



Sygn. akt II UK 605/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 grudnia 2017 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Jerzy Kuźniar (przewodniczący)
SSN Zbigniew Myszka (sprawozdawca)
SSN Małgorzata Wrębiakowska-Marzec

w sprawie z wniosku A.B.
przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w [...]
z udziałem zainteresowanego J.B.
o podstawę wymiaru zasiłku chorobowego,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy, Ubezpieczeń
Społecznych i Spraw Publicznych w dniu 5 grudnia 2017 r.,
skargi kasacyjnej organu rentowego od wyroku Sądu Okręgowego w [...]
z dnia 6 maja 2016 r.,

**uchyła zaskarżony wyrok w pkt. 2 i 3 i sprawę przekazuje
Sądowi Okręgowemu w [...] do ponownego rozpoznania i
orzeczenia o kosztach postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w [...] decyzją z dnia
20 października 2014 r. ustalił, że podstawę wymiaru zasiłku chorobowego

ubezpieczonej A.B. za okres od 30 lipca do 2 listopada 2014 r., z tytułu współpracy przy prowadzeniu działalności pozarolniczej, stanowi przeciętna miesięczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonej z dwunastu miesięcy, po odliczeniu 13,71% tego przychodu, tj. kwota 2.703,15 zł. Następnie decyzją z dnia 17 grudnia 2014 r. organ rentowy uzupełnił tę decyzję przez dopisanie w jej sentencji po słowach „z dwunastu miesięcy” słowa „kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy tj. okres od 07/2013 do 08/2014”. Ostatecznie „postanowieniem” z dnia 2 grudnia 2014 r. organ rentowy sprostował oczywistą pomyłkę decyzji z 20 października 2014 r. w ten sposób, że w miejsce zdania: „podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy tj. okres od 07/2013 do 08/2014” wpisano: „podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy tj. okres od 07/2013 do 06/2014”.

Odwołanie od powyższych decyzji, jak również od postanowienia, wniosła ubezpieczona podnosząc, że zasiłek chorobowy za okres od 30 lipca do 2 listopada 2014 r. powinien być dla niej obliczony od podstawy z tytułu jej ubezpieczenia jako osoby współpracującej za maj i czerwiec 2014 r.

Sąd Rejonowy w [...] VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 7 października 2015 r. w punkcie pierwszym zmienił zaskarżone decyzje organu rentowego i ustalił, że podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ubezpieczonej A.B. za okres od 30 lipca 2014 r. do 2 listopada 2014 r. z tytułu współpracy przy prowadzeniu działalności pozarolniczej stanowi miesięczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe z okresu od 1 maja do 29 lipca 2014 r. w kwocie 8.081,06 zł, natomiast w punkcie drugim wyroku odrzucił odwołanie ubezpieczonej w zakresie zaskarżenia postanowienia organu rentowego z 2 grudnia 2014 r.

Następnie Sąd Okręgowy w [...] VIII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 6 maja 2016 r., po rozpoznaniu apelacji organu rentowego, w punkcie pierwszym sprostował oczywistą niedokładność w *rubrum* zaskarżonego wyroku w ten sposób, że w oznaczeniu strony odwołującej się -

przed słowami „sprawy A.B.” wpisał słowa „przy udziale zainteresowanego J.B.”, a w punkcie drugim zmienił punkt pierwszy zaskarżonego wyroku przez ustalenie, że podstawę wymiaru zasiłku chorobowego odwołującej za okres od dnia 30 lipca 2014 r. do dnia 2 listopada 2014 r. z tytułu współpracy przy prowadzeniu działalności gospodarczej stanowi miesięczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe z okresu od dnia 1 maja 2014 r. do dnia 30 czerwca 2014 r. w kwocie 8.081,06 zł, a w punkcie trzecim oddalił apelację w pozostałym zakresie.

