



Sąd Najwyższy
Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
4/2018

BIULETYN
SĄDU NAJWYŻSZEGO
Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

REDAKCJA
Eliza Maniewska

WSPÓŁPRACA
Daniel Eryk Lach, Ewa Przedwojska

SEKRETARZ REDAKCJI
Izabela Twardowska- Mędrek
tel. 22 530 83 54

WYDAWCA:
Sąd Najwyższy
00-951 Warszawa, Plac Krasińskich 2/4/6
www.sn.pl

Spis treści

I. UCHWAŁY

Podstawa wymiaru emerytury (III UZP 3/18).....	4
Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego po zmianie tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym (III UZP 2/18).....	4

II. ZAGADNIENIA PRAWNE DO ROZTRZYGNIECIA

Podleganie ubezpieczeniu społecznemu (III UZ 10/18).....	5
Prawo do zasiłku chorobowego (III UZP 5/18).....	16
Prawo do zasiłku chorobowego (III UZP 7/18).....	19
Prawo do zasiłku chorobowego po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego (III UZP 6/18).....	21
Prawo do zasiłku opiekuńczego i chorobowego po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego (III UZP 8/18).....	24

III. PRZEGLĄD ORZECZNICTWA IZBY

Komunikaty do orzeczeń zapadłych w lipcu 2018 r. (dr Eliza Maniewska).....	26
Tezy bieżących orzeczeń (Ewa Przedwojska).....	28

IV. OPRACOWANIA I ANALIZY

prof. dr hab. Krzysztof Ślęszak Podstawa wymiaru emerytury (Notatka do sprawy III UZP 3/18).....	41
dr Izabela Twardowska-Mędrek Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego po zmianie tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym (Notatka do sprawy III UZP 2/18).....	48

I. UCHWAŁY

Podstawa wymiaru emerytury

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 18 lipca 2018 r. (III UZP 3/18)

Należności pracownika z tytułu stosunku pracy rozwiązanego na mocy porozumienia w związku z przejściem na emeryturę, które zostały wypłacone po jego rozwiązaniu i po dacie przyznania świadczenia, nie stanowią podstawy do ponownego przeliczenia emerytury w trybie art. 110 a ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (jednolity tekst: Dz. U. z 2017 r., poz. 1383 ze zm.).

B. Bieniek, D. Miąsik, M. Wrębiakowska-Marzec

Sąd Najwyższy podjął uchwałę po rozpoznaniu zagadnienia prawnego przedstawionego przez Sąd Apelacyjny w W. postanowieniem z dnia 20 kwietnia 2018 r. (III AUa 1838/17):

"Czy należności z tytułu stosunku pracy pracownika, którego stosunek pracy został rozwiązany na mocy porozumienia stron w związku z przejściem na emeryturę, wypłacone po rozwiązaniu stosunku pracy i po dacie przyznania tego świadczenia, mogą być wliczone do podstawy wymiaru emerytury dla celów ponownego obliczenia jej wysokości na podstawie art. 110a ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych?"

Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego po zmianie tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym

Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 lipca 2018 r. (III UZP 2/18)

Sąd Najwyższy postanowił odmówić podjęcia uchwały.

B. Bieniek, D. Miąsik, M. Wrębiakowska-Marzec

Sąd Najwyższy odmówił podjęcia uchwały po rozstrzygnięciu zagadnienia prawnego przedstawionego przez Sąd Okręgowy w S. postanowieniem z dnia 20 marca 2018 r. (VI Ua 66/17):

„czy możliwe jest obliczenie podstawy wymiaru zasiłku chorobowego dla ubezpieczonego niebędącego pracownikiem, którego niezdolność do pracy powstała w okresie zatrudnienia i trwa nieprzerwanie nadal po objęciu tego ubezpieczonego dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, przy wzięciu pod uwagę przychodu uzyskanego przez niego w okresie zatrudnienia?

w razie pozytywnej odpowiedzi na to pytanie: czy dopuszczalne jest w takiej sytuacji ograniczenie podstawy wymiaru zasiłku chorobowego zgodnie z normą art. 46

ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa?”

II. ZAGADNIENIA PRAWNE DO ROZSTRZYGNIĘCIA

Podleganie ubezpieczeniu społecznemu (III UZ 10/18)

Postanowieniem z dnia 18 lipca 2018 r., III UZ 10/18) Sąd Najwyższy zwrócił się do powiększonego składu Sądu Najwyższego z pytaniem prawnym:

„czy dochodzi do "nierozpoznania istoty sprawy" w rozumieniu art. 386 § 4 k.p.c. w związku z art. 477^{14a} k.p.c. w sytuacji, gdy w sprawie o podleganie polskiemu ubezpieczeniu społecznemu w toku postępowania sądowego uchylona zostaje decyzja wydana przez organ rentowy innego państwa w przedmiocie niepodlegania ubezpieczeniu społecznemu w tym kraju?”

Decyzją z dnia 14 października 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w J. stwierdził, że w okresie od 1 września 2010 r. do 28 lutego 2011 r. Dominik Ś. podlega ustawodawstwu polskiemu w zakresie zabezpieczenia społecznego.

W wyniku rozpoznania odwołania Dominika Ś., Sąd Okręgowy w K. wyrokiem z dnia 31 maja 2017 r. oddalił odwołanie. Sąd pierwszej instancji ustalił następujący stan faktyczny. Dominik Ś. prowadzi od 1 października 2003 r. pozarolniczą działalność gospodarczą (salon mody ślubnej) w J. Od 1 września 2010 r. do 28 lutego 2011 r. odwołujący się był zatrudniony na terenie Słowacji u Adama B. – P. Z tego względu wystąpił do organu rentowego z wnioskiem o ustalenie właściwego ustawodawstwa. Po przeprowadzeniu procedury wyjaśniającej, decyzją słowackiej Socialnej Poistovny stwierdzono, że Dominik Ś. nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu w okresie od 1 września 2010 r. do 28 lutego 2011 r. z tytułu pracy najemnej na Słowacji.

W ocenie Sądu pierwszej instancji, decyzja organu rentowego jest prawidłowa, bowiem została wydana po przeprowadzeniu procedury ustalania właściwego ustawodawstwa, uregulowanej w art. 16 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz. UE L 284.1, dalej: rozporządzenie wykonawcze lub rozporządzenie Nr 987/2009). Sąd podkreślił, że określenie ustawodawstwa właściwego dla oceny granicznego stosunku prawnego następuje w oparciu o prawo miejsca świadczenia pracy najemnej. W rozpoznawanej sprawie było to prawo Republiki Słowackiej. Końcowo, Sąd I instancji wskazał, że w przypadku uzyskania przez wnioskodawcę korzystnego rozstrzygnięcia w przedmiocie jego ubezpieczenia pojawi się możliwość wznowienia postępowania w trybie art. 83 a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1778, dalej ustawa systemowa).

Wyrok Sądu Okręgowego w K. zaskarżył apelacją wnioskodawca, domagając się jego zmiany oraz poprzedzającej go decyzji organu rentowego przez ustalenie, że w okresie od 1 września 2010 r. do 28 lutego 2011 r. nie podlegał ustawodawstwu polskiemu. W uzasadnieniu swego stanowiska podniósł zarzut braku zbadania legalności decyzji organu rentowego, która została wydana przedwcześnie, bez oczekiwania na prawomocne zakończenie postępowania przed słowackimi instytucjami zabezpieczenia społecznego.

Sąd Apelacyjny w R. wyrokiem z dnia 23 marca 2018 r. uchylił zaskarżony wyrok oraz poprzedzającą go decyzję organu rentowego i sprawę przekazał do ponownego rozpoznania bezpośrednio organowi rentowemu oraz orzekł o kosztach procesu.

Sąd stwierdził, że istota sporu sprowadzała się do ustalenia właściwego ustawodawstwa w przypadku jednoczesnego prowadzenia przez skarżącego pozarolniczej działalności gospodarczej na terenie Polski oraz wykonywania pracy najemnej na terenie Słowacji. Kwestie dotyczące wskazania właściwego ustawodawstwa, co trafnie ustalił Sąd pierwszej instancji, reguluje art. 13 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz. UE L 2004.166, dalej rozporządzenie Nr 883/2004) oraz rozporządzenie wykonawcze. Zgodnie z art. 16 ust. 4 rozporządzenia Nr 987/2009, jeżeli instytucja miejsca zamieszkania ma wątpliwości co do ustalenia właściwego ustawodawstwa, to konieczne staje się nawiązanie kontaktów przez organy rentowe dwóch lub więcej państw członkowskich, a ustawodawstwo właściwe ustala się na mocy wspólnego porozumienia z uwzględnieniem art. 13 rozporządzenia Nr 883/2004 i art. 14 rozporządzenia Nr 987/2009.

Sąd Apelacyjny nie podzielił poglądu, że procedura ustalania właściwego ustawodawstwa została prawidłowo przeprowadzona, bowiem aktualny status ubezpieczenia na Słowacji nie został prawomocnie wyjaśniony. Z tej racji decyzja pozwanego z dnia 14 lipca 2015 r. o podleganiu ustawodawstwu polskiemu jak i wyrok Sądu pierwszej instancji są przedwczesne. Okoliczności dotyczące zatrudnienia wnioskodawcy na terenie Słowacji, na podstawie umowy o pracę zawartą z Adam Bocheński Projekt Plus, muszą zostać najpierw wyjaśnione przez słowacką instytucję ubezpieczeniową, ewentualnie - w razie uruchomienia postępowania odwoławczego - należy oczekiwać na jego zakończenie, gdyż zbieg tytułu do ubezpieczenia przyznaje pierwszeństwo umowie o pracę. Tymczasem Sąd Okręgowy nie dysponował materiałem dowodowym, pozwalającym na stwierdzenie o braku tytułu ubezpieczenia społecznego na Słowacji. Stąd aprobatą stanowiska organu rentowego stoi w sprzeczności z wyrażoną w art. 11 ust. 1 rozporządzenia Nr 883/2004 zasadą podlegania ustawodawstwu tylko jednego państwa członkowskiego.

Mając powyższe na względzie, Sąd Apelacyjny orzekł z mocy art. 477^{14a} k.p.c.

Zażalenie na wyrok Sądu Apelacyjnego złożył pozwany, zaskarżając go w całości i zarzucając naruszenie art. 477^{14a} k.p.c. w związku z art. 386 § 4 k.p.c. przez ich niewłaściwe zastosowanie i uchylenie wyroku Sądu Okręgowego a także decyzji organu rentowego z dnia 14 października 2015 r. z uwagi na przedwczesne rozstrzygnięcie sprawy, w sytuacji gdy brak było podstaw do takiego rozstrzygnięcia.

Wskazując na powyższe, skarżący domagał się uchylecia zaskarżonego wyroku i orzeczenia o obowiązku zwrotu przez ubezpieczonego na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu zażaleniowym.

Przekazując powiększonemu składowi Sądu Najwyższego zagadnienie prawne, Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Stan faktyczny przedmiotowej sprawy jest następujący. Osoba fizyczna, prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w kraju, zgłasza organowi rentowemu fakt zawarcia umowy o pracę w innym państwie członkowskim UE (tu na Słowacji). Rezultatem prawa swobodnego przepływu pracowników w ramach UE (wartość traktatowa) było uruchomienie procedury concyliacyjnej między organami ubezpieczenia społecznego zainteresowanych krajów, która doprowadziła do odmowy objęcia ubezpieczeniem społecznym z tytułu pracy najemnej (negatywna decyzja słowackiego organu rentowego) oraz objęcia (kontynuacji ubezpieczenia społecznego) z racji prowadzonej w kraju pozarolniczej działalności gospodarczej. Sporny okres w sprawie zamyka się od dnia 1 września 2010 r. do dnia 28 lutego 2011 r.

Ubezpieczony Dominik Ś. uruchomił procedury odwoławcze od decyzji organów rentowych w kraju i za granicą, to jest złożył odwołanie od decyzji słowackiego organu rentowego z dnia 22 sierpnia 2011 r. oraz decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w J. z dnia 14 października 2015 r. W odwołaniu do Sądu Okręgowego w K., skarżący podniósł, że decyzja o wyłączeniu go z ustawodawstwa słowackiego nie jest prawomocna. Pismem z dnia 19 stycznia 2016 r. (k-13) podał, że Sąd Wojewódzki w T. uchylił negatywną decyzję słowackiego organu rentowego. Mimo tej wiadomości, Sąd Okręgowy w K. rozpoznał sprawę merytorycznie i oddalił odwołanie ubezpieczonego od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w J. z dnia 14 października 2015 r. Rozpoznając apelację ubezpieczonego, Sąd Apelacyjny w R., uznał za niezbędne uchylenie zaskarżonego wyroku i poprzedzającej go decyzji organu rentowego oraz przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania bezpośrednio organowi rentowemu. Rozstrzygnięcie zostało umotywowane brakiem wyjaśnienia kwestii aktualnego statusu ubezpieczenia odwołującego się na Słowacji. W ocenie Sądu Apelacyjnego, najpierw definitywnemu wyjaśnieniu powinna ulec kwestia związana z podleganiem ubezpieczeniu społecznemu na Słowacji (musi dojść do zakończenia procedowania), a dopiero wówczas można rozstrzygać problem podlegania ubezpieczeniu społecznemu w kraju. W innym wypadku decyzja organu rentowego jak i wyrok Sądu Okręgowego w K. są przedwczesne. Tym samym nie doszło do rozpoznania istoty sprawy.

Opisana sekwencja zdarzeń wywołuje dwie kwestie główne. Pierwsza dotyczy zakresu kontrolnego postępowania zażaleniowego w trybie art. 394¹ § 11 k.p.c., druga aktywizuje problem zbiegu tytułów do ubezpieczenia społecznego w ramach porządków prawnych dwóch państw członkowskich, czyli wykracza poza kwestie wynikające z ustawodawstwa krajowego (art. 9 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1778).

Podkreślenia wymaga, że krajowe systemy ubezpieczeń społecznych w UE przewidują własne warunki objęcia tym ubezpieczeniem. Są to odrębne przepisy prawa materialnego, które samoistnie nie pozostają ze sobą w korelacji. Natomiast rozwiązania poszczególnych krajów koordynują przepisy prawa UE, to jest: rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U. UE L 2004.166.1 ze zm., dalej rozporządzenie podstawowe) oraz rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady nr 987/2009 z 16 września 2009 r., dotyczącego wykonywania rozporządzenia nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 2009.284.1, dalej rozporządzenie wykonawcze).

Zderzenie porządków krajowych z prawem UE jest widoczne na kanwie ustalonego w sprawie stanu faktycznego. Kolidują powstaje między innymi dlatego, że dodatkowa (choć z założenia nie musi być uboczna, marginalna) działalność podmiotu (osoby fizycznej) spowoduje objęcie go tym systemem ubezpieczenia społecznego, w którym on nie ma woli dalszej partycypacji, mimo nawet zgodnych stanowisk organów rentowych poszczególnych zainteresowanych krajów co do stosowania wybranego systemu ubezpieczenia społecznego. Problem wzmocnia fakt, że w krajowym systemie ubezpieczenia społecznego podlega się z mocy prawa, a wolą stron nie można wyłączyć tego skutku (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 września 2010 r., II UK 82/10, OSNP 2012 nr 1-2, poz. 21).

Konsekwencją braku akceptacji wyników procedury concyliacyjnej jest uprawnienie do poddania kontroli sądowej werdyktu zarówno pozytywnego (decyzja polskiego organu ubezpieczenia społecznego o objęciu ubezpieczeniem społecznym z racji prowadzonej działalności gospodarczej w kraju) jak i negatywnego (odmowa objęcia ubezpieczeniem na Słowacji). Oba postępowania toczą się już według prawa krajowego (odnośnie do prawa materialnego i procesowego), mając jednak na horyzoncie rozwiązania rozporządzenia podstawowego i wykonawczego. Z tej właśnie optyki wyłania się formułowane w sprawie zagadnienie prawne. Otóż jaka jest relacja horyzontalna postępowań krajowych względem siebie?

Wstępnie wydaje się, że wyizolowane zagadnienie ma walor pozorny, gdyż wzajemne zależności postępowań sądowych wyczerpująco reguluje Kodeks postępowania cywilnego. Automatycznie nasuwa się wniosek o konieczności zawieszenia postępowania, skoro toczy się inny spór. Jednak inne toczące się postępowanie sądowe nie stanowi podstawy do obligatoryjnego zawieszenia postępowania cywilnego (art. 174 k.p.c.). Z kolei, w myśl art. 177 § 1 pkt 1 k.p.c., jeżeli rozstrzygnięcie sprawy zależy od wyniku innego toczącego się postępowania cywilnego, sąd może zawiesić sprawę. Rzecz w tym, że na gruncie tej normy chodzi o inne postępowanie cywilne toczące się przed sądem polskim. Fakultatywne jest zawieszenie postępowania, nawet gdy spór toczy się przed Trybunałem Konstytucyjnym czy też przed Trybunałem Sprawiedliwości Unii Europejskiej (art. 177 § 1 pkt 31 k.p.c.). Oceny tej nie modyfikuje odwołanie się do dyspozycji art. 1098 k.p.c. (część czwarta - przepisy z zakresu międzynarodowego postępowania cywilnego, księga pierwsza - jurysdykcja krajowa). Ten artykuł odnosi się do sytuacji, gdy sprawa

o to samo roszczenie między tymi samymi stronami zawisła przed sądem państwa obcego wcześniej niż przed sądem polskim. Taka sytuacja nie ma miejsca, bo o ile w obu sprawach (w kraju i na Słowacji) odwołującym się jest ten sam podmiot, o tyle po stronie pozwanej nie ma już tożsamości stron. Problematyczna może być kwestia tożsamości roszczenia. Naturalnie gramatycznie roszczenia są odmienne, gdyż chodzi o objęcie innym systemem prawa ubezpieczeń społecznych i wywodzone z nich podstawy faktyczne są różne (tytułu objęcia ubezpieczeniem społecznym).

W literaturze zwraca się jednak uwagę, że o tożsamości można mówić wówczas, gdy poszukiwany za ich pomocą cel ochrony prawnej jest ten sam (zob. T. Ereciński (red.), *Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom VI. Międzynarodowe postępowanie cywilne. Sąd polubowny (arbitrażowy)*, wyd. online, Wolters Kluwer, 2018). Od strony funkcjonalnej cel jest wspólny. Uruchomienie drogi sądowej zmierza de facto do uzyskania ochrony z zakresu ubezpieczeń społecznych w systemie prawa słowackiego. Na ów problem nakłada się zresztą rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1215/2012 z dnia 12 grudnia 2012 r. w sprawie jurysdykcji i uznawania orzeczeń sądowych oraz ich wykonywania w sprawach cywilnych i handlowych (Dz. Urz. UE L 351 ze zm.), przewidując możliwość a nie obowiązek zawieszenia postępowania cywilnego przez sąd, w którym proces rozpoczął się później (art. 30). Finalnie, jeżeli zaakceptuje się argument o tożsamości roszczenia w ujęciu ponadkrajowym (poszukiwanie ochrony przed sądem w ramach realizacji prawa do swobodnego przemieszczania się w obrębie UE) rysuje się fakultatywna opcja związana z zawieszeniem postępowania, zwłaszcza że postępowanie w innym kraju UE dotyczy decyzji organu rentowego, która została wydana wcześniej. Zawieszenie postępowania nie odpowiada jednak na pytanie, które legło u podstaw kasatoryjnego rozstrzygnięcia Sądu Apelacyjnego.

Należy podkreślić, że waga rozpoznawanej sprawy jest znaczna. Przede wszystkim splot omówionych okoliczności faktycznych nie jest odosobniony, gdyż rosnąca mobilność osób fizycznych w obrębie UE, ułatwienia w znoszeniu barier związanych z podejmowaniem pracy najemnej w innych krajach członkowskich, sprzyja podejmowaniu pracy za granicą, co nie pozostaje obojętne w odniesieniu do praw i obowiązków związanych z zabezpieczeniem ryzyk socjalnych. Niewątpliwie problematyka ustalania właściwego ustawodawstwa ma kardynalne znaczenie w związku z koniecznością zapewnienia podmiotom realnej ochrony z zakresu ubezpieczeń społecznych. Naczelna zasada została oparta, w myśl art. 11 rozporządzenia podstawowego, na regule podlegania ustawodawstwu jednego państwa członkowskiego. Z tego względu rozporządzenie podstawowe i wykonawcze pełnią rolę bufora, który zapobiega kumulacji tytułów ubezpieczenia społecznego, ale też strażnika (gwaranta), że wskutek działań poszczególnych państw członkowskich dany podmiot nie zostanie pozbawiony ochrony ubezpieczeniowej. Ten ostatni wątek wysuwa się na plan pierwszy w ustalonych okolicznościach i pokazuje, że mimo postulatów szybkości postępowania oraz transparentności i efektywności ochrony, może dojść do sytuacji atypowej. Otóż akceptacja kierunku rozstrzygnięcia prowadzi do sytuacji, w której odwołujący się nie ma tytułu do ubezpieczenia społecznego za granicą i nie ma tytułu ubezpieczenia społecznego w kraju, wobec uchylenia wyroku

Sądu pierwszej instancji oraz decyzji organu rentowego. Niezależnie jak długo taki okres potrwa jest on bezpośrednio sprzeczny z celem art. 48-51 TWE (art. 39 i 42 w tekście skonsolidowanym), którym jest zapewnienie, aby pracownicy, w rezultacie wykorzystania prawa do swobodnego przepływu, nie tracili korzyści należnych im z zabezpieczenia społecznego na podstawie ustawodawstwa danego państwa członkowskiego (por. wyroki TSUE z dnia 20 września 1994 r., C-12/93, A. Drake., ECR 1994, s. 4337, z dnia 26 maja 2005 r., C-249/04, J. Allard, z dnia 10 czerwca 1986 r., 60/85, M. E. S. Luijten, ECR 1986, s. 2365, z dnia 3 maja 1990 r., C-2/89, K. von Heijningen, z dnia 16 lutego 1995 r., C-425/93, Calle Grenzshop Andresen GmbH & Co. KG, ECR 1995, s. 269).

Prima facie wydaje się, że odpowiedź na problem związany z migracją zarobkową jest uregulowany wyczerpująco w ustawodawstwie UE, to jest w rozporządzeniu podstawowym i wykonawczym. Zagadnienie ustalania ustawodawstwa właściwego zostało przewidziane w dwóch wypadkach. Po pierwsze, jednoczesnego wykonywania pracy bądź prowadzenia działalności na terytorium więcej, aniżeli jednego państwa członkowskiego (art. 16 rozporządzenia wykonawczego), po drugie pozostałych przypadków ustalania ustawodawstwa właściwego (art. 6 rozporządzenia wykonawczego), w tym w szczególności w razie delegowania do wykonywania pracy na terytorium innego państwa członkowskiego bądź przejściowego prowadzenia działalności na terytorium innego państwa członkowskiego (zob. K. Ślebzak, *Ustalenie ustawodawstwa tymczasowego na podstawie rozporządzeń 883/2004 oraz 987/2009*, PiZS 2014 nr 7, s. 2-7).

