

Sygn. akt VI Ua 10/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 października 2015 roku

Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk (spr.)
Sędziowie:	SO Aleksandra Mitros SR del. Anna Ruszkowska
Protokolant:	st. sekr. sądowy Renata Sekinda

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 2 października 2015 roku w S.

sprawy M. K. (1)

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w S.

o zasiłek chorobowy

na skutek apelacji wniesionej przez M. K. (1) od wyroku Sądu Rejonowego Szczecin-Centrum w Szczecinie IX Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 2 października 2014 roku sygn. akt IX U 401/14

I. oddała apelację;

II. zasądza od M. K. (1) na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. kwotę 60 (sześćdziesięciu) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu w instancji odwoławczej.

SSO Aleksandra Mitros SSO Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk (spr.) SSR del. Anna Ruszkowska

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 9 maja 2014 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. stwierdził, iż podstawę zasiłku chorobowego ubezpieczonej M. K. (1) za okres niezdolności do pracy począwszy od dnia 31 grudnia 2013 r. stanowi kwota 414,19 zł.

Ubezpieczona odwołała się od powyższej decyzji wskazując, iż organ zastosował niewłaściwe przepisy. Według brzmienia art. 49 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, gdy niezdolność do pracy powstała przed upływem miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi najniższa miesięczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku. Przepis ten wszedł w życie 1 grudnia 2013 r. U ubezpieczonej niezdolność do pracy wystąpiła w dniu 8 listopada 2013 r., a w dacie tej art. 49 powołanej wyżej ustawy miał brzmienie: jeżeli niezdolność do pracy powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowym

ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe. Zdaniem ubezpieczonej miarodajnym dla oceny podstawy wymiaru składek winien mieć właśnie przepis w brzmieniu obowiązującym w dacie powstania jej niezdolności do pracy.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie i wskazał, że jego decyzja jest prawidłowa pod względem prawnym i faktycznym.

Wyrokiem z dnia 2 października 2014 roku Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie, IX Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie.

Swoje rozstrzygnięcie Sąd Rejonowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:

Ubezpieczona M. K. (1) została objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 2 października 2013 r. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Jako podstawę wymiaru składki zadeklarowała kwotę 9.000 zł.

W okresie od 8 listopada 2013 do 22 kwietnia 2014 r. ubezpieczona była niezdolna od pracy.

Sąd Rejonowy wskazał na wstępie, że stan faktyczny w sprawie był niesporny i ustalony został w oparciu dowody z dokumentów zawartych w aktach ZUS. Sąd uznał je za wiarygodne. Tym samym nie zachodziła w ocenie Sądu Rejonowego potrzeba dopuszczenia zawnioskowanych przez ubezpieczoną dowodów z jej zeznań oraz zeznań K. P.. Okoliczności, na które miałyby one zeznawać nie były sporne.

Sąd I instancji zauważył, że rozstrzygnięcie sporu zależało od stwierdzenia, jaki stan prawny winien mieć zastosowanie w ustalonym stanie faktycznym. Ubezpieczona twierdziła, że stan ten winien być ustalana na dzień powstania niezdolności do pracy. Z kolei ZUS zastosował przepisy obowiązujące w dniu powstania prawa ubezpieczonej do zasiłku chorobowego. W tym kontekście Sąd Rejonowy zauważył, że kwestie związane ze społecznym ubezpieczeniem chorobowym reguluje ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst — Dz. U. z 2014 r. poz. 159). Przewiduje ona w art. 4 okres wyczekiwania na nabycie prawa do zasiłku chorobowego. W przypadku ubezpieczenia dobrowolnego wynosi on 90 dni. Zgodnie z treścią art. 49 określającego podstawę wymiaru zasiłku, w brzmieniu obowiązującym w dacie objęcia ubezpieczonej ubezpieczeniem dobrowolnym i powstania niezdolności „Jeżeli niezdolność do pracy powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku stanowi:

- 1) najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 - dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek;
- 2) 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, z którymi płatnik składek zawarł takie same lub podobne umowy - dla ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia;
- 3) przeciętny miesięczny przychód innych członków spółdzielni - dla ubezpieczonych będących członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych;
- 4) przeciętny miesięczny przychód osób wykonujących pracę nakładczą na rzecz danego płatnika składek - dla osób wykonujących pracę nakładczą.

Z dniem 1 grudnia 2013 r. przepis ten został zmieniony na mocy ustawy z dnia 21 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. 2013, poz. 996). Po nowelizacji otrzymał on brzmienie: „Jeżeli niezdolność do pracy powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowym przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku stanowi:

1) 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;

2) 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, z którymi płatnik składek zawarł takie same lub podobne umowy - dla ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia;

3) przeciętny miesięczny przychód innych członków spółdzielni za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku - dla ubezpieczonych będących członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych;

4) przeciętny miesięczny przychód osób wykonujących pracę nakładczą na rzecz danego płatnika składek za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku - dla osób wykonujących pracę nakładczą.

2. Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, a okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się nie później niż 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, przy ustaleniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego stosuje się odpowiednio przepis art. 37 ust. 1”.

Mając na uwadze powyższe Sąd Rejonowy zauważył, że gdyby do oceny prawidłowości zaskarżonej decyzji przyjąć stan prawny w dacie czy to objęcia ubezpieczonej ochroną, czy powstania u niej niezdolności do pracy, to ograniczenie wynikające z art. 94 ustawy nie miałyby w stosunku do niej zastosowania, albowiem niezdolność do pracy wystąpiła u niej w listopadzie 2012 r., a więc w drugim miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego. Natomiast zastosowanie w sytuacji ubezpieczonej przepisów obowiązujących od 1 grudnia 2013 r. skutkowałoby stwierdzeniem, że jej niezdolność powstała przed upływem pierwszego pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego. W tej sytuacji za podstawę wymiaru zasiłku chorobowego powinna stanowić najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 ustawy.

Sąd I instancji przychylił się ostatecznie do drugiego poglądu, a mianowicie, iż miarodajnym dla ustalenia wymiaru zasiłku chorobowego jest stan prawny obowiązujący w dacie powstania tego prawa. W ocenie Sądu Rejonowego ubezpieczona nie nabywała prawa do zasiłku chorobowego tak w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową, jak i w dniu powstania niezdolności. Wiąże się to z okresem wyczekiwania, o którym mowa w art. 4 ustawy. Przepis ten tak przed 1 grudnia 2013 r., jak i po tej dacie przewidywał, że prawo ubezpieczonego w ramach ubezpieczenia dobrowolnego do zasiłku chorobowego powstaje po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego. Prawo do zasiłku chorobowego ubezpieczona nabyła z dniem 31 grudnia 2013 r. Wówczas to obowiązywał znowelizowany przepis art. 49 ustawy, wedle którego jako podstawę wyliczenia zasiłku należało przyjąć najniższą miesięczną podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku., czyli w tym przypadku kwotę 414,19 zł.

Przyjęcie poglądu prezentowanego przez ubezpieczoną prowadziłyby w ocenie Sądu Rejonowego do sytuacji, w której prawo do świadczenia należałoby ustalać według przepisów, które już nie obowiązują, choć żadne normy intertemporalne do takiego działania nie uprawniają. Działanie takie byłoby zatem bezprawne.

Ubezpieczona wniosła **apelację** od powyższego wyroku zaskarżając go w całości. Wyrokowi zarzuciła:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego, art. 2 Konstytucji RP z 2.04.1997 r. (Dz. U. z 1997 r. nr „78 poz. 483 ze zm.), art. 18a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r. nr 983), oraz art. 3 pkt 4, art. 4 art. 48 w zw. z art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust. 1 ustawy z dnia z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, poprzez ich nieprawidłowe zastosowanie i w konsekwencji wadliwe ustalenie, że podstawą zasiłku chorobowego Ubezpieczonej M. K. (1) stanowi

kwota ustalona przez organ rentowy tj. kwota 414,19 zł. a nie kwota liczona od podstawy wymiaru składki 9.000 zł. zadeklarowanej przez Ubezpieczoną,

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 49 ustawy z dnia z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, poprzez jego zastosowanie w brzmieniu obowiązującym od 1.12.2013 r. i w konsekwencji wadliwe ustalenie, że podstawą zasiłku chorobowego ubezpieczonej M. K. (1) stanowi kwota ustalona przez organ rentowy tj. kwota 414,19 zł. a nie kwota liczona od podstawy wymiaru składki 9.000 zł. zadeklarowanej przez Ubezpieczoną.

Wskazując na powyższe, ubezpieczona wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie odwołania ubezpieczonej od zaskarżonej decyzji (...) Oddział w S. z dnia 9 maja 2014 r. i w konsekwencji zmianę tej decyzji poprzez ustalenie, że podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi kwota wyliczona od zadeklarowanej przez Ubezpieczoną podstawy wymiaru składki wynoszącej 9.000 zł oraz o zasądzenie od organu rentowego na rzecz Ubezpieczonego kosztów procesu za I i II instancję według norm prawem przepisanych, ewentualnie wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd I instancji, z pozostawieniem temu Sądowi orzeczenia o kosztach procesu

W uzasadnieniu apelacji wskazano, że w chwili zgłoszenia się przez ubezpieczoną do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego tj. w dniu 2 października 2013 r. przepis art. 49 ustawy z dnia z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (zwanej dalej ustawą z 25 czerwca 1999 r.) miał następujące brzmienie: „art. 49. Jeżeli niezdolność do pracy powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku stanowi (...)” Ubezpieczona w pierwszym miesiącu kalendarzowym (który upłynął w dniu 2 listopada 2013 r.) nie była niezdolna do pracy, gdyż niespornym jest, że dopiero w dniu 8 listopada 2013 r. powstała u Ubezpieczonej niezdolność do pracy. W konsekwencji nie może budzić wątpliwości, że sytuacja opisana w treści przepisu art. 49 w brzmieniu ówczesnym obowiązującym nie zaistniała. Przepis art. 49 ustawy z 25 czerwca 1999 r. uległ zmianie dopiero z dniem 1.12.2013 r., dlatego znajdzie zastosowanie dopiero do stanów faktycznych po tej dacie.

