

UCHWAŁA

Dnia 21 kwietnia 2010 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

Prezes SN Walerian Sanetra (przewodniczący)
SSN Teresa Flemming-Kulesza
SSN Halina Kiryło (współsprawozdawca)
SSN Zbigniew Korzeniowski
SSN Jerzy Kuźniar
SSN Jolanta Strusińska-Żukowska (sprawozdawca)
SSN Katarzyna Gonera

przy udziale Prokuratora Prokuratury Generalnej Jana Szewczyka
w sprawie z wniosku Marty K.-P.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w G.

o wysokość składek na ubezpieczenie społeczne,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw
Publicznych w dniu 21 kwietnia 2010 r.,

zagadnienia prawnego przekazanego postanowieniem Sądu Najwyższego z dnia
13 stycznia 2010 r., sygn. akt II UK 151/09,

**czy organ ubezpieczeń społecznych może na podstawie art. 83
ust. 1 i 2 w związku z art. 41 ust. 12 i 13, art. 68 ust. 1 oraz art. 86
ust. 1 i 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie
ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz. U. z 2009 r. Nr 205,
poz. 1585 ze zm.) kwestionować prawidłowość i rzetelność
zadeklarowanej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia
społeczne przez osobę ubezpieczoną z tytułu prowadzenia**

pozarolniczej działalności, jeżeli wykazuje zamiar uzyskania nieekwiwalentnych (zawyżonych) świadczeń z tego ubezpieczenia w sposób sprzeczny z zasadą solidaryzmu i równego traktowania wszystkich ubezpieczonych (art. 2a tej ustawy) ?

podjął uchwałę:

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 (jednolity tekst: Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.).

Uzasadnienie

Sąd Najwyższy w składzie w składzie zwykłym, rozpoznając skargę kasacyjną organu rentowego od wyroku Sądu Apelacyjnego w G. z dnia 12 grudnia 2008 r., sygn. akt III AUa 852/08, w sprawie z wniosku Marty K. – P. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w G. o wysokość składek na ubezpieczenia społeczne, postanowieniem z dnia 13 stycznia 2010 r. przekazał do rozstrzygnięcia powiększonemu składowi Sądu Najwyższego następujące zagadnienie prawne: czy organ ubezpieczeń społecznych może na podstawie art. 83 ust. 1 i 2 w związku z art. 41 ust. 12 i 13, art. 68 ust. 1 oraz art. 86 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz. U. z 2009 r. Nr 205 poz. 1585 ze zm.) kwestionować prawidłowość i rzetelność zadeklarowanej podstawy wymiaru składek na

ubezpieczenia społeczne przez osobę ubezpieczoną z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, jeżeli wykazuje zamiar uzyskania nieekwiwalentnych (zawyżonych) świadczeń z tego ubezpieczenia w sposób sprzeczny z zasadą solidaryzmu i równego traktowania wszystkich ubezpieczonych (art. 2a tej ustawy)?

Stan faktyczny sprawy przedstawiał się następująco:

Ubezpieczona od 1 października 2003 r. prowadziła działalność pozarolniczą Gabinet Kosmetyczny VENA i z tego tytułu była zgłoszona do ubezpieczeń społecznych, odprowadzając składki od minimalnej podstawy wymiaru składek, tj. od kwoty 60% przeciętnego wynagrodzenia, w okresie do 31 stycznia 2005 r. W dniu 24 sierpnia 2004 r. ubezpieczona uzyskała tytuł lekarza-stomatologa. W okresie od 1 października 2004 r. do 30 września 2005 r. podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym z tytułu zatrudnienia w szpitalu „Zaspa”, natomiast z tytułu pozarolniczej działalności - do dnia jej zaprzestania - odprowadzała składki tylko na ubezpieczenie zdrowotne. W okresie od 1 grudnia 2005 r. do 14 października 2006 r. była zatrudniona w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Centrum Stomatologiczne” sp. z o.o. z siedzibą w G., początkowo w wymiarze połowy etatu, a od 1 sierpnia 2006 r. w pełnym wymiarze czasu pracy. Podczas tego zatrudnienia przebywała na zwolnieniach lekarskich w okresach: od 21 sierpnia do 1 września 2006 r., od 4 do 15 września 2006 r. oraz od 18 września do 13 października 2006 r. Po rozwiązaniu tego stosunku pracy zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych: emerytalnego, rentowych i wypadkowego, a także do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu podjętej 16 października 2006 r. działalności pozarolniczej, deklarując podstawę wymiaru składek na te ubezpieczenia w kwocie 6.000 zł. W tym terminie ubezpieczona była już w stanie zaawansowanej ciąży, w związku z którą od 27 grudnia 2006 r. do 22 stycznia 2007 r. przebywała na zwolnieniu lekarskim i korzystała z zasiłku chorobowego, a od 23 stycznia 2007 r. z zasiłku macierzyńskiego. Dziecko urodziła 24 stycznia 2007 r., a na zasiłku macierzyńskim przebywała do 28 maja 2007 r. W toku procesu organ rentowy przedstawił informację z dnia 11 grudnia 2008 r., że po wykorzystaniu świadczeń związanych z urodzeniem dziecka ubezpieczona w dokumentach rozliczeniowych wykazywała następujące radykalnie niższe podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia

społeczne: za „końcówkę” maja 2007 r. - 154,60 zł, za okres od czerwca 2007 r. do października 2008 r. - kwoty pomiędzy 1586,60 zł a 1770,82 zł. Z tytułu prowadzonej działalności pozarolniczej w okresie od 16 października do 30 grudnia 2006 r. ubezpieczona uzyskała przychód w wysokości 14.260 zł, ale koszty jego uzyskania wyniosły 19.731,99 zł, z czego wynikała strata w kwocie 5.171,99 zł.

