

Sygn. akt *IV U 1618/14*

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 października 2014 r.

Sąd Okręgowy w Rzeszowie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSO Ewa Preneta - Ambicka

Protokolant: st. sekr. sądowy Agnieszka Sarama

po rozpoznaniu w dniu 22 października 2014 r. w Rzeszowie

sprawy z wniosku J. C.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R.

o ustalenie podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego i chorobowego

na skutek odwołania J. C.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R.

z dnia 18.06.2014r. znak (...)

oddala odwołania.

Sygn.akt. IVU 1618/14

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 22 października 2014 roku

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. decyzją z dnia 18 czerwca 2014r. stwierdził dla wnioskodawczynie J. C. podstawę wymiaru zasiłku chorobowego za okres od 2 lipca 2013 r. do 24 grudnia 2013 r. i macierzyńskiego za okres od 25 grudnia 2013 r. do 23 grudnia 2014 r. na kwotę 1922, 37 złotych, podając w uzasadnieniu, iż wnioskodawczynie była zatrudniona na podstawie umowy o pracę od dnia 4 lipca 2011 r.. Równoległe zgłosiła prowadzenie od dnia 1 czerwca 2013 r. działalności gospodarczej, a od dnia 1 lipca 2013 r. z tytułu prowadzenia działalności zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, przy czym zadeklarowała, jako podstawę wymiaru składki kwotę 9350, 13 złotych. Z uwagi na to, że wnioskodawczynie od dnia 2 lipca 2013 r. stała się niezdolna do pracy organ rentowy powołując się na treść art. 1, 3, 6, 29, 48 i 49 ustęp 1 i art. 52 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa / Dz.U.Nr z 2014 r., poz. 159 / przyjął za podstawę wymiaru składki kwotę minimalnej podstawy wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe obowiązujące w miesiącu lipcu 2013 r. tj. kwotę 2227, 80 zł po pomniejszeniu kwoty składek 13, 71 % czyli 1922, 37 zł. Jednocześnie organ rentowy stwierdził, że wnioskodawczynie posiadała dwa równoległe i niezakończone tytuły do ubezpieczenia chorobowego, co skutkuje brakiem możliwości zastosowania wyroku TK z dnia 24.05.2012 r. sygn. akt P 12/10.

W odwołaniu z dnia 26 czerwca 2014 roku od tej decyzji wnioskodawczynie przez swego pełnomocnika wniosła o jej zmianę i przyznanie jej prawa do innej, zadeklarowanej przez siebie kwoty (...)zł, jako podstawy wymiaru zasiłków,

argumentując, iż taka kwotę zadeklarowała z tytułu zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, a za lipiec 2013 r. uiściła kwotę (...)zł, jako 1/31 z kwoty zadeklarowanej (...)zł. Powołała się jednocześnie na fakt podlegania poprzedniemu ubezpieczeniu przez zgłoszeniem do ubezpieczenia dobrowolnego i treść wyroku TK z dnia 24.05.2012 r. sygn. akt P 12/10

Organ rentowy w odpowiedzi na odwołanie wniósł o jego oddalenie, zarzucając, iż wnioskodawczyni jest pracownikiem zatrudnionym na podstawie umowy o pracę kontynuowanym podczas zgłoszenia dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej i stał się niezdolna do pracy w drugim dniu ubezpieczenia. Poza tym podniósł te same argumenty, co w zaskarżonej decyzji.

W kolejnym odwołaniu z dnia 21 lipca 2014 roku od tej samej decyzji wnioskodawczyni przez swego pełnomocnika ponownie wniosła o jej zmianę i przyznanie jej prawa do innej, zadeklarowanej przez siebie kwoty (...)zł, jako podstawy wymiaru zasiłków, argumentując, iż taka kwotę zadeklarowała z tytułu zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, a za lipiec 2013 r. uiściła kwotę (...)zł, jako 1/31 z kwoty zadeklarowanej (...)zł. Powołała się jednocześnie na fakt podlegania poprzedniemu ubezpieczeniu przez zgłoszeniem do ubezpieczenia dobrowolnego, wyrok SN z dnia 3.10.2013 r. sygn. akt II UK 96/13, oraz wyrok TK z dnia 24.05.2012 r. sygn. akt P 12/10.

Organ rentowy w odpowiedzi na odwołanie wniósł o jego oddalenie.

Zarządzeniem z dnia 10 września 2014 r. Sąd Okręgowy połączył obie sprawy do wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia.

