



Sygn. akt II UK 12/19

## **WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 23 września 2020 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Zbigniew Korzeniowski (przewodniczący)

SSN Krzysztof Staryk

SSN Leszek Bielecki (sprawozdawca)

w sprawie z wniosku M. W.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych [...] Oddziałowi w W.

o zasiłek chorobowy i zasiłek macierzyński,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń  
Społecznych w dniu 23 września 2020 r.,

skargi kasacyjnej wnioskodawczynie od wyroku Sądu Okręgowego w W.  
z dnia 30 października 2017 r., sygn. akt XIII Ua (...),

**oddala skargę kasacyjną.**

### **UZASADNIENIE**

Ubezpieczona M. W. wniosła odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [...] Oddziału w W. z dnia 16 marca 2011 r., ustalającej jej prawo do zasiłku chorobowego za okres od 5 sierpnia 2010 r. do 13 sierpnia 2010 r. i od 25 sierpnia 2010 r. do 21 września 2010 r. oraz prawo do zasiłku macierzyńskiego za okres od 1 października 2010 r. do 3 marca 2011 r. przy przyjęciu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego i zasiłku macierzyńskiego za te okresy w kwocie

1.628,81 zł brutto. W odwołaniu wniosła o zmianę zaskarżonej decyzji poprzez uznanie, że podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego za okres od 1 października 2010 r. do 3 marca 2011 r. stanowi kwota 6.898,56 zł brutto (przychód z miesiąca września 2010 r. - 7.994,62 zł, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 12,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe), przy jednoczesnej odmowie prawa do zasiłku chorobowego oraz zobowiązanie organu rentowego do zapłaty odsetek ustawowych od niewypłaconej kwoty zasiłku macierzyńskiego od dnia 6 listopada 2010 r. do dnia zapłaty.

W odpowiedzi na odwołanie pozwany organ rentowy wniósł o jego oddalenie, argumentując, iż zaskarżona decyzja wydana została na podstawie art. 6 pkt 5, art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2020 r., poz. 266 ze zm.).

Wyrokiem z dnia 12 czerwca 2012 r. Sąd Rejonowy w W. zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że stwierdził brak prawa do zasiłku chorobowego za okres od 5 sierpnia 2010 r. do 13 sierpnia 2010 r. i od 25 sierpnia 2010 r. do 21 września 2010 r., natomiast przyznał prawo do zasiłku macierzyńskiego za okres od 1 października 2010 r. do 3 marca 2011 r. oraz uznał, iż podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego za ten okres stanowi kwota 6.898,56 zł (przychód za miesiąc wrzesień 2010 r. - 7.994,62 zł po odliczeniu kwoty odpowiadającej 12,72% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe). Roszczenie o wypłatę odsetek, ustawowych przekazano do rozpoznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych [...] Oddziałowi w W..

Sąd Rejonowy ustalił, że odwołująca się M. W. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w miesiącu sierpniu, wrześniu, listopadzie i grudniu 2009 r., a następnie od 1 lutego 2010 r. do 31 lipca 2010 r., przy czym za czerwiec 2010 r. dokonała opłacenia składki na ubezpieczenie po upływie terminu do jej wniesienia. Składkę na ubezpieczenie społeczne (559,49 zł), w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe (46,25 zł) za miesiąc lipiec 2010 r. M. W. opłaciła w terminie. Podstawę wymiaru składki stanowił przychód za miesiąc lipiec 2010 r. w kwocie 1.887,60 zł po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru na ubezpieczenie chorobowe, tj. kwoty 1.628,81 zł. Składkę na ubezpieczenie społeczne za sierpień 2010 r. w kwocie 513,24 zł M. W. opłaciła w terminie, przy

czym nie uiściła składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za ten okres w kwocie 46,25 zł. Podstawę wymiaru składki stanowił przychód za miesiąc sierpień 2010 r. w kwocie 1.887,60 zł po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru na ubezpieczenie chorobowe, tj. kwota 1.628,81 zł. M. W. nie wystąpiła do ZUS o przywrócenie terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc sierpień 2010 r., a ZUS nie wydał decyzji o przywróceniu terminu do opłacenia składki.

Składkę na ubezpieczenie społeczne (2.369,61 zł), w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe (195,87 zł) za miesiąc wrzesień 2010 r. M. W. opłaciła w terminie. Podstawę wymiaru składki stanowił przychód za miesiąc wrzesień 2010 r. w kwocie 7.994,62 zł po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru na ubezpieczenie chorobowe, tj. kwota 6.898,56 zł.

M. W. otrzymała zaświadczenia lekarskie o niezdolności do pracy w okresach od 5 sierpnia 2010 r. do 13 sierpnia 2010 r. oraz od 24 sierpnia 2010 r. do 21 września 2010 r., które złożyła do ZUS celem wypłacenia zasiłku chorobowego.

W dniu 6 września 2010 r. M. W. złożyła do ZUS ponowny wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i jako podstawę wymiaru składki zadeklarowała kwotę 7.994,26 zł.

W dniu 8 października 2010 r. M. W. urodziła dziecko i wystąpiła o przyznanie zasiłku macierzyńskiego za okres od 1 października 2010 r. M. W. korzystała z zasiłku macierzyńskiego w okresie od 1 października 2010 r. do 3 marca 2011 r.

Sąd Rejonowy zważył, iż zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst: Dz.U. z 2020 r., poz. 870 ze zm., dalej powoływana jako ustawa zasiłkowa) świadczenia pieniężne na warunkach i w wysokości określonej ustawą przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa. Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, jeżeli jest ubezpieczony dobrowolnie. Do okresów ubezpieczenia chorobowego wlicza się poprzednie

okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego.