Ad casum, chodzi o pierwszy z wyżej wymienionych przypadków, to znaczy sytuację, w której w tym samym czasie (równocześnie) prowadzona jest działalność gospodarcza w kraju i praca najemna za granicą. W tej materii wypowiedział się już Sąd Najwyższy, lecz dotychczasowe judykaty nie wyjaśniają wyodrębnionego zagadnienia prawnego. Natomiast bogaty dorobek orzecznicy związany z pozostałymi zagadnieniami prawnymi dotyczącymi koordynacji zostanie pominięty z racji ukierunkowania kwestii spornych na innym polu prawnym.

W wyroku z dnia 6 czerwca 2013 r., II UK 333/12 (OSNP 2014 nr 3, poz. 47) oraz wyroku z dnia 25 listopada 2016 r., I UK 370/15 (LEX nr 2166375) Sąd Najwyższy stwierdził, że nie jest dopuszczalna ocena stosunku prawnego stanowiącego tytuł ubezpieczenia społecznego w innym państwie członkowskim przez instytucję miejsca zamieszkania osoby wnoszącej o ustalenie właściwego ustawodawstwa. W pisemnych motywach orzeczenia zwrócono zaś uwagę na fakt, iż ze względu na różnice między ustawodawstwami krajowymi co do określenia przedmiotu ubezpieczenia społecznego wprowadzono zasadę, że uwzględnianie okoliczności lub wydarzeń mających miejsce w jednym państwie członkowskim nie może w żaden sposób sprawić, iż właściwym dla nich stanie się inne państwo ani że będzie się do nich stosować jego ustawodawstwo (pkt 11 preambuły rozporządzenia podstawowego). Niemniej w wyroku z dnia 21 stycznia 2016 r., III UK 61/15 (LEX nr 1977828) zaaprobowano, że w przypadku uzasadnionych podejrzeń dotyczących zgodności z prawdą przedłożonych umów o pracę, Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest uprawniony do żądania niezwłocznego nadesłania przez wnioskodawcę dokumentów dotyczących

rzeczywistego pobytu i pracy w innym kraju. Osoba, która rzeczywiście taką pracę wykonuje nie będzie miała żadnych problemów z nadesłaniem na przykład kopii umowy najmu mieszkania za granicą, albo biletów autokarowych lub lotniczych, choćby z ostatniego miesiąca. W przypadku jednak niedających się usunąć wątpliwości, dotyczących również uzasadnionych wcześniejszymi informacjami dotyczącymi pracodawcy, konieczne jest zwrócenie się do instytucji ubezpieczeniowej innego państwa i wydanie decyzji tymczasowej.

Z kolei, w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 maja 2017 r., I UK 456/16 (LEX nr 2352167) przyjęto, że legitymowanie się poświadczeniem na formularzu A1 o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu w państwie członkowskim miejsca wykonywania pracy najemnej nie może być ignorowane przy ustaleniu ustawodawstwa mającego zastosowanie do zainteresowanego w trybie art. 16 rozporządzenia wykonawczego i dopiero jego wycofanie lub uznanie za nieważne, po ponownym rozpatrzeniu podstaw jego wydania, umożliwi ustalenie ustawodawstwa państwa członkowskiego miejsca zamieszkania. Jeżeli organ rentowy poweźmie wątpliwości co do ważności stosunku prawnego będącego podstawą objęcia tytułem ubezpieczenia społecznego w innym państwie członkowskim w ramach postępowania w przedmiocie ustalenia ustawodawstwa właściwego, to nie może samodzielnie przesądzać tej kwestii (por. K. Ślebzak, Podleganie ubezpieczeniu społecznemu w przypadku jednoczesnego wykonywania pracy i prowadzenia działalności gospodarczej na terytorium przynajmniej dwóch państw członkowskich UE, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 2013 nr 11, s. 33).

Ubocznie należy też przypomnieć, że aktualnie zażalenie do Sądu Najwyższego przysługuje również w razie uchylenia przez sąd drugiej instancji wyroku sądu pierwszej instancji i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania (art. 3941 § 11 k.p.c.). Zatem znaczenie ma tylko to, czy orzeczenie kasatoryjne Sądu Apelacyjnego mieściło się z granicach wyznaczonych w art. 477^{14a} k.p.c., a w rezultacie, czy wystąpiły okoliczności wymienione w art. 386 § 2 i 4 k.p.c. (uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 9 czerwca 2005 r., II PZP 4/05, OSNP 2005 nr 23, poz. 367 oraz postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 5 grudnia 1996 r., I PKN 34/96, OSNAPiUS 1997 nr 13, poz. 237; z dnia 28 września 2001 r., I PZ 58/01, OSNP 2003 nr 19, poz. 466; z dnia 30 października 2012 r., II UZ 49/12, LEX nr 1619787). Zażalenie jest skuteczne, jeśli doszło do rozpoznania przez Sąd pierwszej instancji istoty sprawy oraz nie zachodzi potrzeba przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości. Nadto, w sprawie nie wystąpiła nieważność postępowania. Kontrola dokonywana przez Sąd Najwyższy w ramach rozpoznawania tego środka odwoławczego ma charakter formalny, skupiający się wyłącznie na przesłankach uchylenia orzeczenia sądu pierwszej instancji, bez wkraczania w kompetencje sądu meriti. Zażalenie nie konkuruje ze skargą kasacyjną, a ma na celu kontrolę czy zgodnie z ideą systemu apelacji pełnej, doszło do realizacji funkcji rozpoznawczej sądu odwoławczego.

Zgodnie z art. 386 § 4 k.p.c., poza wypadkami określonymi w § 2 i 3, sąd drugiej instancji może uchylić zaskarżony wyrok i przekazać sprawę do ponownego rozpoznania tylko w razie nierozpoznania przez sąd pierwszej instancji istoty sprawy

albo gdy wydanie wyroku wymaga przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości. Alternatywa rozłączna dowodzi samodzielnego charakteru i wyraźnego przeciwstawienia obydwu podstaw wydania orzeczenia kasatoryjnego przez sąd odwoławczy. Z argumentacji Sądu odwoławczego wynika, że podstawą orzeczenia kasatoryjnego był fakt „nierozpoznania istoty sprawy”. Ów zwrot jest rozumiany jednolicie. Przyjmuje się, że do nierozpoznania istoty sprawy dochodzi wówczas, gdy rozstrzygnięcie sądu pierwszej instancji nie odnosi się do tego, co było przedmiotem sprawy, gdy sąd zaniechał zbadania materialnej podstawy żądania albo merytorycznych zarzutów strony, bezpodstawnie przyjmując, że istnieje przesłanka materialnoprawna lub procesowa unicestwiająca roszczenie (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia: 9 stycznia 2001 r., I PKN 642/00, OSNAPiUS 2002 nr 17, poz. 409; 5 lutego 2002 r., I PKN 845/00, OSNP 2004 nr 3, poz. 46; 12 lutego 2002 r., I CKN 486/00, OSP 2003 nr 3, poz. 36); 25 listopada 2003 r., II CK 293/02, LexPolonica nr 405129; 24 marca 2004 r., I CK 505/03, Monitor Spółdzielczy 2006 nr 6, s. 45) oraz z dnia 16 czerwca 2011 r., I UK 15/11 (OSNP 2012, nr 15-16, poz. 199). Nadto, w postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2011 r., III CSK 330/10 (LEX nr 885041) przyjęto, że w omawianym pojęciu nie chodzi o niedokładności postępowania, polegające na tym, że sąd pierwszej instancji nie wziął pod rozwagę wszystkich dowodów, które mogły służyć do należytego rozpoznania sprawy lub nie rozważył wszystkich okoliczności sprawy.

Mając na uwadze powyższe kwestie wstępne, zarysowują się dwa przeciwstawne stanowiska. Pierwsze z nich oznacza, że sposób procedowania i uchylenie negatywnej decyzji przez sąd państwa członkowskiego nie ma wpływu na bieg postępowania krajowego (nazwana na użytek sprawy „zasadą statycznej autonomii horyzontalnej postępowań sądowych”). Drugie, prowadziłoby do konieczności zastosowania „dynamicznej reguły zależności horyzontalnej”, czyli sytuacji, która na każdym etapie sporu może aktywować zależność od innego postępowania w kraju UE. W tym ostatnim przypadku jedynie Sąd pierwszej instancji nie ma narzędzi prowadzących do uchylenia decyzji krajowego organu rentowego.

W ramach zasady statycznej autonomii horyzontalnej postępowań sądowych, Sąd odwoławczy nie może powołać się na przesłankę nierozpoznania istoty sprawy, skoro uprzednio doszło między organami rentowymi do ustalenia właściwego ustawodawstwa. Przesądzenie tej kwestii raz, w toku koncyliacji organów rentowych krajów UE, pozostaje skuteczne i wiąże sąd miejsca zamieszkania ubezpieczonego. Oznacza to, że polski organ rentowy rozpoznał istotę sporu, bowiem wszczął odpowiednią procedurę, o której bliżej w dalszej części uzasadnienia i na tej podstawie określił system ubezpieczenia społecznego odwołującego się. W ten sposób zrealizował powinność zainteresowanego w rozstrzygnięciu właściwego ustawodawstwa. Wiadomo już, że polski organ rentowy nie ocenia samoistnie czy umowa o pracę zawarta w innym państwie członkowskim jest ważna. Tym samym nie ocenia też, czy uchylenie decyzji o niepodleganiu ubezpieczeniu społecznemu za granicą rodzi automatycznie obowiązek tego ubezpieczenia, bo nie ocenia samoistnie przesłanek negatywnych jak i pozytywnych (zasada symetrii). Sam fakt uchylenia decyzji słowackiego organu rentowego przez sąd i przekazanie sprawy do ponownego

rozpoznania, nie przesądza o spełnieniu przesłanek do podlegania tam ubezpieczeniu społecznemu. Uchylenie decyzji może mieć miejsce z przyczyn formalnych (na przykład nieważność postępowania), a kasatoryjny charakter orzeczenia ustawia je bliżej procedowania administracyjnego w rozumieniu polskiego prawa procesowego. Zatem w systemie apelacji pełnej, mając na uwadze stan rzeczy istniejący w chwili zamknięcia rozprawy (art. 316 § 1 k.p.c.) wyrokuje merytorycznie, po ewentualnym uzupełnieniu postępowania dowodowego (o ile wystąpią ku temu przesłanki). Istota koordynacji obliguje do wyboru określonego prawa, bez odwoływania w czasie skutków norm prawa polskiego, tak by ubezpieczony nie pozostawał poza systemem ubezpieczenia społecznego, bowiem ochrona ryzyk socjalnych nie może na tym ucierpieć, gdyż w razie realizacji jednego z nich (choroba, wypadek przy działalności) może dojść do uszczerbku w sferze praw majątkowych. Tego typu postępowanie nie ogranicza praw podmiotowych odwołującego się. W razie zakończenia sporu za granicą, po myśli ubezpieczonego, dojdzie do konieczności ponownego wszczęcia procedury koncyliacyjnej między uprawnionymi organami. Nie wiadomo jaki będzie jej wynik finalny, lecz w razie stwierdzenia podstaw do ubezpieczenia społecznego za granicą, uzyskania przez ubezpieczonego stosownych dokumentów, nie będzie przeszkód do zmiany stanowiska przez polski organ rentowy (art. 83a ustawy systemowej). Trzeba przecież pamiętać, że moc prawną dokumentów i dowodów potwierdzających wydanych w innym państwie członkowskim statuuje art. 5 rozporządzenia wykonawczego. Dokumenty wydane przez instytucję państwa członkowskiego, stanowiące poświadczenie sytuacji danej osoby oraz dowody potwierdzające, na podstawie których zostały wydane te dokumenty, są akceptowane przez instytucje pozostałych państw członkowskich tak długo, jak długo nie zostaną wycofane lub uznane za nieważne przez państwo członkowskie, w którym zostały wydane.

W tym miejscu należy przyrzeć się bliżej wspomnianej już wyżej procedurze koncyliacyjnej. Jej wypełnienie przez organy rentowe, bo do nich jest ona zasadniczo skierowana, ma decydujące znaczenie w sprawie. I tak, wątpliwości co do wyboru systemu ubezpieczenia instytucja miejsca zamieszkania wnioskodawcy nie może rozstrzygać sama, lecz musi dostosować się do trybu rozwiązywania sporów co do ustalenia ustawodawstwa właściwego wskazanego w szczególności o art. 6, art. 15 oraz art. 16 rozporządzenia wykonawczego. Chodzi o wymianę między organami rentowymi wszystkich danych, które są potrzebne dla ustanowienia i określenia praw i obowiązków osób, do których ma zastosowanie rozporządzenie podstawowe. Zastosowanie ma również decyzja Nr A1 Komisji Administracyjnej w sprawie ustanowienia procedury dialogu i koncyliacji w zakresie ważności dokumentów, określenia ustawodawstwa właściwego oraz udzielania świadczeń na mocy rozporządzenia podstawowego. Wystąpienie więc czynnika ponadkrajowego w ubezpieczeniu społecznym uruchamia specjalny tryb. Może on pierwotnie doprowadzić do wstępnego i tymczasowego ustalenia ustawodawstwa właściwego, stosownie do zasad kolizyjnych ustalonych w art. 13 rozporządzenia podstawowego. To ustawodawstwo stanie się ostateczne, po upływie dwóch miesięcy, jeżeli jedna z zainteresowanych instytucji nie zgłosi zastrzeżeń co do ustalonego ustawodawstwa

lub o swojej odmiennej opinii w tej kwestii. Natomiast sąd nie jest arbitrem rozstrzygającym, jakie ustawodawstwo będzie miało zastosowanie. Wynika to w sposób jednoznaczny z art. 6 ust. 3 w związku z art. 16 ust. 4 in fine rozporządzenia wykonawczego, zgodnie z którym, w przypadku gdy zainteresowane instytucje lub władze nie osiągną porozumienia co do określenia mającego zastosowanie ustawodawstwa, sprawa może zostać przedstawiona Komisji Administracyjnej przez właściwe władze, a Komisja Administracyjna stara się pogodzić rozbieżne opinie w terminie sześciu miesięcy od dnia, w którym przedstawiono jej sprawę. Dalej idąc, żaden z przepisów rozporządzenia wykonawczego nie obliguje państwa miejsca zamieszkania do wdania się w spór z państwem świadczenia pracy najemnej.

W dotychczasowym orzecznictwie Sądu Najwyższego można zauważyć, że przy wstępnym badaniu skarg kasacyjnych, w ramach przedsądu, informacje o podstawach do ubezpieczenia społecznego za granicą nie skutkowały przyjęciem skarg do rozpoznania, nawet wtenczas gdy skarżący podnosili fakt niezakończenia postępowania przed słowackim organem rentowym, domagając się jednocześnie zawieszenia postępowania w kraju do czasu jego zakończenia (zob. postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 14 listopada 2017 r., II UK 692/16; z dnia 10 kwietnia 2018 r., II UK 271/17).

Równolegle istnieją mocne argumenty za zbudowaniem wniosku opartego na regule dynamicznej zależności horyzontalnej postępowań sądowych. Krótko mówiąc, jedno toczące się postępowanie sądowe przed sądem krajowym jest horyzontalnie zależne od innego postępowania przed sądem krajowym innego państwa członkowskiego. Nie może zatem się skończyć bez uwzględnienia jego wyniku (tu wyniku postępowania przed sądem słowackim). Łącznikiem obu tych postępowań może być konieczność zapewnienia pełnej skuteczności norm prawa UE, które korzystają z zasady pierwszeństwa i bezpośredniego skutku przed prawem krajowym (por. D. Miąsik: *Zasada pierwszeństwa prawa wspólnotowego przed prawem krajowym*, Europejski Przegląd Sądowy 2006 nr 1, s. 54-56).

Z dotychczasowych uwag wysuwa się na pierwszy plan obowiązek szerszego osądu sprawy, to jest nie tylko z perspektywy prawa krajowego, lecz także prawa UE. Przecież spór powstał na tle zagadnień związanych z podleganiem ubezpieczeniu społecznemu w Polsce, w kontekście zastosowania unijnych przepisów dotyczących koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (rozporządzenie podstawowe i wykonawcze). Mamy więc do czynienia ze sprawą unijną, czyli taką, w której zachodzi konieczność (obowiązek) uwzględnienia prawa unijnego i jego zasad przy formułowaniu podstawy prawnej rozstrzygnięcia oraz jego treści. Przedmiotowy obowiązek wyraża się konglomeratem temporalnych, podmiotowych i przedmiotowych czynników wchodzących w obręb prawa unijnego. Pojęcie sprawy unijnej zostało wypracowane w orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej (dalej TSUE, zob. na przykład wyrok z dnia 22 maja 2008 r., C-499/06 w sprawie Halina Nerkowska przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Koszalinie).

Z tego względu należy ocenić, czy w takim razie termin „nierozpoznanie istoty sprawy” podlega wykładni w myśl przepisów prawa krajowego (k.p.c.), czy też z racji rodzaju postępowania (sprawa unijna) dochodzi do przełamania ugruntowanego

modelu interpretacyjnego. Wszak sprawa z zakresu ubezpieczeń społecznych jest sprawą cywilną w ujęciu formalnym. Stąd kiedy jej przedmiot wkracza w obręb prawa UE otwiera się nowe pole wątpliwości interpretacyjnych. Przede wszystkim, zwrot „nierozpoznanie istoty sprawy” jest dekodowany ponownie z perspektywy Sądu drugiej, a nie pierwszej instancji (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 listopada 2014 r., III SZ 1/14, LEX nr 1554589). Zatem wyłania się kwestia, czy ów termin ulega modyfikacji w zależności od rodzaju postępowania (krajowe albo w ramach sprawy unijnej), gdyż sam rodzaj rozpoznawanego środka (tu zażalenie) nie ma wpływu schemat oceny. Podkreślić należy, że prawo unijne oddziałuje na prawo krajowe także w taki sposób, że w sprawach unijnych może wymagać nadania utrwalonym instytucjom prawa krajowego innego znaczenia, niż dotychczas przyjęte, a nawet innego znaczenia w różnych stanach faktycznych. Opisany wątek ma swoje umocowanie w judykaturze (zob. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 9 września 2015 r., III SZP 2/15, OSNP 2017 nr 1, poz. 11, w której zwrócono uwagę, że w zależności od tego, w jakiej sprawie dochodzi do stosowania przepisów odnoszących się do ochrony konsumenta, pojęcie konsumenta można rozumieć na różne sposoby nawet w sytuacji odesłania do jego definicji legalnej w art. 221 k.c.).

Przyjmując ten mechanizm za matrycę oceny przedmiotowego postępowania klaruje się stanowisko, że kasatoryjne rozstrzygnięcie sądu drugiej instancji z art. 386 § 4 k.p.c. (w razie nierozpoznania przez sąd pierwszej instancji istoty sprawy), przy uwzględnieniu prounijnej wykładni prawa, jest możliwe także wtenczas, gdy ustalone w toku procedury koncyliacyjnej ustawodawstwo jednego kraju członkowskiego odnośnie do wyboru określonego systemu ubezpieczenia społecznego, zostało zanegowane przed sądem państwa miejsca wykonywania pracy (*lex loci laboris*), niwecząc ze skutkiem *erga omnes* dotychczasowe ustalenia krajowych organów rentowych. Nie wyklucza to możliwości wykorzystywania prawa unijnego jako wzorca interpretacyjnego w sytuacjach, w których regulacja krajowa pozostawia pewien margines luzu interpretacyjnego, a tak jest w przypadku terminu „nierozpoznanie istoty sprawy”. Ów termin przenosi zresztą na grunt procesowy wątki materialnoprawne, co też wyklucza ucieczkę z odpowiedzi na bezdyskusyjne wadliwości wynikające z niedostrzeżenia determinujących rozstrzygnięcie faktów lub oczywistej nadinterpretacji przepisu prawa materialnego (zob. także postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 października 2016 r., I UZ 19/16, LEX nr 2297416).

Oceniając powyższe wnioski, nie można też zapomnieć o charakterze decyzji organu rentowego. I tak, w sprawach o podleganie ubezpieczeniu społecznemu decyzja organu rentowego jest deklaratoryjna (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 2014 r., II UK 464/13, OSNP 2015 nr 10, poz. 141). Z istoty rzeczy takie rozstrzygnięcie zawiera w sobie stwierdzenie, że ziściły się ustawowe albo wynikające z ustawodawstwa unijnego (rozporządzenie podstawowe) przesłanki umożliwiające podleganie określonemu reżimowi ustawodawstwa, niezależnie od woli danej osoby, czy też powoływania się przez nią na czynności faktyczne (na przykład: rejestracja w systemie ubezpieczeń społecznych danego państwa członkowskiego, uzyskanie karty ubezpieczenia zdrowotnego). Również czynności faktyczne, prowadzone przez organy rentowe miejsca prowadzenia

pozarolniczej działalności gospodarczej w trybie art. 16 rozporządzenia wykonawczego, nie mogą przesądzać o spełnieniu przesłanek zastosowania przepisów o koordynacji, w szczególności gdy zostały skutecznie zakwestionowane w odpowiednim trybie w jednym z państw członkowskich. Dodatkowo, uchylenie decyzji jednego organu rentowego państwa członkowskiego wzrusza podstawy porozumienia, a ono przecież stanowiło podstawę do objęcia osoby fizycznej obowiązkiem ubezpieczenia społecznego w kraju. Decyzja organu tego państwa jest bowiem decyzją zależną od porozumienia z organem rentowym innego państwa członkowskiego, a gdy decyzja składająca się na to porozumienie zostaje uchylona w postępowaniu sądowym, to odpada podstawa do wydania decyzji rozstrzygającej o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu.

W końcu istotny pozostaje czynnik temporalny, na co zwraca uwagę ustawodawstwo unijne. Chodzi o potrzebę szybkiego „załatwienia sprawy” przez ustalenie właściwego ustawodawstwa. Zatem skutek ostateczny jest poprzedzany ustawodawstwem tymczasowym. Potrzeba szybkiego załatwienia sprawy nie występuje jednak w takich stanach faktycznych, w których organ rentowy państwa miejsca zamieszkania kwestionuje zamknięty w przeszłości okres niepodlegania ustawodawstwu tego państwa członkowskiego. Decyzja organu rentowego została wydana w 2015 r. i dotyczy podlegania ustawodawstwu właściwemu w latach 2010-2011.

Mając na uwadze omówione powyżej argumenty, ważąc racje i skutki jakie mogą wynikać w praktyce stosowania prawa, w ocenie składu Sądu Najwyższego rozpoznającego daną sprawę, istnieją pełne podstawy do przedstawienia zagadnienia prawnego powiększonemu składowi Sądu Najwyższego.

Prawo do zasiłku chorobowego (III UZP 5/18)

Postanowieniem z dnia 12 kwietnia 2018 r. Sąd Okręgowy w K. zwrócił się do Sądu Najwyższego z zagadnieniem prawnym:

„czy na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, osoba, która stała się z niezdolna do pracy w okolicznościach wskazanych w art. 7 ww. ustawy, ale posiadała w pierwszych dniach tej niezdolności tytuł do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym, do którego nie przystąpiła, nie nabywa zasiłku chorobowego za cały okres trwania niezdolności do pracy po ustaniu ubezpieczenia chorobowego, czy tylko za okres, w którym kontynuowała działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym (...)?”

Zagadnienie wyłonilo się przy rozpoznawaniu sprawy z odwołania Jadwigi K. od decyzji z dnia 29 lutego 2016 r. i z dnia 14 marca 2016 r. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w K. odmawiających prawa do zasiłku chorobowego po ustaniu ubezpieczenia chorobowego.