Sąd ustalił i zważył, co następuje:

Stan faktyczny sprawy nie jest pomiędzy stronami sporny. Wnioskodawczyni w dniu 4 lipca 2011 roku zawarła umowę o pracę z (...) w pełnym wymiarze czasu pracy, a od dnia 1 czerwca 2013 r. w wymiarze 7/8 etatu. Zawarta umowa o pracę była kontynuowana w trakcie zgłoszenia prowadzenia działalności gospodarczej w dniu 1 czerwca 2013 r. i zgłoszenia się z tego tytułu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego pod nazwą (...) J. C. w T. z dniem 1 lipca 2013 r. przy zadeklarowaniu, jako podstawy wymiaru składki kwoty (...)złoty. Wnioskodawczyni J. C. w praktyce uiściła jedynie kwotę (...)zł, jako 1/30 z kwoty zadeklarowanej (...)zł za jeden dzień prowadzonej działalności, gdyż od dnia 2 lipca 2013 r. przebywała na zasiłku chorobowym, a od dnia 25 grudnia 2013 r. na zasiłku macierzyńskim.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o wiarygodne niekwestionowane przez strony akta zasiłkowe wnioskodawczyni i twierdzenia stron.

Przepis art. 4 ust. 1 ww. ustawy zasiłkowej ustanawia okresy wyczekiwania poprzedzającego nabycie prawa do zasiłku chorobowego (30 dni dla pracowników i 90 dni dla osób ubezpieczonych dobrowolnie), jednakże z mocy ust. 2 tego artykułu do okresów ubezpieczenia chorobowego z danego tytułu wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego (zarówno obowiązkowego jak i dobrowolnego), jeżeli przerwa pomiędzy nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego. W takiej sytuacji, w przypadku powstania niezdolności do pracy w pierwszym miesiącu kalendarzowym aktualnego ubezpieczenia chorobowego, sposób ustalania wysokości zasiłku chorobowego został zróżnicowany w zależności od tego, czy ubezpieczony podlega temu ubezpieczeniu obowiązkowo z tytułu pozostawania w stosunku pracy, czy też został nim objęty na zasadach dobrowolności z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego oraz zasiłku macierzyńskiego przysługującego osobie ubezpieczonej niebędącej pracownikiem, w tym prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej, stosuje się art. 48-52 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

To zróżnicowanie sytuacji ubezpieczonych będących pracownikami oraz ubezpieczonych dobrowolnie zakwestionował Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 24 maja 2012 r., P 12/10(OTK-A 2012 nr 5, poz. 52) w odniesieniu do tych osób prowadzących działalność gospodarczą, których dobrowolne ubezpieczenie chorobowe z

tytułu prowadzenia takiej działalności poprzedzone było - bezpośrednio, albo z krótką przerwą - ubezpieczeniem chorobowym z innego tytułu, w szczególności z tytułu pozostawania w stosunku pracy. Trybunał Konstytucyjny orzekł, że art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy zasiłkowej w zakresie, w jakim nie przewidują odpowiedniego stosowania art. 37 ust. 1 tej ustawy przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłków chorobowego i macierzyńskiego należnych ubezpieczonemu, dobrowolnie podlegającemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, którego niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego z tego tytułu, w sytuacji, gdy było ono poprzedzone ubezpieczeniem chorobowym z innego tytułu, są niezgodne z art. 32 ust. 1 w związku z wynikającą z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zasadą sprawiedliwości społecznej. W motywach tego wyroku Trybunał stwierdził, że zmiana tytułu ubezpieczenia chorobowego nie przerywa jego biegu, a osoba rzetelnie uiszczająca składki pozostaje ubezpieczona niezależnie od tytułu, z jakiego te składki odprowadza. Z punktu widzenia prawa do zasiłku chorobowego w określonej wysokości, istotne jest podleganie ubezpieczeniu chorobowemu oraz ponoszenie ciężaru ekonomicznego składek na nie (ich terminowe opłacanie przez osobę prowadzącą działalność gospodarczą albo potrącanie z wynagrodzenia pracownika) przez określony czas. Niedopuszczalne jest natomiast różnicowanie wysokości zasiłków należnych ubezpieczonemu, wynikające tylko ze zmiany tytułu ubezpieczenia. W konsekwencji niedopuszczalna jest sytuacja, w której obywatel zmieniający tytuł ubezpieczenia, w razie niezdolności do pracy z powodu choroby przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego z nowego tytułu, otrzymuje świadczenie rażąco niższe od świadczenia, na które uczciwie "zapracował" potrąconymi z jego wynagrodzenia składkami za poprzedni okres (okresy) ubezpieczenia, znajdując się w sytuacji gorszej nie tylko od pracownika, który podlegał ubezpieczeniu chorobowemu krócej niż miesiąc, ale nawet od byłego pracownika, który w pewnych okolicznościach ma prawo do zasiłku również po ustaniu ubezpieczenia. Jednocześnie Trybunał Konstytucyjny zajął stanowisko, że zaskarżone przepisy, w zakresie objętym wyrokiem, tracą domniemanie konstytucyjności i powinny być stosowane przez organy państwa, w szczególności przez sądy, w sposób zgodny z Konstytucją.

