

Uchwała z dnia 12 września 2008 r.

I UZP 5/08

Przewodniczący SSN Zbigniew Myszka (sprawozdawca), Sędziowie: SN
Herbert Szurgacz, SA Halina Kuryło.

Sąd Najwyższy, po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 12 września 2008 r. sprawy z odwołania Tomasza I. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych-Oddział w Ł. z siedzibą w Z.W. o zasiłek chorobowy, na skutek zagadnienia prawnego przekazanego postanowieniem Sądu Okręgowego Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Łodzi z dnia 13 maja 2008 r. [...]

„Czy przy ustaleniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu nie będącemu pracownikiem - do wymienionego w art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j. t. Dz.U. z 2005 r., Nr 31, poz. 267 ze zm.) „okresu 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy” - wlicza się także przychód z poprzednich okresów ubezpieczenia chorobowego, jeśli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni określonych w treści art. 4 ust. 2 powołanej ustawy ?”

p o d j ą ł uchwałę:

Jeżeli przerwy w podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu nie przekraczały 30 dni, to przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem, którą stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy (art. 48 ust. 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.) uwzględnia się przychód z tego okresu nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego w rozumieniu art. 4 ust. 2 tej ustawy.

U z a s a d n i e

Przedstawione Sądowi Najwyższemu do rozstrzygnięcia zagadnienie prawne ujawniło się w następującym stanie faktycznym. Ubezpieczony Tomasz I. od wielu lat prowadzi działalność gospodarczą i z tego tytułu podlega ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. W prowadzonej działalności gospodarczej występowały przerwy, które jednak nie przekraczały 30 dni. W 2007 r. ubezpieczony podlegał ubezpieczeniom od 3 do 31 stycznia, od 9 do 14 lutego, po czym 15 lutego 2007 r. wyrejestrował się z ubezpieczeń społecznych, a następnie ponownie zgłosił się do ubezpieczeń, w tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 28 lutego 2007 r., zaś w dniu 12 marca wystąpiła u niego spowodowana chorobą niezdolność do prowadzenia pozarolniczej działalności, uzasadniająca nabycie prawa do zasiłku chorobowego. Ubezpieczony legitymował się bowiem 180-dniowym okresem ubezpieczenia chorobowego, a przerwy pomiędzy okresami ubezpieczenia nie przekraczały 30 dni.

Decyzją z dnia 10 sierpnia 2007 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych-Oddział w Ł. z siedzibą w Z.W. przyznał ubezpieczonemu prawo do wypłaty zasiłku chorobowego za okres niezdolności do prowadzenia działalności w kwocie 8,26 zł netto, ustalonej od podstawy wymiaru wynoszącej 42,93 zł, przyjmując za podstawę wymiaru składek przychód z pierwszego, niepełnego kalendarzowego miesiąca ubezpieczenia za jeden dzień, tj. 28 lutego 2007 r.

Wyrokiem z dnia 4 grudnia 2007 r. Sąd Rejonowy oddalił odwołanie ubezpieczonego, wskazując, że zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 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. zwanej dalej ustawą zasiłkową lub ustawą) ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 180 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, jeżeli jest ubezpieczony dobrowolnie. Do okresów ubezpieczenia chorobowego, o których mowa w ust. 1 tej ustawy wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni. Natomiast stosownie do art. 48 ust. 1 i 2 tej ustawy, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Przy ustaleniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stosuje

się odpowiednio przepisy art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust. 1, art. 42, art. 43, art. 46, z zastrzeżeniem art. 49 i art. 50. Zgodnie z art. 36 ust. 4 ustawy zasiłkowej, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się z uwzględnieniem wynagrodzenia uzyskanego u płatnika składek w okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, w trakcie którego powstała niezdolność do pracy. Zdaniem Sądu pierwszej instancji, ubezpieczony podlegał nieprzerwanie kolejnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 28 lutego 2007 r., a zatem przychód z tego miesiąca, poprzedzającego niezdolność do prowadzenia działalności stanowi kwota 42,93 zł, a podstawa wymiaru należnego zasiłku chorobowego to 1/30 tej kwoty. Oddalając odwołanie Sąd Rejonowy uznał, iż zarzut wnioskodawcy, jakoby organ rentowy powinien wyliczyć zasiłek chorobowy w oparciu o przepis art. 37 ustawy zasiłkowej jest niezasadny, ponieważ art. 48 ust. 2 tej ustawy zawiera enumeratywne wyliczenie przepisów, które stosuje się do wyliczenia zasiłku chorobowego osobom prowadzącym działalność gospodarczą i wśród nich nie wymienia art. 37.

W apelacji ubezpieczony zakwestionował rozstrzygnięcie w części dotyczącej sposobu i wysokości obliczenia zasiłku chorobowego, podnosząc, że cały okres prowadzonej przez niego działalności gospodarczej od 15 stycznia 1996 r. do dnia wystąpienia zdarzenia, tj. do dnia 12 marca 2007 r., stanowi okres nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego. W ostatnich 12 miesiącach poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność na 365 dni za 267 odprowadził składki, co stanowi 73% składki rocznej i taki przychód z 12 miesięcy poprzedzających miesiąc niezdolności do prowadzenia pozarolniczej działalności powinien stanowić podstawę wymiaru należnego mu zasiłku chorobowego. Dopiero tak wyliczony zasiłek chorobowy jest zgodny z zasadami sprawiedliwości społecznej, gdyż jego wysokość jest proporcjonalna do wysokości odprowadzonych składek na ubezpieczenie chorobowe za ostatnie 12 miesięcy oraz stanowi zabezpieczenie środków finansowych w okresie choroby. Podstawa wymiaru należnego mu zasiłku powinna wynosić 23,60 zł brutto za każdy dzień choroby, co daje łącznie 212,40 zł za 9 dni niezdolności do prowadzenia pozarolniczej działalności w marcu 2007 r.

W takim stanie sprawy, przy rozpoznawaniu apelacji Sąd Okręgowy powziął istotne wątpliwości co do sposobu i wysokości obliczenia zasiłku chorobowego dla osób niebędących pracownikami w sytuacji, gdy niezdolność do pracy ubezpieczonego powstała w drugim miesiącu kalendarzowym trwania ubezpieczenia chorobowego, kiedy nie obowiązuje okres wyczekiwania, a pierwszy miesiąc nie był objęty ubezpieczeniem chorobowym w całości. W świetle art. 4 ustawy zasiłkowej, powsta-

nie niezdolności do pracy w czasie trwania ubezpieczenia jest warunkiem koniecznym, ale niewystarczającym do nabycia prawa do świadczenia z ubezpieczenia społecznego. Ustawodawca wymaga bowiem, aby ubezpieczenie trwało przez określony czas. Warunek posiadania okresu wyczekiwania jest spełniony, jeśli ubezpieczenie będzie trwało nieprzerwanie przez wymagany w art. 4 ust. 1 okres, przy czym do tego okresu wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia, jeśli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni. Natomiast każda dłuższa przerwa powoduje „utrata posiadania okresu wyczekiwania i konieczność przepracowania go od początku”. Zasiłek chorobowy wymierza się od tzw. podstawy wymiaru, którą stanowi kwota przychodów ubezpieczonego ustalona zgodnie z określonymi zasadami. Zasady te różnią się nieco w zależności od tego, czy tytułem do ubezpieczenia jest stosunek pracy, czy inna działalność. W ujęciu art. 36 ust. 1 i 2 ustawy zasiłkowej, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu będącemu pracownikiem stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone pracownikowi za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, przy czym jeśli niezdolność do pracy powstała przed upływem tego okresu podstawę wymiaru zasiłku stanowi przeciętne wynagrodzenie za pełne miesiące kalendarzowe. Z mocy art. 36 ust. 4 ustawy, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się z uwzględnieniem wynagrodzenia uzyskanego u płatnika składek w okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, w trakcie którego powstała niezdolność do pracy. Natomiast stosownie do art. 38 ust. 1 ustawy, przeciętne miesięczne wynagrodzenie stanowiące podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się poprzez podzielenie wynagrodzenia osiągniętego przez ubezpieczonego będącego pracownikiem za okres, o którym mowa w art. 36 ust. 1 i 2, przez liczbę miesięcy, w których wynagrodzenie to zostało osiągnięte. Jednocześnie w stosunku do ubezpieczonych będących pracownikami ustawodawca w art. 37 ustawy zasiłkowej określił wysokość podstawy wymiaru w sytuacji nieprzepracowania pełnego wymaganego okresu, przyjmując, że jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru stanowi wynagrodzenie, które ubezpieczony będący pracownikiem osiągnąłby, gdyby pracował pełny miesiąc kalendarzowy. Zdaniem Sądu Okręgowego, ta szczegółowa regulacja jest niewątpliwie konsekwencją przyjętego założenia, że zasiłek chorobowy zastępuje utracony zarobek. Zasiłek ten stanowi bowiem świadczenie z ubezpiecze-

nia społecznego zabezpieczające środki utrzymania na wypadek czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby.

Z kolei w odniesieniu do osób niebędących pracownikami ustawodawca w art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej przyjął zasadę ustalenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego z uwzględnieniem przychodu z okresu 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Do tej kategorii ubezpieczonych przy ustalaniu podstawy wymiaru ustawodawca nakazał odpowiednio stosować przepisy dotyczące pracowników, enumeratywnie wymienione w art. 48 ust. 2, a mianowicie art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust. 1, art. 42, art. 43 i art. 46 - z zastrzeżeniem art. 49 i 50. Przy czym art. 49 dotyczy okresu ubezpieczenia krótszego niż miesiąc określając podstawę wymiaru zasiłku w przypadku, gdy niezdolność do pracy powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego, a art. 50 określa zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w razie niewykonywania działalności przez część okresu obliczeniowego, kiedy przychód ubezpieczonego niebędącego pracownikiem uległ zmniejszeniu wskutek niewykonywania pracy lub działalności w okresie pobierania zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, opiekuńczego, świadczenia rehabilitacyjnego albo odbywania ćwiczeń wojskowych (art. 50 ust. 1). Jednakże z mocy art. 50 ust. 2, jeżeli w okresie, o którym mowa w art. 48, przychód ubezpieczonego w każdym miesiącu uległ zmniejszeniu z przyczyn wymienionych w ust. 1, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjmuje się przychód za wszystkie miesiące. Równocześnie ustawodawca nie unormował wobec osób niebędących pracownikami sytuacji, gdy niezdolność do pracy (prowadzenia pozarolniczej działalności) powstała „w drugim miesiącu trwania ubezpieczenia chorobowego, kiedy nie obowiązuje okres wyczekiwania, ale pierwszy miesiąc nie był objęty ubezpieczeniem chorobowym w całości”.

W ocenie Sądu Okręgowego, na gruncie przedstawionego stanu prawnego możliwe są dwa rozwiązania kwestii będącej przedmiotem zagadnienia prawnego. Zgodnie z pierwszym poglądem, prezentowanym przez organ rentowy i Sąd pierwszej instancji, w przedstawionej sytuacji podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przychód z pierwszego, choć niepełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia. Stanowiśko to wynika z założenia, że przerwa w opłacaniu składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe związana z czasowym zaprzestaniem prowadzenia działalności gospodarczej, nawet jeśli nie przekracza 30 dni i nie powoduje utraty okresu wyczekiwania, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy zasiłkowej, to równocześnie nie jest

okresem, który podlega uwzględnieniu przy obliczeniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego. W tym okresie ubezpieczony nie uzyskuje przychodu, brak jest zatem podstawy do wyliczenia składki i nie powstaje obowiązek jej opłacenia. Podobne stanowisko, aczkolwiek w odniesieniu do okresu urlopu bezpłatnego zajął Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 12 czerwca 2002 r., III UZP 4/02, (OSNAPiUS 2002 nr 24, poz. 601) oraz w wyroku z dnia 27 września 2006 r., I UK 54/06 (niepublikowanym). Dlatego nawet po kilkudniowym okresie przerwy w opłacaniu składek na ubezpieczenie chorobowe rozpoczyna się nowy okres trwania ubezpieczenia chorobowego, z którego wyłącznie ustala się przychód ubezpieczonego, stanowiący podstawę wymiaru zasiłku chorobowego. Bez znaczenia pozostaje okoliczność wieloletniego opłacania składek w okresie poprzedzającym przerwę i fakt, jaki jest jej czasokres, tzn. czy przekracza 30 dni, o których mowa w art. 4 ust. 2 ustawy zasiłkowej. Przepis art. 36 ust. 4 ustawy, który ma wówczas odpowiednie zastosowanie (art. 48 ust. 2 ustawy), nakazuje bowiem ustalać podstawę wymiaru z okresu „nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, w trakcie którego powstała niezdolność do pracy”. Z kolei z mocy art. 36 ust. 2 i 3 ustawy, jeśli okres ubezpieczenia po przerwie był krótszy niż 12 miesięcy - podstawę wymiaru stanowi przychód za „pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia”, zaś podstawę wymiaru zasiłku chorobowego za jeden dzień niezdolności do pracy - jedna trzydziesta część przychodu ubezpieczonego, stanowiącego podstawę wymiaru tego zasiłku. W zaistniałej sytuacji „pełen miesiąc kalendarzowy” dla ubezpieczonych niebędących pracownikami ustala się dopiero od dnia następującego po przerwie w ubezpieczeniu i „faktycznie może on obejmować mniejszą liczbę dni, niż wynika to z kalendarza danego miesiąca”. W stanie faktycznym rozpoznawanej sprawy oznaczałoby to aprobatę dla wyliczenia podstawy wymiaru za „pełny miesiąc” w istocie z jednego dnia (28 lutego 2007 r.), gdyż nowy okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się w tym dniu miesiąca kalendarzowego, zaś niezdolność do pracy powstała w drugim miesiącu kalendarzowym (tj. w marcu 2007 r.), co w efekcie dla ubezpieczonego oznacza „symboliczną” kwotę zasiłku, obliczoną przez organ rentowy.

Równocześnie Sąd Okręgowy wskazał, że gdyby niezdolność do pracy powstała w pierwszym, po okresie przerwy, miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego, to wówczas podstawę wymiaru mogłaby stanowić - stosownie do art. 49 pkt 1 ustawy zasiłkowej - najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe określona dla danej grupy ubezpieczonych, obowiązująca w miesiącu, w

którym powstało prawo do zasiłku, „co w konsekwencji dla wnioskodawcy skutkowałoby zdecydowanie wyższym zasiłkiem”. Przepis art. 49 ustawy „odrywa” bowiem podstawę wymiaru zasiłku od podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, ale dotyczy on - na co wskazuje jego wykładnia językowa - tylko „niezdolności do pracy powstałej w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego”.

Sąd Okręgowy zwrócił przy tym uwagę na to, że pracownikowi niezdolnemu do pracy z powodu choroby ustawa zapewnia środki na zaspokojenie podstawowych potrzeb na minimalnym poziomie. Taką gwarancję przewiduje art. 45 ust. 1 ustawy, dając osobom zatrudnionym w pełnym wymiarze czasu pracy możliwość przyjęcia podstawy wymiaru zasiłku na poziomie kwoty najniższego wynagrodzenia pracowników ustalonej zgodnie z art. 77⁴ k.p., po odliczeniu kwoty odpowiadającej 18,71% tego wynagrodzenia, nawet jeśli pracodawca nie wypłaca pracownikowi wynagrodzenia (np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 września 2005 r., II UK 20/05, OSNAP z 2006 nr 13-14, poz. 222). Taki gwarancyjny charakter dla ustalenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego nie ma jednak zastosowania do ubezpieczonych niebędących pracownikami.

W ocenie Sądu Okręgowego, przy rozpatrywaniu zasadności przedstawionego poglądu, należy również rozważyć, czy taka regulacja jako pozbawiająca osoby niebędące pracownikami zasiłku chorobowego na „odpowiednim” poziomie - nie jest sprzeczna z zasadą równości przyjętą w art. 2a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. Nr 137, poz. 887 ze zm.). Niewyczerpujące wyliczenie tego, czego dotyczy zasada równości wynikająca z powołanego przepisu, oznacza jedynie to, że w sprawach związanych z regulacją zawartą w ustawie, nie ma podstaw prawnych do czynienia między ubezpieczonymi różnic związanych z płcią, stanem cywilnym, czy stanem rodzinnym. Nie oznacza to jednak, że wyłączone są różnice w rodzajach i sposobach obliczania świadczeń, różnych w odmiennych ubezpieczeniach. Z przepisu tego nie da się wywieść zakazu wprowadzania zróżnicowanych systemów ubezpieczenia społecznego dla pracowników i dla osób prowadzących działalność gospodarczą, a w konsekwencji różnicowania świadczeń przysługujących ubezpieczonym należącym do różnych systemów ubezpieczenia. Sąd Okręgowy podkreślił, że swoboda ustawodawcy do kształtowania systemów ubezpieczenia społecznego, w tym określania świadczeń w ramach poszczególnych systemów ubezpieczenia, jest szeroka, kwestia zaś celowości i słusz-

ności wprowadzenia odrębnej regulacji w ubezpieczeniu osób prowadzących działalność gospodarczą nie podlega ocenie sądów powszechnych rozpoznających sprawy z zakresu zabezpieczenia społecznego. Niewątpliwie zatem ustawodawca różnicuje sytuację ubezpieczonych w zakresie minimalnej wysokości podstawy wymiaru zasiłku chorobowego i w efekcie nie gwarantuje ubezpieczonym niebędącym pracownikami, których niezdolność do pracy powstała w drugim miesiącu ubezpieczenia, porównywalnej wysokości świadczenia w razie wystąpienia ryzyka ubezpieczeniowego w postaci niezdolności do pracy z powodu choroby. Zważywszy że, podstawa zarobkowania, a w konsekwencji tytuł ubezpieczenia, mogą stanowić uzasadnione kryterium dyferencjacji statusu ubezpieczonych w zakresie prawa do świadczeń i obliczenia podstawy jego wymiaru, ustawa zasiłkowa nie wprowadza w odniesieniu do osób niebędących pracownikami lub członkami rolniczych spółdzielni albo kółek rolniczych przymusu ubezpieczenia chorobowego (por. wyrok Sadu Najwyższego z 7 listopada 2001 r. II UKN 567/00, OSNAP z 2003 nr 14, poz.341).

Według drugiego poglądu, za którym opowiedział się Sąd Okręgowy, wykładnia art. 48 ustawy zasiłkowej powinna uwzględniać fakt, że celem przepisów normujących zasady ustalenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego jest zapewnienie ubezpieczonemu świadczenia rekompensującego zarobek (przychód) utracony wskutek niezdolności do pracy w zamian za składkę finansowaną w całości przez pracownika (ubezpieczonego). Zarówno bowiem osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniem chorobowym, jak i osoby objęte nim dobrowolnie stanowią jedną grupę, posiadającą wspólną relewantną cechę, jaką jest status ubezpieczonego objętego ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa. Zróżnicowanie uprawnień w zakresie prawa do świadczeń i sposobu ich wyliczenia z tytułu tego ubezpieczenia, w oparciu o kryterium związane z obowiązkowym bądź dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, jest zatem dowolne i przypadkowe. Natomiast decydującą jest okoliczność, iż zarówno osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniem chorobowym, jak i osoby prowadzące pozarolniczą działalność - objęte dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym - uiszczają składkę. Wysokość składek na ubezpieczenie chorobowe, wyrażona w stopach procentowych, jest jednakowa dla wszystkich ubezpieczonych. Sam fakt, że pewna grupa ubezpieczonych - osoby prowadzące pozarolniczą działalność - podlega ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie, nie powinien zatem przesądzać o prawie do zasiłku i braku gwarancji minimalnej wysokości podstawy jego wymiaru. Istotną cechą wszystkich tych osób, do której odnosi się ustawa zasił-

kowa, jest objęcie ubezpieczeniem chorobowym, co ma miejsce zarówno w wypadku osób objętych tym ubezpieczeniem obowiązkowo jak i dobrowolnie, a wszystkie podmioty charakteryzujące się w równym stopniu daną cechą istotną (relewantną) powinny być traktowane równo, bez zróżnicowań zarówno dyskryminujących, jak i faworyzujących. Podobny pogląd wyraził Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 6 marca 2007 r., P 45/06 (OTK 2007 nr 3, poz. 22), analizując prawo do zasiłku opiekuńczego w aspekcie formy ubezpieczenia i zasad wyrażonych w art. 2 i art. 32 ust. 1 Konstytucji RP. Zdaniem Sądu Okręgowego, dokonując wykładni przedstawionego zagadnienia prawnego istotne powinno być odwołanie się do funkcji i celu prawa do zasiłku chorobowego. Prawo do tego świadczenia dyktowane jest koniecznością ochrony wywołanej przez chorobę w zarobkowaniu. Ryzyko z tego tytułu, które „ustawodawca zdecydował się finansować ma ekwiwalent w składce, co w konsekwencji wskazuje na nieracjonalność, przyjętego na gruncie pierwszego stanowiska, dyskryminowania ubezpieczonych niebędących pracownikami, których niezdolność do pracy powstała w drugim miesiącu kalendarzowym - w zakresie obliczenia podstawy wymiaru zasiłku. Świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa mają na celu pokrycie szkody spowodowanej zejściem danego rodzaju ryzyka, tj. określonej sytuacji życiowej, z której wystąpieniem wiąże się opłacenie składki. Jednocześnie mają stanowić ekwiwalent za brak możliwości uzyskiwania przychodu z powodu zaistnienia ryzyka ubezpieczeniowego”.

Nie bez znaczenia jest przy tym okoliczność, że finansowanie składki na ubezpieczenie chorobowe osób objętych tym ubezpieczeniem obowiązkowo, jak i dobrowolnie, następuje w całości ze środków samych ubezpieczonych (art. 16 ust. 2 i art. 16 ust. 4 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Wysokość składki na ubezpieczenie chorobowe wyrażona jest w formie stopy procentowej, jednakowej dla wszystkich ubezpieczonych bez względu na to, czy dotyczy ubezpieczenia obowiązkowego, czy dobrowolnego, wynosi 2,45 % podstawy wymiaru (art. 15 ust. 1 w związku z art. 22 ust. 1 pkt 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe osób objętych obowiązkowo tym ubezpieczeniem (poza osobami odbywającymi służbę zastępczą), stosownie do art. 18 ust. 1 w związku z art. 20 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, stanowi przychód w rozumieniu art. 4 pkt 9 i 10 tej ustawy. W przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność objętych dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym podstawę wymiaru składek stanowi, co do zasady, stosownie do art. 18 ust. 8 w związku z art. 20 ust. 1 ustawy o

systemie ubezpieczeń społecznych, zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Biorąc pod uwagę, że „składki uiszczane zarówno przez osoby podlegające ubezpieczeniu chorobowemu obowiązkowo, jak i dobrowolnie - obliczane są według tej samej stopy procentowej, nie jest uzasadnione, zdaniem Sądu Okręgowego, zróżnicowanie zakresu świadczeń z tytułu tego ubezpieczenia. Co więcej, osoby prowadzące pozarolniczą działalność uiszczają składkę na ubezpieczenie chorobowe od podstawy wymiaru, która nie może być niższa od 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, podczas gdy osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniem chorobowym uiszczają składkę na to ubezpieczenie od podstawy wymiaru, którą stanowi przychód, co np. w przypadku pracownika oznacza możliwość uiszczania składki na ubezpieczenie chorobowe od przychodu odpowiadającego minimalnemu wynagrodzeniu, określonego w ustawie z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz.U. Nr 200, poz. 1679, ze zm.)”.

W świetle tych wywodów wykładnia zaakceptowana przez organ rentowy pozwalająca w zakresie przyjętej podstawy wymiaru zasiłku - na uzyskiwanie większych korzyści przez osoby objęte ubezpieczeniem obowiązkowo - budzi istotne wątpliwości. W ocenie Sądu, wysokość podstawy wymiaru zasiłku chorobowego należy ściśle wiązać z zasadą proporcjonalności, co oznaczać powinno ekwiwalentność otrzymywanego zasiłku do wysokości opłacanej składki oraz „niedopuszczalność różnicowania sytuacji ubezpieczonych przy obliczaniu wysokości tego świadczenia”. W konsekwencji, podstawę wymiaru zasiłku w przypadku zaistnienia przerwy w ubezpieczeniu chorobowym, która nie przekroczyła 30 dni i która na zasadzie art. 4 ust. 2 ustawy zasiłkowej pozwala na wliczenie poprzedniego okresu tego ubezpieczenia, powinien stanowić przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Taka przerwa jedynie zawiesza bieg okresu ubezpieczenia chorobowego, ale go nie przerywa i nie powoduje rozpoczęcia nowego okresu trwania ubezpieczenia chorobowego. W zaistniałej sytuacji należy stosować zasadę wyrażoną w art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej, ustalając podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ubezpieczonego niebędącego pracownikiem z okresu 12 miesięcy, „a nie z pierwszego po krótkiej przerwie, nawet niepełnego miesiąca”. Tylko przyjęcie tego rodzaju „zdroworozsądkowej” interpretacji, wzmocnionej wykładnią funkcjonalną przepisów normujących zasady ustalenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego - pozwoli uniknąć obliczania zasiłku chorobowego dla osób,

które nie są pracownikami „na absurdalnym i komicznym poziomie”. Wobec tych wątpliwości Sąd Okręgowy w uznał, że przedstawiona kwestia jest zagadnieniem prawnym w rozumieniu art. 390 k.p.c.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Wstępnie należy podkreślić, że również na gruncie bezwzględnie obowiązującej natury prawnej norm prawa ubezpieczeń społecznych niedopuszczalna jest wykładnia przepisów tego prawa prowadząca *ad absurdum*, której rezultaty, tak jak w rozpoznawanej sprawie w postaci niedopuszczalnego uznania za legalne praktyk ustalania i wypłaty zasiłku chorobowego w symbolicznej wysokości (w rozpoznawanej sprawie w kwocie 1,14 zł brutto za każdy dzień niezdolności do prowadzenia działalności gospodarczej), są racjonalnie bulwersujące, a ponadto sprzeczne z przepisami prawa, z zasadami sprawiedliwości, a nawet z poczuciem elementarnej przyzwoitości. Wykładnia, której nie podzielił Sąd Najwyższy, oparta jest na założeniu, że pojęcie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego jest inna dla nabycia prawa do zasiłku chorobowego a inne dla ustalenia podstawy jego wymiaru, oraz w konsekwencji dla wyliczenia wysokości należnego zasiłku chorobowego. Organ ubezpieczeń społecznych zdaje się przyjmować, że jedynie przy ocenie przysługiwania prawa do zasiłku chorobowego, które zostało uzależnione - co do zasady - od posiadania tzw. okresu wyczekiwania, do okresów nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego wlicza się poprzednie okresy tego ubezpieczenia, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni (art. 4 ust. 2 ustawy zasiłkowej). Natomiast taką możliwość wykluczył przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, która w każdym przypadku, a zatem także w razie nieprzekraczających 30 dni przerw w podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu, liczy się jakoby zawsze od nowa (od początku) każdego wznowionego okresu ubezpieczenia chorobowego z tytułu pozarolniczej działalności. Tymczasem, w ocenie Sądu Najwyższego, nie ma uzasadnienia takie różnicowanie kategorii nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, które powinno być jednolite dla każdego celu wynikającego z przepisów ustawy zasiłkowej. Gdyby było inaczej, to ustawa zasiłkowa powinna określać jednoznacznie i wyraźnie zakresy różnego rozumienia lub odniesienia pojęcia nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego dla określonych celów, np. odmiennego dla nabycia prawa, a innego dla ustalenia wysokości przysługujących świadczeń z tego ubezpieczenia. Jeżeli ta-

kiego ustawowego zróżnicowania nie można jednoznacznie i bez jakichkolwiek wątpliwości ustalić i uzasadnić, to pojęcie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego musi być rozumiane i wykładane jednolicie na gruncie przepisów ustawy zasiłkowej. Dlatego Sąd Najwyższy uznał, iż nieprzekraczające 30 dni przerwy w podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu nie prowadzą do rozpoczynania na nowo (lub od początku) nowego ubezpieczenia chorobowego, bo okresy takich przerw (uznane za legalne i usprawiedliwione w konkretnych okolicznościach danej sprawy), nie przerywają tego ubezpieczenia w rozumieniu przepisów ustawy zasiłkowej, które jest nieprzerwanym ubezpieczeniem chorobowym w rozumieniu art. 4 ust. 2 i art. 36 ust. 4 w związku z art. 48 ust. 1 i 2 ustawy zasiłkowej.

Skoro w rozpoznawanej sprawie ubezpieczony od wielu lat (od 1996 r.) podlegał między innymi dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, z nieprzekraczającymi 30 dni przerwami w podleganiu temu ubezpieczeniu, to należało uznać je za nieprzerwane dla celów wynikających z przepisów ustawy zasiłkowej. W konsekwencji, wysokość podstawy należnego mu zasiłku chorobowego poddawała się regułom określonym w art. 48 ust. 1 ustawy, co oznaczało, iż wymagała ona ustalenia od przychodu za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała u ubezpieczonego niezdolność do prowadzenia pozarolniczej działalności z powodu choroby, trwającej od 12 do 20 marca 2007 r. W ramach takich reguł ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego ubezpieczony uzyska to świadczenie w wysokości proporcjonalnej do okresu niezdolności do prowadzenia pozarolniczej działalności, która zrekompensuje mu utracony przeciętny przychód, obliczony od podstawy wymiaru z 12 miesięcy kalendarzowych, poprzedzających miesiąc powstania niezdolności do prowadzenia pozarolniczej działalności z powodu choroby, za które opłacił składki w systemie dobrowolnych ubezpieczeń chorobowych. Rozstrzygnięcie takie zapewni równe traktowanie osób ubezpieczonych objętych obowiązkowymi i dobrowolnymi ubezpieczeniami chorobowymi, które z tytułu opłacania składek na te ubezpieczenia w takiej samej procentowo stawce powinny być równo traktowane, bez zróżnicowań dyskryminujących lub faworyzujących, tak aby zasiłek chorobowy spełniał funkcję ustawowego świadczenia gwarantującego uzyskanie proporcjonalnych - do przychodu stanowiącego podstawę pobranych składek na ubezpieczenie chorobowe - środków utrzymania na wypadek wystąpienia ryzyka ubezpieczeniowego (choroby wykluczającej uzyskiwanie przychodów z pracy lub prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej).

Mając na uwadze przedstawione i uwzględnione zasady wykładni gramatycznej, celowościowej i systemowej Sąd Najwyższy uznał, że jeżeli przerwy w podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu nie przekraczały 30 dni, to przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem, którą stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy (art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej), uwzględnia się przeciętny miesięczny przychód z tych 12 miesięcy nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego w rozumieniu art. 4 ust. 2 tej ustawy. I takie stanowisko zawiera podjęta uchwała.

=====