Na gruncie takich faktów organ ubezpieczeń społecznych uznał, iż wystąpiła rażąca różnica pomiędzy wysokością odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne a wysokością „ewentualnych świadczeń wypłacanych przez Zakład”, która była sprzeczna z zasadą równego traktowania ubezpieczonych, a ujawnione dysproporcje powstały „przez świadome działania ubezpieczonej zmierzające do uzyskania jak najwyższych świadczeń z ubezpieczenia”. Następnie organ ten wskazał, że art. 86 ust. 2 ustawy systemowej uprawnia go do kontroli wykonywania zadań i obowiązków w zakresie ubezpieczeń, która obejmuje między innymi prawidłowość i rzetelność obliczania, potrącania i płacenia składek, natomiast art. 41 ust. 13 tej ustawy uprawnia ten organ do zmiany przekazanych przez płatnika składek informacji o wysokości deklarowanej podstawy ich wymiaru. W konsekwencji decyzją z 5 kwietnia 2007 r. odmówił ubezpieczonej przyjęcia deklarowanej w kwocie 6.000 zł podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, przyjmując za tę podstawę minimalną podstawę wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne osób prowadzących pozarolniczą działalność, w kwocie 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

Sąd pierwszej instancji oddalił odwołanie ubezpieczonej, natomiast Sąd Apelacyjny uwzględnił jej apelację i przyjął jako podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne zadeklarowaną przez nią kwotę 6.000 zł. Sąd ten uznał, że organ ubezpieczeń społecznych nie może ingerować w ustalenie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne „w sytuacji jej zadeklarowania przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą”. Możliwości takiej nie stwarza art. 58 k.c., gdyż „przedmiotowe oświadczenie nie stanowi zdarzeń prawnych zmierzających do osiągnięcia skutków cywilnoprawnych”. Sąd Apelacyjny argumentował, że prawo ubezpieczeń społecznych stanowi odrębną gałąź prawa w stosunku do prawa cywilnego, a „jego przepisy mają charakter przepisów prawa

publicznego, w których strony nie korzystają z praw podmiotowych regulowanych prawem prywatnym - Kodeksem cywilnym lub Kodeksem pracy, lecz w których Zakład Ubezpieczeń Społecznych realizuje wobec innego uczestnika stosunku prawnego ustawowe kompetencje organu władzy publicznej”. Dlatego stosunek ubezpieczenia społecznego nie jest stosunkiem cywilnoprawnym, lecz „uregulowanym ustawowo stosunkiem publicznoprawnym opartym na zasadzie solidaryzmu, a wynikające z niego świadczenia stron tego stosunku nie są świadczeniami cywilnoprawnymi”, niezależnie od tego, że art. 1 k.p.c. kwalifikuje sprawy z zakresu ubezpieczeń społecznych do spraw cywilnych. W znaczeniu materialnoprawnym sprawy z zakresu ubezpieczeń społecznych wywodzą się ze stosunku administracyjnoprawnego i z tego względu w postępowaniu przed organami rentowymi rozpoznawane są w trybie i na zasadach określonych przepisami prawa ubezpieczeń społecznych, a w dalszej kolejności Kodeksu postępowania administracyjnego. Natomiast przepisy prawa cywilnego mogą być wprost stosowane wyłącznie w przypadku odesłania do nich przez normę prawa ubezpieczeń społecznych.

W skardze kasacyjnej organ rentowy zarzucił błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 2a ust. 2 pkt 2, art. 18 ust. 8, art. 20, art. 68 ust. 1 pkt 1c i art. 86 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, przez bezpodstawne przyjęcie, iż przepisy te nie dają możliwości kwestionowania przez organ rentowy kwot deklarowanej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność, jeżeli zadeklarowana podstawa wymiaru składek mieści się w ustawowo określonych granicach. Ponadto skarżący zarzucił oczywiste naruszenie art. 233 § 1 w związku z art. 391 i art. 398²¹ k.p.c. przez ewidentnie błędne przyjęcie, że ubezpieczona po powrocie z urlopu macierzyńskiego płaciła składkę w takiej samej wysokości jak przed tym urlopem, podczas gdy z przedłożonego w postępowaniu apelacyjnym pisma skarżącego z dnia 11 grudnia 2008 r. wynikały radykalnie niższe deklaracje.

W takich okolicznościach sprawy zwykły skład Sąd Najwyższy uznał, iż występuje potrzeba dokonania jednoznacznych rozstrzygnięć w kwestiach objętych wątpliwościami sformułowanymi w zagadnieniu prawnym. Wprawdzie bowiem w tym zakresie Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 grudnia 2007 r., II UK 106/07 (LEX

nr 3461189) wypowiedział myśl, iż wniosek osoby prowadzącej pozarolniczą działalność o objęcie społecznym ubezpieczeniem chorobowym na zasadzie dobrowolności (art. 11 ust. 2 i art. 36 ust. 5 ustawy systemowej) nie oznacza, że zawarte w nim oświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia chorobowego stanowi czynność prawną (zdarzenie prawne) rodzącą i kreującą stosunek cywilnoprawny, ale w uzasadnieniu, a także w konkluzjach tego orzeczenia zostały zawarte konstatacje, które mogą budzić wątpliwości prawne w kontekście systemowym, aksjologicznym i wymagającym równego traktowania wszystkich ubezpieczonych oraz niedopuszczalności niesprawiedliwego uszczuplania ograniczonych środków pozostających w dyspozycji funduszu ubezpieczeń społecznych.