Powyższy wyrok Trybunału Konstytucyjnego został ogłoszony w Dzienniku Ustaw z dnia 1 czerwca 2012 r., a w celu dostosowania systemu prawa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego - dokonano z dniem 1 grudnia 2013 r. zmiany art. 49 ustawy zasiłkowej i posiada on aktualne brzmienie.

Odnosząc powyższe uwagi do niniejszej sprawy jest oczywiste, że wbrew zarzutom odwołującej się nie można zastosować do jej sytuacji faktycznej ww. wyroku TK i argumentacji wskazanej w jego uzasadnieniu. Jasno z ich brzmienia wynika, że dotyczy ona sytuacji zakończonych poprzednich tytułów ubezpieczenia i rozpoczęcia dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Dowodzi tego użycie określeń „poprzedzone” i „zmiana tytułu ubezpieczenia”, jak również wskazana w uzasadnieniu argumentacja.

Tymczasem wnioskodawczyni posiadała dwa równoległe i niezakończone tytuły do ubezpieczenia chorobowego. Nie doszło do zmiany w odniesieniu do niej tytułu ubezpieczenia chorobowego a jedynie do rozpoczęcia kolejnego, przy kontynuowanym ubezpieczeniu obowiązkowym z tytułu zawartej umowy o pracę..

Zasada nieuznawania takich osób za rozpoczynające prowadzenie działalności gospodarczej została potwierdzona w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 3.10.2013 r. sygn. akt II UK 96/13 OSNP 2014/9/133 – na który notabene powołuje się odwołująca. W tezie 3 wyroku SN skonstatował, że „stwierdzenie przez Trybunał niekonstytucyjności art. 48 ust. 2 tej ustawy w zakresie określonym w wyroku z dnia 24 maja 2012 r., P 12/10, nakazywało dokonanie wykładni art. 49 pkt 1 tej ustawy, zgodnie, z którą przepis ten reguluje ustalanie wysokości zasiłku chorobowego dla osób przystępujących do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej po raz pierwszy. Jego zakresem nie są natomiast objęte osoby, których dobrowolne ubezpieczenie chorobowe z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej było poprzedzone - bezpośrednio lub z przerwą nie dłuższą niż określona w art. 4 ust. 2 tej ustawy - ubezpieczeniem chorobowym z innego tytułu.

Należy tu przywołać argumentację z uzasadnienia wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r. P12/10, OTK ZU 2012 nr 5A, poz. 52). Nie ma 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 poprzez wskazanie wysokości podstawy wymiaru składki i świadczeń ustala ustawodawca. Występowanie relacji między kwotą opłaconej składki a ryzykiem ubezpieczeniowym oraz wysokością świadczeń wypłacanych w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego zostało uznane za jeden z fundamentów racjonalnego systemu ubezpieczeniowego. Podobnie wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 1 kwietnia 2008 r. SK 96/06, OTK ZU 2008 nr 3A, poz. 40. W wyroku z dnia 7 listopada 2007 r. K 18/06, OTK ZU 2007 nr 10A, poz. 122, Trybunał przypomniał, 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. Trafnie relacji między składką i świadczeniem nie rozpatruje się w kategoriach cywilnoprawnych, przyjmując, że w prawie ubezpieczeń społecznych zasada ekwiwalentności świadczeń jest modyfikowana przez zasadę solidarności społecznej”.

W efekcie przyjęcia, jako podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego podstawy wymiaru składki w kwocie zadeklarowanej za pełny miesiąc, w miejsce wskazanej przez ustawodawcę najniższej podstawy wymiaru składki, przeciętny stosunek wysokości świadczenia do wniesionej składki pozostałby w oderwaniu do ustawowych regulatorów sprawiedliwego rozłożenia kosztów świadczeń i powodował konieczność pokrycia świadczeń z funduszy zebranych przez innych ubezpieczonych. Na ten aspekt zwracał uwagę projektodawca ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w intencji 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.

W konsekwencji uzasadnione jest stwierdzenie, że podstawę wymiaru zasiłku chorobowego i macierzyńskiego wnioskodawczyni, do którego prawo powstało w pierwszym miesiącu kalendarzowym niepoprzedzonego innym ubezpieczeniem dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej (wnioskodawczyni posiada niezakończony ubezpieczenie chorobowe, ale obowiązkowe z tytułu umowy o pracę), określa art.49 ust. 1 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, czyli w kwocie wskazanej w zaskarżonej decyzji – obowiązującej w lipcu 2013 r. tj. kwotę (...)zł po pomniejszeniu kwoty składek 13, 71 % czyli (...)zł, bez względu na wysokość kwoty zadeklarowanej na podstawie art. 18 ust.8 lub art. 18 a ust.1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Tym samym decyzja organu rentowego jest słuszna.

Z powyższych względów Sąd oddalił odwołanie po myśli art.477¹⁴ § 1 k.p.c..