Apelująca nie podzieliła argumentacji Sądu Rejonowego, który uzasadnił zastosowanie do sytuacji ubezpieczonej art. 49 w brzmieniu obowiązującym od 1.12.2013 r. faktem przyznania Ubezpieczonej zasiłku chorobowego po okresie 90 dni wyczekiwania, który upłynął już pod rządami nowego brzmienia art. 49. Zdaniem apelującej okres wyczekiwania wskazuje jedynie po jakim czasie od zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ubezpieczona uzyska zasiłek chorobowy i nie ma wpływu na bieg okresu o którym mowa w art. 49.

Dalej apelująca wskazała, że ustawa którą zmieniono od 1.12.2013 r. treść przepisu art. 49 tj. ustawa z dnia 21 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2013 r. nr 996) nie zawierała przepisów przejściowych, stąd nie powinna znaleźć zastosowania do stanów faktycznych sprzed jej wejścia w życie. W ocenie apelującej zastosowanie przez Sąd Rejonowy przepisów obowiązujących od 1.12.2013 r. godziło w zasadę nie działania prawa wstecz („lex retro non agit”), której prawny wymiar znajduje się w przepisie art. 2 Konstytucji RP z 2.04.1997 r. (Dz. U. z 1997 r. nr 78, poz. 483 ze zm.). Zasada nie działania prawa wstecz oraz vacatio legis wprowadzana jest po to, ażeby chronić dobra osobiste obywateli oraz dać im niezbędną czas na zapoznanie się z modyfikacjami prawa i konsekwencjami jakie one niosą. Treścią zasady lex retro non agit jest zakaz działania wstecz przepisów prawnych kształtujących prawa i obowiązki obywateli, jeżeli to prowadzi lub może prowadzić do pogorszenia ich sytuacji prawnej w stosunku do stanu poprzedniego. Zgodnie z utrwaloną linią orzecniczą Trybunału Konstytucyjnego (m.in. K. 15/92, P. 2/92) zasada niedziałania prawa wstecz stanowi podstawę porządku prawnego. Kształtuje zasadę zaufania obywateli do państwa oraz stanowionego przez niego prawa. U podstaw tej zasady leży wyrażona w art. 2 Konstytucji zasada demokratycznego państwa prawnego z uzasadnienia wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 grudnia 1997 r., sygn. akt K 22/96, OTK 1997/5-6/71). Apelująca zaakcentowała przy tym, że wprowadzenie zakazu wstecznego stosowania prawa nie ma charakteru absolutnego. Ustawodawca może przewidywać, że ustawa będzie stwarzać reżim prawny (będzie stosowana) do sytuacji (zdarzeń i ich prawnych konsekwencji) istniejącej przed dniem wejścia jej w życie. Jednakże nigdy stosowanie retroaktywne

prawa nie może być wynikiem interpretacji tak jak to miało miejsce w przedmiotowej sprawie. Zawsze musi to być wyraźna wypowiedź ustawodawcy, że konkretne przepisy mają moc wsteczną. Inaczej mówiąc, przełamanie zasady *lex retro non agit* musi być jasno wypowiedziane w samej ustawie. Nie może być to rezultat wniosku czy domniemania istnienia wyjątku od zasady. Przełamanie zakazu retroaktywności musi wynikać w sposób nie nasuwający wątpliwości z ustawy (wyraźne wysłownienie nakazu wstecznego stosowania prawa). Jak już powyżej wskazano, ustawa wprowadzająca nowe brzmienie przepisu art. 49 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie zawierała przepisów przejściowych, które nakazywałyby stosować wprowadzane od 1.12.2013 r. nowe brzmienie przepisu do zdarzeń sprzed wejścia w życie.

W tej sytuacji w ocenie apelującej jej odwołanie winno zostać przez Sąd Rejonowy uwzględnione, skoro: 1. Ubezpieczona została zgłoszona do ubezpieczeń społecznych w dniu 2.10.2013 r. – a więc okres miesięczny o którym mowa w art. 49 ww. ustawy w brzmieniu wówczas obowiązującym upłynął w dniu 2.11.2013 r.; 2. Ubezpieczona dopiero od dnia 8.11.2013 r. stała się niezdolna do pracy, a więc już po upływie okresu o którym mowa w art. 49 ww. ustawy; 3. Ubezpieczona uiściła składki liczone od podstawy wynoszącej 9.000 zł.