Sąd Rejonowy wskazał, iż w stanie faktycznym przedmiotowej sprawy nie ulega wątpliwości, że odwołująca się podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu do dnia 31 lipca 2010 r. Opłaciła w pełnej wysokości i w terminie składki na takie ubezpieczenie za miesiące luty, marzec, maj i lipiec 2010 r. Ponieważ przerwa w miesiącu kwietniu 2010 r. oraz w miesiącu czerwcu 2010 r. nie przekraczała 30 dni, zgodnie z treścią art. 4 ust. 2 ustawy, należało zaliczyć poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego. Z uwagi na powyższe odwołująca nabyła prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, tj. od 1 lipca 2010 r. Sąd Rejonowy zaznaczył, iż powyższe rozważania mają o tyle znaczenie, że sporny okres zasiłkowy przypada w miesiącach następnych, tj. w sierpniu i wrześniu 2010 r., a więc po upływie poprzednich 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego.

Pomimo powyższych rozważań Sąd Rejonowy stwierdził brak prawa M. W. do zasiłku chorobowego za okres od 1 sierpnia 2010 r. (faktycznie do 30 listopada 2010 r.). Odwołująca nie opłaciła bowiem w ogóle składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc sierpień 2010 r., a więc stosownie do treści art. 6 ust 1 ustawy zasiłkowej, nie stała się niezdolna do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Niezdolność do pracy odwołującej w miesiącu sierpniu 2010 r. nastąpiła bowiem w okresie, kiedy nie trwało ubezpieczenie chorobowe wobec nieopłacenia składki oraz braku wniosku o przywrócenie terminu do jej opłacenia i pozytywnej decyzji ZUS w tym zakresie. Dodatkowo nastąpiła przerwa w dodatkowym ubezpieczeniu chorobowym trwająca powyżej 30 dni (miesiąc sierpień liczy 31 dni), co nie pozwala zaliczyć ponownego ubezpieczenia chorobowego opłacanego od 1 września 2010 r. do poprzedniego okresu ubezpieczenia chorobowego. W konsekwencji 90-dniowy nieprzerwany okres zasiłkowy powinien zostać ponownie ustalony od dnia 1 września 2010 r.

Tym samym Sąd Rejonowy stwierdził, że odwołująca się nie nabyła prawa do zasiłku chorobowego za sporny okres od 5 sierpnia 2010 r. do 13 sierpnia 2010 r. oraz od 24 sierpnia 2010 r. do 21 września 2010 r.

Sąd Rejonowy pokreślił, że M. W. w dniu 6 września 2010 r. złożyła ponowny wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 września 2010 r. i opłaciła w terminie i prawidłowej wysokości składkę na ubezpieczenie za miesiąc wrzesień 2010 r. Tym samym nabyła prawo do zasiłku macierzyńskiego od dnia 1 października 2010 r., ponieważ w tym okresie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu. Sąd Rejonowy podkreślił, iż do sytuacji prawnej odwołującej w zakresie prawa do zasiłku macierzyńskiego nie ma zastosowania art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej, który uzależnia jedynie prawo do zasiłku chorobowego od 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego. Sąd Rejonowy wskazał również, że sporną kwestią pozostawała także podstawa ustalenia wymiaru zasiłku macierzyńskiego za okres od 1 października 2010 r. do 3 marca 2011 r.

Sąd Rejonowy zaznaczył, iż podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy (art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej). Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się z uwzględnieniem wynagrodzenia uzyskanego u płatnika składek w okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, w trakcie którego powstała niezdolność do pracy (art. 36 ust. 4 w związku z art. 48 ust. 2). Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia (art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2). Miesięczny zasiłek macierzyński wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku (art. 31 ust. 1).

M. W., składając ponowne zgłoszenie do dobrowolnego ubezpieczenia społecznego jako podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie wskazała przychód w kwocie 7.994,62 zł. Od takiego przychodu ZUS naliczył odwołującej składkę na ubezpieczenie społeczne za miesiąc wrzesień 2010 r. i odwołująca składkę taką opłaciła terminowo, w pełnej wysokości. Ponieważ odwołująca przerwała okres dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego (ponad 30 dni), to okres od 1 września 2010 r. nie mógł zostać zaliczony do poprzedniego okresu ubezpieczenia chorobowego trwającego do dnia 31 lipca 2010 r. i zostać potraktowany jako okres nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego. Tym samym do podstawy wymiaru

zasiłku nie można zaliczyć przychodu będącego podstawą obliczenia składki na ubezpieczenie społeczne w okresie od 31 lipca 2010 r. (art. 36 ust. 4 w związku z art. 48 ust. 2). Jednocześnie do sytuacji prawnej odwołującej zdaniem Sadu Rejonowego będzie miał zastosowanie przepis art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ustawy zasiłkowej, a więc przeciętny przychód za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, tzn. od dnia 1 września 2010 r. Deklarowany przychód za miesiąc wrzesień 2010 r. stanowiła kwota 7.994,62 zł i ona stanowi podstawę ustalenia wysokości zasiłku, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% postawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe (art. 3 ust. 4), tj. kwota 6.898,56 zł.

Odwołanie M.W. w zakresie zasądzenia odsetek ustawowych od nieterminowej wypłaty zasiłku Sąd Rejonowy przekazał do rozpoznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych argumentując, iż decyzja od której odwołująca wniosła odwołanie, nie obejmowała kwestii odsetek ustawowych.

