



Sygn. akt III UK 160/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 października 2018 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Jolanta Strusińska-Żukowska (przewodniczący)

SSN Halina Kiriło (sprawozdawca)

SSN Dawid Miąsik

w sprawie z odwołania R. K.
od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w R.
o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 18 października 2018 r.,
skargi kasacyjnej odwołującego się od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...] z dnia 24 maja 2017 r., sygn. akt III AUa [...],

oddala skargę kasacyjną.

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 17 grudnia 2014 r. nr [...], znak: [...], Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. stwierdził, że wnioskodawca R. K.:

- podlegał dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek

na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia:

- od 1 stycznia 1999 r. do 30 września 2005 r.,
- od 1 listopada 2005 r. do 31 marca 2010 r.,
- od 1 listopada 2010 r. do 31 grudnia 2010 r.,
- od 1 sierpnia 2011 r. do 30 września 2011 r.,
- od 1 maja 2012 r. do 30 czerwca 2012 r.,
- od 1 lutego 2013 r. do 31 marca 2013 r.,
- od 1 grudnia 2013 r.

- nie podlegał dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia:

- od 1 października 2005 r. do 31 października 2005 r.,
- od 1 kwietnia 2010 r. do 31 października 2010 r.,
- od 1 stycznia 2011 r. do 31 lipca 2011 r.,
- od 1 października 2011 r. do 30 kwietnia 2012 r.,
- od 1 lipca 2012 r. do 31 stycznia 2013 r.,
- od 1 kwietnia 2013 r. do 30 listopada 2013 r.

W podstawie prawnej decyzji Zakład powołał przepisy art. 83 ust. 1, art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 11 ust. 2, art. 14, art. 38 oraz art. 68 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1778 ze zm.; dalej jako ustawa systemowa).

W odwołaniu od powyższej decyzji wnioskodawca domagał się jej zmiany i ustalenia, że podlegał ubezpieczeniu chorobowemu w okresach:

- od 1 października 2005 r. do 31 października 2005 r.,
- od 1 kwietnia 2010 r. do 31 października 2010 r.,
- od 1 stycznia 2011 r. do 31 lipca 2011 r.,
- od 1 października 2011 r. do 30 kwietnia 2012 r.,
- od 1 lipca 2012 r. do 31 stycznia 2013 r.,
- od 1 kwietnia 2013 r. do 30 listopada 2013 r.

Sąd Okręgowy w P. wyrokiem z dnia 12 października 2016 r. oddalił odwołanie, a Sąd Apelacyjny w [...] wyrokiem z dnia 24 maja 2017 r. oddalił apelację od orzeczenia pierwszoinstancyjnego.

W sprawie ustalono, że decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w R. z dnia 28 lutego 2013 r. odmówiono R. K. prawa do zasiłku chorobowego i zobowiązano wnioskodawcę do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku za okresy:

- od 19 kwietnia 2010 r. do 17 października 2010 r.,
- od 4 stycznia 2011 r. do 31 stycznia 2011 r.,
- od 15 lutego 2011 r. do 28 marca 2011 r.,
- od 26 kwietnia 2011 r. do 8 maja 2011 r.,
- od 23 maja 2011 r. do 3 lipca 2011 r.,
- od 6 października 2011 r. do 13 grudnia 2011 r.
- od 28 grudnia 2011 r. do 20 marca 2012 r.,
- od 9 lipca 2012 r. do 16 września 2012 r.,
- od 1 października 2012 r. do 11 listopada 2012 r.

Sąd Rejonowy w P. wyrokiem z dnia 14 października 2013 r., sygn. akt IV U [...], oddalił odwołanie wnioskodawcy od powyższej decyzji.

Kolejną decyzją z dnia 26 lutego 2014 r. organ rentowy odmówił R. K. prawa do zasiłku chorobowego i zobowiązał wnioskodawcę do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia za następne okresy. Postanowieniem z dnia 4 marca 2015 r. Sąd Rejonowy w P. na podstawie art. 177 § 1 pkt 1 k.p.c. zawiesił postępowanie w sprawie z odwołania ubezpieczonego od tej decyzji.