Sąd Najwyższy w składzie zwykłym podniósł w szczególności, że charakter prawny stosunku ubezpieczeń społecznych od zawsze budził jurydyczne kontrowersje i spory doktrynalne. Na ogół bowiem przyjmowano, że stosunki ubezpieczeń społecznych mają naturę „mieszanych” stosunków prawnych o cechach zarówno publiczno - jak i prywatnoprawnych, w których te ostatnie ewidentnie zdają się przeważać na gruncie aktualnie obowiązującego systemu ubezpieczeń społecznych i jurysdykcyjnego trybu osądzania spraw z zakresu ubezpieczeń społecznych jako spraw cywilnych w rozumieniu art. 1 k.p.c. Za najbardziej znamienne przy cywilnym osądzie spraw z zakresu ubezpieczeń społecznych uznaje się brak jakichkolwiek przeszkód w dowodzeniu w cywilnoprawnym postępowaniu odwoławczym wszystkich okoliczności istotnych dla ustalenia praw i obowiązków stron stosunków ubezpieczeń społecznych, co sprawia, że każda sporna okoliczność istotna dla osądzenia konkretnej sprawy z zakresu ubezpieczeń społecznych może być wykazywana przy pomocy wszelkich dostępnych procedurze cywilnej środków dowodowych. Przepisom prawa ubezpieczeń społecznych, które w dominującym zakresie regulują konkretne i indywidualne stosunki prawne w ramach przepisów prawa ubezpieczeń społecznych, jest ewidentnie bliżej do natury obligacyjnej aniżeli publicznoprawnej dlatego, że elementy publicznoprawne - co do zasady - jedynie mają na celu zagwarantowanie skutecznej realizacji indywidualnych praw i obowiązków stron stosunków ubezpieczenia społecznego. Oznacza to, że konkretne i indywidualne stosunki ubezpieczeń społecznych mają bardziej charakter zobowiązaniowych

stosunków ubezpieczeń społecznych opartych na zasadzie solidaryzmu i równego traktowania wszystkich ubezpieczonych, praw ubezpieczonych do uzyskania świadczeń w wysokości adekwatnej do opłaconych składek, co wymaga także usprawiedliwionej ochrony funduszków ubezpieczeń społecznych.

Sąd Najwyższy w składzie zwykłym zwrócił uwagę, że judykatura co najmniej pośrednio dopuszcza weryfikowanie okoliczności istotnych z punktu widzenia osądu indywidualnych spraw z zakresu prawa ubezpieczeń społecznych, które wymagają oceny czynności poprzedzających lub wpływających na ustalenie przesłanek podlegania ubezpieczeniom społecznym wedle konstrukcji prawa cywilnego (np. z art. 58 k.c.), i to także wtedy, gdy w przepisach prawa ubezpieczeń społecznych brakuje wyraźnego ustawowego odesłania do przepisów Kodeksu cywilnego. Wyjaśnianie takiej praktyki orzeczniczej twierdzeniem, że w takich przypadkach „ocenie pod kątem zgodności z normami prawa cywilnego nie podlega stosunek ubezpieczenia społecznego, lecz wpływający na niego pośrednio stosunek o charakterze cywilnoprawnym”, choć prawniczo i racjonalnie przekonujące, okazuje się niepełne, zważywszy że przedmiotem osądu w sprawie z zakresu ubezpieczeń społecznych są przecież okoliczności istotne do ustalenia konkretnych i indywidualnych praw lub obowiązków ujawnionych i dochodzonych w sprawie z zakresu ubezpieczeń społecznych. Wydaje się, że oceniając w taki sposób czynności istotne z punktu widzenia praw lub obowiązków wynikających ze stosunków ubezpieczeń społecznych, Sąd Najwyższy i sądy powszechne posługują się usprawiedliwioną „dynamiczną” wykładnią przepisów i zasad prawa ubezpieczeń społecznych, przyjmując iż istotne z punktu widzenia prawa ubezpieczeń społecznych czynności prawne, które w całości lub w części okazują się sprzeczne z prawem, zasadami współżycia społecznego lub zmierzają do obejścia prawa, nie powinny być akceptowane na gruncie systemowych, aksjologicznych i moralnych wartości oraz zasad prawa ubezpieczeń społecznych, ale mogą być zakwestionowane jako niezastługujące na ochronę prawa ubezpieczeń społecznych, bo sądy nie mogą i nie powinny być „bezsilne” wobec praktyk ewidentnie instrumentalnego nadużywania prawa do świadczeń z ubezpieczeń społecznych.

Nawet gdyby zgodzić się, że art. 58 k.c. nie stanowi adekwatnej podstawy prawnej pozwalającej zakwestionować zadeklarowaną krótkoterminowo podstawę wymiaru składek przez kobietę w zaawansowanej ciąży, uprawnioną do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzonej działalności pozarolniczej, gdy taka deklaracja instrumentalnie zmierza do uzyskania zawyżonych - w porównaniu do poprzednio przysługujących - świadczeń z tego ubezpieczenia, to taką weryfikację powinny uprawniać wskazane w zagadnieniu prawnym przepisy i zasady prawa ubezpieczeń społecznych. Zachowanie się ubezpieczonej z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, która w stanie zaawansowanej ciąży zadeklarowała znacznie wyższą kwotę podstawy wymiaru składek na te ubezpieczenia społeczne w celu uzyskania instrumentalnie zawyżonych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, a po ich wykorzystaniu radykalnie obniżyła tę podstawę, godzi bowiem w podstawowe zasady systemu ubezpieczeń społecznych: solidaryzmu, równego traktowania wszystkich ubezpieczonych (art. 2a ustawy systemowej), prawa do uzyskania świadczeń w adekwatnej wysokości „słusznej, sprawiedliwej, godziwej, rażąco nieprzenoszącej utraconych przychodów w związku z chorobą lub macierzyństwem”, oraz usprawiedliwionej ochrony (niepokrzywdzenia) praw innych ubezpieczonych i funduszy ubezpieczeń społecznych. Te zasady, które wynikają wprost z przepisów prawa ubezpieczeń społecznych (art. 2a ustawy systemowej), bądź wyrażają jego systemowe lub aksjologiczne wartości, powinny wyznaczać autonomiczne podstawy i granice weryfikacji deklarowanych podstaw wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne przez ubezpieczonych prowadzących pozarolniczą działalność.