Apelację od powyższego wyroku Sądu Rejonowego wniósł organ rentowy zarzucając mu: 1/ błędną wykładnię przepisów prawa materialnego, a w szczególności art. 36 ust. 4, art. 43, art. 47, art. 48 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, art. 24 ust. 6a ustawy z o systemie ubezpieczeń społecznych, art. 5 k.c. w związku z art. 58 k.c.; 2/ sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego poprzez przyjęcie, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustało z dniem 31 lipca 2010 r. i nie przysługuje zasiłek chorobowy za sporny okres oraz że do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego należy przyjąć wyłącznie wysokość składki za miesiąc wrzesień 2011 r.; 3/ naruszenie przepisów postępowania poprzez przekroczenie granicy swobodnej oceny materiału dowodowego (art. 233 § 1 k.p.c.), nieustosunkowanie się do całości zgromadzonego materiału dowodowego.

Mając powyższe na uwadze, organ rentowy wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie w całości odwołania M. W., ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji.

Wyrokiem z dnia 14 czerwca 2013 r. Sąd Okręgowy w W. oddalił apelację organu rentowego, potwierdzając prawidłowość stwierdzenia przez Sąd pierwszej

instancji braku prawa ubezpieczonej do zasiłku chorobowego za okres od dnia 1 sierpnia 2010 r. po przerwie w ubezpieczeniu chorobowym trwającej powyżej 30 dni (sierpień) i ustalił, że po przerwaniu ubezpieczenia chorobowego do dnia 1 września 2010 r., składając ponowne zgłoszenie do dobrowolnego ubezpieczenia społecznego, ubezpieczona rozpoczęła nowy okres ubezpieczenia, w którym podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe wyniosła 6.898,56 zł. Sąd Okręgowy podzielił ocenę prawną Sądu Rejonowego co do zastosowania art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 ustawy o świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa, zgodnie z którymi podstawę wymiaru zasiłku stanowi przeciętny przychód za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, a skoro zadeklarowany przychód za wrzesień 2010 r. stanowiła kwota 7.994,62 zł, uznał, że jej powinna być równa podstawa zasiłku, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, a więc ostatecznie kwota 6.898,56 zł.

Od powyższego wyroku organ rentowy wniósł skargę kasacyjną. Skarga kasacyjna organu rentowego, obejmująca wyrok Sądu drugiej instancji w całości, z wnioskiem o jego uchylenie i orzeczenie co do istoty sprawy przez oddalenie odwołania lub jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi drugiej instancji, została oparta na obydwu podstawach kasacyjnych. Skarżący Zakład Ubezpieczeń Społecznych zarzucił naruszenie art. 14 ust. 1 i ust. 1a w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 8 ust. 6 pkt 3, art. 18 ust. 1, art. 36 ust. 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz art. 29 ust. 1 w związku z art. 48 ust. 2, art. 36 ust. 2, art. 52 w związku z art. 49 pkt 1, art. 4 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy o świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa przez przyjęcie za podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego kwoty zadeklarowanej jako podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe za wrzesień 2010 r. W ramach drugiej podstawy kasacyjnej organ rentowy wskazał na naruszenie art. 328 § 2 w związku z art. 391 § 1 k.p.c. przez wadliwe uzasadnienie zaskarżonego wyroku, nieuwzględniające wszystkich koniecznych elementów.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną ubezpieczona, podnosząc zarzuty co do dopuszczalności skargi, wniosła o jej odrzucenie, a na wypadek ich nieuwzględnienia, o oddalenie skargi i zasądzenie kosztów postępowania.

Wyrokiem z dnia 26 listopada 2014 r. Sąd Najwyższy uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę Sądowi Okręgowemu w W. do ponownego rozpoznania i orzeczenia o kosztach postępowania kasacyjnego.

Sąd Najwyższy wskazał, iż w sprawie objętej skargą, wiążące Sąd Najwyższy ustalenia prowadziły do aprobaty zastosowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych wspomnianych w skardze kasacyjnej przepisów w brzmieniu obowiązującym w dniu spełnienia się ryzyka ubezpieczeniowego. Sąd Najwyższy zaznaczył, iż urodzenie dziecka przez ubezpieczoną nastąpiło w październiku 2010 r., w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego, a przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego tego ubezpieczenia we wrześniu 2010 r.

Sąd Najwyższy uznał za nietrafne stwierdzenie ubezpieczonej M. W., że jej prawo do zasiłku z tytułu urodzenia dziecka w dniu 8 października 2010 r. powstało w drugim miesiącu dobrowolnego ubezpieczenia, a za uzasadnione stwierdzenie skarżącego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, iż podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego, do którego prawo powstało w pierwszym miesiącu kalendarzowym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, określa art. 49 pkt 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, jako najniższą podstawę wymiaru składek na to ubezpieczenie po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 tej ustawy, bez względu na wysokość kwoty zadeklarowanej na podstawie art. 18 ust. 8 lub 18a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Wyrokiem z dnia 19 maja 2015 r. Sąd Okręgowy w W. zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że oddalił odwołanie (uznając stanowisko organu rentowego za prawidłowe).

