

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 19 maja 2014 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi zmienił zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – I Oddziału w Ł. z dnia 13 stycznia 2014 roku i przyznał A. G. prawo do zasiłku chorobowego w okresie od dnia 30 lipca 2013 roku do dnia 7 września 2013 roku oraz prawo do zasiłku macierzyńskiego za okres od dnia 8 września 2013 roku do 6 września 2014 roku od podstawy wymiaru składek 8.800 złotych.

Rozstrzygnięcie to zapadło w oparciu o stan faktyczny ustalony przez Sąd w sposób następujący:

Wnioskodawczyni jest objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym jako osoba współprowadząca działalność gospodarczą od 1 lipca 2013r. Po raz pierwszy do ubezpieczenia z tego tytułu zgłosiła się w dniu 1 kwietnia 2013r i została nim objęta z deklarowaną podstawą wymiaru składek w kwocie 8.800 złotych.

Składki opłacała za kwiecień i maj 2013r w tej kwocie. Za czerwiec 2013r składkę opłaciła po terminie z powodu trudności finansowych, a ZUS nie wyraził zgody na przywrócenie terminu opłaty składki, co skutkowało ustaniem dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wnioskodawczyni na 30 dni czerwca 2013r. Następnie A. G. została objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym ponownie od 1 lipca 2013r, dalej opłacając składki od 8.800 złotych podstawy wymiaru. W dniu 4 lipca 2013r stała się niezdolna do pracy, a nieprzerwana niezdolność do pracy trwała jeszcze w okresie od 30 lipca 2013r do dnia 7 września 2013r (za który przyznano prawo do zasiłku chorobowego, tj. za okres od 90 dnia ubezpieczenia, do którego wliczono ubezpieczenie w kwietniu i maju 2013r). Następnie, wnioskodawczyni urodziła dziecko i od dnia 8 września 2013r do dnia 6 września 2014r służyło jej prawo do zasiłku macierzyńskiego potwierdzone zaskarżoną decyzją ZUS.

A. G. w lipcu 2013r nie składała kolejnego wniosku o ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, nie zwracała się o wydanie decyzji o okresach podlegania ubezpieczeniom społecznym, a ZUS nie wydawał takiej decyzji z własnej inicjatywy.

Na podstawie tak dokonanych ustaleń Sąd Rejonowy uznał odwołanie wnioskodawczyni za zasadne, wskazując, że podstawę wymiaru spornych świadczeń winna stanowić deklarowana przez wnioskodawczynię kwota podstawy wymiaru składek, tj. kwota 8800 złotych, a nie kwota najniższej podstawy wymiaru składki, tj. 1.922,37 złotych, jak to przyjął organ rentowy w zaskarżonej decyzji.

Sąd I instancji wskazał, że 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 oraz - na podstawie art. 52 - odpowiednio przepisy tej ustawy dotyczące sposobu określania podstawy wymiaru zasiłku ubezpieczonym pracownikom, zaś 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, przy czym należy uwzględnić, że ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność gospodarczą jest ubezpieczeniem dobrowolnym.

Sąd meriti przyjął, że stosownie do art. 48 ust. 1 ustawy zasiłek oblicza się od kwoty przychodu osiągniętego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, zaś w zależności od czasu, jaki upływa od chwili rozpoczęcia działalności do chwili zaistnienia ryzyka ubezpieczenia i powstania prawa do świadczeń, za podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego przyjmuje się albo przychód za okres 12 miesięcy (art. 48 ust. 1), albo przychód osiągnięty w krótszym okresie, jeżeli przesłanka prawa do świadczeń z ubezpieczenia 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 pieniężnych z ubezpieczenia

społecznego w razie choroby i macierzyństwa). W każdym z tych wypadków podstawę wymiaru zasiłku stanowi przychód osiągnięty za pełne miesiące kalendarzowe.

Z powyższego Sąd I instancji wyprowadził wniosek, że ubezpieczona współprowadząca pozarolniczą działalność, która przystąpiła dobrowolnie do ubezpieczenia chorobowego i w okresie tego ubezpieczenia stała się niezdolna do pracy, a następnie urodziła dziecko, z chwilą ziszczenia się ryzyka tego ubezpieczenia nabywa kolejno prawo do zasiłku chorobowego, a następnie do zasiłku macierzyńskiego, którego wysokość zależna jest od zadeklarowanej przez nią kwoty stanowiącej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe - co do zasady w okresie 12 miesięcy poprzedzających nabycie prawa do zasiłku, chyba że do chwili choroby i urodzenia dziecka podlegała ubezpieczeniu dobrowolnemu krócej niż 12 miesięcy; w takim przypadku podstawę wymiaru zasiłku chorobowego i macierzyńskiego stanowi przychód w rozumieniu art. 3 pkt 4 ustawy, 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).