Sąd Najwyższy w składzie powiększonym zważył, co następuje:

Normy prawa ubezpieczeń społecznych są uznawane za część składową prawa zabezpieczenia społecznego, posiadającego charakter odrębnej gałęzi prawa. W konsekwencji stosunki prawne powstające na gruncie obowiązywania norm tej gałęzi prawa należą do kategorii stosunków prawa zabezpieczenia społecznego. Do cech kategoriaalnych ubezpieczeń społecznych należy przymus ubezpieczenia, wyrażający się w pozbawieniu stron (zarówno osoby podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia, jak i instytucji ubezpieczeniowej) autonomii woli w

zakresie nawiązania stosunku ubezpieczenia społecznego. Przepisy prawa wyliczają enumeratywnie kategorie podmiotów objętych przymusem ubezpieczenia, a powstanie stosunku prawnego pomiędzy ubezpieczonym i instytucją ubezpieczeniową następuje automatycznie wskutek wypełnienia przez ubezpieczonego ustawowych przesłanek.

Przedmiotem stosunków ubezpieczenia są prawa i obowiązki ubezpieczonego oraz instytucji ubezpieczeniowej dotyczące składek oraz ochrony ubezpieczeniowej. Właściwością omawianych więzi prawnych jest występowanie szczególnego rodzaju zależności polegającej na tym, że objęcie ochroną ubezpieczeniową wiąże się z powstaniem obowiązku opłacania składek. Zależność ta nie przybiera jednak w ubezpieczeniu społecznym znamion wzajemności (ekwiwalentności) w znaczeniu przyjętym w prawie cywilnym. Oba elementy stosunku ubezpieczenia (składka ubezpieczeniowa oraz ochrona ubezpieczeniowa) nie są równoważne (wymienialne), bowiem zasada ekwiwalentności świadczeń jest w tym stosunku modyfikowana przez zasadę solidarności społecznej. Stosunków ubezpieczenia społecznego nie da się zatem zakwalifikować do stosunków zobowiązaniowych, nie można tu bowiem mówić, tak jak w przypadku cywilnoprawnych zobowiązań wzajemnych, o ścisłej współzależności (synallagmatyczności) składki i świadczenia. Składka w ubezpieczeniach społecznych jest wprawdzie osobistym wkładem ubezpieczonego, ale z przeznaczeniem na tworzenie ogólnego funduszu ubezpieczeniowego, z którego prawo do świadczeń czerpią ci ubezpieczeni, którym ziści się określone ryzyko socjalne. Takie poglądy prezentowane są dotychczas jednolicie w judykaturze (por. między innymi uchwały Sądu Najwyższego z dnia 4 września 1992 r., II UZP 17/92, OSNCP 1993 nr 6, poz. 91 i z dnia 30 czerwca 1994 r., II UZP 15/94, OSNAPiUS 1994 nr 8, poz. 131, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 października 2006 r., I UK 128/06, OSNP 2007 nr 23 – 24, poz. 359, czy uzasadnienie wyroku z dnia 23 sierpnia 2007 r., I UK 68/07, OSNP 2008 nr 19 – 20, poz. 300), w których to orzeczeniach wskazuje się, że prawo ubezpieczeń społecznych stanowi odrębną gałąź prawa w stosunku do prawa cywilnego, a na podstawie jego przepisów strony nie korzystają ze swoich praw podmiotowych regulowanych prawem prywatnym - Kodeksem cywilnym lub Kodeksem pracy, lecz Zakład Ubezpieczeń Społecznych

realizuje wobec innego uczestnika stosunku prawnego swoje ustawowe kompetencje. Z tego względu stosunek ubezpieczenia społecznego nie jest stosunkiem cywilnoprawnym, opartym na równorzędności jego podmiotów i wzajemności (ekwiwalentności) świadczeń, lecz uregulowanym ustawowo stosunkiem prawnym opartym na zasadzie solidaryzmu, a wynikające z niego świadczenia stron tego stosunku nie są świadczeniami cywilnoprawnym.

Na tle art. 1 k.p.c. należy rozróżnić dwa rodzaje spraw cywilnych: sprawy cywilne w znaczeniu materialnym, tj. sprawy wynikające ze stosunków z zakresu prawa cywilnego, rodzinnego i opiekuńczego oraz z zakresu prawa pracy, a także sprawy cywilne w znaczeniu formalnym, tj. sprawy, które w istocie nie mają charakteru cywilnego, ale uchodzą za sprawy cywilne z tego względu, że ich rozpoznanie odbywa się według Kodeksu postępowania cywilnego bądź z mocy przepisów zawartych w tym Kodeksie. Sprawy z zakresu ubezpieczeń społecznych uznawane są w orzecznictwie jednolicie za sprawy cywilne w znaczeniu formalnym (por. np. uzasadnienia: uchwały Sądu Najwyższego z dnia 19 lutego 2008 r., II UZP 8/07, OSNP 2008 nr 13-14, poz. 198; wyroku Sądu Najwyższego z dnia 22 stycznia 2008 r., I UK 210/07, OSNP 2009 nr 5-6, poz. 75; uchwały Sądu Najwyższego z dnia 5 grudnia 2007 r., II UZP 4/07, OSNP 2008 nr 5-6, poz. 74, czy uchwały Sądu Najwyższego z dnia 30 lipca 2003 r., III UZP 8/03, OSNP 2003 nr 23, poz. 574). Sprawy z zakresu ubezpieczeń społecznych nie są zatem sprawami cywilnymi w znaczeniu materialnym. Wywodzą się ze stosunku o charakterze administracyjnoprawnym i z tego względu w postępowaniu przed Zakładem Ubezpieczeń Społecznych rozpoznawane są w trybie i na zasadach określonych przepisami prawa ubezpieczeń społecznych, a w dalszej kolejności Kodeksu postępowania administracyjnego. Przepisy prawa ubezpieczeń społecznych nie zawierają również odpowiednika art. 300 k.p., zezwalającego na odpowiednie stosowanie przepisów Kodeksu cywilnego do stosunku pracy w sprawach nieuregulowanych przepisami prawa pracy wówczas, gdy nie są one sprzeczne z zasadami prawa pracy. Regulacja ta ma charakter szczególny i nie może być stosowana w drodze analogii do stosunków ubezpieczeniowych, które – w odróżnieniu od stosunków pracy - nie są regulowane przepisami prawa prywatnego. Oznacza to, że przepisy prawa cywilnego mogą być wprost stosowane