Dalej apelująca zaakcentowała, że w uzasadnieniu projektu ustawy z dnia 21 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (którą wprowadzono od 1.12.2013 r. nowe brzmienie art. 49) wskazano, iż jego celem było dostosowanie systemu prawa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r. (P 12/10) dotyczącego ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512, ze zm.). Jego sentencja została ogłoszona 1 czerwca 2012 r. w Dz. U. poz. 622, a pełny tekst rozstrzygnięcia wraz z uzasadnieniem w (...) Nr SA, poz. 52. Celem wprowadzonej zmiany treści przepisu art. 49 miało być polepszenie sytuacji osób nie będących pracownikami (przedsiębiorców) podlegających dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, tak by podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowiło „wynagrodzenie”, które ubezpieczony niebędący pracownikiem osiągnąłby, gdyby pracował pełny miesiąc kalendarzowy. Dotychczas tą podstawą było „wynagrodzenie” za niepełny miesiąc. W konsekwencji użycie w przedmiotowej sprawie przez organ rentowy i zaakceptowanie przez Sąd Rejonowy, przepisu art. 49 w brzmieniu od 1.12.2013 r. nastąpiło wyraźnie z celem przeciwnym woli ustawodawcy. Oczywistym jest dla apelującej, że zmiana przepisu może powodować zarówno skutki pozytywne dla niektórych ubezpieczonych a dla innych negatywne, jednakże w sytuacji w której Sąd Rejonowy zastanawiał się nad tym jakie brzmienie przepisu zastosować (tj. czy sprzed 1.12.2013 r. czy też od tej daty), powinien był posługując się również uzasadnieniem projektu ustawy zauważyć, że skoro celem wprowadzenia przepisu miało być polepszenie sytuacji ubezpieczonych nie będących pracownikami, to przepis ten w przedmiotowej sprawie tym bardziej nie powinien znaleźć zastosowania w nowym brzmieniu, gdyż powoduje niewątpliwie pokrzywdzenie Ubezpieczonej.

Całkowicie niezrozumiałe jest również zdaniem apelującej przyjęcie przez organ rentowy i zaakceptowanie przez Sąd Rejonowy jako podstawy wymiaru zasiłku chorobowego kwoty stanowiącej jedynie 30 % kwoty minimalnego wynagrodzenia, która to kwota może być zastosowana jedynie w przypadku wyboru dokonanego przez ubezpieczonego prowadzącego działalność gospodarczą w okresie pierwszych 24 miesięcy kalendarzowych od czasu jej rozpoczęcia. Zgodnie bowiem z treścią przepisu art. 1 8a ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r. nr 983) o systemie ubezpieczeń społecznych „podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ubezpieczonych, o których mowa w art. 8 ust. 6 pkt 1, w okresie pierwszych 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia. Skoro zatem Ubezpieczona zadeklarowała jako podstawę kwotę wielokrotnie wyższą aniżeli kwota minimalnego wynagrodzenia, to nie można uznać, że jej zamiarem było skorzystanie z preferencyjnych warunków obniżenia wysokości składek na ubezpieczenie społeczne do poziomu minimalnego tj. do 30 % minimalnego wynagrodzenia. Obniżenie wysokości omawianych składek do poziomu poniżej minimalnego wynagrodzenia jest bez wątpienia uprawnieniem a nie obowiązkiem ubezpieczonego. W sytuacji w której Ubezpieczona nie skorzystała z preferencyjnych tj. niskich składek, przyjęcie przez organ rentowy wysokości na takim najniższym poziomie należy uznać za bezpodstawne.

Na zakończenie apelująca wskazała, że organ rentowy przyjął zarówno deklaracje Ubezpieczonej, jak i również składki opłacane przez Ubezpieczoną od podstawy wynoszącej 9.000 zł., a zapłacone przez Ubezpieczoną składki liczone od tej podstawy nie zostały zwrócone jako zawyżone. Potwierdzenie powyższego stanowi dokument znajdujący się w aktach organu rentowego na k. 10 tj. „potwierdzenie o dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym”, z którego treści wynika, iż podstawą wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe za miesiące październik, listopad i grudzień 2013 r. stanowiła kwota 9.000 zł. W konsekwencji w ocenie apelującej należy uznać, że organ rentowy przyznał, iż podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, od której następnie powinien być wyliczony zasiłek chorobowy jest kwota 9.000 zł.

W **odpowiedzi na apelację** organ rentowy reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie od ubezpieczonej na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonej podlega oddaleniu, nie zwiera bowiem zarzutów, które mogłyby prowadzić do podważenia przeprowadzonej przez Sąd I instancji oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, poczynionych przez ten Sąd ustaleń w zakresie okoliczności stanu faktycznego, a przede wszystkim dokonanej subsumpcji prawnej.