Wyrokiem ogłoszonym 20 czerwca 2017 r. Sąd Rejonowy w K. zmienił zaskarżone decyzje w ten sposób, że przyznał Jadwidze K. prawo do zasiłku chorobowego za okres od 20 lutego 2016r. do 10 marca 2016r.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych zaskarżył wyrok Sądu pierwszej instancji w całości apelacją, domagając się jego zmiany i oddalenia odwołań.

Przy rozpoznawaniu apelacji przez Sąd Okręgowy wyłoniło się przedstawione we wstępie zagadnienie prawne.

Sąd drugiej instancji stwierdził, iż wymaga rozstrzygnięcia prawo odwołującej do zasiłku chorobowego za okres od 20 lutego 2016 r. do 10 marca 2016 r.. Okres ten był częścią okresu niezdolności do pracy rozpoczętej w pierwszym dniu po ustaniu ubezpieczenia chorobowego odwołującej i trwającej nieprzerwanie od 12 września 2015 r. do 10 marca 2016 r..

W sferze faktów niesporne jest, że odwołująca była objęta obowiązkowym ubezpieczeniem chorobowym do 11 września 2015 r., że w dniu ustania ubezpieczenia chorobowego posiadała tytuł do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, jakim była wykonywana przez odwołującą umowa zlecenia zawarta 1 września 2015 r. na okres do 30 września 2015 r..

W bezspornym kontekście faktycznym nie jest kwestią, że w okresie, którego dotyczy ta sprawa odwołująca była osobą uprawnioną do zasiłku chorobowego z mocy i na podstawie art. 7 pkt 1 ustawy z 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (dalej ustawa), ale równocześnie osobą, której pierwsze 19 dni okresu niezdolności do pracy rozpoczętej po ustaniu ubezpieczenia chorobowego (czyli od 12 -30 września 2015 r.) i trwającej nieprzerwanie dłużej niż 30 dni, przypadają w okresie, gdy kontynuowała ona realizację wcześniej zawartej umowy zlecenia, czyli gdy kontynuowała wskazaną w art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym, do którego nie przystąpiła.

Sąd Okręgowy podkreślił, że w opisanym stanie rozstrzygnięcie sprawy wymagało zastosowania art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy, który *in extenso* stanowi, że „Zasiłek chorobowy z tytułu niezdolności do pracy powstałej w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, jak i z tytułu niezdolności do pracy powstałej po ustaniu tytułu ubezpieczenia nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy (...) 2) kontynuuje działalność zarobkową lub podjęła działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającą prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby;”.

Zestawienie wniosków z wykładni art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, wskazanych w motywach poddanych kontroli sądu decyzji ZUS i wniesionej przez ten organ apelacji, w motywach zaskarżonego apelacją orzeczenia sądu pierwszej instancji, w motywach prawomocnego orzeczenia Sądu Okręgowego w K., którym w innej sprawie oddalone zostało odwołanie od decyzji odmawiającej Jadwidze K. zasiłku chorobowego za inny okres jej niezdolności do pracy trwającej nieprzerwanie po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego z dniem 11 września

2015 r. oraz w motywach wyr. Sądu Najwyższego z 4 czerwca 2012r. o sygn. akt I UK 13/12 potwierdza, że interpretacje organów i sądów stosujących art.13 ust. 1 pkt 2 ustawy na temat normatywnej treści tego przepisu i jego skutków materialnoprawnych istotnie się różnią. Rozbieżności te, oraz ich konsekwencje w postaci wydawania skrajnie różnych orzeczeń w tożsamyh stanach faktycznych, uzasadniają w ocenie Sądu Okręgowego przedstawienie do rozstrzygnięcia Sądowi Najwyższemu zagadnienia prawnego: czy na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, osoba, która stała się niezdolna do pracy w okolicznościach wskazanych w art. 7 ww. ustawy, ale posiadała w pierwszych dniach tej niezdolności tytuł do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym, do którego nie przystąpiła, nie nabywa zasiłku chorobowego za cały okres trwania niezdolności do pracy po ustaniu ubezpieczenia chorobowego, czy tylko za okres, w którym kontynuowała działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym.

W ocenie Sądu Okręgowego literalna wykładnia jasnej treści przepisu z art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r., w brzmieniu adekwatnym dla okresu, którego dotyczy ta sprawa, uzasadnia konstruowanie normy, że osobom posiadającym prawo do zasiłku chorobowego w okolicznościach i z mocy art.7 ustawy, zasiłek chorobowy nie przysługuje, jeżeli kontynuują działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym, bez względu na to czy kontynuowana działalność zapewnia prawo do świadczeń w okresie niezdolności do pracy z powodu choroby. Zaaprobować należy jednak równoległe stanowisko, które sąd pierwszej instancji wywiódł przy uwzględnieniu motywów orzeczenia Sądu Najwyższego zawartych w uzasadnieniu wyr. z dnia 4 czerwca 2012 r. z sygn. I UK 13/12, że treść art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy nie pozwala wprost lub jednoznacznie rozstrzygnąć czy zawarta w nim norma prawa materialnego pozbawia prawa do zasiłku chorobowego za cały okres nieprzerwanej niezdolności pracy przypadającej na okres po ustaniu ubezpieczenia chorobowego, czy tylko zasiłku chorobowego za okres trwania okoliczności wymienionych w art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy, a nie pozbawia zasiłku w okresie, gdy wymienione w przepisie przesłanki (kontynuacja działalności zarobkowej) przestają trwać, np. z powodu obiektywnego wygaśnięcia tytułu do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w czasie niezdolności do pracy trwającej po ustaniu obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego. Na podstawie przepisu nie sposób rozstrzygnąć także czy ustawowa sankcja nieprzysługiwania zasiłku chorobowego aktualizuje się nawet wówczas, gdy niezdolność do pracy powstała w okresie wskazanym w art.7 pkt 1, ale tytuł do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem istniejący w momencie ustania ubezpieczenia przestał istnieć przed upływem 14 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego albo przed upływem 30 dnia niezdolności do pracy, czyli zanim spełniły się wszystkie przesłanki uzasadniające realizację uprawnienia do zasiłku przez osobę, do której ma zastosowanie art.7 ustawy.

Treść art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy może być interpretowana w ten sposób, że wskutek kontynuowania działalności będącej tytułem do objęcia dobrowolnie

ubezpieczeniem chorobowym przez osobę uprawnioną do zasiłku chorobowego po ustaniu ubezpieczenia chorobowego w okolicznościach opisanych art. 7 ustawy, zasiłek chorobowy nie przysługuje za cały okres niezdolności do pracy po ustaniu ubezpieczenia, bez względu na długość czasu trwania ww. negatywnej przesłanki albo tak, że wskazane w nim kontynuowanie działalności będącej tytułem do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym pozbawia osobę uprawnioną do zasiłku chorobowego na podstawie art. 7 ustawy, świadczenia chorobowego tylko za czas, przez który trwa przesłanka opisana w art. 13 ust. 1 pkt.2 ustawy. Przyjmując pierwszą wersję wykładni, należałoby zaakcentować stanowisko, że osoba rzeczywiście niezdolna do pracy w okolicznościach z art. 7 ustawy i z mocy tego przepisu objęta ochroną zasiłkową, pozbawiona zostanie świadczenia mającego z woli ustawodawcy zapewniać osobom niezdolnym do pracy dochody utracone z powodu choroby, z przyczyn od niej niezależnych, za cały czas trwającej nieprzerwanie niezdolności do pracy, nawet wówczas, gdy tytuł do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wygaś w pierwszych 30 dniach niezdolności do pracy po ustaniu obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego rozpoczętej w dniu wygaśnięcia ubezpieczenia obowiązkowego z przyczyn od osoby niezdolnej do pracy niezależnych, czyli zanim osoba ta na podstawie art. 7 ustawy mogła wystąpić o zasiłek chorobowy. Ten ostatni wynik wykładni, jest akceptowalny, gdy uwzględni się cel regulacji z art.7 i art.8 ustawy i istotę świadczenia, jakim jest zasiłek chorobowy.

Prawo do zasiłku chorobowego (III UZP 7/18)

Postanowieniem z dnia 25 kwietnia 2018 r. Sąd Okręgowy w K. zwrócił do się do Sądu Najwyższego o rozstrzygnięcie zagadnienia prawnego:

„czy na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, osoba, która stała się z niezdolna do pracy w okolicznościach wskazanych w art. 7 ww. ustawy, ale posiadała przez okres krótszy niż 14 dni niezdolności do pracy trwającej po ustaniu ubezpieczenia chorobowego tytuł do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym, do którego nie przystąpiła, nie nabywa zasiłku chorobowego za cały okres trwania niezdolności do pracy po ustaniu ubezpieczenia chorobowego, czy tylko za okres, w którym kontynuowała działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym.(...)”.

Zagadnienie prawne powstało przy rozpoznawaniu odwołania Renaty A. od decyzji z dnia 2 marca 2016 r. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w K., którą odmówiono wnioskodawczyni wypłaty zasiłku chorobowego za wskazany okres oraz decyzji z dnia 11 kwietnia 2016 r. odmawiającej prawa do świadczenia rehabilitacyjnego.

Wyrokiem z dnia 28 września 2017 r. Sąd Rejonowy w K. zmienił zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Krakowie w ten sposób, że przyznał odwołującej się Renacie A. prawo do zasiłku chorobowego za okres od 10

listopada 2015 r. do 10 lutego 2016 r. (pkt I), a w pozostałej części oddalił odwołanie (pkt II).

Przy rozpoznawaniu apelacji wyłoniło się wskazywane zagadnienie prawne.

Rozstrzygnięcie tego zagadnienia ma w ocenie Sądu Okręgowego decydujące znaczenie dla rozpoznania apelacji organu rentowego, a to w kontekście właściwej interpretacji przepisu art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Regulacja zawarta w art. 13 ust. 1 pkt 2 cytowanej wyżej ustawy stanowi odstępstwo (po spełnieniu warunków w tym przepisie przewidzianych) od ogólnych zasad określających przesłanki prawa do zasiłku chorobowego wymienionych w art. 6 i art. 7. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 9 stycznia 2012 r., sygn. akt I UK 212/11 stwierdził, że co prawda przy ścisłej co do zasady wykładni przepisów o ubezpieczeniu społecznym, utrata czy brak prawa do zasiłku nie mogą być ujmowane jako swoista sankcja zawsze rozkładająca się na cały okres niezdolności do pracy, jeżeli ten składał się z kilku okresów niezdolności do pracy. Utrata prawa do zasiłku chorobowego w okresie ubezpieczenia nie powinna więc dotyczyć całego okresu niezdolności do pracy, lecz tylko tego, w którym została podjęta praca. Taka sytuacja będzie miała jednak miejsce wyłącznie przy zastosowaniu art. 17 ww. ustawy, który to przepis odnosi się do zasiłku chorobowego wypłacanego w czasie podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, a nie po jego ustaniu, skoro przepis ten posługuje się pojęciem „ubezpieczonego”, a więc osoby objętej ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa. Natomiast według regulacji zawartej w art. 13 ustawy zasiłkowej, zasiłek chorobowy w ogóle nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego. Wykładnia językowa tego przepisu prowadzi do prostego wniosku, że art. 13 nie odnosi się do okresów poszczególnych zwolnień. W sytuacji, w której odwołująca się po ustaniu ubezpieczenia chorobowego kontynuowała działalność zarobkową, nawet przez krótki czas, utrata prawa do zasiłku będzie dotyczyć całego okresu po ustaniu ubezpieczenia, a więc nie wyłącznie okresu zwolnienia lekarskiego, w którym działalność zarobkowa miała miejsce, lecz także okresów objętych kolejnymi zwolnieniami lekarskimi. Ustawodawca nie posłużył się tu - w przeciwieństwie do art. 17 - zwrotem „cały okres tego zwolnienia”, lecz przyjął, że zasiłek chorobowy „nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego”. Wydaje się, że słowo „okres” użyte w tym przepisie dotyczy okresu zasiłkowego, a nie okresu zwolnienia. Tymczasem z art. 8 i 9 ust. 1 omawianej ustawy wynika, że okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby (okres zasiłkowy) to wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, a więc na okres zasiłkowy składać się może kilka okresów orzeczonej niezdolności do pracy (zwolnienia od pracy).

W ocenie Sądu Okręgowego dopuszczalny jest jednak inny pogląd, który swoje odzwierciedlenie znalazł w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 4 czerwca 2012 r., I UK 13/12. W uzasadnieniu tego orzeczenia Sąd Najwyższy nie znalazł podstaw do uznania, że w świetle analizowanego przepisu art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej utrata prawa do zasiłku chorobowego dotyczy całego okresu niezdolności do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia społecznego bez względu na okres trwania przesłanek

utrąty w nim wymienionych. Przepis nie odnosi się do okresu niezdolności do pracy. Przepis nie zawiera też określenia „cały okres”.

Mowa jest w nim jedynie o nieprzysługiwaniu zasiłku, za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego”. Zasiłek ten nie przysługuje jedynie w okresie trwania wymienionych w nim okoliczności. Przyjmując taką wykładnię, w przedmiotowej sprawie należałoby uznać, że zasiłek chorobowy nie będzie przysługiwał odwołującej się - niezależnie od czasu trwania okresu zasiłkowego czy nawet okresu orzeczonej niezdolności do pracy - wyłącznie za okres, w którym faktycznie wykonywała ona działalność zarobkową, a więc za okres, w którym istniały przesłanki określone w art. 13 ust. 1 pkt 2, tj. do dnia rozwiązania umowy zlecenia - 19 listopada 2015 r. Po ustaniu tego tytułu ubezpieczenia odwołująca się uzyska prawo do zasiłku chorobowego.

Prawo do zasiłku chorobowego po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego (III UZP 6/18)

Postanowieniem z dnia 12 kwietnia 2018 r. Sąd Okręgowy w K. zwrócił się do Sądu Najwyższego z zagadnieniem prawnym:

„czy art. 43 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r. w brzmieniu obowiązującym w okresie od 3 sierpnia 2016 r. do 7 grudnia 2016 r. ma zastosowanie, gdy uprawnienie do zasiłku chorobowego powstaje po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego, w sytuacji, gdy między datą zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego a nabyciem prawa do zasiłku chorobowego nie upłynęły 3 miesiące, ale w tym okresie uprawniona do zasiłku chorobowego nie przystąpiła do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w dniu następnym po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, lecz po tej dacie. (...)?”

Zagadnienie prawne wyłoniło się przy rozpoznawaniu sprawy z odwołania Sabiny K. od decyzji z dnia 8 grudnia 2016 r. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w C. przyznającej za okres od 3 sierpnia 2016 r. do 7 grudnia 2016 r. prawo do zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru, która została ustalona na kwotę 3.306,41 zł.

Wyrokiem z dnia 30 czerwca 2017 r. Sąd Rejonowy w K. zmienił zaskarżoną w części decyzję w ten sposób, że określił podstawę wymiaru zasiłku chorobowego za wskazany wyżej okres na kwotę 7 000 zł (pkt I) oraz zasądził od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Chrzanowie na rzecz odwołującej się kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów procesu (pkt II).

Od powyższego wyr. organ rentowy wniósł apelację, zaskarżając wyrok w całości i zarzucając, że orzeczenie to zostało wydane w oparciu o błędnie zastosowany art. 48 i art. 43, zamiast art. 48a ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. W ocenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w sprawie nie może znaleźć zastosowania przepis art. 48 i odpowiednio art. 43 cytowanej ustawy, gdyż nie

można ustalić podstawy wymiaru zasiłku z 12 miesięcy kalendarzowych przed datą powstania niezdolności do pracy, tj. przed 3 sierpnia 2016 r. Zastosowanie art. 43 stanowi swoiste obejście przepisu art. 48a ustawy zasiłkowej. Przy takich zarzutach organ rentowy wniósł o zmianę zaskarżonego wyr. w całości i oddalenie odwołania.

Przy rozpoznawaniu apelacji Sąd Okręgowy sformułował przedstawione we wstępie zagadnienie prawne.

Rozstrzygnięcie tego zagadnienia ma w ocenie Sądu Okręgowego decydujące znaczenie dla rozpoznania apelacji organu rentowego, a to w kontekście relacji między art. 43 i art. 48a ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

W podobnej sprawie wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyr. z dnia 7 grudnia 2016 r., sygn. akt II UK 478/15. W orzeczeniu tym Sąd Najwyższy stwierdził - w odniesieniu co prawda do art. 49 ust. 1 ustawy zasiłkowej - że zasada wyrażona w tym przepisie doznaje wyjątku w wypadku nieustalania na nowo podstawy wymiaru świadczenia przewidzianym w art. 43, jeżeli między okresami pobierania zasiłków (zarówno tego samego, jak i innego rodzaju) nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż trzy miesiące kalendarzowe (art. 48 ust. 2 ustawy). Rozstrzygając relację między art. 49 ust. 1 i art. 43 ustawy, Sąd Najwyższy uznał, że art. 49 ust. 1 stosuje się wtedy, gdy oblicza się podstawę wymiaru zasiłku, natomiast art. 43 ustawy w okolicznościach, w których podstawy wymiaru świadczenia nie oblicza się.

W ocenie Sądu Okręgowego niewątpliwie dopuszczalne jest zastosowanie przepisu art. 43 cytowanej ustawy w sytuacji, w której uprawniona do zasiłku chorobowego przystępuje do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w dniu następnym po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego. Osoby fizyczne prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych mogą przystąpić do ubezpieczenia chorobowego, jeżeli z tytułu tej działalności objęte są obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi (art. 11 ust. 2 w zw. z art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 8 ust. 6 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) z jednym wyjątkiem - gdy prowadząc działalność, spełniają jednocześnie warunki do objęcia ich obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego. Stosownie do art. 9 ust. 1c ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, podlegają wtedy obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego. Z chwilą nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej pozarolniczą działalność ustaje i nie istnieje możliwość przystąpienia do tego ubezpieczenia ani z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego, ani z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, ponieważ takiego uprawnienia nie przewiduje art. 11 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Przystąpienie do ubezpieczenia chorobowego staje się możliwe po wyczerpaniu zasiłku macierzyńskiego. Ta przerwa w ubezpieczeniu chorobowym jest obligatoryjna i niezależna od osoby uprawnionej do zasiłku. Gdy uprawniona do zasiłku przystępuje do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego bezpośrednio po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, w istocie możliwe jest zastosowanie przepisu art.

43 ustawy zasiłkowej poprzez nieustalenie podstawy wymiaru zasiłku chorobowego na nowo, gdy między pobieraniem dwóch różnych zasiłków nie ma przerwy lub przerwa ta jest krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe (tak w wyr. II UK 478/15).

Wątpliwości Sądu Okręgowego budzi jednak sytuacja, w której uprawniona do zasiłku po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, nie dokonała zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w dniu następującym po zaprzestaniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, tj. w przedmiotowej sprawie dniu 18 maja 2016 r., a dopiero od 30 maja 2016 r.. Możliwe jest przyjęcie poglądu, że w takich okolicznościach niedopuszczalne byłoby przyznanie zasiłku chorobowego w wysokości obliczonej według poprzedniej podstawy wymiaru świadczenia, gdyż nastąpiła przerwa w ubezpieczeniu chorobowym, a zatem konieczne jest ustalenie tej podstawy na nowo. W takiej sytuacji ustalenie podstawy wymiaru zasiłku odbywałoby się na podstawie art. 48a ustawy, ponieważ niemożliwe jest ustalenie podstawy wymiaru zasiłku z 12 miesięcy kalendarzowych przed 3 sierpnia 2016 r., czyli przed datą powstania niezdolności do pracy odwołującej się. Ponieważ z uwagi na brak zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego w okresie od 18 do 29 maja 2016 r. odwołująca się podlegała ubezpieczeniu chorobowemu przez okres krótszy niż 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi suma przeciętnej miesięcznej najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, z których przychód podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku oraz kwoty stanowiącej iloczyn jednej dwunastej przeciętnej kwoty zadeklarowanej jako podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, z których przychód podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku i liczby tych miesięcy.

W ocenie Sądu Okręgowego dopuszczalny jest jednak inny pogląd, zgodnie z którym zasada wyrażona w art. 48a ustawy doznaje wyjątku w wypadku nieustalenia na nowo podstawy wymiaru świadczenia przewidzianym w art. 43, jeżeli między okresami pobierania zasiłków (zarówno tego samego, jak i innego rodzaju) nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż trzy miesiące kalendarzowe, niezależnie od podlegania ubezpieczeniu chorobowemu w tym okresie oraz niezależnie od przyczyn braku ciągłości podlegania ubezpieczeniu. Do takich wniosków prowadzi wykładnia językowa przepisu art. 43, zgodnie z którą jedynym kryterium wskazanym w tym przepisie jest nieistnienie przerwy między okresami pobierania zasiłków lub wystąpienie przerwy nie dłuższej niż trzy miesiące. Przepis ten nie wprowadza dodatkowej przesłanki ciągłości w podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu. Ustawodawca przewidział, że ze względu na kontynuację świadczeń możliwe jest wykorzystanie podstawy ich wymiaru obliczonej na potrzeby uprzednio nabytego świadczenia. Przyjęcie takiej interpretacji przepisu art. 43 ustawy powodowałoby dopuszczenie jego stosowania nawet w sytuacji, gdy przerwa w ubezpieczeniu chorobowym nie była jedynie obligatoryjna, jak w przypadku pobierania zasiłku macierzyńskiego, lecz była konsekwencją świadomego i zależnego wyłączenia od

uprawnionej do świadczenia niezgłoszenia się do ubezpieczenia w dniu następującym bezpośrednio po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego. Brak bowiem przesłanki kontynuacji ubezpieczenia w omawianym przepisie powoduje, że przyczyny braku podlegania temu ubezpieczeniu są prawnie irrelewantne w sytuacji, gdy istnieje ciągłość pobierania zasiłków (lub gdy przerwa między nimi jest krótsza niż 3 miesiące).

Prawo do zasiłku opiekuńczego i chorobowego po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego (III UZP 8/18)

Postanowieniem z dnia 25 kwietnia 2018 r. Sąd Okręgowy w K. zwrócił się do Sądu Najwyższego z zagadnieniem prawnym:

„czy art. 43 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 roku w brzmieniu obowiązującym w okresie od 28 grudnia 2015 roku do 13 października 2016 roku ma zastosowanie, gdy uprawnienie do zasiłku powstaje po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego, w sytuacji, gdy między datą zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego a nabyciem prawa do innego zasiłku nie upłynęły 3 miesiące, ale w tym okresie uprawniona do zasiłku nie przystąpiła do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w dniu następnym po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, lecz po tej dacie. (...)”

Zagadnienie wyłoniło się przy rozpoznawaniu odwołania Marii D. od decyzji z dnia 29 listopada 2016 r. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w K., w której stwierdzono, że podstawa wymiaru zasiłku chorobowego i opiekuńczych za wskazane w niej okresy wynosi 2049,73

Wyrokiem z dnia 18 września 2017 r. Sąd Rejonowy w K. zmienił zaskarżoną w części decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w K. w ten sposób, że określił podstawę wymiaru zasiłku chorobowego i opiekuńczych odwołującej się na kwotę 7 766,10 zł.