w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych wyłącznie w wypadku wyraźnego odesłania do nich przez normę prawa ubezpieczeń społecznych (np. art. 84 ust. 1 i 8c, art. 85 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, jednolity tekst: Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.; zwanej dalej ustawą systemową lub ustawą), co znalazło potwierdzenie w jednolitych dotychczas poglądach judykatury. W wyroku z dnia 21 października 2008 r., II UK 71/08 (LEX nr 519959) Sąd Najwyższy stwierdził wprost, że przepisy lub instytucje prawa cywilnego mogą być stosowane na gruncie ubezpieczeń społecznych tylko na podstawie wyraźnego przepisu prawa ubezpieczeń społecznych. Autonomiczność i odrębność przepisów prawa ubezpieczeń społecznych wobec przepisów prawa cywilnego sprawia, iż na gruncie stosunków ubezpieczenia społecznego dopuszcza się tylko na zasadzie wyjątku stosowanie wskazanych *expressis verbis* regulacji cywilistycznych. W uzasadnieniu wyroku z dnia 14 grudnia 2005 r., III UK 120/05 (OSNP 2006 nr 21-22, poz.338) wykluczono możliwość wykładania przepisów prawa ubezpieczeń społecznych z uwzględnieniem reguł słuszności (zasad współżycia społecznego), podobnie jak w wyroku z dnia 23 października 2006 r., I UK 128/06 (OSNP 2007 nr 23-24, poz.359), w myśl którego do złagodzenia rygorów prawa ubezpieczeń społecznych nie stosuje się ani art. 5 k.c., ani art. 8 k.p., bo przepisy prawa ubezpieczeń społecznych mają charakter przepisów prawa publicznego. Rygoryzm prawa publicznego nie może być zaś łagodzony konstrukcją nadużycia prawa podmiotowego przewidzianą w art. 5 k.c. lub w art. 8 k.p. Zarzut ten (nadużycia prawa podmiotowego, albo czynienia ze swego prawa podmiotowego użytku niezgodnego z zasadami współżycia społecznego lub społeczno-gospodarczym przeznaczeniem prawa) w sprawie z zakresu ubezpieczeń społecznych musiałby być odniesiony do czynności organu rentowego, który - wydając decyzję - nie korzysta ze swoich praw podmiotowych (regulowanych prawem prywatnym - Kodeksem cywilnym lub Kodeksem pracy), lecz realizuje ustawowe kompetencje organu władzy publicznej. Według wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 października 1997 r., II UKN 311/97 (OSNP 1998 nr 15, poz. 465), w sprawach odsetek za zwłokę od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie społeczne pracowników nie stosuje się przepisu art. 5 k.c., natomiast stosownie do

wyroku z dnia 12 stycznia 2000 r., II UKN 293/99 (OSNP 2001 nr 9, poz. 231), podstawę przyznania świadczeń z ubezpieczenia społecznego mogą stanowić tylko przepisy prawa, a nie zasady współżycia społecznego. Podobny pogląd Sąd Najwyższy wyraził w wyroku z dnia 19 czerwca 1986 r., II URN 96/86 (Służba Pracownicza 1987 r. nr 3), jak również w wyroku z dnia 26 maja 1999 r., II UKN 669/98 (OSNP 2000 nr 15, poz. 597).

Nie ma podstaw do uznania, iż utrwalony w orzecznictwie Sądu Najwyższego pogląd o możliwości zakwestionowania przez ZUS podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, jeżeli okoliczności sprawy wskazują, że stanowiące tę podstawę wynagrodzenie zostało wypłacone na podstawie umowy sprzecznej z prawem, zasadami współżycia społecznego lub zmierzającej do obejścia prawa, stanowi odstępianie od stanowiska odnośnie do niemożliwości stosowania w stosunkach ubezpieczenia społecznego przepisów prawa cywilnego, znajdującym uzasadnienie, jak podniósł zwykły skład Sądu Najwyższego, w „usprawiedliwionej dynamicznej” wykładni przepisów i zasad prawa ubezpieczeń społecznych, polegającej na tym, iż istotne z punktu widzenia prawa ubezpieczeń społecznych czynności prawne, które w całości lub w części okazują się sprzeczne z prawem, zasadami współżycia społecznego lub zmierzają do obejścia prawa, nie powinny być akceptowane na gruncie systemowych, aksjologicznych i moralnych wartości oraz zasad prawa ubezpieczeń społecznych, ale mogą być zakwestionowane jako niezasługujące na ochronę prawa ubezpieczeń społecznych, bo sądy nie mogą i nie powinny być „bezsilne” wobec praktyk ewidentnie instrumentalnego nadużywania prawa do świadczeń z ubezpieczeń społecznych”. Utrwalone poglądy judykatury dotyczą bowiem sytuacji, w której ocenie w aspekcie art. 58 k.c. nie podlega wprost podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, lecz stanowiąca tę podstawę wysokość umówionego przez strony i wypłaconego wynagrodzenia (przychodu w rozumieniu art. 4 pkt 9 ustawy systemowej). Możliwość stwierdzenia sprzeczności z prawem, zasadami współżycia społecznego lub zamiaru obejścia prawa jest w każdym z orzeczeń odnoszona do umowy stanowiącej tytuł podlegania ubezpieczeniom społecznym, w szczególności dotyczy to umowy o pracę (także umowy cywilnoprawnej), która wywołuje skutki pośrednie w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, kształtuje bowiem stosunek ubezpieczenia