Od powyższego wyroku skargę kasacyjną wniosła skarżąca i zaskarżyła wyżej oznaczony wyrok w całości.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzuciła: 1/ naruszenia przepisów postępowania, mających istotny wpływ na wynik sprawy i prowadzącym do nieważności postępowania, tzn. art. 379 pkt 5 k.p.c. w związku z art. 376 k.p.c. oraz 391 § 1 k.p.c. i art. 214 § 1 k.p.c. poprzez nieodroczenie rozprawy odwoławczej

bezpośrednio poprzedzającej wydanie zaskarżonego wyroku pomimo złożenia przez ubezpieczoną wniosku o odroczenie rozprawy ze względu na niemożność stawienia się, usprawiedliwioną chorobą w trybie art. 214<sup>1</sup> § 1 k.p.c., przez co strona została pozbawiona możliwości wyrażenia stanowiska i w konsekwencji obrony swych praw w postępowaniu odwoławczym; 2/ naruszeniu przepisów postępowania, mających istotny wpływ na wynik sprawy, tj. art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 378 § 1 k.p.c. poprzez niewypowiedzenie się co do zasadności przyznania ubezpieczonej zasiłku chorobowego pomimo zaskarżenia przez organ rentowy rozstrzygnięcia Sądu Rejonowego w tym zakresie; 3/ naruszenia przepisów praw materialnego, tj.: a) art. 49 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r., w brzmieniu sprzed 1 grudnia 2013 r. poprzez jego nieprawidłową interpretację rozszerzającą i w konsekwencji zastosowanie w sytuacji, gdy niezdolność ubezpieczonej do pracy powstała nie w pierwszym, a w drugim miesiącu ubezpieczenia chorobowego; b) art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa poprzez jego niezastosowanie w sytuacji, gdy niezdolność ubezpieczonej do pracy powstała przed upływem okresu 12 miesięcy kalendarzowych, ale po upływie pierwszego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia; c. art. 32 ust. 1 w związku z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej poprzez wadliwą interpretację pojęcia „pierwszego miesiąca kalendarzowego” i w konsekwencji zróżnicowanie sytuacji prawnej ubezpieczonych w zależności od tego, czy przystąpili do ubezpieczenia pierwszego, czy kolejnego dnia miesiąca kalendarzowego.

Skarżąca wniosła o rozpatrzenie sprawy na rozprawie oraz uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w W..

Wyrokiem z dnia 11 maja 2017 r. Sąd Najwyższy uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę Sądowi Okręgowemu w W. do ponownego rozpoznania i orzeczenia o kosztach postępowania kasacyjnego.

Sąd Najwyższy wskazał, iż w sprawie objętej skargą zasadny okazał się zarzut nieważności postępowania (art. 379 pkt 5 k.p.c.), ponieważ skarżąca została pozbawiona możliwości obrony swoich praw, skutkujące nieważnością postępowania.

Wyrokiem z dnia 30 października 2017 r. Sąd Okręgowy - Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w W. w punkcie 1. zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że oddalił odwołanie; w punkcie 2. zasądził od M. W. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [...] Oddziału w W. kwotę 240 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Po ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd Okręgowy uznał za uzasadnioną apelację organu rentowego, bowiem Sąd Rejonowy dokonał naruszenia prawa materialnego.

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

Sąd Okręgowy ponownie rozpoznając sprawę za Sądem Najwyższym, który rozpoznawał w niniejszej sprawie skargę kasacyjną Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (II UK (...)) przyjął, iż stosownie do art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej, zasiłek oblicza się od kwoty przychodu osiągniętego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Uwzględniając, że ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność gospodarczą jest ubezpieczeniem dobrowolnym, w zależności od czasu, który upływa od chwili zgłoszenia do tego ubezpieczenia do chwili ziszczenia się ryzyka ubezpieczenia i powstania prawa do świadczeń, za podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego przyjmuje się albo przychód z 12 miesięcy ubezpieczenia (art. 48 ust. 1), albo przychód osiągnięty w okresie krótszym, jeżeli przesłanka prawa do świadczeń wypełniła się przed upływem 12 miesięcy prowadzenia działalności (art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy zasiłkowej). W każdym z tych wypadków podstawę wymiaru zasiłku stanowi

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

Także wysokość zasiłku macierzyńskiego zależna jest od wysokości zadeklarowanej kwoty stanowiącej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe - co do zasady przez okres 12 miesięcy poprzedzających nabycie prawa do zasiłku, chyba że do chwili urodzenia dziecka ubezpieczenie dobrowolne trwa krócej niż 12 miesięcy. Reguły te - na co zwrócił uwagę Sąd Najwyższy między innymi w wyroku z dnia 28 sierpnia 2012 r., II UK 34/12 (OSNP 2013 nr 15-16, poz. 184) - nie są odpowiednie wobec ubezpieczonych, których prawo do świadczeń powstało w pierwszym miesiącu po przystąpieniu do ubezpieczenia i którzy przebyli w ubezpieczeniu chorobowym okres krótszy od miesiąca. Znajdują się oni w sytuacji, w której nie jest możliwe odwołanie się do jakiegokolwiek okresu ubezpieczenia określonego w art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 i 47 ustawy zasiłkowej z mocy prawa i na zasadzie dobrowolności. W poprzednim stanie prawnym mogła powstać 6-dniowa różnica w datach początkowych poszczególnych ubezpieczeń, a zmiana prawa taki przypadek eliminuje, prowadząc do fikcji jednoczesnego zgłoszenia do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych oraz ubezpieczenia chorobowego na wniosek.

Na gruncie niniejszej sprawy nie zostało ustalone, że ubezpieczenie obowiązkowe, któremu ubezpieczona podlegała od dnia 5 kwietnia 2006 r. ustało na jakikolwiek okres, wobec czego art. 14 ust. 1a nie ma w jej sytuacji zastosowania.

W związku z powyższym kwota zasiłku macierzyńskiego przysługującego M. W. odpowiadałaby kwocie przychodu za pełny miesiąc podlegania ubezpieczeniu, tj. wrzesień 2010 r., równej kwocie zadeklarowanej, gdyby prawo do zasiłku powstało po upływie miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia. Jak słusznie podkreślił Sąd Najwyższy, prawo ubezpieczonej do zasiłku macierzyńskiego powstało jednak w pierwszym miesiącu po przystąpieniu do ubezpieczenia, gdyż okres ubezpieczenia przed urodzeniem dziecka nie trwał co najmniej przez miesiąc i nie ma

jakiegokolwiek okresu wskazanego w art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Sąd Okręgowy wskazał za Sądem Najwyższym, iż ustawodawca nie uwzględnił w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa ubezpieczenia przez część miesiąca oraz wyliczenia podstawy wymiaru zasiłku od przychodu z rzeczywistego okresu ubezpieczenia krótszego niż miesiąc. Na wypadek powstania zdarzenia ubezpieczeniowego przed upływem pierwszego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia przewidział substytucję miesięcznej wielkości przychodu kwotami zastępczymi wskazanymi w art. 49 ustawy. Stosownie do tego przepisu, przy ustalaniu podstawy wymiaru dla ubezpieczonych niebędących pracownikami, przychód pochodzący z niepełnego miesiąca kalendarzowego zastępowany jest kwotą najniższej podstawy wymiaru składek, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 ustawy, czyli po potrąceniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. Kwota najniższa zastępuje kwotę zadeklarowaną.

Sąd drugiej instancji zaakcentował przy tym, iż występowanie koniecznej relacji między kwotą opłaconej składki a wysokością świadczeń wypłacanych w przypadku zaistnienia ryzyka ubezpieczenia zostało uznane za jeden z fundamentów racjonalnego systemu ubezpieczeniowego (por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 1 kwietnia 2008 r., SK 96/06 (OTK ZU 2008 nr 3A, poz. 40). W wyroku z dnia 7 listopada 2007 r., K 18/06 (OTK ZU 2007 nr 10A, poz. 122) przypomniano, że ubezpieczenia społeczne opierają się na zasadzie wzajemności, która polega na tym, iż nabycie prawa do świadczenia ubezpieczeniowego i jego wysokość są uzależnione od wkładu finansowego w postaci składek. Między zgłoszeniem do ubezpieczenia a nabyciem prawa do świadczeń z ubezpieczenia w wysokości wynikającej z kwoty zadeklarowanej i opłaconej składki musi być zatem wniesiony odpowiedni wkład finansowy, tak by wypłata świadczeń nie polegała wyłącznie na solidarności społecznej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2011 r., I UK 63/11, OSNP 2012 nr 19-20, poz. 248 oraz w wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r., P 12/10, OTK ZU 2012 nr 5A, poz. 52). Nie ma więc znaczenia czy zaistnienie ryzyka ubezpieczenia chorobowego jest przewidywalne czy niespodziewane, prawo do świadczeń na

wypadek jego zaistnienia wymaga przebycia pewnego okresu w ubezpieczeniu i okres ten - także przez wskazanie wysokości podstawy wymiaru składki i świadczeń - ustala ustawodawca. W efekcie postulowanego przez ubezpieczoną przyjęcia jako podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego - w miejsce wskazanej przez ustawodawcę najniższej podstawy wymiaru składki - podstawy wymiaru składki w kwocie zadeklarowanej, przeciętny stosunek wysokości świadczenia do wniesionej składki powodowałby konieczność pokrycia świadczeń z funduszy zebranych przez innych ubezpieczonych. Na ten aspekt zwracał uwagę projektodawca ustawy o świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa z intencją wyeliminowania sytuacji, w której osoby ubezpieczone (w szczególności osoby ubezpieczone dobrowolnie) nabywałyby po krótkim, niekiedy kilkudniowym okresie opłacania niewielkich składek, prawo do świadczeń wypłacanych przez okres kilku miesięcy (por. uzasadnienie projektu ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 24 grudnia 1998 r., druk sejmowy nr 840 III kadencji).

W konsekwencji, Sąd Okręgowy uznał za chybione stwierdzenie ubezpieczonej, że jej prawo do zasiłku z tytułu urodzenia dziecka w dniu 8 października 2010 r. powstało w drugim miesiącu dobrowolnego ubezpieczenia, a za uzasadnione stwierdzenie organu rentowego, iż podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego, do którego prawo powstało w pierwszym miesiącu kalendarzowym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, określa art. 49 pkt 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, jako najniższą podstawę wymiaru składek na to ubezpieczenie po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 tej ustawy, bez względu na wysokość kwoty zadeklarowanej na podstawie art. 18 ust. 8 lub 18a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Apelacja organu rentowego była zatem uzasadniona.

Skargę kasacyjną od powyższego wyroku złożyła M. W., zarzucając naruszenie przepisów prawa materialnego, tj.: a) art. 36 ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998 r., w brzmieniu sprzed 4 grudnia 2013 r. poprzez jego niezastosowanie, a w konsekwencji art. 14 ust. 1a tejże ustawy poprzez jego niezastosowanie, w sytuacji, gdy ubezpieczona dokonała

zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego terminie 7 dni po ustaniu tytułu podlegania tym ubezpieczeniom i wyrejestrowaniu z systemu ubezpieczeń; b) art. 49 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 r., w brzmieniu sprzed 1 stycznia 2011 r. poprzez jego nieprawidłowe zastosowanie w sytuacji, gdy niezdolność do pracy nie powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego.

Skarżąca podniosła ponadto zarzut naruszenia przepisów postępowania, mających istotny wpływ na wynik sprawy, tj.: a) art. 382 k.p.c. poprzez pominięcie przez Sąd Okręgowy materiału dowodowego w postaci formularza ZUS ZWUA, potwierdzającego ustanie obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego, co w konsekwencji umożliwiło ponowne zgłoszenie do ubezpieczeń z datą wcześniejszą niż data złożenia wniosku; b) art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 §.1 k.p.c. poprzez pominięcie w uzasadnieniu okoliczności faktycznych i prawnych, zgłaszanych przez odwołującą się na rozprawie apelacyjnej w dniu 7 września 2017 r., dotyczących ustania tytułu ubezpieczenia oraz nieuwzględnienie w stanie faktycznym ustalonym odmiennie, niż w wyroku Sądu Okręgowego z dnia 14 czerwca 2013 r. w zakresie terminu podlegania ubezpieczeniu, okoliczności faktycznych, takich jak rzeczywiste zaprzestanie prowadzenia działalności gospodarczej z uwagi na stwierdzoną zaświadczeniem lekarskim niezdolność do pracy oraz złożenie wniosku o wyrejestrowanie z ubezpieczeń; c) art. 386 § 1 k.p.c. w związku art. 83a ust. 1 ustawy systemowej w związku z art. 64 ust. 1 ustawy zasiłkowej poprzez utrzymanie w mocy decyzji ZUS z dnia 16 marca 2011 r. w sytuacji, gdy została ona wydana pomimo stwierdzenia uprawnień do wypłaty zasiłku macierzyńskiego przy pierwotnym ustaleniu podstawy w kwocie 3.385,39 zł, a następnie 1.628,81 zł, przy braku przedłożenia nowych dowodów lub ujawnienia okoliczności, które warunkują możliwość ponownego ustalenia prawa.

Mając na uwadze powyższe skarżąca wniosła o rozpatrzenie sprawy na rozprawie, uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w W..

Sąd Najwyższy zważył, co następuje.

Skarga kasacyjna nie zasługuje na uwzględnienie.

W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na fakt, iż procedowanie w niniejszej sprawie przed Sądem Najwyższym miało miejsce już dwukrotnie i dwukrotnie Sąd Najwyższy zwracał uwagę na istotne okoliczności przedmiotowej sprawy.

Przede wszystkim Sąd Najwyższy w niniejszym składzie w pełni podziela wyrażone już stanowiska poprzednich składów w obydwu wyrokach Sądu Najwyższego, tj. z 26 listopada 2014 r., II UK 56/14 i z 11 maja 2017 r., II UK 209/16. Podzielając te stanowiska, należy najpierw przypomnieć określone zasady, którymi należało kierować się przy rozstrzyganiu spornych zagadnień.

Najpierw Sąd Najwyższy ocenił prawne okoliczności niniejszej sprawy z perspektywy zasady równości, przywołując w tym względzie stosowne orzecznictwo. Oceniając zatem daną regulację z punktu widzenia zasady równości, Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, że należy ustalić, czy możliwe jest wskazanie wspólnej istotnej cechy faktycznej lub prawnej uzasadniającej równe traktowanie adresatów danej normy (orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 listopada 1995 r., K 17/95, OTK 1995 r. nr 3, poz. 18). Ustalenie to musi być dokonywane w oparciu o cel i ogólną treść przepisów, w których zawarta jest kontrolowana norma (orzeczenie z dnia 3 września 1996 r., K 10/96, OTK 1996 nr 4, poz. 33). Jeżeli kontrolowana norma traktuje odmiennie adresatów charakteryzujących się wspólną cechą istotną, to mamy do czynienia z odstępstwem od zasady równości. Nie zawsze jest to jednak równoznaczne z istnieniem dyskryminacji lub uprzywilejowania sprzecznych z zasadą równości. Konieczna jest jeszcze ocena kryterium, na podstawie którego dokonano owego zróżnicowania. Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie wskazywał, jakie kryteria musi spełnić zróżnicowanie sytuacji prawnej podmiotów podobnych, aby nie zostało uznane za sprzeczne z Konstytucją. Kryteria muszą pozostawać w bezpośrednim związku z celem i zasadniczą treścią przepisów, w których zawarta jest kontrolowana norma oraz służyć realizacji tego celu i treści. Ponadto muszą mieć charakter proporcjonalny (waga interesu, któremu ma służyć zróżnicowanie, musi pozostawać w odpowiedniej proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku

nierównego potraktowania podmiotów podobnych). Muszą też pozostawać w związku z innymi wartościami, zasadami czy normami konstytucyjnymi, uzasadniającymi odmienne traktowanie podmiotów podobnych (zob. wyrok TK z 16 grudnia 1997 r., sygn. K 8/97, OTK 1997 nr 5-6, poz. 70). Odstępstwo od zasady równości jest dopuszczalne, o ile spełnia (koniunktywnie) następujące warunki: 1) wprowadzone przez prawodawcę zróżnicowanie musi być racjonalnie uzasadnione, biorąc pod uwagę cel i treść przepisów, w których zawarta jest kontrolowana norma; 2) waga interesu, któremu ma służyć różnicowanie podmiotów podobnych, musi pozostawać w proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku różnego traktowania podmiotów podobnych; 3) regulacja prawna musi znajdować podstawę w wartościach, zasadach lub normach konstytucyjnych, uzasadniających odmienne traktowanie podmiotów podobnych (por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 grudnia 2006 r., SK 15/06, OTK-A 2007 nr 21-22, poz. 337).