Reguły te są - zdaniem Sądu Rejonowego - odpowiednie wobec ubezpieczonej, której prawo do świadczeń powstało nie w pierwszym miesiącu po przystąpieniu do ubezpieczenia, w związku z czym okres ubezpieczenia przed ziszczeniem się ryzyka ubezpieczeniowego trwał więcej niż jeden pełny miesiąc, co stworzyło możliwość odwołania się do okresu ubezpieczenia obejmującego co najmniej jeden pełny miesiąc kalendarzowy, a skoro okres uwzględniany w podstawie wymiaru zasiłku nie może być dłuższy niż 12 miesięcy, ale i nie krótszy niż pełny miesiąc kalendarzowy i musi w całości przypadać na czas aktualnego ubezpieczenia, to zasad ustalania podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego należy poszukiwać w przepisach art. 48 ust. 1 i odpowiednio stosowanym art. 36 ust. 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Sąd meriti stwierdził, że zasady ogólne, którymi ustawodawca nie posłużył się w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, wskazywałyby na wyliczenie podstawy wymiaru zasiłku z okresu krótszego niż miesiąc jako przychodu z rzeczywistego okresu ubezpieczenia, w związku z czym zasiłek chorobowy zostałby obliczony jako pochodna okresu ubezpieczenia i przychodu deklarowanego za każdy dzień ubezpieczenia; w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa ustanowiono inną zasadę ustalania podstawy wymiaru zasiłku z ubezpieczenia chorobowego przysługującego w wypadku, gdy przed powstaniem niezdolności do pracy ubezpieczenie nie trwało przez co najmniej jeden miesiąc kalendarzowy. Przewidziano substytucję proporcjonalnej wielkości przychodu kwotami zastępczymi - odpowiednio - w odniesieniu do zasiłku wynikającego z wykonywania zatrudnienia na podstawie umowy o pracę (art. 6 ust. 1 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) kwotą wynagrodzenia, które ubezpieczony pracownik osiągnąłby, gdyby pracował cały miesiąc (w art. 37 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa), a do innych ubezpieczonych, kwotami wskazanymi w art. 49 ustawy. Stosownie do tego przepisu, przy ustalaniu podstawy wymiaru dla ubezpieczonych nie będących pracownikami, przychód pochodzący z niepełnego miesiąca kalendarzowego, ze względu na powstanie przesłanki prawa do zasiłku macierzyńskiego przed jego upływem, zastępowany jest kwotami zastępczymi wskazanymi w art. 49 pkt 1-4 ustawy.

Inaczej zaś – w ocenie Sądu I instancji - ze względu na niecelowość porównania z przychodami innych ubezpieczonych i brak możliwości uzupełnienia w inny sposób przychodu z niepełnego miesiąca - określono kwotę zastępującą miesięczny przychód w wypadku ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe - w art. 49 pkt 1 ustawy postanowiono, że w ich wypadku podstawę wymiaru zasiłku stanowi ta najniższa podstawa 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.

Sąd Rejonowy stwierdził, że nie chodzi o rzeczywisty niepełny lub uzupełniony w jakiś sposób dochód rzeczywisty, lecz o podstawę wymiaru składki ustaloną w kwocie najniższej. Dla tych ubezpieczonych tak ustalona kwota odpowiada kwocie przychodu za pełny miesiąc prowadzenia działalności gospodarczej i zastępuje kwotę zadeklarowaną.

W art. 49 pkt 1 nie wskazano wprost, do których ubezpieczonych stosuje się przewidzianą w nim regułę ustalania podstawy wymiaru zasiłku od najniższej podstawy wymiaru składki. Zakres podmiotowy tej regulacji określono zbiorczo, jako "ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek". Oznaczenie to wyjaśnia się w drodze wykładni systemowej, sięgającej do zasad ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe w przepisach art. 18 i 18a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, do których odesłanie zawiera art. 20 ust. 1 tej ustawy.

W art. 18 ustawy wskazuje się, że kwoty podstawy wymiaru składek dla poszczególnych grup ubezpieczonych, przy czym w art. 18 ust. 7 dla ubezpieczonych podlegających ubezpieczeniom dobrowolnie, jako kwotę zadeklarowaną, nie niższą jednak od kwoty minimalnego wynagrodzenia. Kwota wynagrodzenia minimalnego (por. ustawę z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, Dz. U. Nr 200, poz. 1679 z późn. zm.) stanowi zatem najniższą podstawę wymiaru składek dla tych ubezpieczonych i jednocześnie jest dolną granicą, którą mogą zadeklarować jako podstawę wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne chorobowe.