społecznego, określa wysokość składki, a w konsekwencji prowadzi do uzyskania odpowiednich świadczeń. Podnosi się, że są to skutki doniosłe zarówno z punktu widzenia interesu pracownika (ubezpieczonego), jak i interesu publicznego, należy zatem uznać, że ocena ważności postanowień umownych na podstawie art. 58 k.c. w związku z art. 300 k.p. może i powinna być dokonywana także z punktu widzenia prawa ubezpieczeń społecznych (por. między innymi uchwałę z dnia 27 kwietnia 2005 r., II UZP 2/05, OSNP 2005 nr 21, poz. 338; wyrok z dnia 4 sierpnia 2005 r., II UK 16/05, OSNP 2006 nr 11-12, poz. 191; wyrok z dnia 9 sierpnia 2005 r., III UK 89/05, OSNP 2006 nr 11-12, poz. 192). W każdym zatem przypadku ocenie pod kątem zgodności z normami prawa cywilnego nie podlega stosunek ubezpieczenia społecznego, lecz wpływający na niego pośrednio stosunek o charakterze cywilnoprawnym lub taki, do którego przepisy prawa cywilnego znajdują zastosowanie z mocy odesłania ustawowego.

Osoby prowadzące pozarolniczą działalność podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz wypadkowemu (art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 12 ust. 1 ustawy systemowej), a ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności (art. 11 ust. 2 ustawy systemowej). Zgodnie z art. 13 pkt 4 ustawy systemowej powyżej wymienionym ubezpieczeniom osoby fizyczne prowadzące działalność pozarolniczą podlegają w okresie od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności. Osoba wpisana do ewidencji działalności gospodarczej, która nie zawiesiła wykonywania działalności w trybie dodanego z dniem 20 września 2008 r. art. 14a ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (jednolity tekst: Dz. U. z 2007 r. Nr 155, poz. 1095 ze zm.), traktowana jest jako prowadząca taką działalność, albowiem dokonanie wpisu rodzi domniemanie faktyczne podjęcia działalności i wykonywania jej do czasu wykreślenia z ewidencji (ewentualnie zawieszenia). Domniemanie faktyczne ma jednak wyłącznie znaczenie dowodowe i może zostać obalone. W rezultacie organ ubezpieczeń społecznych może dowodzić, iż pomimo wpisu do ewidencji dana osoba faktycznie nie prowadzi działalności, wobec czego nie podlega z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym.

Jeżeli jednak ZUS nie dowodzi fikcyjności tytułu, to nie może uchylić się od powinności objęcia osoby prowadzącej pozarolniczą działalność ubezpieczeniami

obowiązkowymi, jak również chorobowym, któremu ten ubezpieczony podlega na zasadzie dobrowolności przez zgłoszenie stosownego wniosku (art. 11 ust. 2 i art. 36 ust. 5 ustawy systemowej). Nie oznacza to jednak, że przedmiotowy wniosek, a konkretnie zawarte w nim oświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia chorobowego, stanowi czynność prawną (zdarzenie prawne) rodzącą i kreującą stosunek cywilnoprawny. Stosunki prawne w ubezpieczeniach społecznych mają co do zasady charakter przymusowy. Brak tej cechy nie stanowi jednakże przeszkody w umiejscowieniu ubezpieczeń dobrowolnych uregulowanych w ustawie systemowej w ramach ubezpieczenia społecznego. Przesądza o tym zarówno wola ustawodawcy, który w taki właśnie sposób kwalifikuje stosunki prawne dobrowolnego ubezpieczenia, jak również ścisłe związki funkcjonalne istniejące pomiędzy dwoma reżimami ubezpieczenia społecznego (systemem obowiązkowym i dobrowolnym). Ubezpieczenie dobrowolne nie opiera się na umowie, ale oznacza przewidzianą przez przepisy prawa możliwość „wejścia” do systemu ubezpieczenia społecznego na mocy oświadczenia uprawnionego podmiotu. Elementem koniecznym do powstania stosunku prawnego dobrowolnego ubezpieczenia społecznego jest wniosek zainteresowanej osoby o objęcie tym ubezpieczeniem. Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy systemowej, objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem 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. Zgłoszenie wniosku może nastąpić przez cały czas, kiedy zachodzą warunki uprawniające do objęcia ubezpieczeniem. Wniosek pełni jednocześnie funkcję zgłoszenia do ubezpieczenia. Zgłoszenie to ma charakter kształtujący, albowiem jeśli zainteresowany spełnia ustawowe warunki, wówczas jego wniosek o objęcie ubezpieczeniem rodzi stosunek prawny dobrowolnego ubezpieczenia społecznego; Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie może w takim przypadku odmówić objęcia tej osoby ubezpieczeniem społecznym. Ewentualna decyzja w tej sprawie ma charakter deklaratoryjny. Ubezpieczenie dobrowolne zachowuje taki charakter przez cały czas trwania okoliczności, ze względu na które zostało ono wprowadzone. Wniosek taki znajduje potwierdzenie w układzie przesłanek ustania dobrowolnego ubezpieczenia. Zgodnie z art. 14 ust. 2 ustawy systemowej dobrowolne ubezpieczenia ustają:

- a) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony;
- b) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie (dotyczy to tylko ubezpieczeń samoistnych). W uzasadnionych przypadkach Zakład Ubezpieczeń Społecznych, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie;
- c) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

Objęcie ochroną ubezpieczeniową wiąże się z powstaniem obowiązku opłacania składek. 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 (podstawa wymiaru składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe nie może przekraczać miesięcznie 250% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale). W rezultacie zakwestionowanie zadeklarowanej podstawy wymiaru składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe powoduje także zakwestionowanie podstawy wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe. Analiza art. 18 ustawy systemowej prowadzi do wniosku, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia 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 (art. 4 pkt 9 i 10) 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 tę stanowi zadeklarowana kwota, z zastrzeżeniem jej dolnej granicy w wysokości 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale (w brzmieniu obowiązującym przed 27 grudnia 2008 r.). 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, jak wskazano wyżej, 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.

Po stronie osoby prowadzącej pozarolniczą działalność istnieje zatem uprawnienie do zadeklarowania w granicach zakreślonych ustawą dowolnej kwoty jako podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, wobec czego sposób w jaki realizuje to uprawnienie zależy wyłącznie od jej decyzji. Ingerencja w tę sferę jakiegokolwiek innego podmiotu jest więc niedopuszczalna, chyba że ma wyraźne umocowanie w przepisach. Kompetencji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do dokonywania ocen w zakresie sposobu wykonywania przez ubezpieczonego jego prawa nie można się zatem ani domyślać, ani wywodzić ich wyłącznie, jak proponuje zwykły skład Sądu Najwyższego, „z kardynalnych wartości i zasad obowiązującego systemu ubezpieczeń społecznych”.

Jak wskazano wyżej, do stosunku ubezpieczenia społecznego nie stosuje się przepisów prawa cywilnego, wobec czego kwestionowanie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zadeklarowanej w granicach przewidzianych ustawą przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność podstawy wymiaru składek z powołaniem się na art. 58 k.c., czy art. 5 k.c. nie jest możliwe.

Uprawnień tego organu do takiego zachowania nie można doszukać się również w przepisach prawa ubezpieczeń społecznych, w tym w przywołanych przez zwykły skład Sądu Najwyższego art. 83 ust. 1 i 2 w związku z art. 41 ust. 12 i 13, art. 68 ust. 1 oraz art. 86 ust. 1 i 2 ustawy systemowej.

Z art. 83 ust. 1 pkt 3 ustawy wynika, iż Zakład wydaje decyzje w zakresie ustalania wymiaru składek i ich poboru (od której przysługuje odwołanie do Sądu – art. 83 ust. 2), co jest naturalną konsekwencją tego, iż do zakresu działania tego

organu należy wymierzanie i pobieranie składek na ubezpieczenia społeczne (art. 68 ust. 1 pkt 1 lit. c ustawy). Pod pojęciem wymierzania składek nie kryje się nic innego, jak tylko określenie wysokości tych składek według wynikającej z ustawy stopy procentowej (art. 22 ustawy systemowej) od podstawy wymiaru ustalonej zgodnie z obowiązującymi przepisami (art. 18 – 21 ustawy). W tym samym zakresie Zakładowi przysługują przewidziane w art. 86 ust. 1 i art. 86 ust. 2 pkt 2 ustawy uprawnienia do kontroli prawidłowości i rzetelności obliczania, potrącania i opłacania składek przez ich płatników. Organ ten może zatem sprawdzić, czy płatnik wyliczył składkę prawidłowo, tzn. czy zastosował właściwą stopę procentową do przychodu stanowiącego w myśl przepisów ustawy podstawę wymiaru składek w określonej sytuacji faktycznej, potrącił te składki i je opłacił. Podstawą dla ewentualnych kontroli i decyzji jest przedstawienie przez płatnika imiennych raportów miesięcznych, zgodnie z art. 41 ustawy systemowej, który w ust. 13 przewiduje możliwość kwestionowania przez ZUS podanych mu informacji oraz ich zmiany. Wyrażone tym przepisem uprawnienie Zakładu nie może wykraczać poza przewidziane dla tego organu kompetencje kontrolne, które jak wskazano wyżej, odnoszą się wyłącznie do kwestii zgodności z przepisami ustawy systemowej czynności płatników w postaci obliczania, potrącania i opłacania składek. Przepis art. 41 ust. 13 ustawy systemowej może być zatem podstawą do dokonywania korekt w imiennych raportach miesięcznych wtedy, gdy zawarte w nim informacje nie odpowiadają rzeczywistemu stanowi rzeczy, ewentualnie jeżeli są niezgodne z obowiązującymi przepisami. Nie można go natomiast postrzegać jako dającego możliwość 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. Nie sposób stąd wyinterpretować prawa do samodzielnej (choćby nawet i pod kontrolą sądową) ingerencji Zakładu w treść deklaracji ubezpieczonego co do wysokości podstawy wymiaru składek, która mieści się w granicach ustawowych.