Na wstępie wskazać należy, że postępowanie apelacyjne ma merytoryczny charakter i jest dalszym ciągiem postępowania rozpoczętego przed sądem pierwszej instancji. Zgodnie z treścią art. 378 § 1 k.p.c., sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę w granicach apelacji; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania. Rozważając zakres kognicji sądu odwoławczego, Sąd Najwyższy stwierdził, iż sformułowanie „w granicach apelacji” wskazane w tym przepisie oznacza, iż sąd drugiej instancji między innymi rozpoznaje sprawę merytorycznie w granicach zaskarżenia, dokonuje własnych ustaleń faktycznych, prowadząc lub ponawiając dowody albo poprzestaje na materiale zebrany w pierwszej instancji, ustala podstawę prawną orzeczenia niezależnie od zarzutów podniesionych w apelacji oraz kontroluje poprawność postępowania przed sądem pierwszej instancji, pozostając związany zarzutami przedstawionymi w apelacji, jeżeli są dopuszczalne, ale biorąc z urzędu pod uwagę nieważność postępowania, orzeka co do istoty sprawy stosownie do wyników postępowania (por. uzasadnienie uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., sygn. akt III CZP 49/07, OSN 2008/6/55). Dodatkowo należy wskazać, iż dokonane przez sąd pierwszej instancji ustalenia faktyczne, sąd drugiej instancji może podzielić i uznać za własne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 października 1998 r, sygn. akt II CKN 923/97, OSNC 1999/3/60). Może również zmienić ustalenia faktyczne stanowiące podstawę wydania wyroku sądu I instancji, i to zarówno po przeprowadzeniu postępowania dowodowego, jak i bez przeprowadzenia postępowania dowodowego uzasadniającego odmienne ustalenia, chyba że szczególne okoliczności wymagają ponowienia lub uzupełnienia tego postępowania (por. uchwała składu 7 sędziów Izby Cywilnej z 23 marca 1999 r., sygn. akt III CZP 59/98, OSNC 1999, nr 7–8, poz. 124).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy stwierdzić należy, że Sąd Rejonowy – w granicach objętych apelacją - prawidłowo ustalił stan faktyczny, a swe ustalenia oparł na należycie zgromadzonym materiale dowodowym, którego ocena nie wykraczała poza granice wskazane w art. 233 § 1 k.p.c. Sąd pierwszej instancji wywiódł prawidłowe wnioski z poprawnie dokonanej analizy dowodów stąd też Sąd Okręgowy ustalenia Sądu I instancji uznał i przyjął jako własne. Nadto, Sąd Rejonowy do ustalonego stanu faktycznego zastosował właściwe przepisy prawa materialnego, przedstawiając w pisemnym uzasadnieniu przesłanki uzasadniające merytoryczne rozstrzygnięcie sprawy.

Sąd Okręgowy nie podzielił zarzutów apelującej, uznając za prawidłowe rozstrzygnięcie Sądu Rejonowego w zakresie w jakim przyjął, że w analizowanym przypadku do sytuacji ubezpieczonej znajdował zastosowanie art. 49 ust. 1 pkt 1 w brzmieniu ustawy z dnia 21.06.2013 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 996), która weszła w życie 1.12.2013 r. Sąd Okręgowy przyjął za własne ustalenia Sądu Rejonowego w tym przedmiocie i w całości podzielił ocenę prawną przedstawioną przez Sąd I instancji w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Z tego też względu Sąd Odwoławczy nie dostrzeżga

potrzeby ponownego szczegółowego przytaczania zawartych w nim argumentów (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNAP 1999/24/776 oraz z dnia 22 lutego 2010 r., I UK 233/09, lex nr 585720 i z dnia 24 września 2009 r., II PK 58/09, lex nr 558303).

Dla porządku odnosząc się do zarzutów wyartykułowanych w apelacji w tym miejscu wyjaśnienia wymaga, że podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się w oparciu o przepisy ustawy zasiłkowej. Ustawa ta przewiduje w osobnych rozdziałach sposoby ustalania podstawy wymiaru świadczeń w niej określonych dla dwóch grup ubezpieczonych: pracowników i osób nie będących pracownikami. Zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłków dla osób nie mających statusu pracownika uregulowane są w art. 48 - 52a ustawy. W ustawie zasiłkowej opisany jest szczegółowo sposób postępowania przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego i do stosowania odpowiednio niektórych z tych regulacji ustawodawca odsyła w przypadku ustalania podstawy pozostałych określonych w niej świadczeń: zasiłku macierzyńskiego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku wyrównawczego i zasiłku opiekuńczego.

Zgodnie z art. 48 ust. 1 i 2 ustawy zasiłkowej podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu nie będącemu pracownikiem stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stosuje się odpowiednio przepisy art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust. 1, art. 42, 43 i 46, z zastrzeżeniem art. 49 i 50.

