

Sygn. akt VII U 796/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 lutego 2018 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Piotr Pawlak

Protokolant: st. sekr. sąd. Ewa Zimniak – Strusińska

po rozpoznaniu w dniu 15 lutego 2018 r. w Bydgoszczy

sprawy J. P.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o zasiłek chorobowy

na skutek odwołania J. P.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

z dnia 25 lipca 2017 r. nr (...)

zmienia zaskarżona decyzję w ten sposób, że odwołująca nie jest zobowiązana do zwrotu pobranego zasiłku chorobowego za okres od 09.01.2017 r. do 15.05.2017 r. z funduszu chorobowego w kwocie 3.658,87 zł (trzy tysiące sześćset pięćdziesiąt osiem złotych 87/100).

SSR Piotr Pawlak

Sygn. akt VII U 796/17

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 25 lipca 2017 r., znak (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. zobowiązał J. P. do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego a okres od dnia 9 stycznia 2017 r. do dnia 15 maja 2017 r. z funduszu chorobowego w kwocie 3.658,87 zł.

W uzasadnieniu powyższej decyzji pozwany organ rentowy wskazał, iż z posiadanej dokumentacji wynika, iż ubezpieczona złożyła w Inspektoracie ZUS w Ż. wniosek w sprawie wypłaty zasiłku chorobowego od dnia 9 stycznia 2017 r. do dnia 15 maja 2017 r. z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej (kod tytułu ubezpieczenia 05 10 00). Dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej ubezpieczona podlegała od dnia 1 września 2016 r. Podstawą wymiaru zasiłku chorobowego za okres od dnia 9 stycznia 2017 r. do dnia 15 maja 2017 r. stanowiła kwota 4.315,52 zł. W wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego w zakresie poprawności zgłoszenia przez ubezpieczoną działalności gospodarczej do ubezpieczeń ustalono, że w okresie od września 2016 r. do maja 2017r. właściwym kodem zgłoszenia do ubezpieczeń winien być kod 05 70 00. W związku z powyższym organ rentowy zweryfikował podstawę wymiaru zasiłku, która wyniosła 3.235,15 zł. Wobec czego powstała nadpłata zasiłku chorobowego wynikająca z różnicy podstawy wymiaru zasiłku w kwocie 3.658,87 zł, która w ocenie ZUS podlega zwrotowi w świetle przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

Z powyższą decyzją nie zgodziła się ubezpieczona J. P., która wniosła odwołanie domagając się zmiany decyzji poprzez zweryfikowanie podstawy wymiaru zasiłku do kwoty 4.315,52 zł. Odwołująca wskazała, iż mimo posiadanych środków nie chciała korzystać jako przedsiębiorca z preferencji wobec czego zgłosiła się od dnia 1 września 2016 r. do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z kodem 05 10 00 i opłacała składki na ubezpieczenie społeczne od kwoty nie niższej niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego. Odwołująca wskazała, iż ZUS w Ż. zweryfikował jej kod ubezpieczenia i skorygował zgłoszenie zgłaszając ją do kodu 05 70 00. Wobec czego ubezpieczona domagała się ponownego zweryfikowania jej kodu ubezpieczenia zgodnie z zadeklarowanym przez nią od dnia 1 września 2016 r. oraz przywrócenie podstawy wymiaru zasiłku do kwoty 4.315,52 zł.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniosł o jego oddalenie podtrzymując swoje stanowisko. W uzasadnieniu wskazał, iż odwołująca posługując się kodem tytułu ubezpieczenia 05 10 00 wprowadziła w błąd organ rentowy, ponieważ przeciętna miesięczna najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe w takim przypadku dla ubezpieczonych posługujących się wskazanym kodem oblicza się zgodnie z art. 20 w zw. z art. 18 ust 8 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych dla ubezpieczonych prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi 60% kwoty minimalnego wynagrodzenia i tym samym organ rentowy wypłacił ubezpieczonej zasiłek chorobowy w wysokości wyższej o kwotę 3 658,87 zł.

Sąd ustalił, co następuje:

Odwołująca J. P. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą, w związku z czym zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych od dnia 4 maja 2015 r. z podstawą wynoszącą 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia. Przed upływem 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia działalności ubezpieczona od dnia 1 września 2016 r. zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych z podstawą wynoszącą nie mniej niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia.