Sąd Rejonowy stwierdził nadto, że podobne ograniczenie, ustanowione przez odniesienie się do dolnych wartości składek, dotyczy także osób prowadzących działalność gospodarczą (art. 18 ust. 8 i art. 18a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) oraz osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenie - najniższa kwota podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, a także ubezpieczenie chorobowe osób ubezpieczonych z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej jest zmienna i ustala się ją na okresy od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku jako kwotę zadeklarowaną, jednak nie niższą od 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 (art. 18 ust. 8 ustawy).

Sąd meriti wskazał, że zgłoszenie do ubezpieczenia chorobowego powinno być dokonane w ciągu 7 dni od powstania obowiązku ubezpieczenia (podjęcia działalności gospodarczej), lecz w odniesieniu do osób obejmowanych ubezpieczeniami na zasadach dobrowolności może nastąpić w terminie przez nich wybranym (art. 36 ust. 4 i 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), zaś między zgłoszeniem do ubezpieczenia a nabyciem prawa do świadczeń z ubezpieczenia w wysokości wynikającej z kwoty zadeklarowanej i opłaconej składki musi być wniesiony odpowiedni wkład finansowy (art. 18a ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, nakazującym wyłączenie spod regulacji art. 18a ust. 1 ustawy osób, które kontynuują pozarolniczą działalność oraz tych, które wykonują działalność gospodarczą na rzecz byłego pracodawcy). Zasada nieuznawania tych osób za rozpoczynające prowadzenie działalności gospodarczej została potwierdzona w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2011 r. (I UK 63/11, OSNP 2012 nr 19-20, poz. 248) oraz w wyroku 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 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 (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), 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 i chorobowego 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 (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).

Sąd I instancji uznał, że uzasadnione jest co prawda stwierdzenie, że podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego, do którego prawo powstało w pierwszym miesiącu kalendarzowym nieoprowadzonego innym ubezpieczeniem 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, jednak w sprawie niniejszej sytuacja wyglądała odmiennie, bowiem w związku z treścią art. 4 ust.1 pkt.2 ustawy zasiłkowej /stosowanego także przez ZUS/, ubezpieczona nabyła prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego - wnioskodawczyni w dniu 30 lipca 2013r przebywała w ubezpieczeniach chorobowych co najmniej 90 dni w związku z treścią ust.2 art. 4 ustawy, bowiem przerwa w ubezpieczeniu dobrowolnym wyniosła nie więcej niż 30 dni.

W tej sytuacji w dniu nabycia prawa do zasiłku chorobowego, tj. 30 lipca 2013r wnioskodawczyni nie przebywała pierwszy miesiąc w ubezpieczeniu dobrowolnym chorobowym, lecz dłużej. Zmieniało to zasady wyliczania spornych zasiłków.

Sąd Rejonowy wskazał, że w wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012r / P 12/10, OTK-A 2012/5/52/ stwierdzono, że „ art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512 i Nr 225, poz. 1463 oraz z 2011 r. Nr 113, poz. 657 i Nr 149, poz. 887) w zakresie, w jakim nie przewidują odpowiedniego stosowania art. 37 ust. 1 tej ustawy przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłków chorobowego i macierzyńskiego należnych ubezpieczonemu, dobrowolnie podlegającemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, którego niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego z tego tytułu, w sytuacji gdy było ono poprzedzone ubezpieczeniem chorobowym z innego tytułu, są niezgodne z art. 32 ust. 1 w związku z wynikającą z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zasadą sprawiedliwości społecznej.

Tym bardziej więc – zdaniem Sądu I instancji - osoby kontynuujące po przerwie nie przekraczającej 30 dni ubezpieczenie chorobowe dobrowolne z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej nie powinny być traktowane gorzej i winny mieć naliczaną podstawę wymiaru zasiłków od zadeklarowanej, podwyższonej podstawy wymiaru, ustalonej z okresu poprzedzającego powstanie niezdolności do pracy.

Sąd meriti podkreślił nadto, że w sprawie niniejszej organ rentowy uznał, że wnioskodawczyni nie pierwszy miesiąc podlega ubezpieczeniu chorobowemu, bowiem na podstawie art. 4 ust.2 ustawy zasiłkowej zaliczył do tego okresu dwa miesiące ubezpieczenia przed dniem 1 czerwca 2013r., więc w tej sytuacji podstawę wymiaru zasiłku chorobowego należało ustalić na podstawie art. 48 w związku z art. 36 ust.2-4 ustawy zasiłkowej, art. 38 ust.1 tj. na podstawie przychodu deklarowanego w kwietniu i maju 2013r, a podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego na podstawie art. 52 ustawy w zw. z powołanymi powyżej przepisami.