W analizowanym przypadku przedmiot sporu sprowadzał się de facto wyłącznie do analizy jaki stan prawny znajduje zastosowanie do sytuacji ubezpieczonej. Ubezpieczona stała bowiem na stanowisku, że do jej sytuacji powinny znajdować zastosowanie przepisy obowiązujące w chwili kiedy zgłosiła się do dobrowolnych ubezpieczeń chorobowych, ewentualnie w chwili kiedy stała się niezdolna do pracy, tj. przepis art. 49 w brzmieniu sprzed nowelizacji, która weszła w życie od dnia 1.12.2013 r. Sąd Okręgowy w tym zakresie podobnie jak Sąd Rejonowy uznał argumentację ubezpieczonej w tym zakresie za chybioną. Sąd Okręgowy zwrócił bowiem uwagę, że wobec braku szczegółowych regulacji przejściowych w ustawie o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 21 czerwca 2013 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 996) w zakresie wprowadzonych nowych zasad obliczania zasiłków chorobowych, należało za Sądem Rejonowym przyjąć, że przepis art. 49 w nowym brzmieniu obowiązującym od 1.12.2013 r. objął również tych ubezpieczonych, którzy wprawdzie do ubezpieczeń chorobowych zgłosili się jeszcze przed dniem wejścia w życie omawianej zmiany, jednakże ich prawo do zasiłku chorobowego zaktualizowało się już po wejściu w życie art. 49 ustawy zasiłkowej w nowym brzmieniu. W tym miejscu podkreślenia bowiem wymaga, że prawo do zasiłku chorobowego ustala się na dzień spełnienia warunków powstania prawa do tego świadczenia, bez względu na datę podjęcia działań w celu ich realizacji. Stąd jak słusznie przyjął sąd I instancji skoro ubezpieczona spełniła warunki do nabycia prawa do zasiłku chorobowego dopiero w dniu 31.12.2013 r., to do jej sytuacji znajdował art. 49 ustawy zasiłkowej w nowym brzmieniu. Nie ma zatem wątpliwości, że wywody apelującej dotyczące nieprawidłowego zastosowania art. 49 ustawy zasiłkowej były błędne i nie mogły odnieść zamierzonego skutku instancyjnego.

Od dnia 1 grudnia 2013r. po zmianie dokonanej ustawą z dnia 21 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U 2013. 996), przepis art. 49 ma następująca treść:

„ust. 1. Jeżeli niezdolność do pracy **powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego** ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku stanowi:

- 1) 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;
- 2) 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, z którymi płatnik składek zawarł takie same lub podobne umowy - dla ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia;

3) przeciętny miesięczny przychód innych członków spółdzielni za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku - dla ubezpieczonych będących członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych;

4) przeciętny miesięczny przychód osób wykonujących pracę nakładczą na rzecz danego płatnika składek za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku - dla osób wykonujących pracę nakładczą.

ust.2. Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, a okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się nie później niż 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, przy ustaleniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego stosuje się odpowiednio przepis art. 37 ust. 1.”

Obecnie zatem, z uwagi na **zwrot „przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego”**, art. 49 ustawy zasiłkowej znajduje zastosowanie zarówno wówczas, gdy niezdolność do pracy (zdarzenie warunkujące prawo do innego świadczenia z ubezpieczenia chorobowego) **wystąpi w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia, jak i wtedy, gdy pojawi się w miesiącu drugim, gdy pierwszy był niepełny**. W obu tych przypadkach niezdolność nie powstanie bowiem **przed upływem pełnego** miesiąca kalendarzowego. W omawianym przypadku o powstaniu niezdolności po upływie pełnego miesiąca kalendarzowego byłoby można mówić dopiero w trzecim miesiącu. Wówczas bowiem niezdolność powstałaby po upływie pełnego (w tym przypadku drugiego, skoro pierwszy był niepełny) miesiąca kalendarzowego.

W konsekwencji wobec niespornego ustalenia, że M. K. (1) została objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 2 października 2013 r., zaś niezdolna do pracy stała się od dnia 8 listopada 2013 r. należało przyjąć, że podstawę wymiaru przysługującego jej od dnia 31.12.2013 r. zasiłku chorobowego stanowić będzie 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.

Prowadzący działalność pozarolniczą należą do ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, co wynika z art. 18 ust. 8 w zw. z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej. Zgodnie z art. 18 ust. 8 ustawy systemowej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe takich ubezpieczonych 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 ustawy na dany rok kalendarzowy, przy czym składka w nowej wysokości obowiązuje od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku. W art. 18 a ust. 1 wskazano przy tym, że podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ubezpieczonych, o których mowa w art. 8 ust. 6 pkt 1, w okresie pierwszych 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia. Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe, przy czym w przypadku ubezpieczonych dobrowolnie nie może ona przekraczać miesięcznie 250 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale (art. 20 ust. 1 i 3 ustawy systemowej).