Przechodząc od zaprezentowanej wyżej i ocenionej prawno konstytucyjnie zasady równości do argumentacji *meriti* w niniejszej sprawie, stosownie do poglądów orzecznictwa Sąd Najwyższy wskazał własny wyrok z dnia 26 listopada 2014 r., II UK 56/14, gdzie stwierdzono występowanie koniecznej relacji między kwotą opłaconej składki a wysokością świadczeń wypłacanych w przypadku zaistnienia ryzyka ubezpieczenia. Zostało to uznane za jeden z fundamentów racjonalnego systemu ubezpieczeniowego (por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 1 kwietnia 2008 r., SK 96/06, OTK ZU 2008 nr 3A, poz. 40). W wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 listopada 2007 r., K 18/06 (OTK ZU 2007 nr 10A, poz. 122) przypomniano, że ubezpieczenia społeczne opierają się na zasadzie wzajemności, która polega na tym, że nabycie prawa do świadczenia ubezpieczeniowego i jego wysokość są uzależnione od wkładu finansowego w postaci składek. Między zgłoszeniem do ubezpieczenia a nabyciem prawa do świadczeń z ubezpieczenia w wysokości wynikającej z kwoty zadeklarowanej i opłaconej składki musi być zatem wniesiony odpowiedni wkład finansowy, tak by wypłata świadczeń nie polegała wyłącznie na solidarności społecznej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2011 r., I UK 63/11, OSNP 2012 nr 19-20,

poz. 248 oraz wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r., P 12/10, OTK-A 2012 nr 5, poz. 52).

Sąd Najwyższy podkreślił, że ta właśnie fundamentalna zasada - występowanie koniecznej relacji między kwotą opłaconej składki a wysokością świadczeń wypłacanych w przypadku zaistnienia ryzyka ubezpieczenia - doznaje modyfikacji w przypadku prawa do zasiłku macierzyńskiego, przy którym ustawodawca (mając zapewne na względzie ochronę macierzyństwa – art. 18 Konstytucji RP) nie wymaga stosownego okresu „wyczekiwania” (zob. art. 4 ustawy zasiłkowej). W tym przypadku korelację pomiędzy wpływami ze składek a wypłatami zasiłku ma zapewnić uzależnienie wysokości zasiłku macierzyńskiego nie tylko od wysokości zadeklarowanej podstawy wymiaru składki, ale także od okresu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przed ziszczeniem się ryzyka ubezpieczeniowego, biorąc pod uwagę proporcję między okresem podlegania ubezpieczeniu a okresem pobierania zasiłku macierzyńskiego (maksymalnie przez rok). Spełnia się w ten sposób cel i treść przepisów ustawy zasiłkowej mająca uzasadnienie we wspomnianej zasadzie, a zastosowane kryterium różnicujące jest proporcjonalne. Przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą i wysokość składki zależy od ich swobodnego uznania. Kalkulowanie odpowiedniego momentu przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia przed urodzeniem dziecka, umotywowane dążeniem do wniesienia jak najniższego wkładu finansowego, wiąże się z ryzykiem pozostawania w ubezpieczeniu przez niepełny miesiąc (uniemożliwiające uzyskanie zasiłku macierzyńskiego wyższego niż ustawowe minimum).

Przechodząc do rozważań szczegółowych należy powtórnie zgodzić się ze stanowiskiem wyrażonym już uprzednio przez Sąd Najwyższy w niniejszej sprawie, zgodnie z którym, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego przysługującego osobie ubezpieczonej niebędącej pracownikiem, w tym prowadzącej pozarolniczą działalność na podstawie przepisów o działalności gospodarczej, stosuje się art. 48 - 52 ustawy o świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa oraz - na podstawie art. 52 - odpowiednio przepisy tej ustawy dotyczące sposobu określania podstawy wymiaru zasiłku ubezpieczonym

pracownikom. W odniesieniu do zasiłku macierzyńskiego są to przepisy art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust. 1, art. 42, art. 43, art. 48 ust. 1 oraz art. 49 i art. 50. Ponadto, stosownie do art. 48 ust. 1 ustawy, zasiłek oblicza się od kwoty przychodu osiągniętego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Uwzględniając, że ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność gospodarczą jest ubezpieczeniem dobrowolnym, w zależności od czasu, który upływa od chwili zgłoszenia do tego ubezpieczenia do chwili ziszczenia się ryzyka ubezpieczenia i powstania prawa do świadczeń, za podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego przyjmuje się albo przychód z 12 miesięcy ubezpieczenia (art. 48 ust. 1), albo przychód osiągnięty w okresie krótszym, jeżeli przesłanka prawa do świadczeń wypełniła się przed upływem 12 miesięcy prowadzenia działalności (art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy o świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa). W każdym z tych wypadków podstawę wymiaru zasiłku stanowi przychód osiągnięty za pełne miesiące kalendarzowe, czyli zadeklarowana kwota stanowiąca podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe po odliczeniu kwoty określonej w tym przepisie (art. 18 ust. 8 i art. 18a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Kwoty te wyliczane są zawsze z rzeczywistych ostatnich pełnych miesięcy ubezpieczenia chorobowego. Zasadniczo wysokość zasiłku macierzyńskiego jest uzależniona od wysokości zadeklarowanej kwoty, która stanowi podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe przez okres 12 miesięcy poprzedzających nabycie prawa do zasiłku, chyba że do chwili urodzenia dziecka ubezpieczenie dobrowolne trwa krócej niż 12 miesięcy. Jeżeli prawo do świadczeń powstało w pierwszym miesiącu po przystąpieniu do ubezpieczenia i jeśli wnioskodawca partycypował w ubezpieczeniu chorobowym krócej niż miesiąc powyższe zasady nie będą obowiązywać. Wówczas wobec takiego kręgu osób nie jest przewidziany jakikolwiek okres ubezpieczenia w rozumieniu art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 i art. 47 ustawy o świadczeniach w razie choroby lub macierzyństwa. Dlatego też, dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek, wyliczenie zasiłku następuje od kwoty zastępczej, która stanowi najniższą podstawę wymiaru składki za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, po dokonaniu odliczeń z art. 3 pkt 4. W przypadku, kiedy nieopłacenie składek spowodowało wyłączenie z