Charakter praw i obowiązków podmiotów stosunku ubezpieczenia związanych z ochroną ubezpieczeniową jest różny w poszczególnych fazach tego stosunku. W fazie gwarancyjnej treścią ochrony ubezpieczeniowej jest przejęcie przez instytucję ubezpieczeniową ryzyka socjalnego. Polega ono na nałożeniu na ubezpieczyciela obowiązku udzielenia świadczenia w razie wystąpienia określonego zdarzenia losowego oraz przyznaniu ubezpieczonemu odpowiadającego temu warunkowego uprawnienia. W tej fazie obowiązek udzielenia świadczenia ma charakter jedynie potencjalny. Ziszczenie się ryzyka oraz spełnienie przez ubezpieczonego innych przesłanek (np. złożenie wniosku o udzielenie świadczenia) powoduje jego aktualizację. W fazie realizacyjnej stosunek ubezpieczenia obejmuje już roszczenie o świadczenie oraz odpowiadający temu roszczeniu bezwarunkowy obowiązek świadczenia.

Wysokość świadczeń nie zależy od uznania organu ubezpieczeń społecznych. Zakład ma obowiązek wypłacać świadczenia w takiej wysokości, jaka wynika z przepisów ustaw, które nie przewidują możliwości uchylenia się od tej powinności w całości lub w części ze względu na to, że w ocenie organu ubezpieczeń świadczenie jest „nienależnie wysokie”, „nieekwiwalentne”, bądź że kwota, jaką należy wypłacić, jest „niesłuszna”, „niesprawiedliwa”, czy „niegodziwa”.

Ubezpieczonej, która w okresie ubezpieczenia chorobowego urodziła dziecko, przysługuje zasiłek macierzyński (art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, jednolity tekst: Dz. U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267 ze zm.; dalej jako: „ustawa zasiłkowa”) w wysokości miesięcznie 100% podstawy wymiaru zasiłku (art. 31 ust. 1 ustawy). Podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstało prawo do tego zasiłku (art. 52 w związku z art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej), z tym że, jeżeli dziecko urodziło się przed upływem okresu 12 miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia, podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego stanowi przychód za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia (art. 52 w związku z art. 36 ust. 2 ustawy zasiłkowej). Przychodem w rozumieniu ustawy jest zaś kwota stanowiąca podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego

niebędącego pracownikiem, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 18,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe (art. 3 pkt 4 ustawy zasiłkowej w brzmieniu obowiązującym przed 1 lipca 2007 r.). Z powyższego wynika, że ubezpieczona prowadząca pozarolniczą działalność, która przystąpiła dobrowolnie do ubezpieczenia chorobowego i w okresie tego ubezpieczenia urodziła dziecko, z chwilą ziszczenia się tego ryzyka ubezpieczeniowego nabywa prawo do zasiłku macierzyńskiego, którego wysokość zależna jest od zadeklarowanej przez nią kwoty stanowiącej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe – co do zasady w okresie 12 miesięcy poprzedzających nabycie prawa do zasiłku, chyba że do chwili urodzenia dziecka podlega ubezpieczeniu dobrowolnemu krócej niż 12 miesięcy, bo wtedy podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego stanowi deklarowana kwota za pełne miesiące ubezpieczenia. 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.

Problem nieekwiwalentności świadczeń uzyskiwanych z Funduszu Ubezpieczeń do wkładu ubezpieczonego w ten Fundusz (opłacanie składek od wyższej podstawy wymiaru tylko przez krótki okres) nie może być zatem rozwiązany przez przypisanie Zakładowi uprawnień do weryfikacji deklarowanej kwoty jako zmierzającej do osiągnięcia „zawyżonych świadczeń z ubezpieczenia społecznego”, a w konsekwencji wypłaty zasiłku macierzyńskiego w niższej niż przysługująca zgodnie z ustawą wysokości, albowiem nie ma do tego żadnych podstaw prawnych. Wyposażenie organu ubezpieczeń społecznych w narzędzia umożliwiające kwestionowanie sposobu wykonywania przez ubezpieczonych ich uprawnień tylko z uwagi na „kardynalne wartości i zasady systemu ubezpieczeń społecznych” jest zaś niedopuszczalne. Takich kompetencji ZUS nie da się wyprowadzić w szczególności z zasady równego traktowania ubezpieczonych, wyrażonej w art. 2a ustawy systemowej, ponieważ - po pierwsze: stanowi ona o niedopuszczalności różnicowania sytuacji ubezpieczonych z uwagi na takie

negatywne kryteria, które nie występują w niniejszej sprawie, tj. jak płeć, stan cywilny i stan rodzinny, - po drugie: na jej naruszenie, stosownie do treści ust. 3 art. 2a ustawy, może się powołać ubezpieczony, który uważa, że nie zastosowano wobec niego zasady równego traktowania, a nie organ ubezpieczeń społecznych zmierzający do obniżenia wysokości świadczeń przysługujących z ubezpieczenia chorobowego i wreszcie - po trzecie: poszanowanie zasady równego traktowania polega na przyznaniu osobom należącym do grupy gorzej traktowanej tych samych korzyści, jakie przysługują osobom uprzywilejowanym, a nie na odbieraniu korzyści tym ostatnim.

Uniemożliwić ubezpieczonym „uzyskiwanie „instrumentalnie zawyżonych świadczeń krótkoterminowych z ubezpieczenia społecznego” mógłby wyłącznie ustawodawca przez wprowadzenie określonych regulacji, np. polegających na uwzględnianiu podwyższonej kwoty jako podstawy wymiaru świadczeń dopiero po jakimś okresie karencji, czy też umożliwieniu podwyższenia podstawy wymiaru dopóty, dopóki zdarzenie ubezpieczeniowe jest niepewne. Jak długo takich rozwiązań ustawowych nie ma, tak długo organ rentowy nie może uchylić się od obowiązku wypłaty świadczenia w wysokości określonej przepisami, jeżeli determinująca tę wysokość podstawa wymiaru spełnia warunki ustawowe.

Z tych względów Sąd Najwyższy w składzie powiększonym podjął uchwałę jak w sentencji.