W sprawie tej ustalono, że ubezpieczona od sierpnia 2011 r. do 30 kwietnia 2014 r. prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą i z tego tytułu podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Od 1 maja 2014 r. została zgłoszona do obowiązkowego ubezpieczenia społecznego jako osoba współpracująca z mężem przy prowadzonej przez niego pozarolniczej działalności gospodarczej pod firmą NGF J. B. Z tego tytułu również podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Od sierpnia 2014 r. ubezpieczona zaczęła chorować w związku z chorobą nowotworową. Na zwolnieniu lekarskim przebywała w okresie od 30 lipca do 30 listopada 2014 r. Zwolnienie lekarskie wystawiał lekarz ginekolog-położnik. W grudniu 2014 r. ubezpieczona urodziła dziecko i od tego czasu przebywała na zasiłku macierzyńskim. W lipcu i sierpniu 2013 r. przychód ubezpieczonej, od którego obliczono podstawę wymiaru zasiłku chorobowego wynosił po 480 zł (hipotetyczna podstawa wymiaru wynosiła 414,19 zł), w okresie od września do grudnia 2013 r. - po 2.227,80 zł (hipotetyczna podstawa wymiaru zasiłku chorobowego wynosiła 1.922,37 zł), od stycznia do kwietnia 2013 r. - po 2.247,60 zł (hipotetyczna podstawa wymiaru zasiłku chorobowego wynosiła 1.939,45 zł), natomiast w maju i czerwcu 2014 r. przychód z tytułu współpracy wynosił po 9.365 zł (hipotetyczna podstawa wymiaru zasiłku wynosiła 8.081,06 zł).

Sąd drugiej instancji, powołując się na art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1368 ze zm.) wskazał, że wysokość zasiłku chorobowego dla osób niebędących pracownikami oblicza się w oparciu o przeciętny miesięczny przychód z 12 miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym zaistniała niezdolność do pracy. Natomiast w

przypadku, gdy ubezpieczenie trwało krócej niż 12 miesięcy kalendarzowe, do obliczenia wysokości zasiłku uwzględnia się przychód z faktycznego okresu ubezpieczenia, biorąc pod uwagę tylko pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia (art. 36 ust. 3 w związku z art. 48 ust. 2). Skoro niezdolność do pracy ubezpieczonej powstała w okresie, w którym podlegała ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, jako osoba współpracująca, to obliczenie wysokości zasiłku chorobowego powinno nastąpić w oparciu o przychód zgłoszony jako podstawa wymiaru składek z tytułu współpracy przy prowadzeniu działalności gospodarczej. W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd pierwszej instancji prawidłowo ustalił, że podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ubezpieczonej należnego w okresie od 30 lipca do 2 listopada 2014 r. stanowi podstawa wymiaru składek wyłącznie z tytułu i okresu współpracy przy prowadzeniu takiej samej działalności gospodarczej przez jej męża. Równocześnie Sąd pierwszej instancji miał błędnie przyjąć, że do obliczenia tej podstawy należy przyjąć okres od 1 maja do 29 lipca 2014 r., tymczasem zgodnie z ustawą o zasiłkowej „do obliczenia zasiłku przyjmuje się jedynie pełne miesiące ubezpieczenia - tym samym należało pominąć miesiąc lipiec 2014 roku. Co istotne, sama wielkość podstawy wymiaru składek (8.081,06 zł) została podana w zaskarżonym wyroku prawidłowo”. Dlatego w tym zakresie Sąd drugiej instancji zmienił zaskarżony wyrok, a pozostałej części oddalił apelację organu rentowego.

W skardze kasacyjnej organ rentowy zarzucił naruszenie prawa materialnego przez błędną wykładnię art. 48 ust. 1-2 w związku z art. 36 ust. 2-4 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa i przyjęcie, że chodzi o przychód osiągnięty w okresie nieprzerwanego podlegania ubezpieczeniu chorobowemu u nowego płatnika, u którego powstała niezdolność do pracy, a w konsekwencji uznanie, że skoro w przedmiotowej sprawie niezdolność do pracy ubezpieczonej powstała 30 lipca 2014 r., tj. w okresie, gdy podlegała ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba współpracująca, to obliczenie wysokości podstawy wymiaru zasiłku chorobowego powinno nastąpić w oparciu wyłącznie o deklarowany przychód jako rażąco zawyżonej nowa podstawy wymiaru składek z tytułu współpracy przy prowadzeniu pozarolniczej działalności

gospodarczej w kwocie 8.081,06 zł, która nie znajdowała pokrycia a bez znaczenia było ustalenie, że w okresie wcześniejszym od 9 września 2011 r. nieprzerwanie do 30 kwietnia 2014 r. ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu własnej pozarolniczej działalności, Które to tytuły były nieprzerwane.

We wniosku o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania organ rentowy twierdził, że skarga jest oczywiście uzasadniona, ponieważ zaskarżony wyrok w sposób oczywisty narusza art. 48 ust. 1-2 w związku z art. 36 ust. 2-4 ustawy zasiłkowej. Z ostrożności procesowej organ rentowy wskazał na potrzebę wykładni podstaw kasacyjnego zaskarżenia budzących poważne wątpliwości lub wywołujących rozbieżności w orzecznictwie sądów.

Wskazując na powyższe skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i orzeczenie, że podstawę wymiaru zasiłku chorobowego za okres od 30 lipca do 2 listopada 2014 r. dla ubezpieczonej z tytułu współpracy przy prowadzeniu pozarolniczej działalności gospodarczej stanowi przychód stanowiący podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy, tj. z okresu od lipca 2013 r. do czerwca 2014 r. po pomniejszeniu o kwotę składek na ubezpieczenie społeczne 13,71%, tj. kwota 2.703,15 zł, co wymagało oddalenia odwołań ubezpieczonej oraz zasądzenia od niej na rzecz organu rentowego zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu kasacyjnym według norm przepisanych, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w [...] celem ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną ubezpieczona wniosła o oddalenie skargi oraz o zasądzenie od skarżącego zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna zawierała usprawiedliwione podstawy, zważywszy na utrwaloną wykładnię materialnoprawnych podstaw kasacyjnego zaskarżenia.

W szczególności w uchwale z dnia 18 sierpnia 2009 r., I UZP 9/09 (OSNP 2010 nr 1-2, poz. 17) Sąd Najwyższy wyjaśnił, że do podstawy wymiaru zasiłku chorobowego ubezpieczonego prowadzącego pozarolniczą działalność wlicza się przychód uzyskany w poprzednim okresie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, jeżeli w ubezpieczeniu chorobowym - bez względu na jego tytuł - nie wystąpiły przerwy przekraczające 30 dni (art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej). Wykładnię zawartą w wymienionym judykacie błędnie odczytały i zrozumiały Sądy *meriti*. Tymczasem zgodnie z art. 4 ust. 1 tej ustawy, ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego: (1) po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego - jeżeli podlega obowiązkowo temu ubezpieczeniu; (2) po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego - jeżeli jest ubezpieczony dobrowolnie. Czas ten nazywany „okresem wyczekiwania lub karencji” (por. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2002 r., III UZP 8/02, OSNP 2003 nr 8, poz. 205), uzależnia nabycie prawa do zasiłku od pozostawania przez wymagany okres w ubezpieczeniu chorobowym. Z kolei art. 4 ust. 2 ustawy zasiłkowej pozwala na wliczenie poprzedniego okresu ubezpieczenia do „okresów wyczekiwania”, jeżeli przerwa pomiędzy nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego. Pojęcie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego („okresu wyczekiwania”) powinno być jednolite dla każdego celu wynikającego z przepisów ustawy zasiłkowej, jeśli z jej przepisów nie wynika nic innego. W tym zakresie Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 12 września 2008 r., I UZP 5/08 (OSNP 2009 nr 5-6, poz. 70), uznał, że nie ma uzasadnienia stanowisko o odmiennych sposobach ustalania okresu „nieprzerwanego ubezpieczenia” dla ustalenia prawa do zasiłku oraz jego wysokości, bo nie daje się wywieść tego z przepisów ustawy zasiłkowej. W szczególności z zasady równego traktowania ubezpieczonych objętych obowiązkowymi i dobrowolnymi ubezpieczeniami chorobowymi, które z tytułu opłacania składek na te ubezpieczenia wynika, że ubezpieczeni powinni być równo traktowani, bez różnicowań dyskryminujących lub faworyzujących tak, aby zasiłek chorobowy spełniał funkcję ustawowego świadczenia gwarantującego uzyskanie