Minimalne wynagrodzenie za pracę w 2013 r. wynosiło 1600 zł, 30% tej kwoty to 480 zł, które po pomniejszeniu o 13, 71 % daje kwotę wskazaną w zaskarżonej decyzji. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że do ustalenia najniższej podstawy wymiaru składek ubezpieczonej znajdował zastosowanie art. 18a ustawy systemowej, co wynika z tego że na druku (...) przystąpiła ona do ubezpieczenia z kodem 0570 tj. osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, dla której określono najniższą podstawę wymiaru składek tj. 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia.

Za chybione Sąd Okręgowy uznał również argumenty apelującej odwołujące się do treści uzasadnienia projektu ustawy nowelizującej ustawę zasiłkową. Uzasadnienie to dotyczy osób, które były objęte ubezpieczeniem chorobowym

z innego tytułu przed podjęciem działalności gospodarczej. Sąd Okręgowy przeprowadził przy tym dodatkowe postępowanie dowodowe, w celu ustalenia, czy w przypadku ubezpieczonej nie znajdował ewentualnie zastosowania art. 49 ust. 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r., w którym przewidziano, że jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, a okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się nie później niż 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, przy ustaleniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego stosuje się odpowiednio przepis art. 37 ust. 1. Ustalenia Sądu Odwoławczego w tym przedmiocie dokonane zostały w oparciu o materiał dowodowy zgromadzony w postępowaniu drugoinstancyjnym, w szczególności w oparciu o zeznania świadka I. J., zaświadczeń PUP z 29.05.2015 r., świadectw pracy, decyzji PUP z 8.10.2013 r., z 30.04.2013 r., z 23.01.2013 r., pisma ZUS z 1.06.2015 r. o przebiegu ubezpieczenia M. K. Autentyczność ww. dokumentów nie była przez strony kwestionowana i nie budziła wątpliwości Sądu. Zostały one sporządzone w sposób zgodny z przepisami prawa, przez uprawnione do tego osoby, w ramach ich kompetencji, oraz w sposób rzetelny, stąd też Sąd uznał je za całkowicie wiarygodne i na ich podstawie uzupełnił opis stanu faktycznego w przedmiotowej sprawie.

Sąd odwoławczy dodatkowo ustalił, że:

Przed zgłoszeniem się z dniem 2.10.2013 r. do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej ubezpieczona podlegała obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu:

- w okresie od dnia 20 września 2005 r. do 30 września 2005 r. z tytułu zatrudnienia w (...) sp. z o.o.
- w okresie od dnia 1 grudnia 2006 r. do 25 kwietnia 2009 r. z tytułu zatrudnienia w (...) s.c. R. K., M. B..
- w okresie od dnia 27 kwietnia 2009 r. do 28 kwietnia 2009 r. z tytułu zatrudnienia w S. B.,
- w okresie od dnia 21 maja 2009 r. do 28 grudnia 2012 r. z tytułu zatrudnienia w (...) s.c. R. K., M. B..

W okresach od 8 maja 2009 r. do 20 maja 2009 r., oraz od 23 stycznia 2013 r. do 1 października 2013 r. ubezpieczona była zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy, z prawem do zasiłku dla bezrobotnych w okresie od 24 kwietnia 2013 r. do 1 października 2013 r.

Dowody: świadectwa pracy – k. 68-69

- zaświadczenia PUP – k. 63-64
- decyzje PUP – k. 70-73
- pismo ZUS o przebiegu ubezpieczenia M. K. – k. 77
- zeznania świadka I. J. w wersji elektronicznej

Ubezpieczona urodziła dziecko w dniu 15 maja 2014 r.

Niesporne

W świetle poczynionych dodatkowych ustaleń faktycznych Sąd Odwoławczy uznał, że w analizowanym przypadku brak było podstaw prawnych do zastosowania art. 49 ust. 2 ustawy zasiłkowej. Jak bowiem wynika z dokonanych dodatkowo przez Sąd Okręgowy ustaleń faktycznych ubezpieczona przed zgłoszeniem się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu z innego tytułu w okresie przewidzianym w tym przepisie. Ze złożonych przez ubezpieczoną dokumentów wynika bowiem jednoznacznie, że między ostatnim wykazanim przez ubezpieczoną okresem podlegania ubezpieczeniom chorobowym (z tytułu zatrudnienia), a zgłoszeniem się przez nią do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej upłynęło więcej niż 30 dni.