Zgodnie z art. 48 ust.1 ustawy, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy.

Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu nie będącemu pracownikiem stosuje się odpowiednio przepisy art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust. 1, art. 42, 43 i 46, z zastrzeżeniem art. 49 i 50 /ust. 2 art. 48 ustawy/.

Sąd wskazał także, że w myśl art. 36 ust. 2 -3 ustawy, 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.

Reasumując Sąd Rejonowy uznał, że w przedmiotowej sprawie podstawą wymiaru zasiłku nie mógł być art. 49 ustawy, ponieważ wnioskodawczyni nie stała się niezdolną do pracy ani nie urodziła dziecka w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia.

Od powyższego wyroku w dniu 27 czerwca 2014 roku organ rentowy wniósł apelację, zaskarżając wyrok w całości, zarzucając mu naruszenie art.36 ust.4 i art.49 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa poprzez ich niezastosowanie i przyznanie wnioskodawczyni prawa do zasiłku chorobowego i macierzyńskiego za okresy wskazane w wyroku od podstawy wymiaru wyższej niż 1.922,37 złotych. Podnosząc te zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania od decyzji z dnia 13 stycznia 2014 roku. W uzasadnieniu wskazał, że niezdolność do pracy wnioskodawczyni od dnia 4 lipca 2013 roku, z nabyciem prawa do zasiłku chorobowego od dnia 30 lipca 2014 roku nastąpiła w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego, po ponownym objęciu tym ubezpieczeniem po przerwie. Organ rentowy wskazał nadto, że powoływany przez Sąd I instancji przepis art.4 ust.2 ustawy zasiłkowej dotyczy wyłącznie obliczania okresu wyczekiwania, a zatem nie może być utożsamiony z pojęciem „nieprzerwanego ubezpieczenia”, o którym mowa w art.36 ust.4 cytowanej ustawy.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadna.

Odnosząc się do zarzutu w niej zawartego wskazać w pierwszej kolejności należy, że ustawą z dnia 21 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2013 r. poz. 996), która weszła w życie w dniu 1 grudnia 2013 roku zmieniono brzmienie art. 49 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (obecny jednolity tekst: Dz.U. z 2014 r. poz. 159), poprzez dodanie ustępu 2, który wprost wskazuje, że jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, a okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się nie później niż 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, przy ustaleniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego stosuje się odpowiednio przepis art. 37 ust. 1. Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego w tym przypadku stanowi zatem przychód stanowiący podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, określony na ten miesiąc, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe.

Zrezygnowano więc tym samym z nieostrego określenia zawartego w przepisie art.49 cytowanej ustawy, obowiązującego do daty zmiany, odnoszącego się do pierwszego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego. Uzupełniono brzmienie omawianego przepisu o dotychczasową lukę w zakresie odniesienia opisywanego przypadku do zasad ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego określonych w art.37 ust.1 cytowanej ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

W ocenie Sądu Okręgowego rozpoznającego przedmiotową sprawę zmiana przepisu art.49 cytowanej ustawy jest wynikiem dotychczasowego stanowiska judykatury, odnoszącego się do spornej kwestii i wprost wskazującego, że jeśli przerwy w podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu nie przekraczały 30 dni, to przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem, którą stanowi przychód za okres krótszy niż 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy (art. 48

ust. 2 w zw. z art.36 ust.2 ustawy zasiłkowej)), uwzględnia się przeciętny miesięczny przychód za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia chorobowego w rozumieniu art. 4 ust. 2 tej ustawy. (tak SN w uchwale z dnia 12 września 2008 r., I UZP 5/08 (opubl. LEX 436869).

Zakresem art. 49 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie są zatem 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.

Stwierdzenie zaś przez Trybunał Konstytucyjny niekonstytucyjności art. 48 ust. 2 tej ustawy w zakresie określonym w cytowanym przez Sąd Rejonowy wyroku z dnia 24 maja 2012 roku (sygn. P 12/10) nakazywało dokonanie wykładni art. 49 pkt 1 tej ustawy, zgodnie z którą przepis ten reguluje jedynie 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 takiej działalności było poprzedzone - bezpośrednio lub z przerwą nie dłuższą niż określona w art. 4 ust. 2 ustawy - ubezpieczeniem chorobowym z innego tytułu.