proporcjonalnych - do przychodu stanowiącego podstawę pobranych składek na ubezpieczenie chorobowe - środków utrzymania na wypadek wystąpienia ryzyka ubezpieczeniowego (choroby wykluczającej uzyskiwanie przychodów z pracy lub prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej). Konsekwencją tego było stanowisko, iż nieprzekraczające 30 dni przerwy w podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu nie prowadzą do rozpoczynania na nowo (lub od początku) nowego ubezpieczenia chorobowego, bo okresy takich przerw (uznanych za legalne i usprawiedliwione w konkretnych okolicznościach danej sprawy), nie przerywają tego ubezpieczenia, które jest nieprzerwanym ubezpieczeniem chorobowym w rozumieniu art. 4 ust. 2 oraz art. 36 ust. 4 w związku z art. 48 ust. 1 i 2 ustawy zasiłkowej. Ponadto z art. 43 tej ustawy wynika, 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.

Z miarodajnych ustaleń faktycznych w przedmiotowej sprawie wynika, że ubezpieczona z tytułu prowadzenia od sierpnia 2011 r. do 30 kwietnia 2014 r. własnej pozarolniczej działalności (w zakresie: fryzjerstwo i pozostałe zabiegi kosmetyczne) podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, a już od 1 maja 2014 r. została zgłoszona do obowiązkowego ubezpieczenia społecznego, w tym chorobowego, jako osoba współpracująca z mężem w ramach prowadzonej przez niego pozarolniczej działalności w ramach takiej samej działalności (fryzjerstwo i pozostałe zabiegi kosmetyczne). W istocie rzeczy zatem ubezpieczenie chorobowe faktycznie trwało nieprzerwanie, chociaż na podstawie kontrowersyjnie „różnych” tytułów ubezpieczenia tego samego rodzaju pozarolniczej działalności. W konsekwencji, skoro ubezpieczenie chorobowe trwało nieprzerwanie w sensie dosłownym, a jedynie przeplatały się w nim „różne” tytuły ubezpieczenia, tym bardziej należało uznać, że sporny okres był okresem 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. Tak jak przerwa w ubezpieczeniu chorobowym nieprzekraczająca 30 dni nie powoduje rozpoczynania na nowo okresu ubezpieczenia (por. uchwała

I UZP 5/08), tak też nie powoduje takich następstw zmiana tytułu ubezpieczenia.

W myśl art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Natomiast ust. 2 tego artykułu stanowi, że przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stosuje się odpowiednio, między innymi, przepisy art. 36 ust. 2-4. W szczególności z art. 36 ust. 4 wynika, że 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, a nie wyłącznie z okresu kolejnego („nowego”) ubezpieczenia. Istotne znaczenie dla wysokości zasiłku chorobowego ma zatem nie tylko ustalenie okresu nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, lecz także wyjaśnienie, jaki przychód ubezpieczonego niebędącego pracownikiem, uzyskany w okresie 12 miesięcy kalendarzowych nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego z różnych tytułów, stanowi podstawę wymiaru zasiłku chorobowego.