Przy rozpoznawaniu apelacji wyłoniło się przedstawione powyżej zagadnienie prawne.

Rozstrzygnięcie tego zagadnienia ,ma w ocenie Sądu Okręgowego decydujące znaczenie dla rozpoznania apelacji organu rentowego, a to w kontekście relacji między art. 43 i art. 48a ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

W podobnej sprawie wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 7 grudnia 2016 r., sygn. akt II UK 478/15. W orzeczeniu tym Sąd Najwyższy stwierdził - w odniesieniu do art. 49 ust. 1 ustawy zasiłkowej - że zasada wyrażona w tym przepisie doznaje wyjątku w wypadku nieustalania na nowo podstawy wymiaru świadczenia przewidzianym w art. 43, jeżeli między okresami pobierania zasiłków (zarówno tego samego, jak i innego rodzaju) nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż trzy miesiące kalendarzowe (art. 48 ust. 2 ustawy). Rozstrzygając relację między art. 49

ust. 1 i art. 43 ustawy, Sąd Najwyższy uznał, że art. 49 ust. 1 stosuje się wtedy, gdy oblicza się podstawę wymiaru zasiłku, natomiast art. 43 ustawy w okolicznościach, w których podstawy wymiary świadczenia nie oblicza się.

W ocenie Sądu Okręgowego niewątpliwie dopuszczalne jest zastosowanie przepisu art. 43 cytowanej ustawy w sytuacji, w której uprawniona do zasiłku chorobowego (opiekuńczego) przystępuje do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w dniu następnym po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego. Osoby fizyczne prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych mogą przystąpić do ubezpieczenia chorobowego, jeżeli z tytułu tej działalności objęte są obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi (art. 11 ust. 2 w zw. z art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 8 ust. 6 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) z jednym wyjątkiem - gdy prowadząc działalność, spełniają jednocześnie warunki do objęcia ich obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego. Stosownie do art. 9 ust. 1c ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, podlegają wtedy obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego. Z chwilą nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej pozarolniczą działalność ustaje i nie istnieje możliwość przystąpienia do tego ubezpieczenia ani z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego, ani z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, ponieważ takiego uprawnienia nie przewiduje art. 11 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Przystąpienie do ubezpieczenia chorobowego staje się możliwe po wyczerpaniu zasiłku macierzyńskiego. Ta przerwa w ubezpieczeniu chorobowym jest obligatoryjna i niezależna od osoby uprawnionej do zasiłku. Gdy uprawniona do zasiłku przystępuje do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego bezpośrednio po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, w istocie możliwe jest zastosowanie przepisu art. 43 ustawy zasiłkowej poprzez nieustalenie podstawy wymiaru zasiłku chorobowego na nowo, gdy między pobieraniem dwóch różnych zasiłków nie ma przerwy lub przerwa ta jest krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe (tak w wyroku II UK 478/15).

Wątpliwości Sądu Okręgowego budzi jednak sytuacja, w której uprawniona do zasiłku po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, nie dokonała zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w dniu następującym po zaprzestaniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, tj. w przedmiotowej sprawie w dniu 14 listopada 2015r., a dopiero od 30 listopada 2015r. Możliwe jest przyjęcie poglądu, że w takich okolicznościach niedopuszczalne byłoby przyznanie zasiłku opiekuńczego (chorobowego) w wysokości obliczonej według poprzedniej podstawy wymiaru świadczenia, gdyż nastąpiła przerwa w ubezpieczeniu chorobowym, a zatem konieczne jest ustalenie tej podstawy na nowo. W takiej sytuacji ustalenie podstawy wymiaru zasiłku odbywałoby się na podstawie art. 48a ustawy, ponieważ niemożliwe jest ustalenie podstawy wymiaru zasiłku z 12 miesięcy kalendarzowych przed 28.12.2015r., czyli przed datą powstania prawa do zasiłku opiekuńczego. Ponieważ z uwagi na brak zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego w okresie od 14 do 29 listopada 2015 r. odwołująca podlegała ubezpieczeniu chorobowemu przez okres

krótszy niż 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi suma przeciętnej miesięcznej najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, z których przychód podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku oraz kwoty stanowiącej iloczyn jednej dwunastej przeciętnej kwoty zadeklarowanej jako podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, z których przychód podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku i liczby tych miesięcy.

W ocenie Sądu Okręgowego dopuszczalny jest jednak inny pogląd, zgodnie z którym zasada wyrażona w art. 48a ustawy doznaje wyjątku w wypadku nieustalania na nowo podstawy (zarówno tego samego, jak i innego rodzaju) nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż trzy miesiące kalendarzowe, niezależnie od podlegania ubezpieczeniu chorobowemu w tym okresie oraz niezależnie od przyczyn braku ciągłości podlegania ubezpieczeniu. Do takich wniosków prowadzi wykładnia językowa przepisu art. 43, zgodnie z którą jedynym kryterium wskazanym w tym przepisie jest nieistnienie przerwy między okresami pobierania zasiłków lub wystąpienie przerwy nie dłuższej niż trzy miesiące. Przepis ten nie wprowadza dodatkowej przesłanki ciągłości w podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu. Ustawodawca przewidział, że ze względu na kontynuację świadczeń możliwe jest wykorzystanie podstawy ich wymiaru obliczonej na potrzeby uprzednio nabytego świadczenia. Przyjęcie takiej interpretacji przepisu art. 43 ustawy powodowałoby dopuszczenie jego stosowania nawet w sytuacji, gdy przerwa w ubezpieczeniu chorobowym nie była jedynie obligatoryjna, jak w przypadku pobierania zasiłku macierzyńskiego, lecz była konsekwencją świadomego i zależnego wyłączenia od uprawnionej do świadczenia niezgłoszenia się do ubezpieczenia w dniu następującym bezpośrednio po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego. Brak bowiem przesłanki kontynuacji ubezpieczenia w omawianym przepisie powoduje, że przyczyny braku podlegania temu ubezpieczeniu są prawnie irrelewantne w sytuacji, gdy istnieje ciągłość pobierania zasiłków (lub gdy przerwa między nimi jest krótsza niż 3 miesiące).

III. PRZEGLĄD ORZECZNICTWA IZBY

dr Eliza Maniewska

Komunikaty do orzeczeń zapadłych w lipcu 2018 r.

Wykładnia art. 187 pkt 1 Prawa spółdzielczego wymaga uwzględnienia art. 30 § 4 k.p. w związku z art. 199 Prawa spółdzielczego.

komunikat do orzeczenia: II PK 98/17, wyrok SN z 11 lipca 2018 r.

sprawozdawca: SSN Krzysztof Staryk

Pracownikowi w przypadku niezgodnego z prawem rozwiązania stosunku pracy w trybie art. 53 § 1 k.p., który stosownie do art. 186⁷ § 1 k.p. złożył wniosek o obniżenie wymiaru jego czasu pracy i w myśl art. 186⁸ § 1 k.p. pracodawca nie mógł rozwiązać umowy o pracę w okresie od dnia złożenia przez pracownika uprawnionego do urlopu wychowawczego wniosku o obniżenie wymiaru czasu pracy do dnia powrotu do nieobniżonego wymiaru czasu pracy, przysługuje oprócz powództwa o przywrócenie do pracy (art. 56 § 1 k.p.) także roszczenie o wynagrodzenie za czas pozostawania bez pracy z art. 57 § 1 k.p. Nie przysługuje mu zatem wynagrodzenie za cały czas pozostawania bez pracy w myśl art. 57 § 2 k.p.

komunikat do orzeczenia: II PK 175/17, wyrok SN z 11 lipca 2018 r.

sprawozdawca: SSN Krzysztof Staryk

Po wydaniu na wniosek ubezpieczonego ostatecznej decyzji o przyznaniu prawa do emerytury na podstawie art. 27 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych nie jest możliwe przyznanie prawa do emerytury w obniżonym wieku emerytalnym na podstawie art. 32 ust.1-4 ustawy.

komunikat do orzeczenia: II UK 210/17, wyrok SN z 11 lipca 2018 r.

sprawozdawca: SSN Krzysztof Staryk

Nie dochodzi w świetle art. 321 § 1 k.p.c. do wyrokowania co do przedmiotu, który nie był objęty żądaniem ani zasądzenia ponad żądanie, w sytuacji wieloaspektowej i skomplikowanej jurydycznie sprawy, gdy zasądzona sumarycznie kwota wyrównania wynagrodzenia za pracę za kilka miesięcy pracy nie przekracza kwoty sprecyzowanej w pozwie, choćby w niektórych miesiącach roszczenie powoda było niższe od zasądzonego w wyroku.

komunikat do orzeczenia: II PK 109/17, wyrok SN z 5 lipca 2018 r.

sprawozdawca: SSN Krzysztof Staryk

Jeżeli w procesie nieodpłatnego nabycia akcji wymaga się od pracownika złożenia oświadczenia wiedzy, o którym mowa w § 3 ust. 4 rozporządzenia Ministra Skarbu Państwa z dnia 29 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad podziału uprawnionych pracowników na grupy, ustalania liczby akcji przypadających na każdą z tych grup oraz trybu nabywania akcji przez uprawnionych pracowników (Dz.U. Nr 35, poz. 303), obowiązek wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do jego złożenia nie ciąży na komercjalizowanej spółce.

komunikat do orzeczenia: II PK 115/17, wyrok SN z 5 lipca 2018 r.

sprawozdawca: SSN Bohdan Bieniek

Ewa Przedwojska

Tezy bieżących orzeczeń

Sprawy z zakresu prawa pracy

Roszczenia z art. 45 k.p.

Wyrok SN z dnia 15 maja 2018 r., II PK 78/17

Sędzia spraw. D. Miąsik

Wystąpienie z roszczeniami z art. 45 k.p. przez radnego zatrudnionego na stanowisku kierowniczym w jednostce sektora finansów publicznych, z którym stosunek pracy rozwiązano z powodu braku prawidłowego nadzoru nad gospodarką finansową tej jednostki mimo braku zgody rady powiatu, jest sprzeczne ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem tych uprawnień pracownika, gdy rada powiatu odmówiła wyrażenia zgody mimo braku związku wypowiedzenia z działalnością w charakterze radnego, oraz z zasadami współżycia społecznego zakładającymi wymóg szczególnej troski o dobro wspólne przez osoby pełniące funkcje z wyboru i zatrudnione na stanowiskach kierowniczych.

Rozwiązanie stosunku pracy bez wypowiedzenia z winy pracownika

Wyrok SN z dnia 10 maja 2018 r., II PK 76/17

Sędzia spraw. R. Spyt

Tajemnicą zawodową z art. 147 ustawy o obrocie instrumentami finansowymi objęta jest informacja o zidentyfikowanej bądź możliwej do zidentyfikowania osobie fizycznej (kliencie domu maklerskiego) ujawniająca dane o jej stanie majątku.

Ustawowy termin do rozwiązania umowy o pracę - wskazany w art. 52 § 2 k.p. - nie jest powiązany ze stanem potencjalnej możliwości powzięcia przez pracodawcę wiadomości o ciężkim naruszeniu przez pracownika podstawowych obowiązków pracowniczych, lecz z jej faktycznym uzyskaniem.

Rozwiązanie stosunku pracy za wypowiedzeniem

Wyrok SN z dnia 24 października 2018 r., I PK 290/16

Sędzia spraw. K. Gonera

1. Wynikający z art. 113 § 1 k.p. termin zatarcia ukarania karą porządkową może stanowić *per analogiam* wyznacznik utraty możliwości powołania się przez pracodawcę w wypowiedzeniu na zdarzenie, które miało miejsce przeszło rok przed dokonaniem wypowiedzeniem.

2. Zakaz wypowiedzenia ustanowiony w art. 41 k.p. jest gwarancją powrotu do pracy po okresie usprawiedliwionej nieobecności, nieprzekraczającej okresu z art. 53 par. 1 k.p. Skoro pracownik podlega ochronie przed wypowiedzeniem przez okres tam wskazany, to co do zasady nie można przyjąć, że pracodawca może wypowiedzieć mu umowę o pracę zaraz po stawieniu się do pracy, ponieważ przekreśliłoby to sens udzielonej ochrony i stanowiło odwet za korzystanie z prawa do zwolnienia od pracy. Art. 53 § 3 k.p. zakazuje jedynie rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia po stawieniu się pracownika do pracy. Z treści tego przepisu nie wynika jednak, że każde wypowiedzenie spowodowane długotrwałą, zbliżoną do okresów wskazanych w art. 53 § 1 k.p., nieobecnością pracownika w pracy jest uzasadnione. Wypowiedzenie umowy o pracę w takiej sytuacji musi być uzasadnione dodatkowymi przesłankami, obiektywnie uzasadniającymi obawę pracodawcy, że dalsze zatrudnianie pracownika może zagrażać sprawnemu funkcjonowaniu zakładu pracy i zagrażać jego interesowi.

Niewypłacalność pracodawcy

Uchwała SN z dnia 13 czerwca 2018 r., III PZP 1/18
Sędzia spraw. P. Prusinowski

Wydanie po dniu 31 grudnia 2015 r. postanowienia o zmianie postanowienia o ogłoszeniu upadłości z możliwością zawarcia układu na postanowienie o ogłoszeniu upadłości obejmującej likwidację majątku dłużnika jest równoznaczne z niewypłacalnością pracodawcy w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (jednolity tekst: Dz.U. z 2016 r., poz. 1256) w związku z art. 449 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. - Prawo restrukturyzacyjne (jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1508). Datą niewypłacalności jest dzień wydania tego postanowienia (art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy).

Wynagrodzenie za pracę - premia

Wyrok SN z dnia 10 maja 2018 r., II PK 130/17
Sędzia spraw. K. Staryk

Regulamin premiowania, który zawiera precyzyjne zasady jego tworzenia, ale nie zawiera zasad ustalania wysokości premii dla poszczególnych pracowników, umożliwia Sądowi samodzielne określenie wysokości premii pracownika, który bez zastrzeżeń wykonał zadania premiowe, przy zastosowaniu art. 322 k.p.c., w granicach wyznaczonych przez kwotę funduszu premiowego.

Wynagrodzenie za pracę - ogólne

Wyrok SN z dnia 24 kwietnia 2018 r., I PK 33/17

Sędzia spraw. M. Wrębiakowska-Marzec

Przepis art. 18 § 3 k.p. nie stanowi podstawy roszczeń w sytuacji, gdy nierówne traktowanie pracowników nie wynika z przyczyn dyskryminacyjnych (art. 11² i art. 11³ k.p.).

Szczególna ochrona stosunku pracy

Wyrok SN z dnia 17 maja 2018 r., I PK 72/17
Sędzia spraw. Z. Korzeniowski

Artykuł 186⁸ k.p. nie jest przepisem szczególnym w rozumieniu art. 45 § 3 k.p.

Zwolnienie lekarskie

Wyrok SN z dnia 17 maja 2018 r., I PK 69/17
Sędzia spraw. K. Staryk

1. Stosownie do art. 52 § 1 k.p. w związku z art. 100 § 2 pkt 3 k.p. wykonywanie pracy przez pracownika w okresie niezdolności do pracy (zwolnienia lekarskiego) tylko wyjątkowo może nie zostać uznane za uchybienie podstawowemu obowiązkowi pracowniczemu.

2. Wykonywanie w okresie zwolnienia lekarskiego pracy takiej samej jak w macierzystym zakładzie, co do zasady, uniemożliwia regenerację sił. W razie wątpliwości co do holistycznej oceny tej kwestii pracodawca powinien zwrócić się do lekarza orzecznika ZUS o wyrażenie opinii.

3. W przypadku osoby zatrudnionej u kilku pracodawców lub prowadzących dodatkowo pozarolniczą działalność gospodarczą - lekarz powinien wydać tyle zwolnień lekarskich ile występuje tytułów do ubezpieczenia chorobowego, analizując w każdym przypadku specyficzne warunki pracy i możliwość ich wykonywania. W przy wykonywaniu takiej samej pracy u kilku pracodawców, zwolnienie lekarskie dotyczące jednakowej pracy należałoby, co do zasady, uznać za zakaz wykonywania takiej samej pracy u wszystkich pracodawców. W celu osiągnięcia transparentności postępowania zasiłkowego tylko w wyjątkowych okolicznościach można byłoby afirmować podjęcie poza macierzystym zakładem pracy innej działalności zarobkowej, gdyby miała ona charakter incydentalny, wynikający z nagłych potrzeb i niewielkiego wymiaru temporalnego.

4. Dyrektor zakładu pracy (a zwłaszcza lekarz - dyrektor szpitala), który w czasie wielomiesięcznego zwolnienia lekarskiego, wykonywał pracę zarobkową, prowadząc tożsamą z czynnościami pracowniczymi działalność gospodarczą, dopuszcza się naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych, uzasadniającego rozwiązanie umowy o pracę w trybie art. 52 § 1 k.p.

Nauczyciel akademicki

Wyrok SN z dnia 20 marca 2018 r., I PK 10/17
Sędzia spraw. K. Gonera

1. Skoro ani Kodeks pracy, ani Prawo o szkolnictwie wyższym nie regulują kwestii możliwości posłużenia się przez rektora uczelni publicznej (przy dokonywaniu czynności prawnych zmierzających do nawiązania lub rozwiązania stosunku pracy z nauczycielem akademickim) pełnomocnikiem, oznacza to możliwość zastosowania art. 96 k.c. w związku z art. 300 k.p. w związku z art. 136 ust. 1 Prawa o szkolnictwie wyższym i art. 5 k.p. Nie jest zatem wykluczone przyjęcie, że chociaż rektor nie mógł skorzystać z możliwości, jaką stwarza art. 3¹ § 1 k.p. (czyli wyznaczyć generalnie innej osoby do dokonywania czynności w sprawach z zakresu prawa pracy za pracodawcę, np. w ramach zatwierdzonego przez siebie podziału czynności), to jednak mógł udzielić innej indywidualnie oznaczonej osobie na podstawie art. 96 k.c. pełnomocnictwa do dokonania konkretnej czynności z zakresu prawa pracy w jego imieniu i ze skutkiem prawnym dla niego.

2. Możliwe jest udzielenie przez rektora uczelni publicznej na podstawie art. 96 k.c. prorektorowi tej uczelni ds. kadr pełnomocnictwa do dokonania konkretnej czynności prawnej nawiązania lub rozwiązania stosunku pracy z konkretnym nauczycielem akademickim.

Urlop bezpłatny

Wyrok SN z dnia 24 kwietnia 2018 r., I PK 41/17
Sędzia spraw. K. Gonera

1. Powracającemu do pracy z urlopu bezpłatnego wybieralnemu pracownikowi samorządowemu pracodawca powinien zagwarantować stanowisko równorzędne pod względem wynagrodzenia z poprzednio zajmowanym (art. 74 k.p.), z uwzględnieniem aktualnie (w chwili powrotu) obowiązujących stawek na stanowisku poprzednio zajmowanym przez tego pracownika. Powinno to być stanowisko pozwalające pracownikowi na osiągnięcie wynagrodzenia porównywalnego do tego, jakie mógłby otrzymywać, gdyby nie skorzystał z urlopu bezpłatnego w celu sprawowania funkcji publicznych lub społecznych z wyboru i nadal nieprzerwanie pozostawał w zatrudnieniu. Inne założenie, pozwalające na odniesienie wysokości wynagrodzenia do stanu sprzed rozpoczęcia korzystania z urlopu bezpłatnego, zniechęcałoby pracowników do przerywania pracy w celu sprawowania funkcji pochodzących z wyboru.

2. Brak możliwości zatrudnienia pracownika powracającego z urlopu bezpłatnego po zakończeniu funkcji sprawowanej z wyboru (art. 74 k.p.) na stanowisku równorzędnym z zajmowanym przez niego przed urlopem lub zgodnym z jego kwalifikacjami uzasadnia wypowiedzenie umowy o pracę. Przepis art. 74 k.p. nie wyklucza możliwości wypowiedzenia umowy o pracę po powrocie pracownika z urlopu

bezpłatnego. Zastąpienia urlopowanego pracownika inną osobą zatrudniona na stałe, rzeczywista likwidacja jego stanowiska pracy, zmiany organizacyjne - te przyczyny mogą uzasadniać wypowiedzenie, ponieważ pracodawca nie może być ograniczony (w okresie urlopu bezpłatnego pracownika) w przeprowadzeniu reorganizacji zatrudnienia w swoim zakładzie pracy.

Pracodawca - pojęcie

Wyrok SN z dnia 14 lutego 2018 r., I PK 351/16

Sędzia spraw. K. Gonera

1. W rozumieniu art. 3 k.p. za pracodawcę należy uważać taką jednostkę organizacyjną, która jest uprawniona do samodzielnego zatrudniania pracowników, do nawiązywania i rozwiązywania z nimi stosunków pracy. Nie można jednak uznać za pracodawcę jednostki organizacyjnej, której kierownik przyjmuje i zwalnia pracowników wyłącznie na podstawie powożenia.

2. Pracodawcą nie jest ten podmiot, który został ujawniony w świadectwie pracy (choćby błędnie), lecz ten, który faktycznie, rzeczywiście i zgodnie z przepisami prawa regulującymi jego byt prawny zatrudniał pracownika. W przypadku jednostek organizacyjnych niewyposażonych w zdolność prawną samo ujawnienie ich jako pracodawców w umowie o pracę czy dokumentach pracowniczych nie nadaje im statusu, o którym mowa w art. 3 k.p. Zdolność do bycia pracodawcą nie jest jedynie wyrazem woli stron stosunku pracy, lecz wynika z całokształtu okoliczności świadczących o wyodrębnieniu organizacyjno-finansowym jednostki zatrudniającej.

3. Uznanie, że jednostka organizacyjna występująca w procesie jako strona pozwana nie posiada cech pracodawcy (art. 460 k.p.c.), a zarazem nie jest żadnym z podmiotów o których mowa w art. 64 k.p.c., pozbawia ją zdolności sądowej. Jako taka, nie ma zdolności do występowania w procesie jako strona. Zgodnie z art. 199 § 1 pkt 3 k.p.c. oraz art. 379 pkt 2 k.p.c., w wyniku postępowania prowadzonego wobec jednostki organizacyjnej, która nie może być stroną w procesie cywilnym z powodu braku zdolności sądowej, nie może zapaść wyrok merytoryczny (także oddalający powództwo).

Dyskryminacja pracownika

Wyrok SN z dnia 10 maja 2018 r., I PK 54/17

Sędzia spraw. K. Gonera

1. W orzecznictwie Sądu Najwyższego wyraźnie rozróżnia się dyskryminację (art. 11³ k.p.) od nierównego traktowania (art. 11² k.p.). Według tego rozróżnienia, nie każde nierówne traktowanie pracowników przez pracodawcę oznacza dyskryminację, kwalifikację taką można przypisać tylko nierównemu traktowaniu wynikającemu z zastosowania przez pracodawcę niedozwolonych kryteriów różnicujących.

2. Pracownik, który domaga się odszkodowania na podstawie art. 18^{3d} k.p., powinien określić (podać) przypuszczalne (według jego oceny) kryterium nieusprawiedliwionego różnicowania jego sytuacji w porównaniu z innymi pracownikami, aby jednoznacznie zmanifestować, że domaga się odszkodowania w związku z naruszeniem przez pracodawcę zakazu dyskryminacji jako kwalifikowanej postaci nierównego traktowania w zatrudnieniu, a nie z innego tytułu.

3. Złamaniem zasady niedyskryminacji w zatrudnieniu jest niedopuszczalne różnicowanie sytuacji prawnej pracownika w oparciu o niedozwolone (prawnie zakazane) kryteria. Przyczyny różnicowania sytuacji pracowniczej mogą więc być kwalifikowane jako dyskryminujące, jeżeli są zabronione przez prawo albo nie znajdują usprawiedliwienia w stosunkach zatrudnienia. Przepisy Kodeksu pracy odnoszące się do dyskryminacji nie mają zastosowania w przypadkach „zwykłego” nierównego traktowania, niespowodowanego przyczyną uznaną za podstawę dyskryminacji. Z tych względów oczekuje się od pracownika, który twierdzi, że był dyskryminowany, wskazania (określenia), a nie wykazania (udowodnienia), przyczyny nierównego traktowania. Chodzi o skierowanie roszczeń pracownika jako powoda od samego początku procesu na odpowiednią drogę sposobu procedowania (także co do granic i zakresu postępowania dowodowego) oraz o jednoznaczne określenie reżimu odpowiedzialności pozwanego pracodawcy, łącznie z zakresem roszczeń przysługujących pracownikowi (np. art. 18^{3d} k.p.) oraz rozkładem ciężaru dowodu (art. 18^{3b} § 1 k.p.).

Sędzia - uposażenie rodzinne

Wyrok SN z dnia 27 czerwca 2018 r., I PK 78/17
Sędzia spraw. J. Frańczak

Art. 102 § 1 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. - Prawo o ustroju sądów powszechnych (jednolity tekst: Dz.U. z 2018 r., poz. 23 ze zm.) odsyła do ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1383 ze zm.) wyłącznie w zakresie warunków wymaganych do uzyskania renty rodzinnej, tj. do art. 68⁷¹ tej ustawy.

Odprawy pieniężne

Wyrok SN z dnia 17 kwietnia 2018 r., I PK 28/17
Sędzia spraw. K. Gonera

1. Ani Kodeks spółek handlowych, ani Kodeks pracy nie przewidują dla prezesa zarządu spółki kapitałowej albo dla pracownika zatrudnionego w takiej spółce na stanowisku prezesa odprawy jako świadczenia przysługującego powszechnie w związku z utratą funkcji prezesa albo ustaniem zatrudnienia na stanowisku prezesa. Odprawa pieniężna przysługująca pracownikowi w związku z utratą zatrudnienia na stanowisku prezesa zarządu spółki kapitałowej może mieć swoje źródło w umowie

stron, która podlega wykładni według reguł określonych w art. 65 w związku z art. 60 k.c.

2. Gdyby umowa zawarta przez prezesa zarządu spółki kapitałowej ze spółką przewidywała odprawę tylko za utratę funkcji prezesa zarządu spółki, odwołany prezes powinien jej dochodzić na drodze sądowej przed sądem gospodarczym, ponieważ byłaby to sprawa ze stosunku spółki (por. art. 2 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 24 maja 1989 r. o rozpoznawaniu przez sądy spraw gospodarczych, tekst jednolity: Dz.U. z 2016 r., poz. 723).

3. Odwołanie z funkcji prezesa zarządu spółki kapitałowej stanowi uzasadnioną przyczynę wypowiedzenia stosunku pracy osobie zatrudnionej na takim stanowisku.

Sprawy z zakresu ubezpieczeń społecznych

Interpretacja indywidualna w sprawach ubezpieczeniowych

Wyrok SN z dnia 14 czerwca 2018 r., II UK 182/17
Sędzia spraw. Z. Korzeniowski

Urzędowa interpretacja przepisów obejmuje ten zakres unijnej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w którym polski organ rentowy określa ustawodawstwo krajowe jako właściwe.

Praca w szczególnych warunkach

Wyrok SN z dnia 5 lipca 2018 r., I UK 84/17
Sędzia spraw. K. Staryk

Poz. 23 załącznika A do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze "wybijanie, oczyszczanie i wykańczanie odlewów" dotyczy tylko tych zakładów pracy, w których znajdowały się piece odlewnicze do odlewania staliwa, żeliwa, metali nieżelaznych i rur oraz odnosi się wyłącznie do prac związanych z ciągiem technologicznym odlewania.

Wyrok SN z dnia 7 czerwca 2018 r., II UK 162/17
Sędzia spraw. R. Spyt

O możliwości zaliczenia okresu zasadniczej służby wojskowej do okresu pracy w warunkach szczególnych decydują przepisy obowiązujące w dacie podjęcia przez pracownika zatrudnienia po zakończeniu służby wojskowej - art. 108 ust. 1 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (Dz. U. Nr 44, poz. 22 ze zm.) w związku z art. 32 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych

(jednolity tekst: Dz. U. z 2017 r., poz. 1383 ze zm.) w związku z § 4 rozporządzenia Rady Ministrów z 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz.U. Nr 8, poz. 43 ze zm.).

Ubezpieczenie społeczne górników

Wyrok SN z dnia 14 czerwca 2018 r., II UK 178/17
Sędzia spraw. K. Staryk

Do pięcioletniego okresu pracy równorzędnej z pracą górniczą w myśl art. 50c ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych podlegają wliczeniu wykonywane nawet z przerwami okresy zatrudnienia u pracodawców związanych z górnictwem, jak i okresy pracy poza górnictwem.

Koordinacja systemów zabezpieczenia społecznego

Wyrok SN z dnia 14 czerwca 2018 r., II UK 179/17
Sędzia spraw. K. Staryk

Ostateczna decyzja wydana przez instytucję wyznaczoną przez właściwą władzę państwa członkowskiego dotycząca ustalenia właściwego ustawodawstwa wiąże instytucje zabezpieczenia społecznego innych państw członkowskich oraz tylko wyjątkowo może być modyfikowana przez sądy. Dotyczy to zwłaszcza przypadku, gdy zostaną zgłoszone nowe fakty, mające istotny wpływ na ustalenie właściwego ustawodawstwa lub wnioskodawca przedstawi zaświadczenie na formularzu A1, które dotyczy spornego okresu.

Wypadek przy pracy

Wyrok SN z dnia 18 kwietnia 2018 r., II UK 65/17
Sędzia spraw. M. Wrębiakowska-Marzec

Zdarzenie wypadkowe pozostające w związku z pełnieniem służby w Policji zaistniałe przed dniem 1 lipca 2014 r. podlega kwalifikacji na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 16 grudnia 1972 r. o odszkodowaniach przysługujących w razie wypadków i chorób pozostających w związku ze służbą w Policji (Dz.U. Nr 53, poz. 345 ze zm.) niezależnie od tego, czy postępowanie w sprawie przyznania świadczeń odszkodowawczych zostało wszczęte przed tą datą (art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 4 kwietnia 2014 r. o świadczeniach odszkodowawczych przysługujących w razie wypadku lub choroby pozostających w związku ze służbą, Dz.U. z 2014 r., poz. 616 ze zm.).

Składki na ubezpieczenie społeczne

Wyrok SN z dnia 6 czerwca 2018 r., I UK 151/17
Sędzia spraw. R. Spyt

Wskazanie art. 1 ust. 10 ustawy z dnia 9 listopada 2012 r. o umorzeniu należności powstałych z tytułu nieopłaconych składek przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność (Dz. U. z 2012 r. poz. 1551) warunku nieposiadania na dzień wydania decyzji, o której mowa w ust. 13 pkt 1, składek niepodlegających umorzeniu dotyczy także zaległości składkowych, które powstały po wydaniu i uprawomocnieniu się decyzji warunkowej, o której mowa w art. 1 ust. 8 tej ustawy.

Sprawy różne

Orzeczenie ponad żądanie

Wyrok SN z dnia 5 lipca 2018 r., II PK 109/17
Sędzia spraw. K. Staryk

Nie dochodzi w świetle art. 321 § 1 k.p.c. do wyrokowania co do przedmiotu, który nie był objęty żądaniem ani zasądzania ponad żądanie, w sytuacji wieloaspektowej i skomplikowanej jurydycznie sprawy, gdy zasądzona sumarycznie kwota wyrównania wynagrodzenia za pracę za kilka miesięcy pracy nie przekracza kwoty sprecyzowanej w pozwie, choćby w niektórych miesiącach roszczenie powoda było niższe od zasądzonego wyroku.

Zawieszenie postępowania cywilnego

Postanowienie SN z dnia 14 listopada 2017 r., II UZ 72/17
Sędzia spraw. K. Staryk

Sąd Najwyższy nie jest zobligowany do zawieszenia postępowania zażaleniowego po ogłoszeniu upadłości w sytuacji, gdy wcześniej został wydany prawomocny wyrok, zażalenie dotyczy jedynie formalnych przesłanek dopuszczalności skargi kasacyjnej i jest w sposób oczywisty nieuzasadnione, znana jest osoba syndyka masy upadłości, który zgłasza wnioski dotyczące przedmiotowej sprawy.

Nieważność postępowania cywilnego

Postanowienie SN z dnia 14 czerwca 2018 r., II PZ 9/18
Sędzia spraw. Z. Korzeniowski

Dokumenty załączone do pisma procesowego, które z naruszeniem przepisów nie zostały wszyte do akt, składają się na materiał sprawy, co nie oznacza, że jest to równoznaczne z naruszeniem art. 224 § 1 i art. 316 k.p.c., a w konsekwencji z nieważnością postępowania z art. 379 pkt 5 k.p.c., uzasadniająca orzekanie na podstawie art. 386 § 2 k.p.c.

Wznowienie postępowania

Postanowienie SN z dnia 12 października 2017 r., I UO 1/17
Sędzia spraw. R. Spyt

Dopuszczalne jest wznowienie postępowania przed Sądem Najwyższym z powodu nieważności, gdy wyrok Sądu Najwyższego wskazany w art. 398¹⁵ k.p.c. nie tylko odracza wydanie orzeczenia co do istoty sprawy (przez sąd, któremu sprawa została przekazana do ponownego rozpoznania), ale też determinuje jego treść przez wiążącą wykładnię.

Dyscyplinarne postępowanie

Wyrok SN z dnia 14 czerwca 2018 r., II PK 95/17
Sędzia spraw. Z. Korzeniowski

Postępowanie sądowe z odwołania funkcjonariusza Służby Więziennej od ukarania dyscyplinarnego jest dwuinstancyjne i dopuszczalna jest skarga kasacyjna.

Wyrok - sprostowanie

Wyrok SN z dnia 10 maja 2018 r., I UK 110/17
Sędzia spraw. K. Gonera

1. Instytucja sprostowania wyroku nie może być wykorzystywana do eliminowania błędów merytorycznych w rozstrzygnięciu sprawy. Sprostowanie nie może dotyczyć na przykład rozmiaru świadczenia. Tego rodzaju błąd zawarty w sentencji wyroku, chociażby niezgodny z wolą składu orzekającego, powinien być wyeliminowany w trybie zaskarżenia - przede wszystkim apelacją, a w przypadku wyroku sądu drugiej instancji skargą kasacyjną.

2. Postanowienie sądu drugiej instancji formalnie dotyczące sprostowania wyroku, a w rzeczywistości zmieniające merytorycznie to orzeczenie, podlega zaskarżeniu skargą kasacyjną.

Dowodowe postępowanie - opinia biegłego

Wyrok SN z dnia 17 maja 2018 r., I UK 136/17

Sędzia spraw. K. Staryk

Nie występuje potrzeba uzupełniania postępowania dowodowego na podstawie art. 286 k.p.c. w związku z art. 217 k.p.c., gdy nieusuwalne obecnie synalagmatyczne dywergencje, wynikające z wyjaśnień wnioskodawcy i dokumentów urzędowych, uniemożliwiają korelowanie opinii biegłych sądowych prywatną opinią lekarza, determinowaną nieprawdziwymi relacjami ubezpieczonego.

Odwołanie od decyzji administracyjnej

Uchwała SN z dnia 28 marca 2018 r., III SZP 1/18

Sędzia spraw. B. Bieniek, J. Frańczak

1. Organ gminy jest uprawniony do wniesienia odwołania od zarządzenia zastępczego wojewody o zakazie zgromadzenia wydanego w trybie art. 26b ust. 4 ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. - Prawo o zgromadzeniach (jednolity tekst: Dz.U. z 2018 r., poz. 408), a także jest stroną w postępowaniu toczącym się na skutek odwołania organizatora zgromadzenia od takiego zarządzenia;

2. Po upływie terminu zgromadzenia nie staje się zbędne rozpoznanie odwołania od zarządzenia zastępczego wojewody o zakazie zgromadzenia wydanego na podstawie art. 26b ust. 4 Prawa o zgromadzeniach.

Wartość przedmiotu zaskarżenia

Postanowienie SN z dnia 17 maja 2018 r., I UZ 9/18

Sędzia spraw. Z. Myszka

W sprawie o zasiłek chorobowy, w której ubezpieczony nie dochodził różnych ani odrębnych świadczeń chorobowych, ale przyznania mu jednego nieprzerwanego zasiłku chorobowego, występuje jedna wartość kasacyjnego zaskarżenia, choćby wymagała zsumowania kilku kolejno następujących bezpośrednio po sobie wartości zasiłków chorobowych z tego samego ubezpieczenia chorobowego.

Postanowienie SN z dnia 20 marca 2018 r., I UZ 71/17

Sędzia spraw. K. Gonera

1. Żądanie przeliczenia emerytury (podstawy jej wymiaru) jest sporem o prawo majątkowe. W przypadku tego typu sporu dopuszczalność zaskarżenia kasacyjnego podlega ograniczeniu ze względu na wartość przedmiotu zaskarżenia (art. 398-2 § 1 k.p.c.). Wartość tę oblicza się z uwzględnieniem art. 22 k.p.c., przy czym stanowi ona różnicę między wysokością świadczenia wypłaconego przez organ rentowy a wysokością świadczenia żądanego przez ubezpieczonego w skali jednego roku. O dopuszczalności skargi kasacyjnej musi decydować rzeczywisty przedmiot sporu, a

następnie przedmiot zaskarżenia. Jest nim różnica wysokości emerytury, co jednoznacznie kwalifikuje żądanie w kategorii sprawy o prawa majątkowe.

2. Ustalenie podstawy wymiaru emerytury nie może się odbywać w sposób zupełnie dowolny. Stanowiłoby to bowiem pole do nadużyć, w szczególności pozwalałoby na manipulowanie kwotą stanowiącą wartość przedmiotu zaskarżenia w kontekście dopuszczalności skargi kasacyjnej. Strona nie może dopiero dla celów skargi kasacyjnej wskazywać wartości przedmiotu zaskarżenia w oparciu o obliczenia, na które nie powoływała się w poprzednim postępowaniu. Jeżeli ubezpieczony domagał się przeliczenia emerytury według określonego wzorca, to na potrzeby skargi kasacyjnej nie może wychodzić poza to żądanie, gdyż wówczas Sąd Najwyższy orzekałby o przedmiocie nowym, innym niż przedmiot rozpoznania sprawy przed sądami pierwszej i drugiej instancji.

3. Do obliczania podstawy wymiaru emerytury przyjmuje się generalnie kwotę bazową obowiązującą w dacie zgłoszenia wniosku o emeryturę, chyba że ubezpieczony nie pobierał dotychczas emerytury, co w przyszłości umożliwiłoby korzystniejsze wyliczenie "odwieszzonego" świadczenia (według nowej, wyższej kwoty bazowej), przy spełnieniu warunków określonych w art. 110 ustawy o emeryturach i rentach z FUS. Jeżeli nabycie prawa do emerytury następuje później niż data zgłoszenia wniosku o to świadczenie, do obliczeń przyjmuje się kwotę bazową w wysokości obowiązującej w dniu powstania uprawnień, a nie w dniu złożenia wniosku. W przypadku ponownego obliczenia wysokości świadczenia na zasadach określonych w art. 111 ustawy wprost nakazuje zastosowanie kwoty bazowej ostatnio przyjętej do obliczenia świadczenia.

Nieważność postępowania – skład sądu

Postanowienie SN z dnia 17 maja 2018 r., I PZ 6/18

Sędzia spraw. K. Gonera

Możliwość łączenia w jednym postępowaniu (w jednej sprawie) różnych roszczeń - w tym także takich, których oddzielne rozpoznanie wymagałoby różnych składów sądu (jednoosobowego lub ławniczego) - została przesądzona w dwóch uchwałach Sądu Najwyższego z 4 lutego 2008 r., II PZP 14/08, OSNP 2009, Nr 17-18, poz. 218) oraz z 20 marca 2009 r., I PZP 8/08, OSNP 2009, nr 17-18, poz. 219), z których wynika, że w przypadku gdy wśród roszczeń z zakresu prawa pracy dochodzonych w jednym postępowaniu (art. 191 i 193 § 1 k.p.c.) znajduje się roszczenie, do którego rozpoznania w pierwszej instancji właściwy jest sąd w składzie jednego sędziego jako przewodniczącego i dwóch ławników (art. 47 § 2 pkt 1 lit a k.p.c.), sąd w takim samym składzie jest właściwy także do rozpoznania pozostałych roszczeń.

Uzasadnienie wyroku – doręczenie

Postanowienie SN z dnia 20 marca 2018 r., I PZ 2/18

Sędzia spraw. K. Gonera

Niefortunne sformułowanie przez pełnomocnika strony wniosku "o doręczenie odpisu wyroku wraz z kserokopią uzasadnienia" zamiast o doręczenie odpisu wyroku wraz z uzasadnieniem albo odpisu wyroku z odpisem uzasadnienia (art. 387 § 3 zd. pierwsze k.p.c.) należy potraktować jako niestaranność, zwykły błąd lub omyłkę pisarską, która nie powinna powodować negatywnych skutków w postaci odrzucenia skargi kasacyjnej, jeżeli jest oczywiste, że intencją pełnomocnika strony było uruchomienie procedury kasacyjnej - wyrok sądu drugiej instancji był niekorzystny dla strony i ostatecznie skarga w jej imieniu została wniesiona.

Zwolnienie od kosztów sądowych

Postanowienie SN z dnia 10 maja 2018 r., I PZ 4/18
Sędzia spraw. K. Gonera

1. Rozpoznanie zażalenia na postanowienie sądu drugiej instancji o odrzuceniu skargi kasacyjnej z powodu nieuiszczenia opłaty sądowej obejmuje także, na wniosek strony, kontrolę postanowienia tego sądu o oddaleniu wniosku o zwolnienie strony od kosztów sądowych, w szczególności opłaty.

2. W zakresie kontroli sprawowanej przez Sąd Najwyższy nie wchodzi merytoryczne rozpoznanie wniosku strony o zwolnienie od kosztów sądowych, a jedynie kontrola, czy odmowa zwolnienia od kosztów sądowych przez sąd drugiej instancji była uzasadniona. Dlatego postanowienie sądu drugiej instancji o odmowie zwolnienia od kosztów sądowych w postępowaniu kasacyjnym wymaga uzasadnienia.

Zakres rozpoznania zażalenia przez Sąd Najwyższy

Postanowienie SN z dnia 14 lutego 2018 r., I PZ 18/17
Sędzia spraw. K. Gonera

1. Przedmiotem oceny Sądu Najwyższego w postępowaniu wywołanym zażaleniem wniesionym na podstawie art. 394¹ § 1¹ k.p.c. są wyłącznie przesłanki orzeczenia kasatoryjnego wynikające z regulacji zawartej w art. 386 § 2 i 4 k.p.c. Sąd Najwyższy powinien jednak brać pod uwagę (z urzędu) także w postępowaniu zażaleniowym nieważności postępowania przed sądem drugiej instancji.

2. Jedyнным środkiem zaskarżenia, którym mogą dysponować strony w przypadku wydania przez sąd drugiej instancji wyroku kasatoryjnego po przeprowadzeniu postępowania dotkniętego nieważnością jest zażalenie, o którym mowa w art. 394¹ § 1¹ k.p.c.

3. Zakresem przedmiotowym art. 394¹ § 1¹ k.p.c. objęta jest także sytuacja, w której podstawę zażalenia stanowi zarzut naruszenia art. 378 § 1 k.p.c. w związku z art. 379 pkt 3 k.p.c., które polegało na uchyleniu przez sąd drugiej instancji niezaskarżonej przez strony części wyroku sądu pierwszej instancji i przekazaniu

sprawy w tym zakresie do ponownego rozpoznania, ponieważ takie orzeczenie narusza również art. 386 § 4 k.p.c.

IV. OPRACOWANIA I ANALIZY

prof. dr hab. Krzysztof Ślebzak

Podstawa wymiaru emerytury (Notatka do sprawy III UZP 3/18)

Sąd Apelacyjny w W., III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, postawieniem 20 kwietnia 2018 r. przedstawił Sądowi Najwyższemu do rozstrzygnięcia następujące zagadnienie prawne:

„Czy należności z tytułu stosunku pracy pracownika, którego stosunek pracy został rozwiązany na mocy porozumienia stron w związku z przejściem na emeryturę, wypłacone po rozwiązaniu stosunku pracy i po dacie przyznania tego świadczenia, mogą być wliczone do podstawy wymiaru emerytury dla celów ponownego obliczenia jej wysokości na podstawie art. 110a ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych?”

Istota zagadnienia prawnego sprowadza się do interpretacji art. 110a ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (j.t. Dz. U. z 2017 r., poz. 1383 ze zm. – dalej jako ustawa emerytalna), a zasadniczo do odpowiedzi na pytanie, czy dopuszczalne jest na podstawie przedmiotowego przepisu ponowne ustalenie prawa do świadczenia w sytuacji, w której po ustaleniu prawa do emerytury świadczeniobiorca nie podlegał ubezpieczeniom społecznym, ale otrzymał wynagrodzenie, które uwzględnia się w podstawie wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne. Problem ten odzwierciedla bardzo dobrze stan faktyczny, który legł u podstaw skierowanego pytania. Odwołującemu, Wiesławowi H. zostało ustalone prawo do emerytury z dniem 1 lipca 2006 r. Stosunek pracy, na podstawie umowy o pracę ustał z kolei z dniem 30 czerwca 2006 r. Po ustaleniu prawa do emerytury odwołujący nie legitymował się żadnym tytułem do ubezpieczeń społecznych. Niemniej w miesiącu lipcu oraz sierpniu 2006 r. zostało mu wypłacone wynagrodzenie. W lipcu – za czerwiec 2006 r. (w kwocie 17.222,20 zł brutto) oraz w sierpniu – dodatkowe wynagrodzenie (w kwocie 12.673,86 brutto). Od tych kwot zostały odprowadzone składki na ubezpieczenie społeczne.

Analizę należy rozpocząć od przywołania treści art. 110a ust. 1 ustawy emerytalnej oraz określenia prawnych relacji, jakie zachodzą pomiędzy przedmiotową regulacją a unormowaniami pojawiającymi się tym przepisem oraz pojęciami, jakimi posłużył się w nich ustawodawca.

Zgodnie z art. 110a ust. 1 ustawy emerytalnej, wysokość emerytury oblicza się ponownie od podstawy wymiaru ustalonej w sposób określony w art. 15, z uwzględnieniem art. 110 ust. 3, jeżeli do jej obliczenia wskazano podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne lub ubezpieczenia emerytalne i rentowe na podstawie przepisów prawa polskiego przypadającą w całości lub w części po przyznaniu świadczenia, a wskaźnik wysokości podstawy wymiaru przed zastosowaniem ograniczenia, o którym mowa w art. 15 ust. 5, jest wyższy niż 250%.

Przedmiotowy przepis wyraża prawo do ponownego ustalenia prawa do świadczenia, przy czym określa się zarówno sposób jego obliczenia, jak i przesłanki które muszą być spełnione. Te dwie kwestie stają się m.in. źródłem kontrowersji, gdyż niejasna jest relacja tej części przepisu, która odnosi się do sposobu obliczenia świadczenia, do tej części, która wskazuje na warunki ponownego ustalenia.

Jeśli chodzi o warunki ponownego ustalenia prawa do świadczenia, to są one dwa:

- 1) do obliczenia należy wskazać „podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne lub ubezpieczenia emerytalne i rentowe na podstawie przepisów prawa polskiego przypadającą w całości lub w części po przyznaniu świadczenia” oraz
- 2) wskaźnik wysokości podstawy wymiaru przed zastosowaniem ograniczenia, o którym mowa w art. 15 ust. 5 ustawy emerytalnej, jest wyższy niż 250%.

Na tym etapie interpretacji przepisu sprawa wydaje się w miarę nieproblematyczna, gdyż z językowego punktu widzenia warunkiem ponownego ustalenia nie jest posiadanie tytułu do ubezpieczenia społecznego, ale wskazanie nowej, dotychczas nieuwzględnianej przy ustaleniu prawa do świadczenia (w całości lub w części) podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne. W przepisie nie wymaga się więc posiadania tytułu do ubezpieczenia społecznego, aczkolwiek w kontekście systemowym tytuł ten można domniemać, gdyż co do zasady relacja pomiędzy tytułem do ubezpieczenia a obowiązkiem odprowadzenia składki na ubezpieczenie społeczne jest oczywista. Co do zasady bowiem, brak tytułu do ubezpieczenia społecznego powoduje, że nie ma podstawy do ustalenia podstawy wymiaru składki. Nie powstaje zatem obowiązek składkowy.

Problem w sprawie sprowadza się natomiast do sytuacji stanowiącej wyjątek, kiedy mimo formalnego nieistnienia tytułu do ubezpieczenia społecznego, składka na ubezpieczenie społeczne została odprowadzona (o czym w dalszej części) oraz do wskazanego w art. 110a ust. 1 ustawy emerytalnej sposobu ponownego ustalenia prawa do świadczenia, który w jednym z dwóch możliwych przypadków, wyraźnie wskazuje na wymóg posiadania tytułu do ubezpieczenia społecznego.

Jeśli chodzi o metodę ponownego ustalenia prawa do świadczenia, to oblicza się go „w sposób określony w art. 15, z uwzględnieniem art. 110 ust. 3” ustawy emerytalnej. Z kolei na podstawie art. 15 tego aktu prawnego możliwe jest ustalenie podstawy wymiaru na dwa sposoby. Zgodnie z ust. 1 podstawę wymiaru emerytury i renty stanowi ustalona w sposób określony w art. 15 ust. 4 i 5 ustawy emerytalnej przeciętna podstawa wymiaru składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe lub na ubezpieczenie społeczne na podstawie przepisów prawa polskiego w okresie kolejnych 10 lat kalendarzowych, wybranych przez zainteresowanego z ostatnich 20

lat kalendarzowych poprzedzających bezpośrednio rok, w którym zgłoszono wniosek o emeryturę lub rentę, z uwzględnieniem ust. 6 i art. 176 ustawy emerytalnej. Natomiast w świetle ust. 6 podstawę wymiaru emerytury lub renty może stanowić ustalona w sposób określony w art. 15 ust. 4 i 5 przeciętna podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne lub ubezpieczenia emerytalne i rentowe w okresie 20 lat kalendarzowych przypadających przed rokiem zgłoszenia wniosku, wybranych z całego okresu podlegania ubezpieczeniu.

O ile zatem w ust. 1 brak wyraźnego odniesienia do „okresu podlegania ubezpieczeniu”, o tyle w przypadku ust. 6 podstawa wymiaru składki w okresie 20 lat kalendarzowych musi zostać wybrana tylko z takiego okresu.

Gdyby odnosić tak rozumiany przepis do okoliczności faktycznych sprawy, to należałoby stwierdzić, że wnioskodawca mógłby domagać się ponownego ustalenia prawa do emerytury w oparciu o art. 15 ust. 1 ustawy emerytalnej, ale nie mógłby tego uczynić już na podstawie art. 15 ust. 6 tejże ustawy. W ocenie Sądu Apelacyjnego tego typu różnicowanie nie wydaje się jednak racjonalnie, z czym należy się zgodzić. Dla porządku trzeba również dodać, że odesłanie do art. 110 ust. 3 ustawy emerytalnej powoduje tylko tyle, że w przypadku ponownego ustalenia prawa do świadczenia w sposób określony w art. 15 ust. 1 ustawy emerytalnej, okres 20 lat kalendarzowych, obejmuje okres przypadający bezpośrednio przed rokiem, w którym zgłoszono wniosek o emeryturę. Odesłanie do art. 110 ust. 3 ma zatem znacznie tylko dla sposobu ponownego ustalenia prawa do świadczenia w oparciu o art. 15 ust. 1 ustawy emerytalnej. Natomiast w przypadku stosowania sposobu z art. 15 ust. 6 ustawy emerytalnej, okres 20 lat, może być wybrany z całego okresu podlegania ubezpieczeniom społecznym przed ponownym ustaleniem prawa do świadczenia, byleby wskazana podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne przypadająca w całości lub w części po przyznaniu świadczenia. Zgodzić się zatem należy z Sądem Apelacyjnym, który twierdzi, że nie ma podstaw, aby zastrzeżenie uczynione w art. 110a ust. 1, że wysokość emerytury ustala się w sposób określony w art. 15, z uwzględnieniem art. 110 ust. 3, rozumieć w ten sposób, że ponowne ustalenie nie może obejmować sposobu, o którym mowa w art. 15 ust. 6 ustawy emerytalnej.

Sytuacja prawna wydaje się zatem dość złożona, gdyż o ile art. 110a formułuje wyłącznie warunek, aby wskazano podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne przypadającą w całości lub w części po przyznaniu świadczenia, o tyle ze sposobu takiego ponownego ustalenia wynikałoby, że przedmiotowa podstawa wymiaru składki ma przypadać na okres podlegania ubezpieczeniu społecznemu (art. 15 ust. 6) albo też nie (ust. 1).

Odpowiedź na pytanie sformułowane przez Sąd Apelacyjny wymaga zatem ustalenia, jaka jest relacja pomiędzy podleganiem ubezpieczeniom społecznym, ustaleniem podstawy wymiaru składki a ustaleniem podstawy wymiaru świadczenia (tutaj emerytury), zwłaszcza biorąc pod uwagę konieczność poszanowania przy interpretacji art. 110a ust. 1 ustawy emerytalnej celu przedmiotowej regulacji oraz systemowej spójności przedmiotowej regulacji z pozostałymi unormowaniami, w których ustawodawca podobnie formułuje warunek wskazania podstawy wymiaru składki w odniesieniu do okresu po ustaleniu prawa do świadczenia (por. art. 110 ust.

1 oraz art. 111 ust. 1 pkt 3 ustawy emerytalnej, w tym ostatnim przepisie podobieństwo wynika właśnie z pkt 3, w którym zakłada się, że nowa podstawa wymiaru składki przypada po ustaleniu prawa do świadczenia).

W pierwszej kolejności stwierdzić trzeba, że w przypadku pracowników (a taką osobą był właśnie wnioskodawca) tytułem do ubezpieczenia jest w rozumieniu art. 6 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 1778 ze zm. – dalej jako ustawa systemowa) bycie pracownikiem. Za pracownika uważa się osobę pozostającą w stosunku pracy (art. 8 ust. 1 ustawy systemowej). Okresy podlegania ubezpieczeniom społecznym określa natomiast art. 13 pkt 1 przedmiotowego aktu prawnego, który stanowi, że pracownicy podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu „od dnia nawiązania stosunku pracy do dnia ustania tego stosunku”. Jest to więc okres podlegania ubezpieczeniom społecznym. Nie ulega zatem wątpliwości, że w przypadku wnioskodawcy okres ten zakończył się w dniu 30 czerwca 2006 r. Problematyczne jest więc tylko, jaką doniosłość prawną ma fakt wypłaty jemu, z tego tytułu wynagrodzenia, po ustaniu zatrudnienia. Z punktu widzenia przyporządkowania przedmiotowego świadczenia do danego okresu, nie ulega wątpliwości, że zostaje on uwzględniony w okresie zatrudnienia i stanowi przychód ze stosunku pracy. Przesądza o tym art. 18 ust. 1, art. 6 ust. 1 pkt 1, art. 4 pkt 9 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, które jako zespół przepisów wyrażają normę prawną określającą zasady oskładkowania przychodu ze stosunku pracy. W świetle tych regulacji wynagrodzenie wypłacone po ustaniu zatrudnienia jest świadczeniem ze stosunku pracy, niemniej jednak obowiązek zapłaty składki powstaje dopiero w miesiącu następującym po miesiącu wypłaty tego świadczenia. Wynagrodzenie wypłacone byłemu pracownikowi podlega więc oskładkowaniu na zasadach ogólnych. Praktycznie rzecz ujmując, oznacza to obowiązek złożenia, po okresie zatrudnienia, imiennego raportu ZUS RCA z kodem tytułu do ubezpieczenia 30 00 XX. Jeśli zatem w dacie rozwiązania stosunku pracy zostanie ustalone prawo do świadczenia, to w przypadku wypłaty wynagrodzenia po tym zdarzeniu podstawa wymiaru składki będzie ustalana dopiero w odniesieniu do momentu jego wypłaty w miesiącu, w którym powstaje obowiązek składkowy (a więc po ustaleniu prawa do emerytury).

Inną natomiast kwestią jest rozstrzygnięcie, do jakich okresów należy przyporządkować świadczenia wypłacone przez pracodawcę wnioskodawcy w miesiącu lipcu oraz sierpniu 2006 r. z punktu widzenia, obliczenia podstawy wymiaru emerytury, tym bardziej, że pracodawca zobowiązany jest na podstawie art. 125 ust. 1 pkt 2 ustawy systemowej do wydania stosownego zaświadczenia (druk Rp-7).

Miarodajne są w tym względzie przepisy rozporządzenia z dnia 1 kwietnia 1985 r. w sprawie szczegółowych zasad ustalania podstawy wymiaru emerytur i rent (Dz. U. z 1989 r. Nr 11, poz. 63 ze zm. – dalej jako rozporządzenie z 1985 r.), a w szczególności jego § 1 oraz § 6. Zgodnie z pierwszym z powoływanych przepisów podstawę wymiaru emerytur i rent, ustala się od wynagrodzenia z tytułu wykonywania pracy w ramach stosunku pracy, z uwzględnieniem wypłaconych zamiast tego wynagrodzenia świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Z kolei druga z wymienionych regulacji stanowi, że składniki

wynagrodzenia pobierane w odstępach czasu dłuższych niż miesiąc oblicza się w stosunku miesięcznym i dolicza do wynagrodzenia z tych miesięcy zatrudnienia, za które wynagrodzenie to przysługuje. Jeżeli nie można ustalić okresu, za jaki składniki wynagrodzenia zostały wypłacone, dolicza się je do wynagrodzenia za miesiąc, w którym nastąpiła ich wypłata.

Przy ustalaniu podstawy wymiaru świadczeń emerytalno-rentowych generalną zasadą jest zatem ujmowanie dokonywanych wypłat świadczeń w okresach, za które przysługiwały, niezależnie od tego kiedy doszło do ich faktycznej wypłaty. Z kolei składniki wynagrodzenia wypłacone w odstępach czasu dłuższych niż miesiąc pracodawca ustala w stosunku miesięcznym i dolicza do wynagrodzenia z tych miesięcy (lat) zatrudnienia, za które wynagrodzenie to przysługuje.

W przypadku wypłaty wynagrodzenia po ustaniu zatrudnienia, stwierdzić należy, że o ile z punktu widzenia obowiązku składkowego, powstaje on w miesiącu następującym po miesiącu, w którym nastąpiła jego wypłata, o tyle w kontekście podstawy wymiaru emerytury wynagrodzenie to jest uwzględniane w przychodzie okresu związanego z trwaniem stosunku pracy. Technicznie rzecz ujmując wynagrodzenia wypłacone za miesiąc lipiec i sierpień 2006 r., powinny zostać wykazane w druku Rp-7 w przychodach okresów, za które one przysługiwały, co oznacza, że przypadają one na okres podlegania ubezpieczeniom społecznym. Do tego sprowadza się podstawowy problem w sprawie.

Z analizy uzasadnienia pytania przedstawionego przez Sąd Apelacyjny można domniemywać, że skoro emerytura wnioskodawcy została ustalona na dzień 1 lipca 2006 r., to wynagrodzenie wypłacone w miesiącu lipcu oraz wrześniu, najprawdopodobniej nie zostało uwzględnione przy ustalaniu podstawy wymiaru przedmiotowej emerytury. Nie wiadomo również, czy zostało ono ujęte w druku ZUS Rp-7. Gdyby się jednak okazało, że pracodawca wystawił dla celów ustalenia prawa do emerytury na dzień 1 lipca 2006 r. druk ZUS Rp-7, w którym nie uwzględniono wynagrodzenia wypłaconego w miesiącu lipcu bądź sierpniu, to wnioskodawca miałby przede wszystkim roszczenie o sprostowanie zaświadczenia o zatrudnieniu i wynagrodzeniu, do którego rozpoznania właściwy rzeczowy byłby sąd rejonowy sąd pracy. Kwestia ta została przesądzona w uchwale SN z dnia 17 lutego 2005 r. (II PZP 1/05, OSNP 2005, Nr 10, poz. 138) i podtrzymana w późniejszym orzecznictwie, w którym przedstawiono relację roszczenia o wydanie zaświadczenia o zatrudnieniu na podstawie art. 125 ust. 1 pkt 2 ustawy emerytalnej, do roszczenia o sprostowanie wydanego druku Rp-7 (wyrok SN z dnia 19 kwietnia 2007 r., I UK 321/06). Tego typu sprostowanie umożliwiłoby natomiast ponowne ustalenie prawa do emerytury, ale na podstawie art. 114 ustawy emerytalnej.

Biorąc zatem pod uwagę powyższe ustalenie dotyczące ujmowania wynagrodzenia po ustaniu zatrudnienia (tj. po ustaniu podlegania ubezpieczeniu społecznemu) do okresu tego zatrudnienia (podlegania) można możliwa stać się odpowiedź na pytanie, jak się ma ono do ponownego ustalenia prawa do świadczenia na podstawie art. 110a ustawy emerytalnej, a zwłaszcza, czy wynagrodzenie wypłacone po ustaniu zatrudnienia, od którego zapłacono składkę na ubezpieczenie społeczne w miesiącu następującym po miesiącu, w którym nastąpiła jego wypłata

jest wskazaniem „podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne lub ubezpieczenia emerytalne i rentowe (...) przypadającej w części po przyznaniu świadczenia” w rozumieniu art. 110a ust. 1 ustawy emerytalnej.

Osiągnięcie spójności pomiędzy ust. 1 oraz ust. 6 art. 15 ustawy emerytalnej, przy jednoczesnym uwzględnieniu systematyki wynikającej z art. 110 ust. 1 do art. 111 ust. 1 pkt 3 normujących instytucję „ponownego ustalenia prawa do świadczenia” przez wskazanie podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne lub ubezpieczenia emerytalne i rentowe (...) przypadającej w części po przyznaniu świadczenia, nakazywałaby stwierdzenie, że wynagrodzenie wypłacone po ustaniu zatrudnienia, od którego zapłacono składkę na ubezpieczenie społeczne w miesiącu następującym po miesiącu, w którym nastąpiła jego wypłata nie jest wskazaniem „podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne lub ubezpieczenia emerytalne i rentowe (...) przypadające w części po przyznaniu świadczenia” w rozumieniu art. 110a. Podobnego typu przesłanka, co w art. 110a ustawy emerytalnej została zawarta również w art. 110 ust. 1 oraz art. 111 ust. 1 pkt 3 tego aktu prawnego i jak dotychczas nie wywoływało wątpliwości, że wskazywanie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne pozostaje w związku z okresem podlegania ubezpieczeniu społecznemu. Oznacza to, że okres z którego ustalana jest podstawa wymiaru świadczenia ma przypadać w całości lub części po dniu ustalenia prawa, co w praktyce oznacza wymóg, by wnioskodawca podlegał ubezpieczeniom społecznym po tej dacie (tak K. Ślebzak w komentarzu do art. 110 oraz art. 111 ustawy emerytalnej, (w:) *Emerytury i renty z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Emerytury pomostowe. Komentarz*, red. B. Gudowska, K. Ślebzak, Warszawa 2013, komentarz do art. 110, Nb 6 oraz komentarz do art. 111 Nb 4, w którym odsyła się do ustaleń w komentarzu do art. 110 dotyczących podstawy wymiaru świadczenia).

Warto także podkreślić, że również w przypadku ustalania podstawy wymiaru świadczenia na podstawie art. 15 ust. 1 ustawy emerytalnej, konieczne jest wskazanie przeciętnej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe lub na ubezpieczenie społeczne na podstawie przepisów prawa polskiego w okresie podlegania ubezpieczeniom społecznym, tj. z kolejnych 10 lat kalendarzowych, wybranych przez zainteresowanego z ostatnich 20 lat kalendarzowych poprzedzających bezpośrednio rok, w którym zgłoszono wniosek o emeryturę lub rentę. Wynagrodzenie wypłacone po ustaniu zatrudnienia uwzględnia się bowiem dla celów ustalania podstawy wymiaru emerytury w odpowiednim przychodzie określonego okresu zatrudnienia. Oznacza to, że po zakończeniu okresu zatrudnienia dla celów ustalania prawa do emerytury „nie pojawiają się” nowe okresy podlegania ubezpieczeniom społecznym, mimo że możliwa jest wypłata wynagrodzenia, które dopiero po ustaniu zatrudnienia stanowi podstawę wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne.

Dlatego przy odpowiedzi na postawione pytanie należy uwzględnić cel ponownego ustalenia prawa do świadczenia w rozumieniu art. 110a ust. 1 oraz art. 110 ust. 1 i art. 111 ust. 1 pkt 3 ustawy emerytalnej, zwłaszcza w odniesieniu do warunku „wskazania podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne lub ubezpieczenia emerytalne i rentowe”. Ponieważ wyżej przesądzono, że przy ustaleniu

prawa do emerytury po raz pierwszy z danego okresu zatrudnienia, uwzględnieniu podlega przychód tylko z tego okresu, niezależnie od tego kiedy został wypłacony i kiedy od niego została odprowadzona składka, to ponowne ustalenie prawa do świadczenia przez wskazanie innego okresu, możliwe jest tylko w sytuacji, gdy okres ten jest okresem podlegania ubezpieczeniom społecznym. Tylko bowiem wtedy „pojawi się” - z punktu widzenia zasad ustalania prawa do emerytury - przychód, który będzie mógł być uwzględniony dla ponownego ustalenia tego świadczenia. Samo wskazanie podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne nie jest więc wystarczające, gdyż podstawa ta może być związana z przychodem okresu, który podlegał uwzględnieniu w ustalaniu podstawy wymiaru emerytury po raz pierwszy, co automatycznie dyskwalifikuje ten okres przy ponownym ustaleniu prawa do świadczenia. Dopiero wskazanie nowej podstawy wymiaru składki, która wynika z faktu nowego podlegania ubezpieczeniu z określonego tytułu pozwala na ponowne ustalenie prawa do świadczenia. Przy takiej interpretacji uwzględniona zostanie podstawowa funkcja przedmiotowych regulacji sprowadzająca się do możliwości uwzględnienia w wymiarze świadczenia, późniejszych okresów, w których była odprowadzana składka na ubezpieczenie społeczne w związku z podleganiem ubezpieczeniom społecznym. W tym też wyraża się ten aspekt ekwiwalentności składki i świadczenia, który umożliwia przeliczenie prawa do świadczenia jeśli wnioskodawca po przyznaniu świadczenia, odprowadzał składkę na ubezpieczenie społeczne. W przypadku wnioskodawcy, obowiązek zapłaty składki, wprawdzie powstał w miesiącach następujących po miesiącach, w których wypłacono świadczenia (zatem w sierpniu oraz październiku 2006 r.) i najprawdopodobniej został wykonany, niemniej okoliczność ta została (bądź powinna była być), dla celów ustalenia prawa do emerytury, uwzględniona w zaświadczeniu o zatrudnieniu za okres do 30 czerwca 2006 r. Jeżeli fakt ten nie znalazł wyrazu w druku Rp-7 wydanym przez pracodawcę na potrzeby ustalenia prawa do emerytury od 1 lipca 2006 r., to o czym była mowa wyżej, pracodawca miał obowiązek sprostowania wydanego zaświadczenia, a wnioskodawca mógł się domagać ponownego ustalenia prawa do emerytury, ale na podstawie art. 114 ustawy emerytalnej.

W powyższym świetle okoliczność wskazania podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne przypadającej w całości lub w części po ustaleniu prawa do świadczenia ma znaczenie tylko pod warunkiem, gdy składka ta – jako wyraz indywidualnego wkładu w tworzenie FUS – nie została uwzględniona przy ustalaniu podstawy wymiaru pierwotnego świadczenia (tj. ustalanego po raz pierwszy). Temu służy zresztą, co do zasady, instytucja ponownego ustalenia prawa do świadczenia, niezależnie od tego, na podstawie którego przepisu ustawy emerytalnej do niego dochodzi. W sytuacji natomiast, gdy okoliczność odprowadzenia składki na ubezpieczenia społeczne biorąc pod uwagę jej podstawę wymiaru przypadającą po ustaleniu prawa do świadczenia został uwzględniona przy ustalaniu podstawy wymiaru tego świadczenia bądź powinna była być uwzględniona ze względu na konieczność wydania sprostowanego druku Rp-7, to prawo do ponownego ustalenia prawa do świadczenia nie przysługuje zarówno na podstawie art. 110a ust. 1, jak i art. 110 ust. 1 oraz art. 111 ust. 1 pkt 3 ustawy emerytalnej. Z kolei brak uwzględnienia tej

„nowej podstawy wymiaru” w postawie wymiaru świadczenia umożliwia jedynie domaganie się sprostowania zaświadczenia o zatrudnieniu oraz ponowne ustalenie prawa do świadczenia w oparciu o art. 114 ustawy emerytalnej.

dr Izabela Twardowska-Mędrak

Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego po zmianie tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym (Notatka do sprawy o sprawy III UZP 2/18)

I. Przedmiot zagadnienia prawnego.

Postanowieniem z dnia 20 marca 2018 r. VI Ua 66/17, Sąd Okręgowy w S. zwrócił się do Sądu Najwyższego o rozstrzygnięcie następującego zagadnienia prawnego:

czy możliwe jest obliczenie podstawy wymiaru zasiłku chorobowego dla ubezpieczonego niebędącego pracownikiem, którego niezdolność do pracy powstała w okresie zatrudnienia i trwa nieprzerwanie nadal po objęciu tego ubezpieczonego dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, przy wzięciu pod uwagę przychodu uzyskanego przez niego w okresie zatrudnienia?

W razie pozytywnej odpowiedzi na to pytanie: czy dopuszczalne jest w takiej sytuacji ograniczenie podstawy wymiaru zasiłku chorobowego zgodnie z normą art. 46 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa?

W stanie faktycznym sprawy Iwona Z. była zatrudniona na podstawie umowy o pracę w W. spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w Ł. do dnia 31 grudnia 2015 r. i z tego tytułu podlegała obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Wnioskodawczyni od dnia 1 maja 2015 r. prowadziła nadto pozarolniczą działalność gospodarczą. W okresie zatrudnienia była jednak zgłoszona z tego tytułu wyłącznie do ubezpieczenia zdrowotnego, natomiast od 1 stycznia 2016 r. zgłosiła się także do wszystkich obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, a nadto do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

W okresie od 29 października 2015 r. do 24 lutego 2016 r. Iwona Z. była nieprzerwanie niezdolna do pracy. Z tego tytułu w okresie od 29 października 2015 r. do 1 grudnia 2015 r. otrzymywała wynagrodzenie chorobowe, zaś w okresie od 2 do 31 grudnia 2015 r. - zasiłek chorobowy. Oba świadczenia były jej wypłacane przez ówczesnego pracodawcę.

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego wypłacanego wnioskodawczyni za okres do 31 grudnia 2015 r. stanowiła kwota nie niższa niż 9.500 zł, ustalona na podstawie wynagrodzenia uzyskanego przez nią w czasie zatrudnienia w okresie ostatnich 12 miesięcy, tj. od października 2014 r. do września 2015 r.

W okresie pobierania zasiłku chorobowego Iwona Z. uzyskała zwolnienia lekarskie dotyczące kolejno okresów: od 3 grudnia 2015 r. do 3 stycznia 2016 r., od 4 stycznia 2016 r. do 27 stycznia 2016 r. oraz od 28 stycznia 2016 r. do 24 lutego 2016 r.

Zgłaszając się po ustaniu zatrudnienia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, ubezpieczona zadeklarowała jako podstawę wymiaru składki kwotę 2.433 zł.

Sprawa została zainicjowana odwołaniem wniesionym przez ubezpieczoną od decyzji ZUS Oddziału w S., w którym domagała się ona jej zmiany poprzez przyznanie jej prawa do zasiłku chorobowego w wyższej wysokości, tj. obliczonego z ostatnich 12 miesięcy poprzedzających zwolnienie chorobowe, a więc przy uwzględnieniu okresu, gdy była zatrudniona w oparciu o umowę o pracę. Organ rentowy przyjął natomiast, że podstawę wymiaru zasiłku chorobowego dla ubezpieczonej od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 24 lutego 2016 r. stanowi kwota 2.433 zł brutto pomniejszona o 13,71%.

Sąd I instancji uwzględnił odwołanie w całości, uznając, że w analizowanym przypadku do ubezpieczonej nie można zastosować art. 49 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zwanej dalej ustawą zasiłkową, albowiem w jej przypadku niezdolność do pracy nie powstała przed upływem pełnego miesiąca ubezpieczenia chorobowego.

Uzasadniając swoje stanowisko Sąd Rejonowy powołał się na treść art. 48a ust. 2 ustawy zasiłkowej, wskazując, że co prawda przepis ten dotyczy zmiany tytułu ubezpieczenia, niemniej odnosi się do sytuacji, gdy okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu. Taka zaś sytuacja nie zachodzi zdaniem sądu I instancji w przypadku ubezpieczonej. Jednocześnie sąd ten podkreślił, iż nawet w przypadku takiej przerwy ustawodawca nakazuje przy wyliczaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w liczbie pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia (12 miesięcy z art. 48 ustawy zasiłkowej) uwzględnić pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia z poprzedniego tytułu. Liczba pełnych miesięcy kalendarzowych z poprzedniego i obecnego tytułu nie może przekraczać 12. Na tej podstawie sąd I instancji wywiódł, że skoro w sytuacji przerwy trwającej krócej niż 30 dni ustawodawca wlicza do podstawy wymiaru wynagrodzenie z poprzedniego tytułu, to tym bardziej zasada ta winna mieć zastosowanie w przypadku osoby, co do której nie występuje przerwa między poszczególnymi tytułami i która zachorowała, podlegając wcześniejszemu ubezpieczeniu pracowniczemu.

Niezależnie od powyższego Sąd Rejonowy wskazał, powołując się na treść art. 48 ust. 2 w zw. z art. 43 ustawy zasiłkowej, że podstawy wymiaru zasiłku nie ustala się na nowo, jeżeli między okresami pobierania zasiłków zarówno tego samego, jak i innego rodzaju nie było przerwy, albo przerwa była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe. Nawiązując do poglądu wyrażonego przez Sąd Najwyższy w wyroku z 7 grudnia 2016 r. w sprawie II UK 478/15, wywiódł, że skoro organ przyznał ubezpieczonej prawo do zasiłku chorobowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej od 1 stycznia 2016 r., to z uwagi na fakt pobierania zasiłku

chorobowego z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę do dnia 31 grudnia 2015 r., podstawa wymiaru zasiłku za okres od 1 stycznia 2016 r. nie powinna ulec zmianie. Podstawa ta wynosiła zaś nie mniej niż 9.500 zł, a podlegała wyliczeniu w oparciu o art. 36 ust. 1 ustawy zasiłkowej, w myśl którego podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu będącemu pracownikiem stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolności do pracy. Kwotę tę należało pomniejszyć o 13,71%, albowiem przez wynagrodzenie pracownika rozumie się przychód pracownika stanowiący podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe po odliczeniu potrąconych przez pracodawcę składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe oraz ubezpieczenie chorobowe.

A zatem problem interpretacyjny w niniejszej sprawie ujawnił się na styku dwóch tytułów podlegania ubezpieczeniu chorobowemu (obowiązkowego w związku z zatrudnieniem oraz dobrowolnego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej).

Sąd Okręgowy przypominając zasady podlegania ubezpieczeniu chorobowemu oraz ustalania podstawy wymiaru składki z wyżej wymienionych tytułów, zwrócił szczególną uwagę na regulację wynikającą z art. 37 ustawy zasiłkowej, normującą sytuację pracownika, którego niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, w przypadku którego podstawę wymiaru zasiłku stanowi wynagrodzenie, które osiągnąłby, gdyby pracował pełny miesiąc kalendarzowy.

Zgodnie z art. 45 i art. 46 ustawy zasiłkowej, podstawa wymiaru zasiłku z tytułu pracy w pełnym wymiarze czasu pracy nie może być niższa od 86,29% minimalnego wynagrodzenia za pracę. Jednocześnie - w odniesieniu do zasiłku chorobowego przysługującego po ustaniu tytułu ubezpieczenia - nie może ona przewyższać przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

W przypadku natomiast przedsiębiorcy podstawę wymiaru składek stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy (art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej). Przychodem jest zaś - zgodnie z art. 3 pkt 4 ustawy zasiłkowej - kwota 86,29% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe.

Zdaniem Sądu na podstawie art. 48 ust. 2 odpowiednio stosuje się m.in. art. 38 ust. 1 ustawy zasiłkowej, należy zatem przyjąć, że przeciętny miesięczny przychód za okres 12 miesięcy poprzedzających powstanie niezdolności do pracy to iloraz kwoty osiągniętego przychodu i liczby miesięcy, w ciągu których został on osiągnięty (z wyłączeniem przychodu za miesiące, w których były pobierane zasiłki, a działalność była wykonywana przez mniej niż połowę miesiąca; art. 50 ustawy zasiłkowej).

Przechodząc dalej Sąd Okręgowy wskazał, że przepis art. 4 ust. 1 ustawy zasiłkowej ustanawia okresy wyczekiwania poprzedzającego nabycie prawa do zasiłku chorobowego (30 dni dla pracowników i 90 dni dla osób ubezpieczonych dobrowolnie), jednakże z mocy ust. 2 tego artykułu do okresów ubezpieczenia chorobowego z danego tytułu wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego (zarówno obowiązkowego, jak i dobrowolnego), jeżeli przerwa pomiędzy nimi nie przekroczyła

30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego.

W takiej sytuacji, w przypadku powstania niezdolności do pracy w pierwszym miesiącu kalendarzowym aktualnego ubezpieczenia chorobowego, sposób ustalania wysokości zasiłku chorobowego został zróżnicowany w zależności od tego, czy ubezpieczony podlega temu ubezpieczeniu obowiązkowo z tytułu pozostawania w stosunku pracy, czy też został nim objęty na zasadach dobrowolności z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej.

Do tej pierwszej sytuacji zastosowanie znajduje zasada wynikająca z art. 37 ust. 1 ustawy, zgodnie z którą podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi wynagrodzenie, które ubezpieczony będący pracownikiem osiągnąłby, gdyby pracował pełny miesiąc kalendarzowy. Przepis art. 48 ust. 2 ustawy zasiłkowej nie odsyła do odpowiedniego stosowania tej zasady w stosunku do osób niebędących pracownikami.

Dla tych ubezpieczonych reguły ustalania wysokości zasiłku chorobowego ustanawia art. 49 ustawy zasiłkowej. Przepis ten w odniesieniu do osób, dla których ustalono najniższą podstawę wymiaru składek (w tym osób prowadzących działalność gospodarczą), nakazuje ustalać podstawę wymiaru zasiłku chorobowego od tej właśnie najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 ustawy.

Sąd Okręgowy podkreślił, że to zróżnicowanie sytuacji ubezpieczonych będących pracownikami oraz ubezpieczonych dobrowolnie zakwestionował Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 24 maja 2012 r. w sprawie P 12/10 (OTK-A 2012 nr 5, poz. 52) w odniesieniu do tych osób prowadzących działalność gospodarczą, których dobrowolne ubezpieczenie chorobowe z tytułu prowadzenia takiej działalności poprzedzone było - bezpośrednio, albo z krótką przerwą - ubezpieczeniem chorobowym z innego tytułu, w szczególności z tytułu pozostawania w stosunku pracy.

Mimo wyroku Trybunału Konstytucyjnego i późniejszych zmian ustawy zasiłkowej, regulacja art. 48 tej ustawy nadal nie odsyła do odpowiedniego stosowania art. 37 ust. 1, czyli nie pozwala ustalić hipotetycznej podstawy zasiłku za cały miesiąc kalendarzowy, gdy niezdolność do pracy powstaje przed upływem miesiąca kalendarzowego. W zamian za to, na mocy ustawy z dnia 21 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2013 r., poz. 996), z dniem 1 grudnia 2013 r. wprowadzono art. 49 ust. 2, łagodzący ten dysonans.

W myśl art. 49 ust. 2 ustawy zasiłkowej jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, a okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się nie później niż 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, przy ustaleniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego stosuje się odpowiednio przepis art. 37 ust. 1.

Dla porządku Sąd Okręgowy wskazał, że zgodnie z art. 43 ustawy zasiłkowej podstawy wymiaru zasiłku nie ustala się na nowo, jeżeli między okresami pobierania zasiłków zarówno tego samego rodzaju, jak i innego rodzaju nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe. Przepis ten na mocy odesłania z

art. 48 ust. ustawy zasiłkowej stosuje się odpowiednio przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem.

Sąd przekazujący zagadnienie podkreślił, że analizowany w sprawie stan faktyczny dotyczy okresu sprzed nowelizacji ustawy zasiłkowej, wynikającej z ustawy z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1066). W art. 1 pkt 9 ustawy nowelizującej do treści ustawy zasiłkowej został dodany bowiem art. 48a, którego głównym celem, jak wynika z uzasadnienia projektu do ustawy z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (por. druk sejmowy Nr 2832 <http://www.sejm.gov.pl>), było ograniczenie skali występujących nadużyć.

Natomiast dodany art. 48a ust 2 i 3, który nakazuje przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku dla ubezpieczonych, dla których podstawę wymiaru stanowi kwota zadeklarowana, podlegających ubezpieczeniu chorobowemu przez okres krótszy niż 12 miesięcy, uwzględniać okres ubezpieczenia z poprzedniego tytułu, jeżeli okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, pozwala osobie mającej określony staż ubezpieczenia chorobowego z wcześniejszego tytułu na przypisanie go do okresu ubezpieczenia z bieżącego tytułu, aby uzupełnić okres do 12 miesięcy. Powołana nowelizacja uwzględnia wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r. (sygn. akt P 12/10) oraz zmiany wprowadzone ustawą z dnia 21 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2013 r. poz. 996)".

Z powyższego, zdaniem Sądu Okręgowego wynika, że do czasu wprowadzenia zmian wynikających z art. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1066), ustawa zasiłkowa wprost nie regulowała zasad ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w sytuacji, gdy dochodziło do zmiany tytułu ubezpieczenia w czasie trwającej choroby.

Ma to istotne znaczenie, gdy zważyć, że przywołana wyżej ustawa nowelizująca weszła w życie od 1 stycznia 2016 roku, a z mocy przepisu przejściowego, tj. art. 22 ust. 1, nie ma ona zastosowania do zasiłków chorobowych, do których prawo powstało przed dniem wejścia w życie art. 1 pkt 8-12; zasiłki takie wypłaca się bowiem na zasadach i w wysokości obowiązujących przed tym dniem za cały okres nieprzerwanej niezdolności do pracy. Biorąc więc pod uwagę fakt, iż w przypadku Iwony Z. jej niezdolność do pracy powstała jeszcze w październiku 2015 roku i trwała nieprzerwanie aż do lutego roku następnego, zaś zasiłek chorobowy zaczął być jej wypłacany już w grudniu 2015 r., niewątpliwie jest ona jedną z osób, do których adresowany był zacytowany przepis przejściowy.

Odrzucając możliwość odpowiedniego zastosowania w stanie faktycznym takim jak zaistniały w niniejszej sprawie normy art. 43 ustawy zasiłkowej poprzez odesłanie

z art. 48 ust. 2 ustawy zasiłkowej (a to z uwagi na ugruntowane stanowisko judykatury i doktryny) oraz stwierdzając brak relewantności pomiędzy tym stanem faktycznym a wprowadzonym z dniem 1 stycznia 2016 r. znowelizowanym brzmieniem ustawy zasiłkowej, w szczególności art. 48a ust. 2 (a to z uwagi na treść art. 22 ust. 1 ustawy nowelizującej z dnia 15 maja 2015 r.), Sąd Okręgowy uznał, że w stanie faktycznym sprawy zastosowanie może znaleźć art. 49 ust. 2 ustawy zasiłkowej odsyłający do odpowiedniego stosowania art. 37 ust. 1 tej ustawy.

Istotą tego przepisu jest to, że jeżeli niezdolność do pracy ubezpieczonego niebędącego pracownikiem powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, a okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się nie później niż 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przychód, stanowiący podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, określony na ten miesiąc, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe.

Przy zastosowaniu powyższych regulacji, w realiach niniejszej sprawy oznaczałoby to, że podstawę wymiaru zasiłku chorobowego dla Iwony Z. stanowiłaby kwota zadeklarowana przez nią przy składaniu deklaracji ZUS DRA w lutym 2016 r.

Przyjęcie jednak takiego stanowiska doprowadziłoby do sytuacji, że ubezpieczona nieprzerwanie niezdolna do pracy, pomimo ciągłości ubezpieczenia chorobowego - tyle że z dwóch różnych tytułów - znajdzie się w sytuacji mniej korzystnej niż pracownik, który utracił tytuł do objęcia ubezpieczeniem chorobowym i nie został objęty tym ubezpieczeniem z innego tytułu, a mimo to zachował prawo do świadczeń z ubezpieczenia na zasadach określonych w art. 7 ustawy zasiłkowej, który pozwala na wypłatę zasiłku chorobowego po ustaniu ubezpieczenia. W takim przypadku podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego nie może być wyższa niż kwota wynosząca 100% przeciętnego wynagrodzenia. Kwotę tę ustala się miesięcznie, poczynając od 3 miesiąca kwartału kalendarzowego, na okres 3 miesięcy, na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z poprzedniego kwartału, ogłaszanego dla celów emerytalnych (por. art. 46 ustawy zasiłkowej).

Sąd Okręgowy dostrzegł, że prawo do zasiłku po ustaniu zatrudnienia, liczonego od wynagrodzenia uzyskanego w czasie owego zatrudnienia, nie przysługuje osobie, która ma inne źródło dochodu (art. 13 ust. 1 ustawy zasiłkowej). W przypadku jednak takim jak niniejszy, można rozważać traktowanie obu sytuacji jako równoważnych, które w związku z tym powinny być oceniane podobnie pod względem prawnym.

Dokonując analizy zaistniałego w sprawie stanu faktycznego, Sąd Okręgowy odwołał się również do treści wyroku Sądu Najwyższego z 20 września 2011 r., wydanego w sprawie I UK 63/11 (OSNAPIUS 2012 nr 19-20, poz. 248, str. 848), który zapadł w analogicznym stanie faktycznym.

Sąd Najwyższy zważył w nim, że „w razie zmiany pracowniczego tytułu podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu, wskutek ustania zatrudnienia, na dobrowolny tytuł ubezpieczenia chorobowego osoby kontynuującej

lub rozpoczynającej działalność pozarolniczą - wysokość należnego zasiłku chorobowego nie może być wyższa niż obliczona od potencjalnej pracowniczej podstawy wymiaru tego świadczenia, jeżeli pomiędzy okresem pobierania gwarancyjnego wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy wskutek choroby a okresem nabycia prawa do zasiłku chorobowego z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego osoby prowadzącej pozarolniczą działalność nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe, nawet w razie zadeklarowania wyższej podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem".

Sąd Okręgowy wskazał, że orzeczenie Sądu Najwyższego w przywołanej wyżej sprawie, opiera się jednak częściowo na argumentacji wywiedzionej z art. 43 ustawy zasiłkowej. Natomiast po wydaniu tego orzeczenia, na kanwie stosowania tego artykułu, w tym na mocy odesłania z art. 48 ust. 2 tej ustawy, ukształtowało się jednolite stanowisko, odrzucające możliwość odstąpienia od ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego na nowo w przypadku zmiany podmiotowej po stronie płatnika składek (zarówno przy zachowaniu tego samego tytułu do objęcia ubezpieczeniem chorobowym, jak i na wypadek zmiany tytułu tego ubezpieczenia). Jak się więc wydaje, w orzecznictwie Sądu Najwyższego zarysowały się dwa przeciwstawne poglądy, przy czym różnice stanowisk po części podyktowane zostały także różnicami w stanach faktycznych rozpoznawanych spraw.

Sąd przedkładający pytanie podkreślił, że nie można też tracić z pola widzenia tego, że orzeczenie w sprawie I UK 63/11 zapadło przed wydaniem orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r. w sprawie P 12/10, jak i przed wprowadzeniem do ustawy zasiłkowej na mocy ustawy z dnia 21 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2013 r., poz. 996) - art. 49 ust. 2 statuującego odesłanie do art. 37 ust. 1 ustawy zasiłkowej. Powyższe mogłoby więc przemawiać za odrzuceniem prezentowanego stanowiska jako nieadekwatnego do obecnych regulacji prawnych.

Jednocześnie nie może ująć uwadze, że mechanizm ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego oparty o regulację wynikającą z norm art. 48 ust. 2 w zw. z art. 36 ust. 4 ustawy zasiłkowej dla stanów faktycznych zaistniałych przed 1 stycznia 2016 r., a więc przed wprowadzeniem zmian wynikających z ustawy z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1066) i dodaniem art. 48a ust. 2, w istocie odpowiada aktualnemu stanowi prawnemu i mieści się w duchu tej legislacji. Nie sposób jednak nie dostrzec, że ustalenie wysokości należnego zasiłku chorobowego w razie zmiany pracowniczego tytułu podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu wskutek ustania zatrudnienia, na dobrowolny tytuł ubezpieczenia chorobowego osoby kontynuującej lub rozpoczynającej działalność pozarolniczą przy uwzględnieniu potencjalnej pracowniczej podstawy wymiaru tego świadczenia, z pominięciem zadeklarowanej podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem - bez uwzględnienia art. 46 ustawy zasiłkowej, może

prowadzić do nieuzasadnionego uprzywilejowania ubezpieczonych objętych dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej w stosunku do tych ubezpieczonych, w szczególności pracowników, którzy po utracie tytułu do objęcia ubezpieczeniem chorobowym, pomimo braku tytułu do objęcia takim ubezpieczeniem, zachowali prawo do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego na zasadach określonych w art. 7 ustawy zasiłkowej. W takim przypadku podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego nie może być bowiem wyższa niż kwota wynosząca 100% przeciętnego wynagrodzenia, podczas gdy osoba prowadząca działalność gospodarczą, chorująca nieprzerwanie od czasu ustania zatrudnienia, może w zasadzie dowolnie podwyższyć sobie podstawę wymiaru składki na ubezpieczenia chorobowe (w granicach przewidzianych przez ustawodawcę), nie mając jednocześnie obowiązku uiszczania jakiegokolwiek kwoty z tytułu składki na ubezpieczenia społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe.

II. Analiza zagadnienia prawnego.

Wskazane przez Sąd Okręgowy zagadnienie prawne sprowadza się do ustalenia jak należy obliczyć podstawę wymiaru zasiłku chorobowego, w sytuacji gdy rozpoczęcie pobierania tego zasiłku następuje w trakcie trwania zatrudnienia pracowniczego i jest nieprzerwanie kontynuowane po jego ustaniu w trakcie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Na wstępie rozważań należy wskazać, iż podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu będącemu pracownikiem, zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Jeżeli natomiast niezdolność pracownika do pracy powstaje przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi wynagrodzenie, które ubezpieczony będący pracownikiem osiągnąłby, gdyby pracował pełny miesiąc kalendarzowy (art. 37 ustawy zasiłkowej).

W trakcie trwania stosunku pracy ubezpieczonej, czyli do 31 grudnia 2015 r. obowiązywał art. 48 ust. 1 wskazanej wyżej ustawy, na mocy którego, w przypadku osoby niebędącej pracownikiem podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowił przychód (obecnie - od 1 stycznia 2016 r. - przeciętny miesięczny przychód) za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Przy czym przez przychód należy rozumieć kwotę stanowiącą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego niebędącego pracownikiem, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe.

W dniu 1 grudnia 2013 r., a więc jeszcze przed powstaniem niezdolności do pracy u wnioskodawczyni (która trwała nieprzerwanie od 29 października 2015 r. do 24 lutego 2016 r.) wszedł w życie art. 49 ust. 2 o odsyłający do odpowiedniego

stosowania art. 37 ust. 1 w przypadku powstania niezdolność do pracy u osoby niebędącej pracownikiem, jeżeli niezdolność ta powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, a okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się nie później niż 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu.

Przed wprowadzeniem do ustawy zasiłkowej art. 49 ust. 2 żaden z przepisów omawianej ustawy, a w szczególności art. 48 ust. 2 nie przewidywał w odniesieniu do osób niebędących pracownikami, możliwości odpowiedniego stosowania art. 37 ust. 1.

Jak stwierdził Sąd Okręgowy, takie nieuzasadnione rozróżnienie sytuacji prawnej wskazanych wyżej podmiotów znalazło swoje rozwiązanie w wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r. P 12/10, który stwierdził niekonstytucyjność art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512 i Nr 225, poz. 1463 oraz z 2011 r. Nr 113, poz. 657 i Nr 149, poz. 887) w zakresie, w jakim nie przewidują odpowiedniego stosowania art. 37 ust. 1 tej ustawy przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłków chorobowego i macierzyńskiego należnych ubezpieczonemu, dobrowolnie podlegającemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, którego niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego z tego tytułu, w sytuacji gdy było ono poprzedzone ubezpieczeniem chorobowym z innego tytułu.

Następstwem powyższego orzeczenia było wprowadzenie do treści ustawy zasiłkowej wspomnianego wyżej art. 49 ust. 2.

Należy jednak zwrócić uwagę na okoliczność, iż cytowane wyżej orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego odnosiło się do przypadku, w którym niezdolność do pracy powstała tuż po ustaniu zatrudnienia, czyli w okresie podlegania ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Jak wynika z treści jego uzasadnienia, ubezpieczony przed upływem pełnego miesiąca ubezpieczenia z nowego tytułu stał się niezdolny do pracy, a ZUS - opierając się na art. 48 ust. 2 ustawy zasiłkowej (nieprzewidującym odpowiedniego stosowania jej art. 37) - wyliczył zasiłek chorobowy jako pochodną części miesięcznego przychodu, a nie jego całości.

Dlatego też zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, niedopuszczalna była sytuacja, w której obywatel zmieniający tytuł ubezpieczenia, w razie niezdolności do pracy z powodu choroby przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego z nowego tytułu, otrzymuje świadczenie rażąco niższe od świadczenia, na które uczciwie "zapracował" potrąconymi z jego wynagrodzenia składkami.

Wskazane orzeczenie dotyczy zatem stanu faktycznego diametralnie różnego od tego, który stanowił przedmiot rozpoznania przed Sądem Okręgowym. Tutaj bowiem niezdolność do pracy powstała w trakcie zatrudnienia i trwała nieprzerwanie po jego ustaniu, także po objęciu ubezpieczonej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

A zatem zarówno obowiązujący już w trakcie zatrudnienia ubezpieczonej art. 49 ust. 2 ustawy zasiłkowej, jak i wyrok Trybunału Konstytucyjnego nie będzie miał w sprawie zastosowania. Podobnie zresztą jak wskazywany przez Sąd przedkładający pytanie prawne art. 48a ust. 2, który wszedł w życie 1 stycznia 2016 r. Przepis ten umożliwia osobie niebędącej pracownikiem, której okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, na uwzględnienie w liczbie pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 2 tego artykułu, również pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia z poprzedniego tytułu. W takim przypadku, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjmuje się przeciętną miesięczną najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz przeciętną kwotę zadeklarowaną jako podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, o których mowa w ust. 1, za okres pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia z aktualnego tytułu (art. 48a ust. 3).

Wejście w życie powołanego wyżej przepisu na mocy art. 1 ust. 9 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2015, poz. 1066) stanowiło podstawę do stwierdzenia przez Sąd Okręgowy, że wcześniej ustawa zasiłkowa wprost nie regulowała zasad ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w sytuacji, gdy dochodziło do zmiany tytułu ubezpieczenia w czasie trwania choroby.

Tymczasem wprowadzenie art. 48a ust. 2 i 3, jak wynika z przytaczanego również przez ten Sąd uzasadnienia do projektu ustawy zmierzało do dostosowania obowiązujących regulacji do zmian dotyczących innych osób ubezpieczonych dobrowolnie przy uwzględnieniu stanowiska zawartego w wyroku Trybunału Konstytucyjnego, P 12/10 oraz zmian zawartych w ustawie z dnia 21 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. 2013, poz. 996). A zatem dotyczyło osób, których niezdolność do pracy powstała już w trakcie objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym.

Zgodnie z treścią art. 36 ust. 4 ustawy zasiłkowej oraz utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu będącemu pracownikiem stanowić może wyłącznie wynagrodzenie uzyskane u płatnika składek, z którym łączył go stosunek pracy w momencie powstania niezdolności do pracy (wyroki SN z dnia 15 kwietnia 2013 r., I BU 17/12, Lex nr 1554833, z dnia 18 marca 2015 r., I UK 223/14, OSNP 2017/1/9, z dnia 3 października 2013 r., II UK 96/13, OSNP 2014/9/133, z dnia 16 maja 2016, I UK 291/05, OSNP 2007/11-12/169). W ostatnim z powołanych wyroków z dnia 16 maja 2016 r., Sąd Najwyższy dodatkowo podkreślał, że kompensowane z ubezpieczenia społecznego powinno być to wynagrodzenie, którego pracownik nie uzyskuje w związku z chorobą, czyli należne od aktualnego pracodawcy.

Bezdyskusyjne jest, że gdy cały okres zasiłkowy wykorzystywany jest u jednego pracodawcy, nie zmienia się też podstawa wymiaru zasiłku. Pozwala na to bowiem treść art. 43 omawianej ustawy, który stanowi, że podstawy wymiaru zasiłku nie ustala się na nowo, jeżeli między okresami pobierania zasiłków zarówno tego samego rodzaju, jak i innego rodzaju nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe.

Wątpliwości natomiast powstają w sytuacji, gdy dochodzi do zmiany po stronie pracodawcy, czy też jak w omawianym przypadku do zmiany tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym w trakcie trwania zasiłku chorobowego.

W pierwszej z poruszonych kwestii Sąd Najwyższy w powołanych wyżej orzeczeniach przyjmował stanowisko, że w takim przypadku należy ustalić podstawę wymiaru składek na nowo. Wykładni art. 43 ustawy zasiłkowej należy dokonać bowiem z uwzględnieniem art. 36 ust. 1 i 4 tej ustawy. Skoro bowiem art. 36 ust. 4 nakazuje ustalać podstawę wymiaru zasiłku chorobowego, u którego powstała niezdolność do pracy, to art. 43 stosuje się jedynie wówczas, gdy wszystkie okresy zasiłku chorobowego powstały u tego samego pracodawcy (tak w wyrokach SN z dnia 15 kwietnia 2013 r., I BU 17/12, Lex nr 1554833, z dnia 18 marca 2015 r., I UK 223/14, OSNP 2017/1/9)

Podobny pogląd wyrażali również autorzy *Komentarza do ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego*, 2012, pod redakcją M. Gersdorf i B. Gudowskiej. Także I. Jędrasik – Jankowska przyjęła, że jeśli nastąpiła zmiana stron umowy o pracę, to podstawę wymiaru zasiłku należy zawsze ustalać od nowa, zgodnie z zasadami wynikającymi z art. 36 i 37, nawet jeśli od czasu pobierania przez pracownika zasiłku chorobowego z tytułu ostatniej niezdolności do pracy nie upłynął wskazany okres (por. I. Jędrasik-Jankowska, *Prawo socjalne. Komentarz*, art. 43).

Przy czym należy podkreślić, że we wszystkich tych orzeczeniach choroba pracownika następowała dopiero u nowego pracodawcy, czy też w przypadku osób niebędących pracownikami po zmianie tytułu ubezpieczenia społecznego i problemem była możliwość uwzględnienia wynagrodzenia uzyskanego u poprzedniego pracodawcy w podstawie wymiaru składek, ustalanej na potrzeby okresu zasiłkowego powstałego w nowym stosunku pracy.

Z taką sytuacją nie mamy do czynienia w omawianej sprawie.

A zatem konieczne jest przeanalizowanie, czy w przypadku trwającego okresu zasiłkowego można odstąpić od nakazu wyrażonego w treści art. 43 ustawy zasiłkowej i dokonać przeliczenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego. Odnosząc się do poruszonego problemu Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 grudnia 2017 r., II UK 605/16 (niepubl.) stwierdził, że skoro ubezpieczenie chorobowe trwa nieprzerwanie w sensie dosłownym, a jedynie przeplatają się w nim „różne” tytuły ubezpieczenia, należy uznać, że jest to okres nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego w rozumieniu przepisów ustawy zasiłkowej. „Przerwanie okresu ubezpieczenia następuje jedynie w okresie niepodlegania żadnemu ubezpieczeniu, a nie wtedy, kiedy zmienia się tytuł ubezpieczenia.”

W wyroku z dnia 14 września 2016 r., II UK 329/15, OSNP 2018/2/17 Sąd Najwyższy podkreślił dodatkowo, że za prawidłowe należy uznać zastosowanie art. 43 ustawy, w każdym wypadku, gdy niezdolność do pracy była w rozumieniu tego przepisu nieprzerwana i powstała w czasie ubezpieczenia (art. 6 ust. 1 ustawy). Przewiduje się wówczas utrwalenie wartości zasiłku chorobowego.

W powoływanym orzeczeniu co prawda nie zmienił się tytuł ubezpieczenia, lecz doszło do czasowego ustania tytułu ubezpieczenia w trakcie nieprzerwanego pobierania zasiłku chorobowego, niemniej jednak w rozpoznawanej sprawie pogląd ten nie traci na znaczeniu. Sąd Najwyższy zaznaczył przy tym, że w takiej sytuacji wysokość zasiłku nie może podlegać weryfikacji.

Do podobnych wniosków doszedł również Sąd Najwyższy w przytaczanym wyroku z dnia 20 września 2011 r., I UK 63/11, OSNP 2012/19-20/248, w którym przyjął, że w razie zmiany pracowniczego tytułu podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu wskutek ustania zatrudnienia, na dobrowolny tytuł ubezpieczenia chorobowego osoby kontynuującej lub rozpoczynającej działalność pozarolniczą, wysokość należnego zasiłku chorobowego nie może być wyższa niż obliczona od potencjalnej pracowniczego podstawy wymiaru tego świadczenia, jeżeli pomiędzy okresem pobierania gwarancyjnego wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy wskutek choroby (art. 92 § 1 pkt 1 k.p.) a okresem nabycia prawa do zasiłku chorobowego z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego osoby prowadzącej pozarolniczą działalność, nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe, nawet w razie zadeklarowania wyższej podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem.

Stan faktyczny w tej sprawie był bardzo zbliżony do tego, który był przedmiotem rozpoznania w sprawie przed Sądem Okręgowym przedkładającym pytanie, nie był jednak identyczny. Dotyczył on bowiem przypadku, w którym co prawda rozstrzygano o wysokości kwoty zasiłku z tytułu choroby powstałej w okresie zatrudnienia i trwającej nieprzerwanie po ustanie stosunku pracy i objęciu dobrowolnym tytułem ubezpieczenia chorobowego osób prowadzących działalność gospodarczą, ale ubezpieczona domagała się przyznania zasiłku chorobowego w wysokości wynikającej z kwoty zadeklarowanej z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, która była wyższa niż ta, którą uzyskaby na podstawie przychodu powstałego z tytułu zatrudnienia. Dlatego też w tezie omawianego orzeczenia Sąd Najwyższy odwołał się do wysokości zasiłku chorobowego w kwocie nie przewyższającej potencjalnej pracowniczego podstawy wymiaru tego świadczenia. Mimo jednak wskazanej różnicy rozważania Sądu Najwyższego poczynione w tej sprawie mogą znaleźć odniesienie również przy rozpoznawaniu analizowanej sprawy.

W motywach przytoczonego wyroku Sąd Najwyższy podnosił, że w przypadku zmiany pracowniczego, obowiązkowego tytułu podlegania ubezpieczeniu chorobowemu na dobrowolny tytuł ubezpieczenia chorobowego osoby kontynuującej pozarolniczą działalność ma miejsce nieprzerwane podleganie ubezpieczeniu chorobowemu (art. 4 ust. 2 ustawy zasiłkowej), co oznacza, że ubezpieczona ma prawo do zasiłku chorobowego ze zmienionego tytułu podlegania już dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu osób prowadzących pozarolniczą działalność (art. 13

ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej). Równocześnie, zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego, który przysługiwał od 1 sierpnia 2009 r. ubezpieczonej, niebędącej od tego dnia pracownikiem, stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. (...) Ubezpieczonej nie można ustalić podstawy wymiaru zasiłku chorobowego wedle reguły z art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej, gdyż w okresie 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy pozostawała w stosunku pracy i podlegała obowiązkowo między innymi pracowniczemu tytułowi ubezpieczenia chorobowego, przeto nie wykazywała przychodu z równocześnie "kontynuowanej", wedle niekontestowanego ustalenia Sądu drugiej instancji, pozarolniczej działalności. Ponadto, skoro ubezpieczona w okresie pozostawania w stosunku pracy i podlegania z tego tytułu obowiązkowo pracowniczemu ubezpieczeniu chorobowemu była zwolniona z deklarowania składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe od przychodu z kontynuowanej równocześnie pozarolniczej działalności, przeto nie ma możliwości wykazania potencjalnego przychodu z tej działalności dla celów dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z okresu 12 miesięcy prowadzenia pozarolniczej działalności poprzedzających miesiąc, w którym powstała u niej w okresie trwania stosunku pracy niezdolność do pracy z powodu choroby. W takiej szczególnej sytuacji, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego osobie objętej po ustaniu zatrudnienia i pracowniczego tytułu obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego - dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osób prowadzących pozarolniczą działalność (art. 11 ust. 2 ustawy systemowej) - należało zastosować z mocy art. 48 ust. 2 ustawy zasiłkowej odpowiednio dyspozycje art. 36 ust. 2-4 i art. 43 tej ustawy.

Sąd Okręgowy zastanawia się, czy pogląd przyjęty w cytowanym orzeczeniu nie stracił na aktualności ze względu na okoliczność, iż już po wydaniu omawianego wyroku ukształtowało się jednolite stanowisko Sądu Najwyższego zakładające konieczność ustalenia podstawy wymiaru składek na nowo w przypadku zmiany po stronie pracodawcy, ale jak ustalono wyżej dotyczyło ono odmiennych stanów faktycznych i nie może znaleźć zastosowania w sprawie. Dla przykładu można wskazać na orzeczenie Sądu Najwyższego w sprawie I UK 223/14 z dnia 18 marca 2015 r., w którym odmówiono zastosowania art. 43 w przypadku zmiany pracodawcy (ubezpieczona żądała uwzględnienia w podstawie wymiaru zasiłku chorobowego i macierzyńskiego wynagrodzenia uzyskanego u poprzedniego pracodawcy) i stwierdzono, że powoływanie się przez powódkę w tym zakresie na stanowisko zajęte przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 20 września 2011 r., I UK 63/11 (OSNP 2012 nr 19-20, poz. 248) jest bezprzedmiotowe, odnosi się ono bowiem do odpowiedniego stosowania art. 36 ust. 2-4 i art. 43 w związku z art. 48 ust. 2 ustawy zasiłkowej przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego osobie objętej po ustaniu zatrudnienia i pracowniczego tytułu obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego - dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osób prowadzących pozarolniczą działalność. Sąd Najwyższy podzielił natomiast pogląd wyrażony w powołanym wyżej wyroku z dnia 15 kwietnia 2013 r., I BU 17/12, w którym - z odwołaniem się do wykładni historycznej, systemowej, funkcjonalnej i aksjologicznej -

stwierdzono, że wykładni art. 43 ustawy zasiłkowej należy dokonać z uwzględnieniem art. 36 ust. 1 i 4 tej ustawy. Skoro bowiem art. 36 ust. 4 nakazuje ustalać podstawę wymiaru zasiłku chorobowego z uwzględnieniem wynagrodzenia uzyskanego u płatnika składek, u którego powstała niezdolność do pracy (aktualnego pracodawcy), to art. 43 stosuje się jedynie wówczas, gdy wszystkie okresy pobierania zasiłku chorobowego powstały u tego samego pracodawcy.

Podobne wątpliwości po stronie Sądu występującego z pytaniem prawnym budzi fakt, że rozstrzygnięcie w sprawie I UK 63/11 zapadło przed wydaniem wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie P 12/10 jak i przed wprowadzeniem do ustawy zasiłkowej na mocy ustawy z dnia 21 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2013 r., poz. 996) - art. 49 ust. 2 statuującego odesłanie do art. 37 ust. 1 ustawy zasiłkowej, co mogłoby przemawiać za odrzuceniem prezentowanego stanowiska jako nieadekwatnego do obecnych regulacji prawnych.

Jednakże jak podnoszono już wyżej mechanizm wynikający z art. 49 ust. 2 ustawy zasiłkowej dotyczy tylko osób niebędących pracownikami, których niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, a zatem nie będzie mógł być stosowany w rozpoznawanej sprawie.

Kolejnym zagadnieniem podniesionym przez Sąd Okręgowy przedkładający pytanie, przy założeniu, iż możliwe jest obliczenie w rozpoznawanej sytuacji podstawy wymiaru zasiłku chorobowego z uwzględnieniem przychodu uzyskanego w okresie zatrudnienia, jest dopuszczalność ograniczenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego zgodnie z normą art. 46 ustawy zasiłkowej.

Zgodnie ze tym przepisem podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego nie może być wyższa niż kwota wynosząca 100% przeciętnego wynagrodzenia. Kwotę tę ustala się miesięcznie, poczynając od 3. miesiąca kwartału kalendarzowego, na okres 3 miesięcy, na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z poprzedniego kwartału, ogłaszanego dla celów emerytalnych.

W piśmiennictwie można znaleźć poglądy sprzeciwiające się możliwości ograniczenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, jeżeli niezdolność powstała w okresie zatrudnienia i jest kontynuowana po jego ustaniu. A. Rzetecka-Gil w *Komentarzu do art. 46 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa*, (Warszawa 2009 r. s. 165) odwołując się do poglądu wyrażonego przez I. Jędrasik-Jankowską wskazuje, że „mimo, że literalna wykładnia nakazywałaby przeliczać podstawę w każdym wypadku niezdolności do pracy po ustaniu stosunku pracy, to nie przelicza się jednak podstawy wymiaru zasiłku w razie niezdolności w pracy powstałej w czasie zatrudnienia i kontynuowanej po jego ustaniu. Dotyczyć to może tylko niezdolności do pracy, o której mowa w art. 7 (tzn. tej, która rozpoczęła się po ustaniu zatrudnienia).”

Mimo powyższego za przekonujący należy uznać pogląd, wyrażony w orzecznictwie Sądu Najwyższego, co do możliwości ograniczenia w takim przypadku podstawy wymiaru zasiłku chorobowego.

W mojej ocenie art. 46 komentowanej ustawy ma zastosowanie zarówno do niezdolności do pracy powstałej w czasie zatrudnienia, jak i po jego ustaniu, pomimo językowej wykładni tego przepisu. Potwierdził to Sąd Najwyższy w wyroku z 7 kwietnia 2009 r. (I UK 337/08, OSNP 2010/21-22/269), zgodnie z którym „ograniczenie wysokości podstawy obliczania zasiłku chorobowego wynikające z art. 46 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity: Dz. U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267 ze zm.) ma zastosowanie także wówczas, gdy okres zasiłkowy rozpoczął się w czasie trwania zatrudnienia”. Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że art. 46 komentowanej ustawy ma zastosowanie do wszelkich okresów pobierania zasiłku chorobowego po ustaniu tytułu ubezpieczenia. „W szczególności wykładnia językowo-logiczna nie pozwala na postawienie tezy, że ograniczenie wysokości podstawy wymiaru zasiłku chorobowego uregulowane w tym przepisie ma miejsce tylko wówczas, gdy prawo do zasiłku powstało po ustaniu tytułu ubezpieczenia, a nie ma zastosowania w takiej sytuacji, gdy prawo powstało w czasie trwania tytułu ubezpieczenia i obejmuje również okres po jego ustaniu”.

Stanowisko, że ograniczenie wysokości podstawy wymiaru zasiłku chorobowego wynikające z art. 46 ustawy zasiłkowej ma zastosowanie także wówczas, gdy okres zasiłkowy rozpoczął się w czasie trwania zatrudnienia, podtrzymał Sąd Najwyższy również w wyroku z dnia 30 września 2009 r., II UK 34/09 (OSNP 2011/9-10/137), podnosząc że "zasiłek chorobowy przysługuje - co do zasady - w okresie trwania tytułu ubezpieczenia chorobowego. Tylko wyjątkowo, tj. po spełnieniu ściśle określonych warunków ustawowych (art. 7 ustawy zasiłkowej) zasiłek chorobowy przysługuje osobie, która stała się niezdolna do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego. Równocześnie, jedynie ubezpieczonemu będącemu pracownikiem podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się według zasad określonych w art. 36 ust. 1 ustawy zasiłkowej, tj. od poprzedzającego powstanie niezdolności do pracy przeciętnego wynagrodzenia za pracę. Zasiłek chorobowy stanowi bowiem rekompensatę całości lub części (art. 11 ustawy zasiłkowej) utraconego wynagrodzenia za pracę, którego pracownik nie uzyskał wskutek niezdolności do pracy spowodowanej chorobą. Także zmiany wysokości składników wynagrodzenia za pracę wchodzących do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego wynikające ze zmiany podstawy zatrudnienia lub wymiaru czasu pracy, od których zależy wysokość należnego pracownikowi wynagrodzenia za pracę, wpływają na konieczność ustalenia na nowo podstawy wymiaru zasiłku chorobowego (por. art. 40 ustawy zasiłkowej). W ocenie Sądu Najwyższego dotyczy to także rozwiązania stosunku pracy prowadzącego do ustania pracowniczego tytułu ubezpieczenia chorobowego. W konsekwencji zasiłek z ubezpieczenia chorobowego zawsze zastępuje (rekompensuje) wyłącznie wynagrodzenie za pracę, którego pracownik nie uzyskał wskutek niezdolności do pracy spowodowanej chorobą, a po ustaniu zatrudnienia przysługuje od ustawowo wskazanej podstawy gwarancyjnej (art. 46 ustawy zasiłkowej). Przysługujący pracownikowi lub byłemu pracownikowi gwarancyjny zasiłek chorobowy w ustawowo określonej wysokości wyliczonej od ustawowo wskazanej podstawy wymiaru nie może zatem wzbogacać ubezpieczonego

dotkniętego chronionym ryzykiem niezdolności do pracy wskutek choroby ponad gwarancje wynikające z bezwzględnie obowiązujących norm prawa ubezpieczeń chorobowych. Po ustaniu pracowniczego tytułu ubezpieczenia chorobowego wskutek rozwiązania stosunku pracy z mocy porozumienia stron przysługujący byłemu pracownikowi zasiłek chorobowy nie rekompensuje już wynagrodzenia za pracę, którego po ustaniu zatrudnienia były pracownik nie nabywa, przeto tylko z woli ustawodawcy i dla zachowania ustawowej ochrony ubezpieczeniowej - podstawa wymiaru zasiłku chorobowego po ustaniu tytułu tego ubezpieczenia nie może być wyższa niż gwarancyjne 100% przeciętnego wynagrodzenia ogłaszanego dla celów emerytalnych (art. 46 ustawy zasiłkowej)".

Podobny pogląd wyraził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 czerwca 2014 r., II UK 569/13 (LEX nr 1738493).

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania skłaniam się do przyjęcia stanowiska zgodnie, z którym możliwe jest obliczenie podstawy wymiaru zasiłku chorobowego dla ubezpieczonego niebędącego pracownikiem, którego niezdolność do pracy powstała w okresie zatrudnienia i trwa nieprzerwanie nadal po objęciu tego ubezpieczonego dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, przy uwzględnieniu przychodu uzyskanego przez niego w okresie zatrudnienia oraz ograniczenie podstawy wymiaru zasiłku chorobowego zgodnie z normą art. 46 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.