Za okresy wskazane we wspomnianej decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 28 lutego 2013 r., wnioskodawca pomniejszał składki na swoje ubezpieczenie chorobowe za części miesiąca, za którą otrzymał zwolnienie lekarskie, natomiast w przypadku, gdy zwolnienie obejmowało cały miesiąc, składka w ogóle nie była opłacana.

Sąd Apelacyjny zauważył, że spór w sprawie dotyczy podlegania przez wnioskodawcę R. K. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach wskazanych w decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w R. z dnia 17 grudnia 2014 r. Istota problemu sprowadza się do wykładni prawa, w szczególności interpretacji przepisów dotyczących ustalania wysokości składek na dobrowolne

ubezpieczenie chorobowe, rozliczania kont płatników i wyłączenia z tego ubezpieczenia. Wnioskodawca wywodził, że spełniał warunki do przyznania zasiłku chorobowego, który został przyznany i wypłacony i dopiero w następstwie kontroli organu rentowego prawo to utracił, co w ocenie apelującego, nie pozbawia go uprawnienia do zmniejszenia najniższej podstawy wymiaru składek w trybie art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej.

Zdaniem Sądu drugiej instancji, nie można zgodzić się z przedstawioną argumentacją. W myśl art. 11 i art. 14 ust. 1 i 2 ustawy systemowej, osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności, a objęcie tym ubezpieczeniem następuje przez zgłoszenie stosownego wniosku. Okres objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym jest uzależniony od opłacenia składki na to ubezpieczenie w ustawowym terminie i w należytej wysokości. Skutkiem nieopłacenia składki w terminie i w należnej wysokości jest ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Wnioskodawca, w związku z uzyskaniem prawa do zasiłku chorobowego, pomniejszał składki na ubezpieczenie społeczne, w tym ubezpieczenie chorobowe. Uprawnienie do zasiłku chorobowego powstaje w przypadku niezdolności do pracy, co wynika z definicji zawartej w art. 2 pkt 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.; dalej jako ustawa zasiłkowa). Zasiłek chorobowy nie jest świadczeniem z tytułu choroby, lecz przysługuje dlatego, że pracownik czasowo niezdolny do pracy nie uzyskuje wynagrodzenia. Wykorzystywanie zwolnienia od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia skutkuje utratą prawa do zasiłku. Niewątpliwie rację ma apelujący wskazując na rozróżnienie braku prawa do zasiłku chorobowego od jego utraty. W tym drugim przypadku prawo takie pierwotnie przysługuje, ale na skutek zachowań ubezpieczonego zdefiniowanych w art. 17 ustawy zasiłkowej, następuje jego utrata implikująca obowiązek zwrotu świadczenia. Utrata prawa do zasiłku chorobowego powoduje dla ubezpieczonego taką samą sytuację, jak w przypadku stwierdzenia braku prawa do zasiłku. Ponieważ za okresy niezdolności do pracy nie przysługiwało wnioskodawcy prawo do zasiłku chorobowego, nie mógł on skorzystać z możliwości nieopłacenia składki

za te okresy. Prawidłowa interpretacja regulacji dotyczącej zmniejszenia podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe nie może bowiem prowadzić do premiowania ubezpieczonych, którzy zwolnienie z obowiązków składkowych uzyskali w sposób nieuprawniony, nawet jeżeli stan ten został ustalony następnie, w trakcie kontroli Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Dla zachowania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego konieczne jest zapłacenie składki należnej na to ubezpieczenie. Skoro R. K. nie uiścił należnej składki, to brak było podstaw do uwzględnienia jego argumentacji. Konkludując Sąd Apelacyjny stwierdził, że decyzja organu rentowego ustalająca niepodleganie wnioskodawcy dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w wymienionych okresach była uzasadniona.

Wnioskodawca zaskarżył powyższy wyrok w całości skargą kasacyjną. Skargę kasacyjną oparł na podstawie naruszenia prawa materialnego: art. 18 ust. 10 ustawy systemowej, przez błędną wykładnię i przyjęcie, że okoliczność utraty prawa do zasiłku (o utracie prawa do zasiłku stanowi art. 17 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego) jest tożsama z okolicznością niespełnienia warunków do przyznania prawa do zasiłku chorobowego (o spełnieniu warunków do przyznania zasiłku stanowi art. 18 ust. 10 ustawy systemowej) i przez to wskutek zaistnienia okoliczności utraty prawa do świadczenia (tu zasiłku chorobowego) ubezpieczony traci prawo do proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne, czyli jest traktowany tak, jakby nie spełniał warunków do przyznania prawa do zasiłku chorobowego.

Skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania oraz o zasądzenie od organu rentowego kosztów postępowania kasacyjnego.

W uzasadnieniu skargi podniósł, że Sąd Apelacyjny naruszył prawo materialne tj. art. 18 ust. 10 ustawy systemowej, uznając, iż treść tego przepisu nie uzasadnia prawa ubezpieczonego do proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne w stanie faktycznym, w którym ubezpieczony utracił prawo do zasiłku w trybie art. 17 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego. Tymczasem należy odróżnić stan

faktyczny, w którym istnieje brak podstaw do przyznania prawa do świadczenia (zatem prawo to w ogóle nie powstaje), od stanu faktycznego, w którym prawo to już po jego powstaniu podlega utracie wobec zaistnienia przesłanek przewidzianych w przepisach. Art. 18 ust. 10 ustawy systemowej w żadnym razie nie pozbawia ubezpieczonych prawa do proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składki w przypadku utraty prawa do zasiłku za okres niezdolności do pracy w danym miesiącu. Przepis ten uzależnia jedynie prawo do proporcjonalnego pomniejszenia podstawy wymiaru składki od spełnienia warunków do przyznania prawa do zasiłku, a takie warunki skarżący spełniał. Przyjmując zaprezentowaną w zaskarżonym orzeczeniu wykładnię art. 18 ust. 10 ustawy systemowej, prowadzący działalność gospodarczą pozostają poza dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w przypadku nieopłacenia składki za czas niezdolności do pracy, za który pozbawiono ich prawa do zasiłku.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną organ rentowy wniósł o jej oddalenie.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna nie zasługuje na uwzględnienie, albowiem nieuzasadniony jest zarzut naruszenia prawa materialnego przy ferowaniu zaskarżonego wyroku.

Rozważania na temat trafności podstawy skargi kasacyjnej należy rozpocząć od przypomnienia, że do cech kategoryalnych ubezpieczeń społecznych należy przymus ubezpieczenia, wyrażający się w pozbawieniu stron (zarówno osoby podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia, jak i instytucji ubezpieczeniowej) autonomii woli w zakresie nawiązania stosunku ubezpieczenia społecznego. Przepisy prawa wyliczają enumeratywnie kategorie podmiotów objętych przymusem ubezpieczenia, a powstanie stosunku prawnego pomiędzy ubezpieczonym i instytucją ubezpieczeniową następuje automatycznie wskutek wypełnienia przez ubezpieczonego ustawowych przesłanek. Właściwością omawianych więzi prawnych jest występowanie szczególnego rodzaju zależności polegającej na tym, że objęcie ochroną ubezpieczeniową wiąże się z powstaniem obowiązku opłacania składek. Zależność ta nie przybiera jednak w ubezpieczeniu społecznym znamion wzajemności (ekwiwalentności) w znaczeniu przyjętym w

prawie cywilnym. Oba elementy stosunku ubezpieczenia (składka ubezpieczeniowa oraz ochrona ubezpieczeniowa) nie są równoważne (wymienialne), bowiem zasada ekwiwalentności świadczeń jest w tym stosunku modyfikowana przez zasadę solidarności społecznej. Stosunków ubezpieczenia społecznego nie da się zatem zakwalifikować do stosunków zobowiązaniowych, nie można tu bowiem mówić, tak jak w przypadku cywilnoprawnych zobowiązań wzajemnych, o ścisłej współzależności (synalagmatyczności) składki i świadczenia. Prawo ubezpieczeń społecznych stanowi odrębną gałąź prawa w stosunku do prawa cywilnego, a na podstawie jego przepisów strony nie korzystają ze swoich praw podmiotowych regulowanych prawem prywatnym - Kodeksem cywilnym lub Kodeksem pracy, lecz Zakład Ubezpieczeń Społecznych realizuje wobec innego uczestnika stosunku prawnego swoje ustawowe kompetencje. Z tego względu stosunek ubezpieczenia społecznego nie jest stosunkiem cywilnoprawnym, opartym na równorzędności jego podmiotów i wzajemności (ekwiwalentności) świadczeń, lecz uregulowanym ustawowo stosunkiem prawnym opartym na zasadzie solidaryzmu, a wynikające z niego świadczenia stron tego stosunku nie są świadczeniami cywilnoprawnym. Konsekwencją tego, że przedmiotem regulacji prawa ubezpieczeń społecznych są stosunki prawne zachodzące pomiędzy ubezpieczonym i instytucją ubezpieczeniową, charakteryzujące się występowaniem szczególnego rodzaju zależności pomiędzy objęciem ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową a powstaniem obowiązku opłacania składek na owe ubezpieczenia (regulacji opartej na zasadzie solidarności społecznej), jest sposób unormowania przez ustawodawcę problematyki tychże składek (zob. uzasadnienie do uchwały Sądu Najwyższego w składzie siedmiu sędziów z dnia 21 kwietnia 2010 r., II UZP 1/10, OSNP 2010 nr 21-22, poz. 267 oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 czerwca 2017 r., I UK 253/16, LEX nr 234218, czy wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 30 maja 2000 r., K 37/98, OTK ZU 2000 nr 4, poz. 112).

Osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz wypadkowemu (art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 12 ust. 1 ustawy systemowej), a ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności (art. 11 ust. 2 ustawy systemowej). Objęcie ochroną ubezpieczeniową wiąże się z powstaniem obowiązku opłacania

składek. Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, w myśl art. 20 ust. 1 ustawy systemowej, określa zawsze podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe, jedynie z ograniczeniem wynikającym z art. 20 ust. 3 ustawy. Analiza treści art. 18 ustawy systemowej prowadzi do jednoznacznego wniosku, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne osób prowadzących pozarolniczą działalność została określona inaczej niż w przypadku ubezpieczonych, co do których podstawę tę odniesiono do przychodu w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub kwoty uposażenia, wynagrodzenia bądź innego rodzaju świadczenia. Łączy się to ze specyfiką działalności prowadzonej na własny rachunek i trudnościami przy określaniu przychodu z tej działalności. Z tych względów określenie wysokości podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne ustawodawca pozostawił osobom prowadzącym pozarolniczą działalność, stanowiąc w art. 18 ust. 8 ustawy, że podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ubezpieczonych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5, stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek, ogłoszonego w trybie art. 19 ust. 10 na dany rok kalendarzowy. Składka w nowej wysokości obowiązuje od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku. W konsekwencji w przypadku tych ubezpieczonych obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne i ich wysokość nie są powiązane z osiągniętym faktycznie przychodem, lecz wyłącznie z istnieniem tytułu ubezpieczenia i zadeklarowaną przez ubezpieczonego kwotą, niezależnie od tego, czy ubezpieczony osiąga przychody i w jakiej wysokości. W odniesieniu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego tych osób ustawodawca zastrzegł jedynie górną kwotę graniczną podstawy wymiaru składek w wysokości 250% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Inaczej rzecz ujmując, wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność pozarolniczą w przedziale od 60% do 250% przeciętnego wynagrodzenia zależy wyłącznie od deklaracji ubezpieczonego, nie mając żadnego odniesienia do osiąganego przez te osoby przychodu. Jednocześnie art. 18 ust. 9 ustawy systemowej stanowi, że za miesiąc, w którym

nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi lub ich ustanie i jeżeli trwały one tylko przez część miesiąca, kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie, dzieląc ją przez liczbę dni kalendarzowych tego miesiąca i mnożąc przez liczbę dni podlegania ubezpieczeniu. Zgodnie z art. 18 ust. 10 ustawy zasady zmniejszania najniższej podstawy wymiaru składek, o których mowa w ust. 9, stosuje się odpowiednio w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku. Wykładnia językowa art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej wskazuje przy tym na możliwość proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składki w miesiącu, w którym nastąpiło objęcie ubezpieczeniami albo ich ustanie, bądź w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, wyłącznie w stosunku do ubezpieczonych, którzy zadeklarowali najniższą podstawę wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzonej działalności pozarolniczej. Przepis art. 18 ust. 9 ustawy systemowej - przewidując możliwość proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru za miesiąc, w którym nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi lub ich ustanie i jeżeli trwały one tylko przez część miesiąca - stanowi, że "kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie (...)". Oznacza to, że ustawodawca wyraźnie ograniczył możliwość korzystania z proporcjonalnego pomniejszania podstawy wymiaru składki tylko do ubezpieczonych, którzy zadeklarowali najniższą podstawę wymiaru składki.

Istota niniejszego problemu sprowadza się do pytania o prawidłowość dokonania przez odwołującego się R. K. w trybie art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej zmniejszenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne za okresy niezdolności do pracy, za które utracił on prawo do zasiłku chorobowego w okolicznościach opisanych w art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej. Literalna wykładnia art. 18 ust. 10 w związku z ust. 9 ustawy systemowej prowadzi do wniosku, że miarkowanie takie nie było uzasadnione.

Godzi się zauważyć, że komentowany przepis stanowi o zmniejszeniu podstawy wymiaru składki w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku. Ustawodawca łączy zatem prawo do proporcjonalnego zmniejszenia

podstawy wymiaru składki z trwającym przez część miesiąca okresem niezdolności do pracy i spełnieniem przez ubezpieczonego warunków przyznania zasiłku za ten okres, a nie z okresem, za jako faktycznie przyznano i wypłacono zasiłek chorobowy. Powołany przepis uniezależnia więc decyzją płatnika o zastosowaniu instytucji miarkowania podstawy wymiaru składek od istnienia i treści deklaracyjnych decyzji organu rentowego w przedmiocie realizacji prawa ubezpieczonego do zasiłku z ubezpieczenia chorobowego, które mogą zapaść i z reguły zapadają w innym czasie.

Jest to oczywiste, jeśli wziąć pod uwagę, że zawarta w powołanym artykule regulacja dotyczy ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne. Obowiązek obliczania i opłacania składek na ubezpieczenia społeczne oraz obowiązek ustalania prawa do świadczeń z owych ubezpieczeń i ich wypłaty to dwa różne aspekty instytucji podlegania ubezpieczeniom społecznym, unormowane w odrębnych aktach prawnych rangi ustawy i oparte na odmiennych zasadach.

Warto przypomnieć, że z mocy art. 16 ust. 4 i art. 17 ust. 3 ustawy systemowej, ubezpieczeni, jakimi są osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, finansują w całości, z własnych środków, składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, wypadkowe oraz chorobowe i to na nich spoczywa obowiązek obliczania i przekazywania tych składek co miesiąc do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Oni też muszą ocenić, czy zachodzą przesłanki do ewentualnego zmniejszenia podstawy wymiaru owych składek, wymienione w art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej. Określony w art. 47 ust. 1 pkt 1 ustawy systemowej termin przesyłania do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych deklaracji rozliczeniowych i imiennych raportów miesięcznych oraz opłacania składek nie jest tożsamy z wynikającym z art. 64 ust. 1 ustawy zasiłkowej terminem wypłaty zasiłków z ubezpieczenia chorobowego. Racjonalne jest zatem uniezależnienie przez ustawodawcę procedury zmniejszania przez płatników podstawy wymiaru składek od decyzji organu rentowego o przyznaniu i wypłacie zasiłków z ubezpieczenia chorobowego. Osoba prowadząca pozarolniczą działalność i z tego tytułu podlegająca ubezpieczeniom społecznym dokonując rozliczenia i opłacenia składek na owe ubezpieczenia musi zatem samodzielnie ocenić, czy spełnia kryteria miarkowania podstawy wymiaru składek, mając na uwadze daleko idące

konsekwencje błędnego zastosowania tej instytucji. Bezzasadne zmniejszenie podstawy wymiaru składek sprawia bowiem, że składki zostają opłacone w nienależytej wysokości. W myśl art. 14 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej, skutkiem niepłacenia składek w należytej wysokości jest zaś ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego osoby prowadzącej pozarolniczą działalność.