Okoliczności bezsporne.

W okresie od dnia 9 stycznia 2017 r. do dnia 15 maja 2017 r. odwołująca przebywała na zwolnieniu lekarskim pobierając z tego tytułu zasiłek chorobowy.

Dowód: zwolnienia lekarskie (...) akta ZUS

W dniu 22 czerwca 2017 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych wszczął postępowanie w sprawie ponownego ustalenia podstawy do naliczenia wypłaconego zasiłku chorobowego od dnia 9 stycznia 2017 r. do dnia 15 maja 2017 r. Decyzją z dnia 25 lipca 2017 r. organ rentowy zobowiązał ubezpieczoną J. P. do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego za okres od dnia 9 stycznia 2017 r. do dnia 15 maja 2017 r. z funduszu chorobowego w kwocie 3.658,87 zł.

Dowód: pismo ZUS z dnia 22 czerwca 2017 r. – k. 16 akt ZUS, decyzja ZUS z dnia 25 lipca 2017 r. – k. 17akt ZUS

Sąd zważył, co następuje:

W ocenie Sądu odwołanie jest zasadne i zasługuje na uwzględnienie.

Powyższy stan faktyczny, bezsporny między stronami, Sąd ustalił w oparciu o dokumentację zgromadzoną w aktach ZUS jak również w aktach niniejszej sprawy, których autentyczności strony nie kwestionowały.

W niniejszej sprawie spornym pomiędzy stronami był fakt czy organ rentowy w sposób uprawniony dokonał zmiany kodu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jakiemu podlegała odwołująca, co skutkowało zmianą podstawy obliczania wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne i ostatecznie doprowadziło odwołującą do obowiązku zwrotu pobranego zasiłku chorobowego za okres od dnia 9 stycznia 2017 r. do dnia 15 maja 2017 r. z funduszu chorobowego w kwocie 3.658,87 zł.

Na wstępie Sąd wskazuje, iż na podstawie art. 6 ust 1 pkt 5, art. 12 ust 1 oraz art. 13 pkt 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym (Dz. U. z 2017 r., poz. 1778, ze zm. dalej: ustawa systemowa) osoba prowadząca pozarolniczą działalność podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu, w okresie od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie przepisów. Natomiast do ubezpieczenia chorobowego może przystąpić dobrowolnie, na swój wniosek (art. 11 ust 2). Osoba prowadząca pozarolniczą działalność podlega ubezpieczeniu chorobowemu od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem, nie wcześniej niż od dnia, w którym został zgłoszony (art. 14 ust 1 i 1a oraz art. 36 ust 4).

Powstanie obowiązku podlegania ubezpieczeniom wynika z ustawy. Nie jest zatem spowodowane decyzją organu rentowego, a jedynie potwierdza ona ten obowiązek. Decyzja ta jest wydawana na podstawie art. 83 ust 1 pkt 2 ustawy systemowej i nie jest decyzją kształtującą prawa i obowiązki, a jedynie decyzją potwierdzającą przebieg ubezpieczeń. Innymi słowy, o obowiązku ubezpieczenia przesądzają przepisy prawa, a nie wola ubezpieczonego lub organu rentowego (patrz: wyrok SA w Gdańsku z dnia 12 października 2016 r., III AUa 707/16, Lex nr 2171193).

Podstawową wysokość wymiaru składek dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą określa art. 18 ust 8 ustawy systemowej. Przepis ten stanowi, iż podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe ubezpieczonych prowadzących pozarolniczą działalność stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego. Zgodnie natomiast z art. 18a ust 1 i 2 ustawy systemowej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe ubezpieczony prowadzący działalność gospodarczą w okresie pierwszych 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia działalności gospodarczej stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 30% minimalnego wynagrodzenia. Nie odnosi się to jednakże do osób, które prowadzą lub w okresie ostatnich 60 miesięcy kalendarzowych przed dniem rozpoczęcia działalności gospodarczej prowadziły pozarolniczą działalność bądź też wykonują działalność gospodarczą na rzecz byłego pracodawcy na rzecz którego przed dniem rozpoczęcia działalności gospodarczej w bieżącym lub w poprzednim roku kalendarzowym w ramach stosunku pracy lub spółdzielczego stosunku pracy czynności wchodziły w zakres wykonywanej działalności gospodarczej.

