będą do stanu prawnego adekwatnego do okresu świadczenia rehabilitacyjnego, którego wysokość ubezpieczony kontestuje.

Zgodnie z art. 9 ust. 1, 2 i 3 pkt 2 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1376; dalej jako ustawa wypadkowa) zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego przysługują w wysokości 100% podstawy wymiaru. Podstawę wymiaru tych świadczeń stanowi kwota będąca podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe. Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego m.in. osobom, o których mowa w art. 11 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (w tym osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą) stosuje się zasady określone w rozdziale 9 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego.

Zgodnie ze wskazanym odesłaniem, reguł ustalania podstawy wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego należy więc poszukiwać w ustawie zasiłkowej. Wprost do tej kwestii odnosi się przepis art. 52 tej ustawy, który stanowił, że przy ustalaniu podstawy wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego stosuje się odpowiednio przepisy art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust. 1, art. 42, 43, 48 ust. 1 oraz art. 49 i 50, a także przepisy art. 19 ust. 2 i art. 46.

Stosownie do art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej podstawę wymiaru zasiłku chorobowego (świadczenia rehabilitacyjnego) przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy.

Organ rentowy w zaskarżonej decyzji ustalił, że ubezpieczony nie wykazał przychodu za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, tj. przed dniem 15 lipca 2011 r., gdyż podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 maja 2011 r. Przyjął zatem do obliczeń przychód za maj i czerwiec 2011 r. w kwocie po 2.015,40 zł.

W procesie ustalania wysokości zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego nie ma jednak znaczenia okres podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, lecz okres podlegania ubezpieczeniu wypadkowemu. Jasno to wynika z art. 9 ust. 2 ustawy wypadkowej, który stanowi, że podstawę wymiaru zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego stanowi kwota będąca podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe, a także pośrednio z art. 9 ust. 4 ustawy wypadkowej, który odnosi się od długości okresu ubezpieczenia wypadkowego, nie zaś chorobowego.

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego przysługującego ubezpieczonemu stanowić winien przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, a więc za okres od lipca 2010 r. do czerwca 2011 r., w którym to okresie ubezpieczony bezspornie podlegał ubezpieczeniu wypadkowemu. W okresie od lipca do grudnia 2010 r. była to więc kwota 1.887,60 zł, zaś od stycznia do czerwca 2011 r. kwota 2.015,40 zł. Zastosowanie do obliczeń wskazanych kwot prowadziłoby z pewnością do ustalenia niższej podstawy wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego niż przyjął organ rentowy w zaskarżonej decyzji, skoro punktem wyjścia w tym ostatnim przypadku była wyłącznie kwota 2.015,40 zł. W wyniku rozpoznania odwołania nie może jednak dojść do zmiany decyzji w sposób niekorzystny dla odwołującego, stąd też wskazana wadliwość decyzji pozostała bez jakiegokolwiek reakcji jurysdykcyjnej.

Pomijając wskazane uchybienia, zaznaczyć jeszcze należy, iż organ rentowy prawidłowo odliczył od ustalonej podstawy wymiaru składek kwotę odpowiadającą 13,71% tej podstawy. Obowiązek dokonania takiego zabiegu matematycznego wynika z art. 3 pkt 4 ustawy zasiłkowej, który stanowi, że w rozumieniu tej ustawy przychodem jest kwota stanowiąca podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego niebędącego pracownikiem, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe.

Trafnie odstąpiono także od waloryzacji ustalonej podstawy wymiaru zasiłku chorobowego. Zgodnie z art. 19 ust. 2 pkt 1 w zw. z art. 52 ustawy zasiłkowej jeżeli pierwszy dzień okresu, na który przyznano świadczenie rehabilitacyjne, przypada w I kwartale kalendarzowym danego roku, podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przyjęta

do obliczenia tego świadczenia ulega podwyższeniu o procent wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ogłaszanego dla celów emerytalnych w III kwartale w stosunku do I kwartału ubiegłego roku kalendarzowego. Jak wynika z obwieszczenia Prezesa ZUS z 23 listopada 2011 r. w sprawie wskaźnika waloryzacji podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjętej do obliczenia świadczenia rehabilitacyjnego w I kwartale 2012 r. (M.P. nr 105, poz. 1063) podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przyjęta do obliczenia świadczenia rehabilitacyjnego nie podlega waloryzacji w I kwartale 2012 r., ponieważ wskaźnik waloryzacji obliczony jako stosunek przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ogłaszanego do celów emerytalnych w III kwartale 2011 r. do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w I kwartale 2011 r. nie przekracza 100% i wynosi 98,5%.

W tym stanie rzecz, na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., a także przywołanych przepisów prawa materialnego, odwołanie podlegało oddaleniu.

W odrębnym postanowieniu Sąd przekazał do rozpoznania przez organ rentowy zgłoszony w odwołaniu wniosek o przyznanie ubezpieczonemu prawa do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego.