



Sygn. akt I UK 376/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 lipca 2015 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Małgorzata Wrębiakowska-Marzec (przewodniczący)

SSN Bogusław Cudowski

SSN Maciej Pacuda (sprawozdawca)

Protokolant Ewa Wolna

w sprawie z odwołania M. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych

o zasiłek macierzyński,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych w dniu 9 lipca 2015 r.,

skargi kasacyjnej ubezpieczonej od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w K.

z dnia 15 kwietnia 2014 r.,

1) oddała skargę kasacyjną,

**2) zasądza od ubezpieczonej na rzecz organu rentowego
kwotę 120 (sto dwadzieścia) złotych tytułem kosztów zastępstwa
prawnego w postępowaniu kasacyjnym.**

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzją z dnia 12 grudnia 2012 r. ustalił, że podstawa wymiaru zasiłku macierzyńskiego dla ubezpieczonej M. S., za okres od dnia 17 sierpnia 2012 r. do dnia 10 lutego 2013 r., wynosi 388,31 zł.

Sąd Rejonowy wyrokiem z dnia 24 września 2013 r. oddalił odwołanie wniesione przez ubezpieczoną od tej decyzji.

Sąd Rejonowy ustalił, że ubezpieczona M. S. prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą, polegającą na prowadzeniu kancelarii adwokackiej, nieprzerwanie od dnia 1 października 2011 r. do dnia 26 sierpnia 2012 r. Z tego tytułu dokonała zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych emerytalnego i rentowego, zdrowotnych oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 października 2011 r. W dniu 8 czerwca 2012 r. ubezpieczona złożyła z kolei w organie rentowym druk ZUS ZWUA, rezygnując z podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 stycznia 2012 r.

W dniu 8 sierpnia 2012 r. ubezpieczona wpłaciła kwotę 2.892,68 zł tytułem składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za lipiec tego roku, deklarując podstawę wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w kwocie 9.115,23 zł. Należna od tej podstawy składka wynosiła jednak 2.907,75 zł. W dniu 10 września 2012 r., tj. po obowiązującym terminie, ubezpieczona opłaciła różnicę w kwocie 15,07 zł. Natomiast w dniu 18 czerwca 2013 r. złożyła fakturę korygującą za lipiec 2013 r., zmieniając zadeklarowaną wcześniej wysokość podstawy wymiaru składki z kwoty 9.115,23 zł na kwotę 8.500,00 zł. Ubezpieczona opłaciła składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za sierpień 2012 r. w obowiązującym terminie i w pełnej wysokości. W dniu 10 sierpnia 2012 r. złożyła zaś wniosek o przystąpieniu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, wskazując jako datę przystąpienia do tego ubezpieczenia dzień 1 lipca 2012 r.

Powołując się na tak ustalony stan faktyczny sprawy, Sąd pierwszej instancji zważył, że istotą sporu w tej sprawie było ustalenie daty, od której ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Zdaniem ubezpieczonej, podlegała ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 lipca 2012 r. z uwagi na opłacenie w dniu 8 sierpnia 2012 r. składki za lipiec 2012 r., natomiast zdaniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych objęcie ubezpieczonej dobrowolnym

ubezpieczeniem chorobowym nastąpiło od dnia 10 sierpnia 2012 r., kiedy to złożyła ona wniosek o objęcie przedmiotowym ubezpieczeniem.

Sąd pierwszej instancji wywiódł z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz art. 14 ust. 1 i 1a tej ustawy, że w przypadku wcześniejszego ustania tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego. Posiłkując się orzecznictwem Sądu Najwyższego, Sąd pierwszej instancji stwierdził również, że wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym nie może być złożony w sposób dorozumiany, lecz ma być wyraźny i jednoznaczny. Nie jest więc wystarczające samo opłacanie przez zainteresowanego składek na to ubezpieczenie oraz przyjmowanie tych składek przez organ rentowy.

Sąd Rejonowy stwierdził zatem, że skoro ubezpieczona złożyła wniosek o przystąpieniu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w dniu 10 sierpnia 2012 r., to objęcie jej tym ubezpieczeniem nastąpiło od tego właśnie dnia. Fakt, że wcześniej, czyli w dniu 8 sierpnia 2012 r. opłaciła ona składkę za lipiec 2012 r. jest natomiast dla ustalenia daty objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym bez znaczenia, skoro ubezpieczona w dniu 8 czerwca 2012 r. wyrejestrowała się z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, a ponowne jej zarejestrowanie wymagało złożenia nowego wniosku, gdyż samo opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w dniu 8 sierpnia 2012 r., czyli po ustaniu w czerwcu 2012 r. dobrowolnego tytułu ubezpieczenia, nie powoduje trwania ochrony.

Sąd pierwszej instancji stwierdził również, że skoro ubezpieczona złożyła wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w formie dokumentu ZUS ZUA w dniu 10 sierpnia 2012 r., to ten wniosek był wyraźnym i jednoznacznym przejawem jej woli zgłoszenia się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i nie ma podstaw, aby poszukiwać dorozumianego złożenia wniosku przez wcześniejsze opłacenie składki. Sąd Rejonowy wyjaśnił również, że art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wskazuje jako datę objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym datę złożenia wniosku i że nie jest możliwe objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem, w tym także chorobowym,

od wcześniejszej daty niż data, w której wniosek został zgłoszony. Ubezpieczona zgłosiła wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym odrębnie, niezależnie od objęcia ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym (którym została objęta z dniem 1 października 2011 r.), ponieważ w międzyczasie wyrejestrowała się z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W takiej sytuacji ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym nie może być dokonane z datą wcześniejszą niż data złożenia wniosku, a dniem objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym będzie data, w której wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym niezależny od złożenia wniosku o objęcie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym został złożony.

Na marginesie Sąd pierwszej instancji podniósł również, że ubezpieczona bezspornie opłaciła składkę od zadeklarowanej pierwotnie kwoty w zaniżonej wysokości i nie kwestionowała, że dopłaciła pozostałą część składki po terminie, tj. we wrześniu 2012 r. Dlatego, „nawet przy przyjęciu interpretacji słuszności dorozumianego objęcia ubezpieczeniem nie mogła zostać objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 lipca 2012 r., a co najwyżej od miesiąca, za który opłaciła składkę w prawidłowej wysokości i terminie”.

W następstwie ustalenia, że ubezpieczona została objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 10 sierpnia 2012 r. i że jej prawo do zasiłku macierzyńskiego powstało w dniu 27 sierpnia 2012 r., Sąd Rejonowy uznał, że do ubezpieczonej nie mają zastosowania reguły z art. 48 ust.1 i odpowiednio stosowany art. 36 ust. 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Sąd wyjaśnił, że reguł tych nie stosuje się do ubezpieczonej, której prawo do świadczeń powstało w pierwszym miesiącu po przystąpieniu do ubezpieczenia, w związku z czym okres ubezpieczenia przed urodzeniem dziecka nie trwał przez co najmniej jeden pełny miesiąc. Podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego, do którego prawo powstało w pierwszym miesiącu kalendarzowym niepoprzedzonego innym ubezpieczeniem dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, określa art. 49 pkt 1 ustawy z 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa jako najniższą podstawę wymiaru składek na to ubezpieczenie po odliczeniach, o których mowa w

art. 3 pkt 4 tej ustawy, bez względu na wysokość kwoty zadeklarowanej na podstawie art. 18 ust. 8 lub art. 18a ust. 1 u.s.u.s.

Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 15 kwietnia 2014 r. oddalił apelację wniesioną przez ubezpieczoną od wyroku Sądu pierwszej instancji, uznając wszystkie sformułowane w tej apelacji zarzuty za bezpodstawne.

Zdaniem Sądu Okręgowego, opisany w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku stan faktyczny potwierdza jednoznacznie, że ubezpieczona, podlegająca dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą i zgłoszeniem dokonany w dniu 29 września 2011 r., złożyła następnie w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w dniu 8 czerwca 2012 r., druk ZUS ZWUA, rezygnując z opłacania składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe od dnia 1 stycznia 2012 r. Jak oświadczyła w Sądzie pierwszej instancji, wyrejestrowania dokonała w celu podniesienia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia chorobowe. Ta czynność ubezpieczonej spowodowała, że zgodnie z art. 14 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, ustało *ex lege* dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonej nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został złożony, tj. od dnia 8 czerwca 2012 r.

Nie jest kwestią, że po wskazanej wyżej dacie pierwsze czynności ubezpieczonej mające na celu ponowne uzyskanie tytułu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego (w sytuacji gdy innego tytułu do tego ubezpieczenia nie posiadała), zostały podjęte przez nią w dniu 8 sierpnia 2012 r. i polegały na tym, że bez uprzedniego wniosku o objęcie takim ubezpieczeniem, niezbędnego według ustawy do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, ubezpieczona wpłaciła na rachunek ZUS składkę na ubezpieczenie chorobowe z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w wysokości 2.892,68 zł, która według treści przelewu była składką na ubezpieczenie chorobowe za lipiec 2012 r. Bezsporne jest też, że wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem ubezpieczona wypełniła i złożyła dopiero w dniu 10 sierpnia 2012 r.

Sąd Okręgowy podkreślił, że „subsumcja prawna tych bezspornych faktów” potwierdza, że wskutek uprzedniego dobrowolnego wyrejestrowania się przez

ubezpieczoną z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i wygaśnięcia w okolicznościach z art. 14 ust. 2 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych tytułu ubezpieczenia chorobowego oraz braku jakiegokolwiek innego tytułu ubezpieczenia chorobowego po dacie wyrejestrowania, ponowne objęcie ubezpieczoną dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym na zasadach ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, nastąpiło (według bezwzględnie wiążącej normy art. 14 ust. 1 i 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. Wbrew temu, co sugeruje ubezpieczona, ani art. 14 ust. 1, ani art. 14 ust 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, ani żadne inne przepisy tej ustawy lub ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie przewidują natomiast objęcia osób, które mogą podlegać dobrowolnym ubezpieczeniom chorobowym, od daty wcześniejszej niż data złożenia wniosku. Osoby te mogą we wniosku wskazać inną (późniejszą) datę zgłoszenia, ale tylko wtedy, gdy dokonały zgłoszenia do ubezpieczenia emerytalnego i rentowego w terminie określonym w art. 36 ust. 4 ustawy (art. 14 ust 1a u.s.u.s.). Taki stan prawny oznacza, że nawet gdyby ubezpieczona złożyła wymagany przez ustawę wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w tej samej dacie, gdy na rachunek ZUS wpłaciła składkę z prawnie irrelevantną deklaracją w przelewie, że jest to składka za lipiec 2014 r., czyli w dniu 8 sierpnia 2012 r., to i tak, zgodnie z bezwzględnie ważącymi przepisami ustawy, dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym zostałaby objęta nie wcześniej niż od tego dnia. Poprawne jest zatem ustalenie Sądu pierwszej instancji, że w sytuacji, gdy zdarzenie uzasadniające wypłatę zasiłku macierzyńskiego wystąpiło w dniu 27 sierpnia 2012 r., czyli przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego (liczonego od daty, w której ubezpieczona na wniosek objęta została w sierpniu 2012 r. dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym), to podstawą wymiaru zasiłku macierzyńskiego dla ubezpieczonej była, zgodnie z art. 52 w związku z art. 49 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, najniższa podstawa wymiaru zasiłku macierzyńskiego, czyli kwota wskazana w decyzji ZUS.

Sąd Okręgowy stwierdził również, że skoro do powstania tytułu do dobrowolnego ubezpieczenia społecznego ustawa wymaga złożenia wniosku i opłacenia należnych składek w terminie określonym w ustawie, to bez znaczenia dla rozstrzygnięcia tego sporu jest to, iż ubezpieczona bez złożenia wniosku wpłaciła na konto ZUS jakąś kwotę z informacją, że jest to składka za miesiąc kalendarzowy poprzedzający miesiąc, w którym nastąpiła wpłata i będąca tego konsekwencją okoliczność, że w ewidencji prowadzonej przez ZUS, w wykazie obejmującym dane na temat faktu i wielkości opłaconych składek w miesiącach lipcu i sierpniu 2012 r., została zamieszczona informacja wskazująca realne wartości kwot wpłaconych przez ubezpieczoną na konto ZUS jako składki. Dlatego Sąd drugiej instancji oddalił wniosek dowodowy ubezpieczonej, zgłoszony dopiero na rozprawie apelacyjnej, powołując się w tym zakresie na art. 381 k.p.c. w zw. z art. 327 k.p.c.

W opinii Sądu Okręgowego, nie ma także uzasadnienia w normatywnej treści przepisów sformułowany w apelacji zarzut naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 49 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Niesporny stan faktyczny i systemowa wykładnia tego przepisu na tle pozostałych przepisów o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa i ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych potwierdzają bowiem, że na mocy art. 52 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, właśnie na podstawie tego przepisu należało ustalić podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego dla ubezpieczonej w okresie objętym kwestionowaną w odwołaniu decyzją.

Ubezpieczona M. S. wniosła skargę kasacyjną od wyroku Okręgowego z dnia 15 kwietnia 2014 r., zaskarżając ten wyrok w całości i zarzucając mu w pierwszej kolejności naruszenie przepisów postępowania, to jest:

(-) art. 378 § 1 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. i art. 328 § 2 k.p.c., przez brak wskazania w uzasadnieniu orzeczenia Sądu Okręgowego podstawy prawnej skutkującej brakiem możliwości uznania objęcia ubezpieczonej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym do dnia 1 lipca 2012 r., mimo że - zgodnie z art. 36 ust. 5 w związku z art. 14 ust. 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych –

„objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, co też ubezpieczona uczyniła przed dniem 7 października 2011 r. przystępując do ubezpieczenia społecznego”,

(-) art. 226 k.p.c. w związku z art. 228 § 2 k.p.c., art. 229 k.p.c., art. 233 k.p.c. i art. 381 k.p.c., przez oddalenie wniosku dowodowego ubezpieczonej przez Sąd drugiej instancji, mimo że „potrzeba powołania na wniosek dowodowy wynika później celem potwierdzenia dokonania (faktu przyznanego przez stronę przeciwną) wpłaty na ubezpieczenia chorobowe za pełny miesiąc lipiec 2012 r.”.

Skarżąca powołała się również na naruszenie przepisów prawa materialnego, to jest:

(-) art. 14 ust. 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, przez błędną wykładnię to jest przyjęcie, że nie jest możliwe objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym od dnia wskazanego we wniosku w sytuacji, gdy dokonanie zgłoszenia ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostało dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, a art. 14 ust. 1a ustawy wskazuje, że objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku;

(-) art. 11 ust. 2 w związku z 14 ust. 1 i 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, przez błędną wykładnię, to jest przyjęcie, że „nie jest możliwym objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w sposób dokonania wpłaty składki na ubezpieczenie chorobowe i brak kwestionowania przedmiotowej wpłaty przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych jako świadczenia nienależnego wobec braku uprzedniego złożenia wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym”; przyjęcie, że wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga obligatoryjnie złożenia pisemnego wniosku, co nie wynika z żadnego przepisu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, a ewentualny skutek pisemnego wniosku zgodnie z art. 36 ust. 7 ustawy dotyczy potwierdzenia prawdziwości danych zawartych w zgłoszeniu, a nie do konstytutywnego powstania prawa do objęcia ubezpieczeniem chorobowym,

(-) art. 36 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, przez błędną wykładnię, to jest przyjęcie, że nie jest możliwe złożenie wniosku o objęcie ubezpieczeniem chorobowym w sposób dorozumiany - przez dokonanie wpłaty należności za dany miesiąc celem objęcia ubezpieczeniem chorobowym, co niewątpliwie stanowi „wniosek o objęcie ubezpieczeniem chorobowym”,

(-) art. 49 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w związku z art. 20 ust. 1 i 2 i w związku z art. 18 ust. 1, 1a i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, przez niewłaściwe zastosowanie, to jest przyjęcie, że podstawę wymiaru zasiłku dla ubezpieczonej stanowi najniższa podstawa wymiaru składek, mimo że ubezpieczona była objęta wnioskiem o ubezpieczenie chorobowe od dnia 1 lipca 2012 r. (który złożyła w dniu 10 sierpnia 2012 r., wskazując na objęcie ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 lipca 2012 r.), zgodnie z art. 11 ust. 2 w związku z art. 14 ust. 1 i 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz w związku z dokonaniem płatności niekwestionowanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc lipiec 2012 r. zgodnie z wnioskiem z dnia 10 sierpnia 2012 r., skutkującej objęciem ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 lipca 2012 r. w wysokości innej, aniżeli wskazana w art. 49 ust. 1 pkt 1 „ustawy macierzyńskiej” z dnia 25 czerwca 1999 r. w związku z art. 20 ust. 1 i 2, w związku z art. 18 ust. 1, 1a i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych;

(-) art. 49 ust. 1 pkt 1 „ustawy macierzyńskiej”, przez niewłaściwe zastosowanie, to jest przyjęcie, że podstawę wymiaru zasiłku stanowi dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek, najniższa miesięczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, w sytuacji gdy nie dokonano objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, przez co nie określono najniższej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, a dyspozycja art. 49 ust. 1 pkt 1 „ustawy macierzyńskiej” *in fine* w zakresie sformułowania „dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek” nie odnosi się do składek ubezpieczenia emerytalnego i rentowego, a może odnosić się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Powołując się na tak sformułowane zarzuty kasacyjne, skarżąca wniosła o „uchylenie w całości zaskarżonego orzeczenia Sądu Okręgowego z dnia 15 kwietnia 2014 r. i zmianę zaskarżonego orzeczenia w całości przez orzeczenie, że podstawę wymiaru zasiłku ubezpieczonej stanowi kwota zadeklarowana przez ubezpieczoną od 1 lipca 2012 r. do 27 sierpnia 2012 r., tj. 8 500 zł, względnie o uchylenie zaskarżonego orzeczenia Sądu Okręgowego z dnia 15 kwietnia 2014 r. w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi drugiej instancji”.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna nie ma uzasadnionych podstaw. Jest ona oparta na zarzutach sformułowanych w ramach obu podstaw zaskarżenia. Dlatego też Sąd Najwyższy uważa za stosowane ustosunkować się w pierwszej kolejności do podniesionych w skardze zarzutów naruszenia przepisów postępowania (art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c.).

Wstępnie Sąd Najwyższy stwierdza, że są one wadliwie skonstruowane, gdyż dla zachowania prawidłowej formy skargi kasacyjnej opartej na podstawie z art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c. konieczne jest nie tylko wskazanie przepisów postępowania, które miały zostać naruszone i określenie, na czym to naruszenie polegało, ale także przedstawienie wyводу wykazującego, że uchybienie to mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 maja 2013 r., IV CSK 664/12, LEX nr 1365726, a także postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 1997 r., III CKN 13/97, OSNC 1997 nr 8, poz. 114 oraz powołane tam orzeczenia). Nie chodzi przy tym o czysto teoretyczną możliwość takiego wpływu lecz o wykazanie, że w okolicznościach danej sprawy ten wpływ był realny. Tymczasem skarżąca nie tylko w ogóle nie podejmuje próby wykazania, że taki był skutek naruszenia powołanych przez nią przepisów postępowania, ale nawet nie deklaruje, że naruszenie owych przepisów mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy.

Niezależnie od powyższych stwierdzeń Sąd Najwyższy stoi na stanowisku, iż nie jest zrozumiałe, dlaczego skarżąca powołuje się na naruszenie przez Sąd drugiej instancji art. 378 § 1 k.p.c., jeśli zważyć, że wynikający z art. 378 § 1 zdanie

pierwsze k.p.c. obowiązek rozpoznania sprawy w granicach apelacji oznacza zakaz wykraczania przez sąd drugiej instancji poza te granice oraz nakaz wzięcia pod uwagę i rozważenia wszystkich podniesionych w apelacji zarzutów i wniosków. Tymczasem skarżąca wiąże zarzut naruszenia powołanego przepisu z niewskazaniem przez Sąd drugiej instancji „podstawy prawnej skutkującej brakiem możliwości uznania objęcia Ubezpieczonej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 lipca 2012 r.”, a więc, jak się zdaje, nie z wadliwym procedowaniem, lecz z błędem na etapie subsumcji polegającym na niezastosowaniu odpowiedniego do ustalonych okoliczności faktycznych sprawy przepisu prawa materialnego.

Z tych samych przyczyn za nieuzasadniony należy uznać także zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. Wypada dodać, że zgodnie z treścią tych przepisów uzasadnienie wyroku wydanego przez sąd drugiej instancji powinno w szczególności zawierać wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, a mianowicie: ustalenie faktów, które sąd uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej, oraz wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa. W przypadku oddalenia apelacji i podzielenia w całości ustaleń faktycznych i oceny dowodów dokonanych przez sąd pierwszej instancji, sąd apelacyjny nie musi jednak ponownie przytaczać tych samych ustaleń i tej samej oceny prawnej owych ustaleń. Naruszenie przez sąd drugiej instancji art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. może zatem stanowić usprawiedliwioną podstawę skargi kasacyjnej tylko wtedy, gdy uzasadnienie zaskarżonego wyroku nie posiada wszystkich koniecznych elementów konstrukcyjnych, bądź zawiera tak kardynalne braki, które uniemożliwiają kontrolę kasacyjną tego wyroku (por. pośród wielu wyrok Sądu Najwyższego z 9 marca 2006 r., I CSK 147/05, LEX nr 190753). Zdaniem Sądu Najwyższego, uzasadnienie zaskarżonego wyroku Sądu Okręgowego w oczywisty sposób nie zawiera takich braków. Ponadto, wbrew stanowisku skarżącej, Sąd drugiej instancji wyjaśnił w nim podstawę prawną swego rozstrzygnięcia, podkreślając między innymi, że „wskutek uprzedniego dobrowolnego wyrejestrowania się przez odwołującą z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i wygaśnięcia w okolicznościach z art. 14 ust. 2 pkt 1

ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych tytułu ubezpieczenia chorobowego oraz braku jakiegokolwiek innego tytułu ubezpieczenia chorobowego odwołującej po dacie wyrejestrowania, ponowne objęcie odwołującej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym na zasadach z ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, nastąpiło (według bezwzględnie wiążącej normy z art. 14 ust.1 i 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony”. Sąd Okręgowy podniósł również, że „na mocy art. 52 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (...), przy braku szczególnej regulacji dotyczącej podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego w stanie faktycznym, w jakim znalazła się M. S.”, podstawa wymiaru zasiłku macierzyńskiego dla odwołującej się w okresie objętym kwestionowaną w odwołaniu decyzją winna zostać ustalona zgodnie z art. 49 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Nie jest uzasadniony także zarzut naruszenia art. 226 k.p.c. w związku z art. 228 § 2 k.p.c., art. 229 k.p.c., art. 233 k.p.c. i art. 381 k.p.c., którego skarżąca upatruje w oddaleniu przez Sąd drugiej instancji wniosku dowodowego mającego na celu potwierdzenie dokonania (przyznanego przez stronę przeciwną) wpłaty składki na ubezpieczenie chorobowe za pełny miesiąc lipiec 2012 r. Abstrahując bowiem od tego, że poza art. 381 k.p.c. wszystkie wymienione w ramach tego zarzutu przepisy postępowania zostały powołane przez skarżącą w sposób oczywiście błędny, gdyż art. 226 k.p.c. stanowi jedynie o prawie strony do odwołania się od zarządzeń przewodniczącego wydanych w toku rozprawy, a więc nie może dotyczyć postępowania apelacyjnego, natomiast art. 228 § 2 k.p.c. i art. 229 k.p.c. określają właśnie przypadki, w których nie jest wymagane przeprowadzanie dowodu (co do faktów znanych sądowi urzędowo oraz przyznanych przez stronę przeciwną), należy podkreślić, iż Sąd Okręgowy wyjaśnił przyczyny oddalenia wniosku dowodowego skarżącej, powołując się na brak wpływu dowodu będącego przedmiotem owego wniosku na rozstrzygnięcie sprawy, a skarżąca nie przeciwstawiła temu stwierdzeniu jakichkolwiek argumentów. Uzasadnienie zarzutów ocenianej skargi kasacyjnej ogranicza się bowiem

wyłącznie do zarzutów sformułowanych w ramach pierwszej podstawy zaskarżenia (art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c.). Z kolei zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. w ogóle nie może być podstawą skargi kasacyjnej, gdyż bez wątpienia przepis ten dotyczy ustalenia faktów i oceny dowodów (art. 398³ § 3 k.p.c.).

W ocenie Sądu Najwyższego, nie są usprawiedliwione również zarzuty naruszenia prawa materialnego.

Stosownie do art. 11 ust. 2 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, podlegają ubezpieczeniu chorobowemu jedynie dobrowolnie, na swój wniosek. W myśl art. 36 ust. 3 powołanej ustawy obowiązek zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej, należy do tych osób. Zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy, osoby, które są obejmowane ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności, zgłaszają wniosek o objęcie ich ubezpieczeniem w terminie przez siebie wybranym, z tym że objęcie ich tymi ubezpieczeniami następuje od dnia wskazanego we wniosku, jednakże nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony (art. 14 ust. 1 ustawy). Wyjątek od tej zasady zawiera art. 14 ust. 1a, na podstawie którego objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4, to znaczy w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia. Dobrowolne ubezpieczenie ustaje z kolei w okolicznościach wymienionych w art. 14 ust. 2 ustawy, tj.: 1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony; 2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie – w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a; 3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

Dokonując wykładni powołanych wyżej przepisów, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00 (OSNP 2003 nr 10, poz. 257), wydanym w stanie faktycznym, w którym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego ustało z mocy prawa wskutek niedotrzymania ustawowego terminu zapłaty należnych składek na ten rodzaj ubezpieczenia, wyjaśnił, że ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga złożenia w tym zakresie ponownego wniosku przez zainteresowanego. Wykładnia językowa art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wskazuje bowiem na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Pogląd ten został następnie podtrzymany w wyroku z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11 (OSNP 2013 nr 5-6, poz. 68), w uzasadnieniu którego Sąd Najwyższy podkreślił, że w każdym przypadku ustania tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu (art. 14 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego, natomiast samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia społecznego. Nie można przyjąć dorozumianego oświadczenia zainteresowanego o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, gdyż brak do tego podstaw. Do stosunków ubezpieczenia społecznego - jako stosunków regulowanych prawem publicznym - nie ma zastosowania art. 60 k.c., zgodnie z którym wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny. Przepis ten reguluje składanie oświadczeń woli *per facta concludentia* w stosunkach cywilnych (regulowanych prawem prywatnym). Nie ma podstaw do odpowiedniego stosowania przepisów Kodeksu cywilnego do wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym. Przystąpienie do ubezpieczenia społecznego nie jest czynnością prawną prawa cywilnego, do której można stosować wymieniony przepis oraz inne przepisy Kodeksu cywilnego. Nie jest również czynnością prawa pracy, jak np. umowa o pracę, do której można byłoby na podstawie art. 300 k.p. stosować

odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego. Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny i jednoznaczny, nie jest wystarczające samo opłacanie przez zainteresowanego składek na to ubezpieczenie oraz przyjmowanie tych składek przez organ rentowy. Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności, a objęcie tym ubezpieczeniem realizuje się przez zgłoszenie stosownego wniosku (art. 11 ust. 2 i art. 36 ust. 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

Wypada również dodać, iż w orzecznictwie Sądu Najwyższego już wcześniej przyjmowano (tak np. w wyroku z 22 lipca 2009 r., I UK 70/09, LEX nr 529763, dotyczącym ubezpieczenia społecznego rolników), że samo faktyczne opłacanie składek na ubezpieczenie społeczne nie jest wystarczające do objęcia tym ubezpieczeniem. Także w wyroku z 28 listopada 2002 r., II UK 93/02 (LEX nr 577471), Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że sam fakt opłacania składek na ubezpieczenie społeczne przez osobę wyłączonej z możliwości objęcia tym ubezpieczeniem nie może rodzić skutków prawnych odmiennych od wyraźnej regulacji ustawowej. Realizacja zasady demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji RP) polega między innymi na tym, aby osoba nieuprawniona nie otrzymała świadczenia jej nienależnego; zakres i formy zabezpieczenia społecznego określa ustawa (art. 67 ust. 1 zdanie drugie Konstytucji). Również w najnowszych orzeczeniach, to jest w wyrokach z dnia 6 września 2012 r., II UK 36/12 i z dnia 26 listopada 2014 r., II UK 56/14, Sąd Najwyższy przyjmował, że co do zasady, ubezpieczenie społeczne powstaje nie wcześniej niż chwilą zgłoszenia wniosku, a wyjątek może stanowić jedynie równoczesne objęcie obowiązkiem ubezpieczeń społecznych emerytalnego i rentowych (o czym niżej będzie jeszcze mowa). Stanowisko judykatury w omawianym zakresie jest więc ugruntowane.

Podzielając w pełni przedstawione wyżej poglądy judykatury oraz odnosząc je do okoliczności faktycznych rozpoznawanej sprawy, Sąd Najwyższy w obecnym składzie uznaje zatem, że wyłączenie skarżącej na podstawie art. 14 ust. 2 ustawy systemowej z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, będące konsekwencją nieopłacania przez nią składek na to ubezpieczenie od stycznia 2012 r., potwierdzone dodatkowo złożeniem w organie rentowym w dniu 8 czerwca 2012 r.

odpowiedniej informacji na druku ZUS ZWUA, nie mogło być reaktywowane – jak chciałaby tego skarżąca – od dnia 1 lipca 2012 r. przez opłacenie w dniu 8 sierpnia 2012 r. składki, ponieważ ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymagało złożenia stosownego wniosku, który potwierdziłby zamiar ponownego przystąpienia do tego ubezpieczenia. Taki wniosek został natomiast zgłoszony przez skarżącą dopiero w dniu 10 sierpnia 2012 r., a zatem najwcześniej od tego właśnie dnia, zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy, skarżąca mogła zostać (i została) objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Sąd Najwyższy w obecnym składzie zauważa równocześnie, że w orzecznictwie sądowym pojawiają się wprawdzie poglądy, w myśl których złożenie wniosku o objęcie ubezpieczeniem społecznym nie jest warunkiem nawiązania stosunku ubezpieczenia społecznego, jeżeli wola podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej została ujawniona w sposób wyraźny (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 3 lutego 1989 r., II URN 299/99, niepublikowany i z dnia 16 sierpnia 2005 r., I UK 376/04, OSNP 2006 nr 11-12, poz. 195, OSP 2007 nr 7-8, poz. 95, z glosą I. Sierockiej oraz wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 3 listopada 2000 r., III AUa 774/00, OSA 2001 nr 2, poz. 5, wyrok Sądu Najwyższego), jednakże uznaje, że nie są one przekonujące, jeśli zważyć, że zarówno art. 11 ust. 2, jak i art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej wyraźnie uzależniają podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu od złożenia wniosku, który winien jednoznacznie potwierdzać zamiar podlegania takiemu ubezpieczeniu. Gdyby jednak przyjąć nawet, że wobec nieokreślenia w powołanych przepisach formy wspomnianego wniosku (choć z art. 36 ust. 3 tej ustawy zdaje się wynikać, że powinien on mieć formę zgłoszenia) za dzień objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym mógłby zostać uznany dzień dokonania wpłaty składki na to ubezpieczenie, to w okolicznościach faktycznych rozpoznawanej sprawy skarżąca dokonała takiej wpłaty w dniu 8 sierpnia 2012 r., a więc zaledwie na dwa dni przed zgłoszeniem. Nie powodowałoby to zaś jakiegokolwiek zmiany jej sytuacji prawnej. W szczególności bowiem zmiana owej sytuacji prawnej i objęcie skarżącej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 lipca 2012 r. nie mogłoby nastąpić na podstawie powoływanego w podstawach zaskarżenia art. 14 ust. 1a ustawy o systemie ubezpieczeń

społecznych. Co już wcześniej zostało podniesione, przepis ten przewiduje wyjątek od reguły określonej w art. 14 ust. 1. Na podstawie art. 14 ust. 1a objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku, ale tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4, czyli w ciągu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia emerytalno-rentowego. Ten szczególny przepis został wprowadzony w wyniku zmiany ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych od dnia 1 stycznia 2003 r. (Dz.U. z 2002 r. Nr 241, poz. 2074), a jego sens, wbrew odmiennemu stanowisku skarżącej, polega na ujednoliceniu chwili objęcia wszystkimi ubezpieczeniami społecznymi; z mocy prawa i na zasadzie dobrowolności, jednakże tylko wtedy, gdy objęcie tymi ubezpieczeniami następuje równocześnie. Chodzi w nim o to, że w sytuacji powstania obowiązku ubezpieczenia, osoba dokonująca zgłoszenia do ubezpieczeń obowiązkowych (zgodnie z art. 36 ust. 3 obowiązek zgłoszenia osób, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5, należy do tych osób) winna uczynić to w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia i jeśli dochowa tego terminu i w zgłoszeniu zawrze także wniosek o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, to będzie podlegać temu ubezpieczeniu od tej samej daty, co ubezpieczeniom obowiązkowym, czyli najwcześniej 7 dni licząc wstecz od dnia dokonania zgłoszenia zawierającego wniosek o objęcie również dobrowolnym ubezpieczeniem. W poprzednim stanie prawnym mogła natomiast powstać 6-dniowa różnica w datach początkowych poszczególnych ubezpieczeń, a zmiana prawa taki przypadek eliminuje, prowadząc do fikcji jednoczesnego zgłoszenia do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych oraz ubezpieczenia chorobowego na wniosek. Jeszcze raz wypada jednak podkreślić, że art. 14 ust. 1a ustawy systemowej znajdzie zastosowanie tylko w tym jednym przypadku. W stanie faktycznym rozpoznawanej sprawy, wiążącym Sąd Najwyższy w postępowaniu kasacyjnym (art. 398¹³ § 2 k.p.c.) zostało wszakże ustalone, że obowiązkowe ubezpieczenia społeczne, którym skarżąca podlegała, trwały nieprzerwanie od dnia 1 października 2011 r. i nie ustały. Ustało jedynie towarzyszące tym ubezpieczeniom w początkowym okresie dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, wobec czego w sierpniu 2012 r., kiedy to skarżąca zdecydowała się na ponowne