Z treści art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej wynika co do zasady, że podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ubezpieczonego niebędącego pracownikiem stanowi przeciętny miesięczny przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Przychód w rozumieniu tej ustawy to kwota stanowiąca podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego niebędącego pracownikiem, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe (art. 3 pkt 4 ustawy). Taki stan rzeczy wymaga przyjęcia w podstawie wymiaru zasiłku chorobowego przychodów uzyskiwanych przez ubezpieczoną w okresie 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała jej niezdolność do pracy z ramach aktualnej współpracy przy prowadzeniu pozarolniczej działalności jej męża, pomimo wcześniejszego tytułu ubezpieczenia chorobowego z analogicznej własnej działalności gospodarczej. Przemawia za tym odpowiednie stosowanie art. 36 ust. 4 w związku z art. 48 ust. 2 ustawy zasiłkowej. Sporną podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ubezpieczonej

ustala się zatem także z uwzględnieniem przychodów, które ubezpieczona deklarowała z własnej pozarolniczej działalności w okresie 12 miesięcy nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, w tym z aktualnego ubezpieczenia jako osoby współpracującej przy prowadzeniu z mężem jego pozarolniczej działalności, w trakcie którego powstała niezdolność do pracy osoby nieprzerwanie ubezpieczonej. Należy wskazać, że z art. 48a ust. 2 ustawy wynika, iż także wtedy gdy okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, w liczbie pełnych miesięcy kalendarzowych przyjmowanych do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, uwzględnia się również pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia z poprzedniego tytułu, których suma z poprzedniego i aktualnego tytułu ubezpieczenia nie może przekraczać 12. Skoro zatem w przypadku ubezpieczonej istniało nieprzerwane ubezpieczenie chorobowe, to jej przeciętny miesięczny przychód w okresie 12 miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym powstała jej niezdolność do pracy, obejmował nie tylko ostatnie pełne miesiące współpracy przy prowadzeniu analogicznej pozarolniczej działalności przez jej męża, ale także pełne miesiące wcześniejszego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia własnej działalności gospodarczej. Dotyczy to nieprzerwanego podlegania ubezpieczeniu chorobowemu z obu wymienionych tytułów, o których mowa w art. 6 pkt 5 ustawy systemowej, który stanowi o jednym tytule ubezpieczenia osób prowadzących pozarolniczą działalność oraz osób z nimi współpracujących, zgodnie z koniunkcją obu rzekomo „różnych” tytułów ubezpieczenia osoby prowadzącej oraz współpracującej przy prowadzeniu pozarolniczej działalności, zwłaszcza działalności tego samego rodzaju.

Powyższe oznacza, że w razie nieprzerwanego podlegania ubezpieczeniom chorobowym z tytułu prowadzenia własnej pozarolniczej działalności, a następnie z tytułu współpracy przy prowadzeniu takiej działalności przez inną osobę, w tym także i w szczególności przez osobę bliską, do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjmuje się przeciętny przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc w którym powstała niezdolność do pracy (art. 48 ustawy zasiłkowej). W przypadku ubezpieczonego w krótszym niż

12 miesięczny okres podlegania ubezpieczeniom lub gdy jego okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania tego ubezpieczenia z innego tytułu, w liczbie pełnych miesięcy kalendarzowych uwzględnia się również pełne miesiące ubezpieczenia z poprzedniego tytułu, a przy ustaleniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przeciętną miesięczną najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe (art. 48 ust. 5 ustawy zasiłkowej w związku z art. 18 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) oraz przeciętną kwotę zadeklarowaną jako podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za pełne miesiące kalendarzowe „kolejnego” ubezpieczenia chorobowego, w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek na aktualne ubezpieczenie chorobowe, o których mowa w ust. 1, za okres pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia z aktualnego tytułu (art. 48a ust. 1-3 ustawy zasiłkowej).

W spornej kwestii skład orzekający nie podzielił tezy wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2017 r., II UK 635/15 (LEX nr 2252204), jakoby zakończenie prowadzenia działalności gospodarczej i rozpoczęcie współpracy przy prowadzeniu takiej działalności, stanowiące zmianę tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu i zmianę płatnika składek na to ubezpieczenie, implikuje wyłączenie z podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przychodu uzyskiwanego z poprzedniego tytułu ubezpieczenia. Taka wykładnia byłaby usprawiedliwiona wyłącznie w stanach faktycznych, które prowadziłyby do zaniżenia należnych świadczeń chorobowych, ponieważ konstytucyjnie niedopuszczalna jest sytuacja, w której obywatel zmieniający tytuł ubezpieczenia przed upływem pełnego miesiąca ubezpieczenia z nowego tytułu, otrzymuje rażąco niższe świadczenia, na które uczciwie zapracował potrącanymi z tego tytułu składkami za poprzedni okres (okresy) ubezpieczenia (por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r., P 12/10, OTK-A 2012 nr 5, poz. 52).