Powyższe regulacje ustawy systemowej pozwala osobom prowadzącym pozarolniczą działalność samodzielnie określać wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, zakreślając jej dolną granicę. W przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne i ich wysokość nie są powiązane z osiągniętym faktycznie przychodem, lecz wyłącznie z istnieniem obowiązkowego tytułu podlegania ubezpieczeniom i zadeklarowaną przez ubezpieczonego kwotą, niezależnie od tego, czy ubezpieczony osiąga przychody i w jakiej wysokości. Po stronie osoby prowadzącej pozarolniczą działalność istnieje zatem uprawnienie do zadeklarowania w granicach zakreślonych ustawą dowolnej kwoty jako podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, jedynie nie niższej niż wskazana w art. 18 ust. 8 ustawy systemowej czy w art. 18a ust. 1, wobec czego sposób w jaki ubezpieczony realizuje to uprawnienie zależy wyłącznie od decyzji tej osoby. Ograniczenie co do maksymalnej miesięcznej wysokości podstawy wymiaru składek obowiązuje jedynie w odniesieniu do podstawy wymiaru składek deklarowanych na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe, wskazane w art. 20 ust. 3 ustawy systemowej (wyrok SA w Warszawie z dnia 17 lutego 2017 r., III AUa 1441/15, Lex nr 2295399). Ubezpieczona zatem sama dokonała wyboru wymiaru podstawy składek jakie chce opłacać w ramach dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i wolę swoją zmanifestowała w sposób prawidłowy. Artykuł 18a ustawy systemowej stanowi zatem ułatwienie dla osób, które dopiero zaczynają prowadzenie działalności gospodarczej poprzez umożliwienie im skorzystania z preferencyjnej stawki składek. Jest to dla tych osób mniejsze obciążenie, w szczególności na pierwszym etapie rozwoju swojej działalności gospodarczej, aby mogły one wypracować pozycję na rynku. Wybór preferencyjnej stawki jest zatem uprawnieniem nie obowiązkiem, wobec czego przedsiębiorca może lecz nie musi z niej korzystać, tym bardziej, że w przypadku stwierdzenia, że prowadzona pozarolnicza działalność gospodarcza przynosi zadowalający zysk może z niej zrezygnować. Stosunek ubezpieczenia społecznego odwołującej

miał określoną treść zależną od jej woli, która miała w tym zakresie charakter prawnokształtujący. Treść tego oświadczenia woli wyraża jej wyrejestrowanie oraz ponowne zarejestrowanie się do dobrowolnego ubezpieczenia.

Sąd Najwyższy w swojej uchwale w składzie 7 sędziów z dnia 21 kwietnia 2010 r. stwierdził, iż Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie jest uprawniony do kwestionowania kwoty zadeklarowanej przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność jako podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, jeżeli mieści się ona w granicach określonych ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Co prawda Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje, na podstawie art. 83 ust 1 pkt 3 ustawy systemowej, decyzje w zakresie ustalania wymiaru składek i ich poboru, jednakże są to uprawnienia do kontroli prawidłowości i rzetelności obliczania, potrącania i opłacania składek przez ich płatników. Organ rentowy może zatem sprawdzić, czy płatnik wyliczył składkę prawidłowo, tzn. czy zastosował właściwą stopę procentową do przychodu stanowiącego podstawę wymiaru składek w określonej sytuacji faktycznej, potrącił te składki i je opłacił. Podstawą do ewentualnych kontroli i decyzji jest przedstawienie przez płatnika imiennych raportów miesięcznych, które ZUS ma możliwość kwestionowania podanych mu danych oraz ich zmiany. Uprawnienie do kontroli raportów imiennych przez ZUS wynika z art. 41 ust 13 ustawy systemowej. Korekta ta ma miejsce wtedy, gdy zawarte w raporcie imiennym informacje nie odpowiadają rzeczywistości stanowi rzeczy, ewentualnie jeżeli są niezgodne z obowiązującymi przepisami. Art. 41 ust 13 ustawy systemowej nie daje jednakże możliwości ingerowania w wysokość deklarowanej przez ubezpieczonego podstawy wymiaru składek, jeżeli mieści się ona w granicach ustawowych. Niedopuszczalna jest w tym względzie wykładnia rozszerzająca, zwłaszcza, że z treści art. 83 i 86 ustawy systemowej wynika jasno, iż kompetencje ZUS ograniczają się do kontroli i wydawania decyzji odnośnie do naliczania i odprowadzania składek pod kątem rzetelności i prawidłowości. Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie ma zatem prawa do samodzielnej ingerencji w treść deklaracji ubezpieczonego co do wysokości podstawy wymiaru składek. Ubezpieczona ma prawną możliwość podwyższenia podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie, wobec czego taka czynność jest legalna i nie może być kwestionowana. Zakład ma zaś obowiązek wypłacać świadczenie w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku, czyli kwoty deklarowanej przez okres wynikający z ustawy (po potrąceniu kwoty, o której mowa w art. 3 pkt 4 ustawy zasiłkowej), a przepisy ustawy nie dopuszczają w tym zakresie żadnej uznaniowości. (patrz: uchwała SN w składzie 7 sędziów z dnia 21 kwietnia 2010 r., II UZP 1/10, Lex nr 575822).