Przepis art. 18 ust. 10 ustawy systemowej zezwala na proporcjonalne zmniejszenie podstawy wymiaru składek, jeśli na część miesięcznego okresu rozliczeniowego przypada niezdolność do pracy i ubezpieczony spełnia warunki przyznania zasiłku. Wprawdzie przepis nie precyzuje, w jakiej dacie i za jaki czas ubezpieczony powinien spełniać warunki przyznania zasiłku, jednak nie powinno budzić wątpliwości, że skoro chodzi o proporcjonalne miarkowanie podstawy wymiaru składek o konkretną część miesiąca (tj. tę, na którą przypada niezdolność do pracy ubezpieczonego), to spełnienie warunków do przyznania zasiłku z tytułu owej niezdolności musi obejmować cały ten okres.

Skarżący niesłusznie utożsamia przy tym pojęcie spełnienia warunków do przyznania zasiłku z wystąpieniem tylko pozytywnych przesłanek nabycia prawa do tego świadczenia. Tymczasem aby prawo do świadczenia powstało i zasiłek mógł być przyznany, powinien ziścić się cały układ warunkujący owo prawo, tj. muszą zostać spełnione pozytywne i nie wystąpić negatywne przesłanki powstania uprawnień zasiłkowych.

Co do samych warunków przyznania zasiłku chorobowego wypada zauważyć, że wymienionemu w art. 1 pkt 3 ustawy systemowej ubezpieczeniu w razie choroby i macierzyństwa, zwanemu ubezpieczeniem chorobowym, podlegają w myśl art. 11 tej ustawy obowiązkowo osoby, o jakich mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1, 3 i 12, a dobrowolnie - osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wskazane w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8, i 12. Zgodnie z art. 1 ustawy zasiłkowej, osoby te (będące ubezpieczonymi w rozumieniu art. 4 pkt 1 ustawy systemowej), w wyniku określonych przepisami czynności zgłoszeniowych zostają objęte ubezpieczeniem chorobowym i w konsekwencji tego - także systemową gwarancją otrzymania świadczeń przewidzianych w tej ustawie, w sytuacji wystąpienia określonych zdarzeń losowych, którym przyznano walor ryzyka socjalnego. W przypadku wymienionego w art. 2 pkt 1 ustawy zasiłkowej

świadczenia w postaci zasiłku chorobowego, ryzykiem tym jest zaś - w myśl art. 6 ust. 1 ustawy - niezdolność do pracy z powodu choroby lub zrównane z tą niezdolnością zdarzenia, o jakich mowa w ust. 2 tego artykułu. Niezdolność do pracy powinna przy tym powstać w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego lub po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego w okresach i na warunkach wskazanych w art. 6 i art. 7 ustawy zasiłkowej. Ustawowa przesłanka nabycia prawa do zasiłku chorobowego łączy element biologiczny - chorobę oraz element ekonomiczny w postaci utraty zarobku. Zdarzenie losowe, jakim jest choroba, uruchamia zatem ochronę ubezpieczeniową dopiero w sytuacji, gdy stwierdzony zostanie wpływ tejże choroby na zdolność ubezpieczonego do pracy. Funkcją zasiłku chorobowego jest zaś częściowe kompensowanie ubezpieczonemu zarobku utraconego w wyniku spowodowanej chorobą niezdolności do pracy. Z mocy art. 8 ustawy zasiłkowej, świadczenie to przysługuje więc przez okres trwania owej niezdolności, nie dłużej jednak niż wskazane w tym przepisie maksymalne okresy. Zarówno samo prawo do zasiłku chorobowego, jak i czasookres jego przysługiwania uwarunkowane są chorobą i będącą jej wynikiem niezdolnością do pracy ubezpieczonego.

Mimo ziszczenia się ryzyka ubezpieczenia chorobowego w określonych przepisami art. 6 i art. 7 ustawy zasiłkowej okresach oraz posiadania przez ubezpieczonego wymaganego przepisem art. 4 tej ustawy okresu wyczekiwania (karencji), prawo do zasiłku może nie powstać, a powstałe może ulec utracie w razie wystąpienia któregoś ze zdarzeń opisanych w art. 15 – 17 ustawy zasiłkowej. Przepis art. 17 ustawy zasiłkowej stanowi w ust. 1, że ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystujący zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres tego zwolnienia. Natomiast w myśl ust. 2 powołanego artykułu, zasiłek chorobowy nie przysługuje w przypadku, gdy zaświadczenie lekarskie zostało sfalszowane. Przepis art. 17 ust. 1 obecnie obowiązującej ustawy zasiłkowej jest kontynuacją normy zawartej w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1974 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst: Dz.U. z 1983 r. Nr 30, poz. 143 ze zm.). Komentowany przepis statuuje dwie przesłanki utraty

prawa do zasiłku chorobowego: 1) wykonywanie - w okresie orzeczonej niezdolności do pracy - pracy zarobkowej i 2) wykorzystywanie zwolnienia od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia. Zarówno w judykaturze jak i w doktrynie przyjmuje się, że obie te przesłanki są niezależne od siebie i mają samoistny charakter. Podkreśla się przy tym, że utrata prawa do zasiłku chorobowego dotyczy tylko okresu objętego zaświadczeniem (zwolnieniem) lekarskim, w którym nastąpiło podjęcie pracy zarobkowej, a nie całego okresu zasiłkowego. Przepis art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej ma charakter represyjny, gdyż ustanawia sankcję za określone w nim delikty związane ze sposobem korzystania przez ubezpieczonego ze zwolnienia lekarskiego. Konstrukcja utraty prawa do zasiłku chorobowego przybrała przy tym postać normy szczególnej, zatem zgodnie z dyrektywą *exceptiones non sunt excendendae* nie może być interpretowana rozszerzająco (wyroki Sądu Najwyższego z dnia 4 lipca 2000 r., II UKN 634/99, OSNAPIUS 2002 nr 2, poz. 48 i z dnia 25 lutego 2008 r., I UK 249/07, OSNP 2009 nr 11-12, poz. 152). Konsekwencją spowodowanej opisanymi w tym przepisie zdarzeniami utraty prawa do zasiłku jest zaś w myśl art. 66 ust. 2 ustawy zasiłkowej możliwość potrącenia z przysługujących ubezpieczonemu zasiłków lub ściągnięcia w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji kwot nienależnie pobranych świadczeń.

W przypadku zaistnienia nagannych zachowań, o jakich mowa w art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej, ubezpieczony prowadzący pozarolniczą działalność gospodarczą traci zatem prawo do zasiłku chorobowego, mającego rekompensować mu nieosiągnięcie - wskutek choroby - przychodów z tejże działalności. Zostaje też pozbawiony możliwości zmniejszenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w trybie art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej. Utrata prawa do zasiłku następuje bowiem z mocy przepisu ustawy i oznacza, że za cały okres zwolnienia chorobowego, w którym ubezpieczony wykonywał pracę zarobkową lub wykorzystywał zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia, nie miał on prawa do tego świadczenia. Późniejsza decyzja organu rentowego stwierdzająca ów fakt ma charakter deklaracyjny. Nie tworzy ona nowego stanu prawnego, lecz potwierdza istniejący, także w aspekcie unormowania art. 18 ust. 10 ustawy systemowej. Jak wspomniano, to płatnik w

dacie obliczania, rozliczania i opłacania składek ocenia, czy zachodzą przesłanki zmniejszenia podstawy ich wymiaru w trybie tego przepisu, a więc czy w okresie przypadającej na część miesiąca niezdolności do pracy spełniał on warunki przyznania z tego tytułu zasiłku, czyli czy poza ziszczeniem się pozytywnych kryteriów kwalifikacyjnych prawa do świadczenia nie wystąpiły przesłanki negatywne, powodujące, że prawo to nie powstało, a powstałe - uległo utracie.

Podzielając w całej rozciągłości zaprezentowaną w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku wykładnię przepisów prawa materialnego, Sąd Najwyższy z mocy art. 398¹⁴ k.p.c. orzekł jak w sentencji.