W ocenie składu orzekającego w przedmiotowej sprawie, na jurysdykcyjną tolerancję nie zasługują żadne intencjonalne zabiegi skierowane na uzyskanie radykalnie zawyżonych świadczeń z ubezpieczenia społecznego w związku z manipulacyjnymi deklaracją i krótkookresowym opłaceniem radykalnie wyższych składek przed okresami zamierzonego lub pewnego korzystania z

długookresowych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, bo tego typu działania pozostają ponadto w widocznej *prima facie* („gołym okiem”) ewidentnej sprzeczności z zasadami równego traktowania wszystkich ubezpieczonych (art. 2a ustawy systemowej), w tym z zasadą solidaryzmu ubezpieczeń społecznych i przysługiwania proporcjonalnych świadczeń w zależności od wymaganego okresu oraz wysokości opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne. Oznacza to, że należne ubezpieczonym świadczenia z ubezpieczenia chorobowego osób prowadzących oraz z nimi współpracujących przy prowadzeniu pozarolniczej działalności wylicza się co do zasady z przychodów uzyskanych w 12 miesięcznym okresie poprzedzającym ich nabycie.

Warto sygnalizować, że Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 29 listopada 2017 r., P 9/15, potwierdził zgodność art. 83 ust. 1 pkt 3 w związku z art. 41 ust. 12 i 13, art. 68 ust. 1 lit. c i art. 86 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej w zakresie, w jakim stanowi podstawę ustalania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych innej - niż wynikająca z umowy o pracę - wysokości podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia art. 2 w związku z art. 84 i art. 271 oraz art. 32 ust. 1 Konstytucji z art. Konstytucją RP kontroli oraz korygowania przez organ ubezpieczeń społecznych zawyżonych podstaw wymiaru oraz składek z każdego tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym, podjętych dla zapobieżenia nabywaniu nienależnie zawyżonych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, jeżeli okoliczności sprawy wskazują na manipulacyjne zawyżenie podstawy wymiaru oczekiwanych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, tj. w sposób sprzeczny z prawem, zasadami współżycia społecznego lub zmierzający do obejścia ustawodawstwa ubezpieczeń społecznych. Oznacza to, że - stosownie do zasady równego traktowania ubezpieczonych bez względu na tytuł ubezpieczenia - organ rentowy może korygować także deklaracje zawyżonej podstawy wymiaru i składek opłacanych od nierzetelnie („ekscesyjnie”) zawyżonej podstawy wymiaru składek przez osoby podlegające ubezpieczeniu prowadzących pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracujące, które zmierzają do uzyskania nienależnie zawyżonych świadczeń z tego ubezpieczenia. Takie stanowisko wzmacnia wykładnia systemowa i celowościowa, z której wynika, że tak jak wysokość długoterminowych świadczeń zależy od sumy składek opłaconych na

ubezpieczenia społeczne, aktualnie podczas całego okresu ubezpieczenia, również wysokość zasiłku chorobowego lub innych świadczeń krótkoterminowych powinna być ustalana według przeciętnej podstawy wymiaru i składek opłaconych w ustawowo określonym okresie ubezpieczenia, który poprzedzał wystąpienie ryzyka ubezpieczeniowego, a nie tylko z ostatniego manipulacyjnie wykreowanego „nowego” ubezpieczenia w celu uzyskania oczywiście nienależnie zawyżonych świadczeń krótkoterminowych.

Mając powyższe na uwadze Sąd Najwyższy wyrokował jak w sentencji na podstawie art. 398¹⁵ k.p.c.

kc