Przekładając powyższe na grunt niniejszego postępowania Sąd doszedł do przekonania, iż Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie miał uprawnienia do samowolnej zmiany kodu ubezpieczenia chorobowego. Jak wskazano powyżej zmiana kodu ubezpieczenia odbywa się wyłącznie w oparciu o wolę osoby ubezpieczonej, czyli poprzez odpowiednią procedurę wyrejestrowania oraz ponownego zarejestrowania, co odwołująca dokonała skutecznie. Było to jej oświadczenie woli przejścia z preferencyjnej stawki na stawkę podstawową. Organ rentowy nie miał zatem żadnej podstawy prawnej ingerowania w ten tryb.

Na marginesie Sąd wskazuje jedynie, że zgodnie z art. 6 ust 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 1368 ze zm., dalej: ustawa zasiłkowa) ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu trwania choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego przysługuje zasiłek chorobowy w wysokości 80% podstawy wymiaru zasiłku (art. 11 ust 1 ustawy zasiłkowej). Ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego – jeżeli jest ubezpieczony dobrowolnie (art. 4 ust 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej). Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstało prawo do tego zasiłku (art. 48 ustawy zasiłkowej), chyba, że niezdolność do pracy powstała przed upływem powyższego okresu. Wówczas podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przeciętny miesięczny przychód za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia. Zatem ubezpieczona prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, która przystąpiła dobrowolnie do ubezpieczenia chorobowego i w okresie tego ubezpieczenia stała się niezdolna do pracy, z chwilą ziszczenia się tego ryzyka ubezpieczeniowego nabywa prawo do zasiłku chorobowego, którego wysokość zależna jest od zadeklarowanej przez nią kwoty stanowiącej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe. Ubezpieczona ma więc prawną możliwość podwyższenia podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie, wobec czego taka czynność jest legalna i nie może być kwestionowana.

Zgodnie z dyspozycją art. 84 ust. 1 i 2 ustawy systemowej osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu, wraz z odsetkami, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego, z uwzględnieniem ust. 11. Za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się:

1) świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do ich pobierania;

2) świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia.

W przedmiotowej sprawie nie można uznać, iż wypłacone ubezpieczonej świadczenia od zadeklarowanej przez nią podstawy wymiaru zasiłku, mają charakter świadczeń nienależnych w części stanowiącej różnicę pomiędzy podstawą zadeklarowaną, a to ustaloną arbitralnie przez pozwany organ rentowy. Jak to zostało już omówione, ubezpieczona skorzystała w zakresie z ustawowych uprawnień.

Z uwagi na powyższy stan faktyczny oraz prawny Sąd zmienił zaskarżoną decyzję na podstawie art. 477¹⁴§ 2 k.p.c. uznając, iż odwołująca nie jest zobowiązana do zwrotu pobranego zasiłku chorobowego za okres od dnia 9 stycznia 2017 r. do dnia 15 maja 2017 r. z funduszu chorobowego w kwocie 3 658,87 zł.

SSR Piotr Pawlak