ubezpieczenia dobrowolnego poprzedni stosunek ubezpieczenia ustał i dlatego należało złożyć wniosek o ponowne objęcie takim ubezpieczeniem. Skoro skutek przerwy w ubezpieczeniu trwającej 31 dni ubezpieczona złożyła wniosek w dniu 6 września 2010 r. o ponowne objęcie takim ubezpieczeniem – nowy okres ubezpieczenia dobrowolnego trwa, adekwatnie do art. 14 ust. 1 ustawy nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. Wprawdzie we wniosku o objęcie ubezpieczeniem wskazana była wcześniejsza data objęcia ubezpieczeniem na zasadzie wyjątku przewidzianego w art. 14 ust. 1a ustawy systemowej, ale nie może być ona uwzględniona w aspekcie twierdzenia o powstaniu prawa do zasiłku macierzyńskiego w drugim miesiącu ubezpieczenia chorobowego. Rzeczywiście przepis art. 14 ust. 1a stanowi o możliwości objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia wskazanego we wniosku, ale jest on stosowany wtedy, kiedy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowego zostanie dokonane w terminie wskazanym przepisem art. 36 ust. 4, czyli w ciągu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczeń emerytalnych i rentowych.

Trzeba wyraźnie zaznaczyć, że w niniejszej sprawie prawo osoby ubezpieczonej do zasiłku macierzyńskiego powstało w pierwszym miesiącu po przystąpieniu do ubezpieczenia, ponieważ okres ubezpieczenia przed urodzeniem dziecka nie trwał co najmniej przez miesiąc i brak jest okresu wskazanego przepisami art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 ustawy systemowej. Błędnie bowiem skarżąca postrzega definicję „miesiąca kalendarzowego”. Pojęcia "miesiąc kalendarzowy" oraz "miesiąc" to dwa różne określenia języka prawnego, którym nie można nadawać znaczenia tożsamego. Okres "miesiąca kalendarzowego" obejmuje pełne kolejne nazwane miesiące, stanowiące części roku kalendarzowego. Liczony jest zatem od pierwszego do ostatniego dnia danego miesiąca przy czym termin ten może obejmować co najmniej 28 dni i nie więcej niż 31. Bardzo wyraźnie należy również uwypuklić, że ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie przewiduje ubezpieczenia przez okres części miesiąca oraz nie przewiduje wyliczenia podstawy wymiaru zasiłku od przychodu z rzeczywistego okresu ubezpieczenia krótszego od okresu miesięcznego. Jednakże w przypadku powstania zdarzenia ubezpieczeniowego przed upływem pierwszego miesiąca

kalendarzowego ubezpieczenia ustawa przewiduje kwotę zastępczą miesięcznej wielkości przychodu z art. 49 tejże ustawy. Zatem przy ustalaniu podstawy wymiaru dla ubezpieczonych niebędących pracownikami, przychód pochodzący z niepełnego miesiąca kalendarzowego jest zastępowany kwotą najniższej podstawy wymiaru składek, po dokonaniu odliczeń przewidzianych w art. 3 pkt 4 ustawy, a więc po potrąceniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki ubezpieczenia chorobowego. W tym przypadku funkcjonuje zasada zastępstwa kwoty zadeklarowanej kwotą najniższą.

Powyższe pozwala zatem zgodzić się z prezentowanym wcześniej przez Sąd Najwyższy stanowiskiem, zgodnie z którym, poczynione ustalenia wskazują na zaaprobowanie zastosowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych przepisu art. 49 ustawy o świadczeniach w razie choroby i macierzyństwa w brzmieniu obowiązującym w dniu spełnienia się ryzyka ubezpieczeniowego. Urodzenie dziecka przez ubezpieczoną nastąpiło bowiem w październiku 2010 r., w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego, a przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego tegoż ubezpieczenia w miesiącu wrześniu 2010 r. Natomiast powyższe nie pozwala zgodzić się z ubezpieczoną, że prawo do zasiłku z tytułu urodzenia dziecka w dniu 8 października 2010 r. powstało w drugim miesiącu dobrowolnego ubezpieczenia, ponieważ podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego, do którego prawo powstało w pierwszym miesiącu kalendarzowym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej i jest określone w art. 49 pkt 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, jako najniższą podstawę wymiaru składek na to ubezpieczenie po odliczeniach przewidzianych w art. 3 pkt 4 tejże ustawy, bez względu na wysokość kwoty zadeklarowanej na podstawie art. 18 ust. 8 i art. 18a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Biorąc powyższe pod uwagę, orzeczono jak w sentencji.