Takie też stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 3 października 2013 roku, II UK 96/13 (opubl. LEX nr 1506170, LEX 1391551), który Sąd Okręgowy w pełni aprobuje.

Za prawidłowe uznać zatem należy stwierdzenie Sądu I instancji, że w dniu nabycia prawa do zasiłku chorobowego, tj. 30 lipca 2013r wnioskodawczyni nie przebywała pierwszy miesiąc w ubezpieczeniu dobrowolnym chorobowym, lecz dłużej. Podstawą wymiaru zasiłków nie mógł być więc przepis art. 49 pkt 1 ustawy w brzmieniu obowiązującym do dnia 30 listopada 2013 roku, ponieważ wnioskodawczyni nie stała się niezdolną do pracy ani nie urodziła dziecka w pierwszym miesiącu kalendarzowym swego ubezpieczenia.

Nie mógł mieć więc zastosowania w przedmiotowej sprawie powoływany w apelacji przepis art.36 ust.4 ustawy w takim rozumieniu jakie apelant nadaje tej normie.

Przepis ten stanowi, że podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się z uwzględnieniem (tu) przychodu zadeklarowanego w okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego.

Pojęcie „nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego” powinno być zaś rozumiane jednolicie dla każdego celu wynikającego z przepisów omawianej ustawy zasiłkowej. Gdyby było bowiem inaczej, to cytowana ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa określiłaby jednoznacznie i wyraźnie zakresy różnego rozumienia lub odniesienia tego pojęcia dla określonych celów, np. odmiennego dla nabycia prawa, a innego dla ustalenia wysokości przysługujących świadczeń z tego ubezpieczenia. Skoro takiego ustawowego zróżnicowania nie można jednoznacznie ustalić i uzasadnić, to pojęcie to musi być rozumiane i wykładane jednolicie na gruncie przepisów całej ustawy zasiłkowej.

W świetle powyższych uwag za słuszne uznać należy stwierdzenie, że nieprzekraczające 30 dni przerwy w podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu nie prowadzą do rozpoczynania na nowo (lub od początku) nowego ubezpieczenia chorobowego, bo okresy takich przerw (uznane za legalne i usprawiedliwione w konkretnych okolicznościach danej sprawy), nie przerywają tego ubezpieczenia w rozumieniu przepisów ustawy zasiłkowej, które jest nieprzerwanym ubezpieczeniem chorobowym w rozumieniu zarówno art. 4 ust. 2 jak i art. 36 ust. 4 w związku z art. 48 ust. 1 i 2 ustawy zasiłkowej.

W rozpoznawanej sprawie ubezpieczona A. G. w chwili nabycia prawa do zasiłku chorobowego podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 kwietnia 2013 roku, z nieprzekraczającą 30 dni przerwą w podleganiu temu ubezpieczeniu. Ubezpieczenie to należy uznać więc za nieprzerwane dla celów wynikających z przepisów ustawy zasiłkowej.

W konsekwencji, wysokość podstawy należnego wnioskodawczyni zasiłku chorobowego i zasiłku macierzyńskiego podlega pod przepis art. 48 ust. 1 ustawy, co oznacza, że podstawę wymiaru spornych świadczeń winna stanowić deklarowana przez wnioskodawczynię kwota podstawy wymiaru składek, tj. kwota 8.800 złotych, a nie kwota najniższej podstawy wymiaru składki, tj. 1.922,37 złotych, jak to przyjął organ rentowy w zaskarżonej decyzji.

Słusznie więc Sąd I instancji przyjął, że stosownie do art. 48 ust. 1 ustawy zasiłek oblicza się od kwoty przychodu osiągniętego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, zaś w zależności od czasu, jaki upływa od chwili rozpoczęcia działalności do chwili zaistnienia ryzyka ubezpieczenia i powstania prawa do świadczeń, za podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego przyjmuje się albo przychód za okres 12 miesięcy (art. 48 ust. 1), albo przychód osiągnięty w krótszym okresie, jeżeli przesłanka prawa do świadczeń z ubezpieczenia 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 pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa). W każdym z tych wypadków podstawę wymiaru zasiłku stanowi przychód osiągnięty za pełne miesiące kalendarzowe.

W świetle powyższych uwag uznać należy, że wyrok Sądu I instancji zmieniający zaskarżoną decyzję i ustalający podstawę wymiaru zasiłków należnych A. G. jest prawidłowy, co skutkuje uznaniem bezzasadności zarzutów apelacji i jej oddaleniem na podstawie art.385 k.p.c.