Nie uszło przy tym uwadze Sądu Okręgowego, że po ustaniu zatrudnienia ubezpieczona w okresie od 23 stycznia 2013 r. do 1 października 2013 r. była zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy, z prawem do zasiłku dla bezrobotnych w okresie od 24 kwietnia 2013 r. do 1 października 2013 r. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że zgodnie z art. 79 ust. 1 i 2 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r. (tj. Dz.U. z 2015 r. poz. 149) okresy pobierania zasiłku i stypendium przyznanych na podstawie art. 41 ust. 1, art. 53 ust. 6 i art. 53g ust. 1 wlicza się wprawdzie do okresu pracy wymaganego do nabycia lub zachowania uprawnień pracowniczych oraz okresów składkowych w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Okresów pobierania zasiłku i stypendium nie wlicza się jednak do:

1) okresów wymaganych do nabycia prawa oraz ustalania wysokości i okresu pobierania zasiłku;

2) okresu zatrudnienia, od którego zależy nabycie prawa do urlopu wypoczynkowego;

3) stażu pracy określonego w odrębnych przepisach, wymaganego do wykonywania niektórych zawodów.

Reasumując, skoro ubezpieczona została objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 2.10.2013 r., a jej niezdolność ubezpieczonej powstała w dniu 8.11.2013 r., podzielić należało stanowisko organu rentowego i Sądu Rejonowego, że do wyliczenia podstawy należnego ubezpieczonej od 31 grudnia 2013 r. zasiłku chorobowego nie można było przyjąć przychodu zadeklarowanego przez nią w październiku i listopadzie 2013 r. kwocie 8709,68 zł (...) i 9.000 zł (...), gdyż niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego. Jednocześnie, wobec przerwy trwającej dłużej niż 30 dni w ubezpieczeniu chorobowym (niespornym było, że ostatnie ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonej ustało w dniu do 28 grudnia 2012 r. – ustanie stosunku pracy), nie można także zastosować regulacji przewidzianej w art. 49 ust. 2 ustawy zasiłkowej, co powoduje ustalenie podstawy wymiaru zasiłku od kwot zastępczych przewidzianych w art. 49 pkt 1-4 ustawy.

W tym miejscu dodatkowo na marginesie wskazać można, że za jeden z fundamentów racjonalnego systemu ubezpieczeniowego uznaje się występowanie koniecznej relacji między kwotą opłaconej składki a wysokością świadczeń wypłacanych w przypadku zaistnienia ryzyka ubezpieczenia zostało za (por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 1 kwietnia 2008 r., SK 96/06 (OTK ZU 2008 nr 3A, poz. 40). W wyroku z dnia 7 listopada 2007 r., K 18/06 (OTK ZU 2007 nr 10A, poz. 122) przypomniano, że ubezpieczenia społeczne opierają się na zasadzie wzajemności, która polega na tym, iż nabycie prawa do świadczenia ubezpieczeniowego i jego wysokość są uzależnione od wkładu finansowego w postaci składek. Między zgłoszeniem do ubezpieczenia a nabyciem prawa do świadczeń z ubezpieczenia w wysokości wynikającej z kwoty zadeklarowanej i opłaconej składki musi być zatem wniesiony odpowiedni wkład finansowy, tak by wypłata świadczeń nie polegała wyłącznie na solidarności społecznej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2011 r., I UK 63/11, OSNP 2012 nr 19-20, poz. 248 oraz w wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r., P 12/10, OTK ZU 2012 nr 5A, poz. 52). Nie ma więc znaczenia, czy zaistnienie ryzyka ubezpieczenia chorobowego jest przewidywalne, czy niespodziewane; prawo do świadczeń na wypadek jego zaistnienia wymaga przebycia pewnego okresu w ubezpieczeniu i okres ten - także przez wskazanie wysokości podstawy wymiaru składki i świadczeń - ustala ustawodawca.

Błędnie także, autorka apelacji powołuje się na naruszenie konstytucyjnej zasady niedziałania prawa wstecz. Odstępując w tym miejscu od jej szczegółowej analizy, wywodzącej się z art. 2 Konstytucji (art. 42 Konstytucji dotyczy wyłącznie odpowiedzialności karnej) stwierdzić należy, iż tego rodzaju sytuacja nie miała miejsca w rozpoznawanej sprawie. Jest bowiem poza sporem, że w dacie nabycia przez ubezpieczoną prawa do zasiłku chorobowego (tj. w dniu 31 grudnia 2013 r.), zasady ustalania wysokości przedmiotowego świadczenia regulował przepis art. 49 w brzmieniu obowiązującym od 1 grudnia 2013 roku i ten właśnie przepis zastosowany został przez organ rentowy.

Z tych przyczyn, na podstawie art. 385 k.p.c. Sąd Okręgowy oddalił apelację, o czym orzeczono w sentencji wyroku.

O kosztach zastępstwa procesowego Sąd orzekł zgodnie z art. 98 kpc i § 12 ust. 1 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28.09.2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb

Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t.j. Dz. U. z 2013r., poz. 490).

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

3. (...)