objęcie jej owym dobrowolnym ubezpieczeniem, nie wystąpiła z całą pewnością sytuacja, o której mowa w art. 36 ust. 4 ustawy systemowej, wobec czego art. 14 ust. 1a tej ustawy nie mógł znaleźć zastosowania. Objęcie skarżącej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musiało zatem nastąpić w terminie, o którym mowa w art. 14 ust. 1, to jest nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony.

Reasumując ten wątek rozważań Sąd Najwyższy uznaje, że sformułowane w ocenianej skardze kasacyjnej zarzuty naruszenia art. 11 ust. 2, art. 14 ust. 1 i 1a i art. 36 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych są nieuzasadnione.

Odnosząc się natomiast do zarzutów naruszenia art. 49 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w związku z art. 20 ust. 1 i 2 w zw. z art. 18 ust. 1, 1a i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przez przyjęcie, że podstawę wymiaru zasiłku dla ubezpieczonej stanowi najniższa podstawa wymiaru składek, Sąd Najwyższy stwierdza, co następuje.

Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego przysługującego osobie ubezpieczonej niebędącej pracownikiem, w tym prowadzącej pozarolniczą działalność na podstawie przepisów o działalności gospodarczej, stosuje się art. 48 - 52 ustawy o świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa oraz – na podstawie art. 52 – odpowiednio przepisy tej ustawy dotyczące sposobu określania podstawy wymiaru zasiłku ubezpieczonym pracownikom. W odniesieniu do zasiłku macierzyńskiego są to przepisy art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust. 1, art. 42, art. 43, art. 48 ust. 1 oraz art. 49 i art. 50.

Stosownie do art. 48 ust. 1 ustawy, zasiłek oblicza się od kwoty przychodu osiągniętego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Uwzględniając, że ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność gospodarczą jest ubezpieczeniem dobrowolnym, w zależności od czasu, który upływa od chwili zgłoszenia do tego ubezpieczenia do chwili ziszczenia się ryzyka ubezpieczenia i powstania prawa do świadczeń, za podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego przyjmuje się albo przychód z 12 miesięcy ubezpieczenia (art. 48 ust. 1), albo przychód osiągnięty w okresie krótszym, jeżeli przesłanka prawa do świadczeń wypełniła się przed upływem 12 miesięcy prowadzenia działalności (art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy o świadczeniach w razie choroby i

macierzyństwa). W każdym z tych wypadków podstawę wymiaru zasiłku stanowi przychód osiągnięty za pełne miesiące kalendarzowe, czyli zadeklarowana kwota stanowiąca podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe po odliczeniu kwoty określonej w tym przepisie (art. 18 ust. 8 i art. 18a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Kwoty te wyliczane są zawsze z rzeczywistych ostatnich pełnych miesięcy ubezpieczenia chorobowego.

Także wysokość zasiłku macierzyńskiego zależy od wysokości zadeklarowanej kwoty stanowiącej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe - co do zasady przez okres 12 miesięcy poprzedzających nabycie prawa do zasiłku, chyba że do chwili urodzenia dziecka ubezpieczenie dobrowolne trwa krócej niż 12 miesięcy. Reguły te – na co zwrócił uwagę Sąd Najwyższy między innymi w wyroku z dnia 28 sierpnia 2012 r., II UK 34/12 (OSNP 2013 nr 15-16, poz. 184) - nie są odpowiednie wobec ubezpieczonych, których prawo do świadczeń powstało w pierwszym miesiącu po przystąpieniu do ubezpieczenia i którzy przebyli w ubezpieczeniu chorobowym okres krótszy od pełnego miesiąca. Znajdują się oni w sytuacji, w której nie jest możliwe odwołanie się do jakiegokolwiek okresu ubezpieczenia określonego w art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 i 47 ustawy o świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa. W takim wypadku, dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek, wyliczenie zasiłku następuje od kwoty zastępczej stanowiącej najniższą podstawę wymiaru składki za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4. Taką zasadę przewidziano w art. 49 ustawy, w brzmieniu obowiązującym przed dniem 1 grudnia 2013 r., w wypadku, w którym niezdolność do pracy powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego, a po zmianie ustawą z dnia 21 czerwca 2013 r. (Dz.U. poz. 996), gdy niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego.

W sprawie objętej skargą wiążące Sąd Najwyższy ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd drugiej instancji prowadzą do aprobaty zastosowania w zaskarżonym wyroku wspomnianego przepisu w jego brzmieniu obowiązującym w dniu spełnienia się ryzyka ubezpieczeniowego. Urodzenie dziecka przez skarżącą nastąpiło w dniu 27 sierpnia 2012 r., czyli w pierwszym miesiącu kalendarzowym

ubezpieczenia chorobowego, a przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego tego ubezpieczenia, który nastąpił we wrześniu 2012 r.

Wyłączenie skarżącej z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego spowodowało zaś, że poprzedni stosunek ubezpieczenia ustał z mocy prawa, w związku z czym niezbędny stał się jej wniosek o ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Po przerwie w ubezpieczeniu chorobowym trwającej, jak ustalił Sąd Okręgowy, od dnia 8 czerwca 2012 r. do dnia 10 sierpnia 2012 r., ubezpieczona zgłosiła się ponownie do tego ubezpieczenia przez złożenie wniosku w dniu 10 sierpnia 2012 r. Stosownie do art. 14 ust. 1 ustawy systemowej, o czym była już mowa, została więc objęta nowym okresem dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od tego dnia. Kwota należnego skarżącej zasiłku macierzyńskiego odpowiadałaby natomiast kwocie przychodu za pełny miesiąc prowadzenia działalności gospodarczej, równej kwocie zadeklarowanej, gdyby prawo do zasiłku powstało po upływie miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia. Prawo skarżącej do zasiłku macierzyńskiego powstało jednak w pierwszym miesiącu po przystąpieniu do ubezpieczenia, gdyż okres ubezpieczenia przed urodzeniem dziecka nie trwał co najmniej przez miesiąc i nie miała ona jakiegokolwiek okresu wskazanego w art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Ustawodawca nie uwzględnił w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa ubezpieczenia przez część miesiąca oraz wyliczenia podstawy wymiaru zasiłku od przychodu z rzeczywistego okresu ubezpieczenia krótszego niż miesiąc. Na wypadek powstania zdarzenia ubezpieczeniowego przed upływem pierwszego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia przewidział substytucję miesięcznej wielkości przychodu kwotami zastępczymi wskazanymi w art. 49 ustawy. Stosownie do tego przepisu, przy ustalaniu podstawy wymiaru dla ubezpieczonych niebędących pracownikami, przychód pochodzący z niepełnego miesiąca kalendarzowego zastępowany jest kwotą najniższej podstawy wymiaru składek, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 ustawy, czyli po potrąceniu kwoty odpowiadającej

13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. Kwota najniższa zastępuje kwotę zadeklarowaną.

Występowanie koniecznej relacji między kwotą opłaconej składki a wysokością świadczeń wypłacanych w przypadku zaistnienia ryzyka ubezpieczenia zostało uznane za jeden z fundamentów racjonalnego systemu ubezpieczeniowego (por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 1 kwietnia 2008 r., SK 96/06 (OTK ZU 2008 nr 3A, poz. 40). W wyroku z dnia 7 listopada 2007 r., K 18/06 (OTK ZU 2007 nr 10A, poz. 122) Trybunał Konstytucyjny przypominał z kolei, że ubezpieczenia społeczne opierają się na zasadzie wzajemności, która polega na tym, iż nabycie prawa do świadczenia ubezpieczeniowego i jego wysokość są uzależnione od wkładu finansowego w postaci składek. Między zgłoszeniem do ubezpieczenia a nabyciem prawa do świadczeń z ubezpieczenia w wysokości wynikającej z kwoty zadeklarowanej i opłaconej składki musi być zatem wniesiony odpowiedni wkład finansowy, tak by wypłata świadczeń nie polegała wyłącznie na solidarności społecznej (por. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2011 r., I UK 63/11, OSNP 2012 nr 19-20, poz. 248 oraz w wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r., P 12/10, OTK ZU 2012 nr 5A, poz. 52). Nie ma więc znaczenia, czy zaistnienie ryzyka ubezpieczenia chorobowego jest przewidywalne, czy niespodziewane; prawo do świadczeń na wypadek jego zaistnienia wymaga przebycia pewnego okresu w ubezpieczeniu i okres ten – także przez wskazanie wysokości podstawy wymiaru składki i świadczeń – ustala ustawodawca. W efekcie postulowanego przez skarżącą przyjęcia jako podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego – w miejsce wskazanej przez ustawodawcę najniższej podstawy wymiaru składki – podstawy wymiaru składki w kwocie zadeklarowanej, przeciętny stosunek wysokości świadczenia do wniesionej składki powodowałby konieczność pokrycia świadczeń z funduszy zebranych przez innych ubezpieczonych. Na ten aspekt zwracał uwagę projektodawca ustawy o świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa z intencją wyeliminowania sytuacji, w której osoby ubezpieczone (w szczególności osoby ubezpieczone dobrowolnie) nabywałyby po krótkim, niekiedy kilkudniowym okresie opłacania niewielkich składek, prawo do świadczeń wypłacanych przez okres kilku miesięcy (por. uzasadnienie projektu ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia

społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 24 grudnia 1998 r., druk sejmowy nr 840 III kadencji).

W konsekwencji, Sąd Najwyższy uznał za nietrafne stwierdzenie skarżącej, że jej prawo do zasiłku z tytułu urodzenia dziecka w dniu 27 sierpnia 2012 r. powstało w drugim miesiącu dobrowolnego ubezpieczenia, natomiast za uzasadnione uznał ustalenie przez Sąd drugiej instancji, iż podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego, do którego prawo powstało w pierwszym miesiącu kalendarzowym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, określa art. 49 pkt 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa jako najniższą podstawę wymiaru składek na to ubezpieczenie po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 tej ustawy, bez względu na wysokość kwoty zadeklarowanej na podstawie art. 18 ust. 8 lub 18a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Kierując się przedstawionymi motywami oraz opierając się na treści art. 398¹⁴ k.p.c., a w odniesieniu do kosztów postępowania kasacyjnego na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w związku z art. 99 k.p.c. oraz § 11 ust. 2 w związku z § 12 ust. 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych ..., Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji.