



Sąd Najwyższy
Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
1/2018

BIULETYN
SĄDU NAJWYŻSZEGO
Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

REDAKCJA
Eliza Maniewska

WSPÓŁPRACA
Daniel Eryk Lach, Michał Raczkowski, Ewa Przedwojska

SEKRETARZ REDAKCJI
Izabela Twardowska- Mędrek
tel. 22 530 83 54

WYDAWCA:
Sąd Najwyższy
00-951 Warszawa, Plac Krasińskich 2/4/6
www.sn.pl

Spis treści

I. UCHWAŁY

Ubezpieczenie zdrowotne - dopuszczalność skargi kasacyjnej (III UZP 9/17)...4

II. ZAGADNIENIA PRAWNE DO ROZTRZYgniĘCIA

Wymiar czasu pracy nauczycieli w związku ze świętem przypadającym w innym dniu niż niedziela (III PZP 2/18).....4

Data powstania niewypłacalności pracodawcy w razie wydania przez sąd upadłościowy postanowienia o zmianie sposobu prowadzenia postępowania upadłościowego (III PZP 1/18).....8

Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego po zmianie tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym (III UZP 2/18).....12

III. PRZEGLĄD ORZECZNICTWA IZBY

Komunikaty do orzeczeń zapadłych w kwietniu 2018 r. (dr Eliza Maniewska).....29

Tezy bieżących orzeczeń (Ewa Przedwojska).....31

IV. OPRACOWANIA I ANALIZY

dr Izabela Twardowska-Mędrak

Ubezpieczenie zdrowotne - dopuszczalność skargi kasacyjnej
(Notatka do sprawy III UZP 9/17).....45

I. UCHWAŁY

Ubezpieczenie zdrowotne - dopuszczalność skargi kasacyjnej

Uchwała siedmiu sędziów SN z dnia 26 kwietnia 2018 r. (III UZP 9/17)

Sprawa z odwołania od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ustalającej „zerową” podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne z uwagi na niepodleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu wykonywania pracy na podstawie umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące zlecenia (art. 66 ust. 1 pkt e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; jednolity tekst: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938), jest sprawą, w której dopuszczalność skargi kasacyjnej zależy od wartości przedmiotu zaskarżenia (art. 398² § 1 zdanie pierwsze k.p.c.).

J. Iwulski, B. Bieniek, J. Frańczak, K. Gonera, M. Pacuda, M. Wrębiakowska-Marzec, A. Wróbel

Sąd Najwyższy podjął uchwałę po rozpoznaniu zagadnienia prawnego przekazanego postanowieniem z dnia 13 grudnia 2017 r., III UZ 102/17.

Czy sprawa z odwołania od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, ustalającej "zerową" podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne z uwagi na niepodleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu wykonywania pracy na podstawie umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usługi, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące zlecenia (art. 66 ust. 1 pkt e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jednolity tekst: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938), jest sprawą o objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego, w której skarga kasacyjna przysługuje niezależnie od wartości przedmiotu zaskarżenia (art. 398² § 1 zdanie pierwsze i drugie k.p.c.) ?

II. ZAGADNIENIA PRAWNE DO ROZSTRZYgniĘCIA

Wymiar czasu pracy nauczycieli w związku ze świętem przypadającym w innym dniu niż niedziela (III PZP 2/18)

Postanowieniem z dnia 21 marca 2018 r. Sąd Okręgowy Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w L. VIII Pa 269/17, VIII Pz 118/17 zwrócił się do Sądu Najwyższego z następującym zagadnieniem prawnym:

„1. Czy do wychowawców placówki oświatowej pracującej w systemie nieferyjnym (od poniedziałku do niedzieli w wymiarze 40 godzin tygodniowo), dla której organem prowadzącym jest jednostka samorządu terytorialnego, stosuje się, w zakresie nieuregulowanym w Karcie Nauczyciela, zapis art 130 § 2 kodeksu pracy, który zobowiązuje pracodawcę do obniżenia wymiaru czasu pracy o 8 godzin za każde święto przypadające w innym dniu niż niedziela?

2. Czy w przypadku udzielenia takiemu wychowawcy dnia wolnego za pracę w święto na podstawie art. 42c ust. 4 Karty Nauczyciela stosuje się, w zakresie nieuregulowanym w Karcie Nauczyciela, zapis art. 130 § 3 kodeksu pracy, który zobowiązuje pracodawcę do obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika w okresie rozliczeniowym o liczbę godzin usprawiedliwionej nieobecności w pracy?”

W sprawie powodowie zatrudnieni na podstawie mianowania są wychowawcami Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w P., dla którego organem prowadzącym jest jednostka samorządu terytorialnego – Starostwo Powiatowe w P.. Starostwo to nie wydało aktu prawnego w trybie art. 42a ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1189 ze zm., dalej powoływanej w skrócie jako KN) określającego przypadki w jakich nauczycielowi zatrudnionemu w pełnym wymiarze zajęć można obniżyć tygodniowy wymiar godzin zajęć oraz warunki i tryb ich obniżania. Placówka ta pracuje w systemie nieferyjnym od poniedziałku do niedzieli. Powodowie wykonują pracę w wymiarze 40 godzin tygodniowo, w tym 24 godziny dydaktyczne, w pięciodniowym tygodniu pracy, w dni określone harmonogramem pracy ustalonym przez pracodawcę.

Do września 2011 r. placówka ta obniżała każdemu wychowawcy o 8 godzin tygodniowy wymiar czasu pracy w przypadku gdy w tygodniu przypadało święto, określone w ustawie z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy (jednolity tekst: Dz.U. z 2015 r. poz. 90). Jeżeli dzień ten był dla wychowawcy dniem pracującym, następowało to w drodze udzielenia innego dnia wolnego w tym samym tygodniu, co skutkowało obniżeniem obowiązującego nauczyciela tygodniowego wymiaru czasu pracy w danym tygodniu o 8 godzin.

Od października 2011 r. zostały wprowadzone nowe zasady rozliczania czasu pracy wychowawców. Nowy dyrektor Ośrodka stanął na stanowisku, że zasady te w całości reguluje Karta Nauczyciela i w tym zakresie nie znajdują zastosowania przepisy Kodeksu pracy, w szczególności art. 130 § 2 k.p., który zobowiązuje pracodawcę do obniżenia wymiaru czasu pracy o 8 godzin za każde święto przypadające w innym dniu niż niedziela. Pracodawca w związku z tym, w oparciu o treść art. 42c ust. 4 KN za święto przepracowane przez wychowawcę, udzielał innego dnia wolnego w tym samym tygodniu. Udzielenie takiego dnia wolnego nie skutkowało jednakże obniżeniem tygodniowego wymiaru czasu pracy - wychowawca dalej miał obowiązek przepracować 40 godzin tygodniowo. W przypadku, gdy święto przypadało w dzień wolny od pracy zgodnie z harmonogramem, pracodawca nie obniżał tygodniowego wymiaru czasu pracy wychowawcy, nawet gdy święto takie wypadało poza sobotą czy niedzielą. Np. gdy zgodnie z harmonogramem pracownik miał pracować w poniedziałek, wtorek, środę, piątek i sobotę a w czwartek wypadało Boże

Ciało, wychowawca musiał przepracować w takim tygodniu pełne 40 godzin, tak jakby święta nie było.

W związku z tym niezależnie od tego czy powodowie przepracowali dzień świąteczny czy też był on dla nich dniem wolnym od pracy, zawsze byli zobowiązani do wypracowania 40 godzin tygodniowo, w tym 24 godzin dydaktycznych.

Powodowie nie zgodzili się z tą sytuacją, wnosząc powództwo o wynagrodzenie za powstałe w ich ocenie godziny ponadwymiarowe. Podnieśli, że inni pracownicy Ośrodka np. pedagodzy czy psychologzy korzystają z obniżonego wymiaru czasu pracy.

Sąd Rejonowy w P. podzielił argumentację powodów uznając, że do wychowawców pozwanego Ośrodka ma zastosowanie art. 130 § 2 k.p., gdyż Karta Nauczyciela nie reguluje w ogóle kwestii obniżania wymiaru czasu pracy nauczycielowi, w tygodniu w jakim przypada święto.

Sąd Okręgowy uzasadniając przedstawienie Sądowi Najwyższemu zagadnień prawnych ujętych w postanowieniu wskazał, że zgodnie z art. 91c ust. 1 KN, w zakresie spraw wynikających ze stosunku pracy, nieuregulowanych przepisami ustawy, mają zastosowanie przepisy Kodeksu pracy. Karta Nauczyciela zawiera jedynie jeden przepis odnoszący się do sposobu rozliczenia pracy nauczyciela wykonanej w dniu świątecznym. Jest to art. 42c ust. 4 który stanowi, że za pracę w święto, przypadające poza dwoma dniami w tygodniu wolnymi od pracy, nauczyciel otrzymuje inny dzień wolny od pracy. W szczególnie uzasadnionych przypadkach zamiast dnia wolnego nauczyciel otrzymuje wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 3, ze 100% dodatkiem. Zdaniem Sądu Okręgowego treść tego przepisu może prowadzić do dwóch możliwych wykładni. Pierwsza to taka, że odnosi się on wyłącznie do dni świątecznych przepracowanych. Oznacza to, że kwestia dni świątecznych przypadających poza dniami ustalonymi w harmonogramie jako dni pracy, nie została przez ustawodawcę uregulowana w Karcie Nauczyciela, dlatego Sąd Okręgowy skłania się do stanowiska Sądu Rejonowego w P., że w tym j zakresie należy zastosować poprzez art. 91c ust. 1 KN przepis art. 130 § 2 k.p. Oznacza to konieczność zmniejszenia tygodniowego wymiaru czasu pracy wychowawcy, w tygodniu w którym wystąpiło święto (poza niedzielą) o 8 godzin. Tylko wtedy bowiem korzysta on realnie z dnia świątecznego. W innym wypadku tydzień, w którym przypada święto, niczym nie różni się dla wychowawcy od tygodnia w którym święto nie występuje. Taki kierunek wykładni zaprezentował Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 2 października 2012 r. K 27/11 uznając za niezgodny z art. 32 ust. 1 Konstytucji RP przepis art. 130¹ § 2 k.p., który stanowił, że jeżeli święto przypada w dniu wolnym od pracy wynikającym z rozkładu czasu pracy to nie obniża wymiaru czasu pracy pracownika. W ocenie Sądu Okręgowego nie ma normatywnych podstaw aby wychowawców pracujących w takim systemie traktować odmiennie.

Według Sądu Okręgowego, druga możliwa wykładnia art. 42c ust. 4 KN to konstatacja, że wychowawca nie ma prawa do obniżenia wymiaru czasu pracy, gdy święto przypada w dzień dla niego wolny zgodnie z harmonogramem. Wyinterpretować to można ze zwrotu użytego w tym przepisie „przypadające poza dwoma dniami w tygodniu wolnymi od pracy”. Skoro zatem nauczyciel ma prawo do

dnia wolnego (lub wynagrodzenia) jedynie za święto przepracowane „poza dwoma dniami wolnym”, to również za święto przypadające w dni, w które pracy nie wykonywał, nie przysługuje mu żaden ekwiwalent w postaci czasu wolnego. Nie może przy tym ująć z pola widzenia, że dla powodów „dwoma dniami wolnymi od pracy” są dowolne dwa dni tygodnia wskazane przez pracodawcę w harmonogramie. Nie musi to być sobota i niedziela. Jak wynika bowiem z treści ustępu 2 art. 42c KN w placówkach, w których praca odbywa się we wszystkie dni tygodnia, nauczyciel korzysta co najmniej raz na dwa tygodnie z dwu kolejnych dni wolnych od pracy, z których jeden musi przypadać w niedzielę (nie dotyczy to nauczyciela pracującego w systemie kształcenia zaocznego).

Według Sądu Okręgowego, w niniejszej sprawie, oprócz poruszonych problemów powstała także druga wątpliwość prawna co do prawidłowości rozliczania czasu pracy w związku z udzieleniem dnia wolnego na podstawie art. 42c ust. 4 KN. Pozwany pracodawca udzielając takiego dnia nie obniżał bowiem powodom tygodniowego wymiaru czasu pracy, co skutkowało tym, iż w każdym tygodniu, niezależnie od tego czy dzień wolny został im udzielony czy też nie, wychowawcy musieli przepracować obowiązujący ich 40 godzinny wymiar czasu pracy.

Karta Nauczyciela nie reguluje zagadnień związanych z rozliczaniem czasu pracy w przypadku udzielenia dnia wolnego, dlatego w tym zakresie także możliwe są dwa rodzaje wykładni. Pierwsza, do której skłania się Sąd Okręgowy, nakazuje zastosować w tym zakresie (poprzez art. 91c ust. 1 Karty Nauczyciela) art. 130 § 3 k.p., który nakazuje obniżyć wymiar czasu pracy pracownika o dni usprawiedliwionej nieobecności w pracy. W ocenie Sądu Okręgowego dzień wolny za święto należy traktować jako usprawiedliwioną nieobecność w pracy. Wydaje się przy tym, że pozwany pracodawca powinien obniżyć wymiar czasu pracy w tym tygodniu, w którym udzielono dnia wolnego. Karta Nauczyciela nie określa bowiem żadnego okresu rozliczeniowego.

Możliwa jest również odmienna interpretacja, jaką zaprezentował pozwany w sprawie, że skoro do wychowawców pozwanego Ośrodka nie stosuje się przepisów Kodeksu pracy do rozliczenia czasu pracy, gdyż Karta Nauczyciela jest w tym zakresie kompletna, to udzielenie dnia wolnego również nie powoduje obniżenia tygodniowego wymiaru czasu pracy nauczyciela na zasadach określonych w art. 130 § 3 kp. Sądu Okręgowy zauważył jednak, że dla szkół prowadzonych przez organy administracji rządowej zostało wydane na podstawie art. 30 ust. 7 KN rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 kwietnia 2009 r., w sprawie dodatków do wynagrodzenia zasadniczego oraz wynagrodzenia za godziny ponadwymiarowe i godziny doraźnych zastępstw dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach prowadzonych przez organy administracji rządowej (Dz.U. Nr 60, poz. 494), które w § 6 ust. 5 przewiduje, że dla ustalenia wynagrodzenia za godziny ponadwymiarowe w tygodniach, w których przypadają dni usprawiedliwionej nieobecności w pracy nauczyciela lub dni ustawowo wolne od pracy, oraz w tygodniach, w których zajęcia rozpoczynają się lub kończą w środku tygodnia - za podstawę ustalenia liczby godzin ponadwymiarowych przyjmuje się tygodniowy obowiązkowy wymiar zajęć określony w art. 42 ust. 3 lub ustalony na podstawie art. 42 ust. 7 KN, pomniejszony o 1/5 tego wymiaru (lub 1/4, gdy dla

nauczyciela ustalono czterodniowy tydzień pracy) za każdy dzień usprawiedliwionej nieobecności w pracy lub dzień ustawowo wolny od pracy.

Dla pozwanego Ośrodka, dla którego organem prowadzącym jest Starostwo Powiatowe w P., taki akt prawny nie został wydany.

Data powstania niewypłacalności pracodawcy w razie wydania przez sąd upadłościowy postanowienia o zmianie sposobu prowadzenia postępowania upadłościowego (III PZP 1/18)

Postanowieniem z dnia 14 lutego 2018 r. Sąd Okręgowy w W. zwrócił się do Sądu Najwyższego z następującym zagadnieniem prawnym:

"Czy, wobec regulacji art. 449 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. Prawo restrukturyzacyjne (tj. Dz.U. z 2017 poz. 1508), dopuszczalne jest, w odniesieniu do wypłaty świadczeń z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych - w wypadku zmiany formy prowadzenia, wszczętego przed wejściem w życie powołanej ustawy, postępowania upadłościowego - uznanie za datę niewypłacalności pracodawcy, przypadającej po wejściu w życie tejże ustawy daty wydania postanowienia o zmianie postanowienia w przedmiocie ogłoszenia upadłości co do sposobu prowadzenia postępowania z postępowania z możliwością zawarcia układu na postępowanie obejmujące likwidację majątku upadłego, w sytuacji, gdy art. 3 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (tj. Dz.U. z 2016 roku poz. 1256), po zmianie dokonanej zgodnie z art. 438 ustawy Prawo restrukturyzacyjne, nie obejmuje już takiej podstawy ustalenia niewypłacalności pracodawcy."

Powyższe zagadnienie powstało na tle rozpoznawania apelacji w sprawie z powództwa Jolanty D. przeciwko Funduszowi Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych w W. o wynagrodzenie za pracę i ekwiwalent za niewykorzystany urlop wypoczynkowy.

Wyrokiem z dnia 25 września 2017r. Sąd Rejonowy w W. w sprawie IV P 209/17 w pkt I zasądził od pozwanego Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych w Warszawie na rzecz powódki Jolanty D. z tytułu niezaspokojonych świadczeń pracowniczych kwotę 2.300,56 zł tytułem wynagrodzenia za pracę za miesiąc grudzień 2016r. oraz 2.512,80 zł tytułem ekwiwalentu za niewykorzystany urlop wypoczynkowy, zaś w pkt II orzekł o kosztach sądowych.

Przedmiotowe rozstrzygnięcie zapadło na podstawie następujących ustaleń faktycznych.

Jolanta D. była zatrudniona w B. Sp. z o.o. ZPChr w N. w okresie od dnia 23 czerwca 2015 r. do dnia 31 grudnia 2016 r. Stosunek pracy powódki ustał w trybie art. 30 § 1 pkt. 1 k.p.

Pracodawca nie wypłacił powódce należności z tytułu pracy w postaci wynagrodzenia za pracę za grudzień 2016 r. w kwocie 2.300,56 zł brutto oraz ekwiwalentu za niewykorzystany urlop wypoczynkowy w kwocie 2.512,80 zł brutto.

W dniu 17 października 2014 r. Sąd Rejonowy w W. V Wydział Gospodarczy ogłosił upadłość B. Sp. z o.o. ZPChr w N. z możliwością zawarcia układu. Postanowieniem z dnia 2 marca 2017 r. wydanym w sprawie V GU 4/14 zmieniono powyższe postanowienie na upadłość obejmującą likwidację majątku upadłego.

W dniu 3 lipca 2017 r. Jolanta D. złożyła wniosek o wypłatę niezaspokojonych roszczeń ze stosunku pracy z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych. W dniu 5 lipca 2017 r. Wojewódzki Urząd Pracy w T., działający z upoważnienia Marszałka Województwa K. reprezentującego Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych w W., odmówił zaspokojenia jej roszczeń powołując się na art. 20 oraz art. 3, 8 i 8a ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (tj. Dz.U. z 2016 r. poz. 1256).

Ponieważ stan faktyczny w sprawie był bezsporny, rozstrzygnięcie sprawy uzależnione było jedynie od oceny prawnej powyżej przedstawionego stanu faktycznego. Zdaniem Sądu Rejonowego dla rozstrzygnięcia sprawy szczególne znaczenie ma kwestia czy były pracodawca powódki winien być uznany za „pracodawcę niewypłacalnego” w rozumieniu ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (dalej jako ustawa o ochronie (...)).

Strona pozwana, powołując się na aktualne brzmienie art. 3 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie (...), obowiązujące od dnia 1 stycznia 2016 r., argumentowała, że przepis ten nie zawiera obecnie przesłanki niewypłacalności pracodawcy dotyczącej zmiany postanowienia w zakresie sposobu prowadzenia postępowania upadłościowego z możliwością zawarcia układu na upadłość likwidacyjną, brak więc podstaw do wypłaty świadczeń, o które ubiegała się powódka.

W brzmieniu obowiązującym przed dniem 1 stycznia 2016 r. przepis art. 3 ustawy o ochronie (...) stanowił, że niewypłacalność pracodawcy, o której mowa w art. 2 ust. 1, zachodzi m.in. wówczas, „gdy sąd upadłościowy, na podstawie przepisów Prawa upadłościowego i naprawczego, wyda postanowienie o: zmianie postanowienia o ogłoszeniu upadłości z możliwością zawarcia układu na postanowienie o ogłoszeniu upadłości obejmującej likwidację majątku dłużnika;” (art. 3 pkt 3 ustawy).

W poprzednim zatem brzmieniu art. 3 ust. 1 pkt 3 ustawy o ochronie (...) ustawodawca wyraźnie wskazywał jako na przesłankę niewypłacalności pracodawcy zmianę postanowienia o ogłoszeniu upadłości z możliwością zawarcia układu na postanowienie o ogłoszeniu upadłości obejmującej likwidację majątku dłużnika, co wprost dotyczyłoby sytuacji w jakiej znalazł się były pracodawca powódki. Zgodnie natomiast z art. 3 ust. 1 ustawy w obecnym brzmieniu niewypłacalność pracodawcy zachodzi, gdy sąd upadłościowy lub restrukturyzacyjny, na podstawie przepisów Prawa upadłościowego lub Prawa restrukturyzacyjnego, wyda postanowienie o:

- 1) ogłoszeniu upadłości pracodawcy lub wszczęciu wobec niego wtórnego postępowania upadłościowego;
- 2) otwarciu postępowania restrukturyzacyjnego, o którym mowa w art. 2 pkt 2-4 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. - Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. poz. 978, z późn. zm.);

- 3) oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości pracodawcy, jeżeli jego majątek nie wystarcza lub jedynie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania;
- 4) oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości w przypadku stwierdzenia, że majątek dłużnika jest obciążony hipoteką, zastawem, zastawem rejestrowym, zastawem skarbowym lub hipoteką morską w takim stopniu, że pozostały jego majątek nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania.

Skoro ustawodawca w aktualnym brzmieniu ustawy o ochronie (...) nie przewidział przypadku zmiany sposobu prowadzenia postępowania upadłościowego, to należy stąd wnosić, zdaniem pozwanego, że taka zmiana nie stanowi już przesłanki niewypłacalności dłużnika. Tym samym brak podstaw wypłaty powódce świadczeń ze środków FGŚP, albowiem wypłata taka następuje tylko w razie niemożności ich zaspokojenia z powodu niewypłacalności pracodawcy.

Sąd Rejonowy stwierdził, że mimo powyższej zmiany brzmienia art. 3 ustawy o ochronie (...), która nastąpiła na mocy art. 438 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. Prawo restrukturyzacyjne z dniem 1 stycznia 2016 r., dochodzone świadczenia winny być wypłacone i powództwo uwzględnić. Zdaniem Sądu I instancji skoro zmiana ustawy o ochronie (...) dokonana została wyłącznie w celu dostosowania brzmienia jej przepisów do charakteru postępowań restrukturyzacyjnych, to należy uznać, że obecna przesłanka ogólna wystąpienia niewypłacalności pracodawcy sformułowana w art. 3 ust. 1 pkt 1 tej ustawy obejmuje przesłanki wymienione wcześniej w art. 3 ust. 1 pkt 1 i 3 w brzmieniu przed nowelizacją ustawy. Z takim rozstrzygnięciem nie zgodził się pozwany, zarzucając Sądowi I instancji naruszenie przepisów prawa materialnego tj. art. 3 ustawy z 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy.

Rozpoznając apelację pozwanego Sąd Okręgowy zważył, poza kwestią niewypłacalności byłego pracodawcy powódki, na inny, równie istotny, problem.

Zgodnie z art. 12 ust. 2 pkt 1 i 2e ustawy o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy zaspokojeniu ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych podlegają należności główne z tytułu: wynagrodzenia za pracę oraz ekwiwalentu za niewykorzystany urlop wypoczynkowy, przy czym roszczenia z tytułu wynagrodzenia za pracę podlegają zaspokojeniu za okres nie dłuższy niż 3 miesiące bezpośrednio poprzedzające datę wystąpienia niewypłacalności pracodawcy albo za okres nie dłuższy niż 3 miesiące bezpośrednio poprzedzające ustanie stosunku pracy, jeżeli ustanie stosunku pracy przypada w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy poprzedzających datę wystąpienia niewypłacalności pracodawcy, a w przypadku oddalenia przez sąd wniosku o ogłoszenie upadłości z przyczyn, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 3 i 4, również w okresie nie dłuższym niż 4 miesiące następujące po dacie wystąpienia niewypłacalności, a z kolei roszczenie z tytułu ekwiwalentu za urlop podlega zaspokojeniu, jeżeli ustanie stosunku pracy nastąpiło w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy poprzedzających datę wystąpienia niewypłacalności pracodawcy lub w okresie nie dłuższym niż 4 miesiące następujące po tej dacie. W tej sytuacji równie istotne znaczenie ma, poza wspomnianą kwestią zaistnienia przesłanki niewypłacalności, data jej wystąpienia.

Zmiana przepisu art. 3 ustawy o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy nastąpiła z mocy art. 438 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. Prawo restrukturyzacyjne (tj. z dnia 12 lipca 2017 r.; Dz.U. z 2017 r. poz. 1508) i była związana z wejściem w życie jej przepisów. Ustawa ta swoim przedmiotem objęła w istocie tzw. postępowanie naprawcze, należało zatem dostosować brzmienie art. 3 ustawy o ochronie (...) do nowych regulacji. Tak też uzasadniono przedmiotową zmianę w uzasadnieniu projektu ustawy.

Sąd Okręgowy podniósł, iż ustawodawca wprowadzając do porządku prawnego ustawę Prawo restrukturyzacyjne przewidział możliwość kontynuacji wcześniej wszczętych postępowań, w których ogłoszono upadłość z możliwością zawarcia układu - według dotychczas obowiązujących przepisów. Mimo uchylenia art. 158 ustawy Prawo upadłościowe na podstawie art. 428 ustawy Prawo restrukturyzacyjne, jednocześnie na podstawie przepisów przejściowych - art. 449 ustawy Prawo Restrukturyzacyjne - nadal zachowano w obrocie prawnym upadłość z możliwością zawarcia układu. Zastosowanie powołanej regulacji miało miejsce w niniejszej sprawie, w której postanowieniem z dnia 2 marca 2017 r., a więc już po wejściu w życie ustawy Prawo restrukturyzacyjne (od 1 stycznia 2016 r.), sąd zmienił sposób prowadzenia postępowania upadłościowego spółki B. z układowego na likwidacyjne. Dokonując zmiany przepisów ustawy o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy - jak wskazano w uzasadnieniu projektu ustawy w tym zakresie - w sposób mający dostosować terminologię w niej zawartą do nowo wprowadzanych regulacji, nie przewidziano jednak żadnych przepisów o charakterze przejściowym. Tym samym wydawać by się mogło, iż wyłączenie w ustawie o ochronie (...), jako daty powstania niewypłacalności, daty zmiany postanowienia w przedmiocie sposobu prowadzenia postępowania upadłościowego - mimo możliwości wydania takiego orzeczenia zgodnie z art. 449 prawa restrukturyzacyjnego - wyłącza możliwość przyjęcia takiej daty za datę powstania niewypłacalności na potrzeby roszczeń przewidzianych w ustawie o ochronie (...). Jednakże trudno odnaleźć racjonalną przyczynę takiego wyłączenia ochrony roszczeń pracowniczych (także w kontekście powołanego uzasadnienia projektu ustawy) - w kontekście wpływu formy prowadzonego postępowania upadłościowego (według przepisów dotychczasowych) na istniejące stosunki pracy. W ten bowiem sposób pracownicy zatrudnieni u pracodawcy, wobec którego pierwotnie ogłoszono upadłość tzw. układową (a zatem których stosunki pracy były kontynuowane po tej dacie), pozbawieni byłiby możliwości skorzystania z dobrodziejstwa ustawy o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy, gdyby postępowanie układowe nie doprowadziło do poprawy sytuacji upadłego, skutkując koniecznością likwidacji jego majątku. W takim bowiem wypadku uwzględnienie wyłącznie przepisu ustawy o ochronie (...) nie dawałoby podstaw do zaspokojenia ich roszczeń, jeżeli za datę ogłoszenia upadłości można by wówczas uznać jedynie datę wydania pierwotnego postanowienia w tym zakresie (w tym wypadku bowiem byłaby to data 17 października 2014 r.).

W ocenie Sądu Okręgowego skoro ustawodawca dopuścił w art. 449 ustawy Prawo restrukturyzacyjne możliwość kontynuacji wcześniej wszczętego postępowania upadłościowego według dotychczasowych zasad, można, rozumując logicznie, dojść

do wniosku, że data zmiany sposobu prowadzenia upadłości z układowej na likwidacyjną (która skutkuje koniecznością rozwiązania stosunków pracy z pracownikami upadłego), winna być nadal uznawana za datę powstania niewypłacalności dla celów zaspokojenia roszczeń pracowniczych ze środków FGŚP. W takim razie jednak niezrozumiałym jawi się pominięcie przez ustawodawcę części przepisu art. 3 ust. 1 ustawy o ochronie (...), a mianowicie jego pkt 3, oraz odpowiednio ostatniego fragmentu ust. 2.

Sąd Okręgowy uznał, że trudno doszukać się jasnych i racjonalnych względów dla różnicowania sytuacji pracowników, z którymi rozwiązano umowę o pracę na skutek zmiany sposobu postępowania upadłościowego już pod rządami znowelizowanej ustawy o ochronie (...), i pracowników, z którymi umowy rozwiązano jeszcze przed jej nowelizacją. *Ratio legis* tej ustawy jest wszak ochrona interesów pracowników, których pracodawca, m.in. z uwagi na upadłość, stał się niewypłacalny. Skoro zaś zmiana przedmiotowej ustawy na mocy art. 438 ustawy Prawo restrukturyzacyjne miała na celu jedynie ujednoczenie jej terminologii w związku z wprowadzeniem do polskiego porządku prawnego nowej ustawy, to wydaje się, że nie było powodu by pozbawiać takiej ochrony pracowników upadłego po owej zmianie.

Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego po zmianie tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym (III UZP 2/18)

Postanowieniem z dnia 20 marca 2018 r., Sąd Okręgowy w S. zwrócił się do Sądu Najwyższego z następującym zagadnieniem prawnym:

Czy możliwe jest obliczenie podstawy wymiaru zasiłku chorobowego dla ubezpieczonego niebędącego pracownikiem, którego niezdolność do pracy powstała w okresie zatrudnienia i trwa nieprzerwanie nadal po objęciu tego ubezpieczonego dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, przy wzięciu pod uwagę przychodu uzyskanego przez niego w okresie zatrudnienia?

W razie pozytywnej odpowiedzi na to pytanie: czy dopuszczalne jest w takiej sytuacji ograniczenie podstawy wymiaru zasiłku chorobowego zgodnie z normą art. 46 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa?

Stosownie do treści przepisów art. 11 ust. 2 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5 z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, dalej jako: ustawa systemowa, osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, podlegają ubezpieczeniu chorobowemu jedynie dobrowolnie, na swój wniosek. W myśl art. 36 ust. 3 powołanej ustawy, obowiązek zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej, należy do tych osób. Zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy, osoby, które są obejmowane ubezpieczeniami społecznymi na zasadach dobrowolności, zgłaszają wniosek o objęcie ich ubezpieczeniem w terminie przez siebie wybranym, z tym że

objęcie ich tymi ubezpieczeniami następuje od dnia wskazanego we wniosku, jednakże nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony (art. 14 ust. 1 ustawy). Wyjątek od tej zasady zawiera art. 14 ust. 1a, na podstawie którego objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4, to znaczy w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe (art. 20 ust. 1 ustawy systemowej), czyli przychód w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych (art. 4 pkt 9 i art. 18 ust. 1 ustawy systemowej). W wypadku pracowników chodzi więc o "wszelkiego rodzaju wypłaty pieniężne oraz wartość pieniężną świadczeń w naturze bądź ich ekwiwalenty (...) w szczególności: wynagrodzenia zasadnicze, wynagrodzenia za godziny nadliczbowe, różnego rodzaju dodatki, nagrody, ekwiwalenty za niewykorzystany urlop i wszelkie inne kwoty niezależnie od tego, czy ich wysokość została z góry ustalona, a ponadto świadczenia pieniężne ponoszone za pracownika, jak również wartość innych nieodpłatnych świadczeń lub świadczeń częściowo odpłatnych".

W odniesieniu do osób prowadzących działalność gospodarczą, mocą decyzji ustawodawcy podstawa wymiaru składek na ich ubezpieczenie chorobowe została całkowicie oderwana od wysokości ich przychodu. Stanowi ją bowiem zadeklarowana kwota, która musi mieścić się w ustawowo określonych "widełkach". Ich dolny próg stanowi kwota równa 60% prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego (art. 18 ust. 8 ustawy systemowej), a próg górny - kwota równa 250% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale (dalej: przeciętne wynagrodzenie w poprzednim kwartale; art. 20 ust. 3 ustawy systemowej). Należy nadmienić, że organ rentowy nie ma prawa kwestionować wysokości kwoty zadeklarowanej przez ubezpieczonego przedsiębiorcę jako podstawy wymiaru składek, jeśli tylko mieści się ona w granicach określonych ustawą systemową. Pogląd taki nie jest kwestionowany od czasu wydania przez Sąd Najwyższy w składzie 7 sędziów w dniu 21 kwietnia 2010 r. uchwały w sprawie o sygn. akt II UZP 1/10 (OSNP nr 21- 22/2010, poz. 267). Przedsiębiorca - zależnie od tego, co jest dla niego w danym momencie najkorzystniejsze - może więc zadeklarować jako podstawę wymiaru składek zarówno przychód znacząco przewyższający jego przychody faktyczne (co wprawdzie gwarantuje wysokie świadczenia, ale zarazem wiąże się z koniecznością uiszczania stosownie wysokich składek na wszystkie ubezpieczenia), jak i - mimo wysokich przychodów faktycznych - może zadeklarować minimalną podstawę wymiaru składek (co oznacza relatywnie niskie składki na wszystkie ubezpieczenia, ale zarazem niskie świadczenia).

W niniejszej sprawie istotne jest również to, iż zgłaszając po raz pierwszy przystąpienie do ubezpieczenia chorobowego przedsiębiorca nie ma obowiązku deklarowania wysokości składki z tego tytułu. Jego obowiązkiem w tym czasie jest bowiem tylko złożenie wypełnionego formularza ZUS ZUA, w którym - wedle wzoru obowiązującego tak obecnie, jak i w roku 2017 - nie ma miejsca na określenie kwoty

podstawy wymiaru składki na to ubezpieczenie (vide: załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23 października 2009 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów, tekst jednolity: Dz.U. z 2016 r., poz. 222 z późn. zm.). W praktyce oznacza to tyle, iż przedsiębiorcy przystępujący do ubezpieczenia, na początku pierwszego miesiąca jego podleganiu musi wyłącznie zadeklarować, że chce zostać objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Natomiast na określenie podstawy wymiaru składki na to ubezpieczenie ma czas aż do 10-go dnia miesiąca następnego, tj. do dnia kiedy upływa termin do opłacenia przez niego składki na to ubezpieczenie i złożenie stosownego dokumentu rozliczeniowego, tj. w tym przypadku dokumentu ZUS DRA (zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 15 do przywołanego wyżej rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23 października 2009 r.).

Powyższe może prowadzić do sytuacji, w której przedsiębiorca ma prawo niejako „dopasowania” wysokości składki na swoje ubezpieczenia do swojej przewidywanej sytuacji zdrowotnej w przyszłości, ale też i w przeszłości. Przystępując do ubezpieczenia chorobowego z początkiem danego miesiąca może bowiem nie wiedzieć, że w ciągu tego miesiąca zachoruje (a więc, że zaktualizuje się niepewny dotąd obowiązek ZUS wypłacania mu zasiłku chorobowego); jeśli zaś np. zachoruje w połowie tego miesiąca, może - działając w pełni świadomie - zadeklarować najwyższą podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, wiedząc, że okaże się to dla niego opłacalne (nie musząc odprowadzać wysokiej składki, otrzyma wysokie świadczenie). Nie jest to niewątpliwie sytuacja pożądana z punktu widzenia ubezpieczeń społecznych, cechujących się występowaniem pewnego elementu ryzyka.

Z kolei szczegółowe regulacje dotyczące świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego zawiera ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zwana dalej ustawą zasiłkową, w myśl której z tego ubezpieczenia przysługują: świadczenie rehabilitacyjne oraz zasiłki chorobowy, wyrównawczy, macierzyński i opiekuńczy (art. 2 ustawy zasiłkowej).

Tytułem podlegania ubezpieczeniu chorobowemu jest zatrudnienie albo działalność rodząca uprawnienie do dobrowolnego objęcia nim (art. 3 pkt 1 ustawy zasiłkowej). Prawo do zasiłków ustalają i zasiłki wypłacają pracownikom - co do zasady - płatnicy składek (chyba że zatrudniają nie więcej niż 20 osób), a przedsiębiorcom - ZUS (art. 61 ust. 1 ustawy zasiłkowej).

Sposób ustalania podstawy wymiaru zasiłku przysługującego pracownikowi jest następujący: zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy zasiłkowej, podstawę tę stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Wynagrodzeniem jest zaś przychód pracownika stanowiący podstawę wymiaru

składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniu potrąconych przez pracodawcę składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe i chorobowe (suma potrąceń wynosi 13,71% podstawy wymiaru składek, na co składa się: 9,76% tytułem finansowanej przez ubezpieczonego połowy składki na ubezpieczenie emerytalne, 1,5% tytułem finansowanej przez ubezpieczonego części składki na ubezpieczenie rentowe oraz cała składka na ubezpieczenie chorobowe w wysokości 2,45%; art. 3 pkt 3 ustawy zasiłkowej oraz art. 16 ust. 1, 1b i 2 i art. 22 ust. 1 ustawy systemowej), a zatem można przyjąć, że owo wynagrodzenie to kwota równa 86,29% przychodu w rozumieniu przepisów podatkowych.

Istotną regulację zawiera także art. 37 ustawy zasiłkowej, normujący sytuację pracownika, którego niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego: podstawę wymiaru zasiłku stanowi wówczas wynagrodzenie, które osiągnąłby, gdyby pracował pełny miesiąc kalendarzowy.

Zgodnie z art. 45 i art. 46 ustawy zasiłkowej, podstawa wymiaru zasiłku z tytułu pracy w pełnym wymiarze czasu pracy nie może być niższa od 86,29% minimalnego wynagrodzenia za pracę. Jednocześnie - w odniesieniu do zasiłku chorobowego przysługującego po ustaniu tytułu ubezpieczenia - nie może ona przewyższać przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

Sposób ustalania podstawy wymiaru zasiłku przysługującego niepracownikowi - ubezpieczonemu przedsiębiorcy przedstawia się natomiast odmiennie. Zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej, podstawę tę stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Przychodem jest zaś - zgodnie z art. 3 pkt 4 ustawy zasiłkowej - kwota 86,29% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe.

Na podstawie art. 48 ust. 2 odpowiednio stosuje się m.in. art. 38 ust. 1 ustawy zasiłkowej, należy zatem przyjąć, że przeciętny miesięczny przychód za okres 12 miesięcy poprzedzających powstanie niezdolności do pracy to iloraz kwoty osiągniętego przychodu i liczby miesięcy, w ciągu których został on osiągnięty (z wyłączeniem przychodu za miesiące, w których były pobierane zasiłki, a działalność była wykonywana przez mniej niż połowę miesiąca; art. 50 ustawy zasiłkowej).

Przechodząc dalej Sąd Okręgowy wskazał, że przepis art. 4 ust. 1 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.

Do tej pierwszej sytuacji zastosowanie znajduje zasada wynikająca z art. 37 ust. 1 ustawy, zgodnie z którą podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi wynagrodzenie, które ubezpieczony będący pracownikiem osiągnąłby, gdyby pracował pełny miesiąc kalendarzowy. Przepis art. 48 ust. 2 ustawy zasiłkowej nie odsyła do odpowiedniego stosowania tej zasady w stosunku do osób niebędących pracownikami.

Dla tych ubezpieczonych reguły ustalania wysokości zasiłku chorobowego ustanawia art. 49 ustawy zasiłkowej. Przepis ten w odniesieniu do osób, dla których ustalono najniższą podstawę wymiaru składek (w tym osób prowadzących działalność gospodarczą), nakazuje ustalać podstawę wymiaru zasiłku chorobowego od tej właśnie najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 ustawy.

To zróżnicowanie sytuacji ubezpieczonych będących pracownikami oraz ubezpieczonych dobrowolnie zakwestionował Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 24 maja 2012 r. w sprawie 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 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”.

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.

Mimo wskazanego wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r. w sprawie P 12/10 i późniejszych zmian ustawy zasiłkowej, regulacja art. 48 tej ustawy nadal nie odsyła do odpowiedniego stosowania art. 37 ust. 1, czyli nie pozwala ustalić hipotetycznej podstawy zasiłku za cały miesiąc kalendarzowy, gdy niezdolność do pracy powstaje przed upływem miesiąca kalendarzowego. W zamian za to, na mocy ustawy 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), z dniem 1 grudnia 2013 r. wprowadzono art. 49 ust. 2, łagodzący ten dysonans.

W myśl art. 49 ust. 2 ustawy zasiłkowej 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.

Istotą tego przepisu jest to, że jeżeli niezdolność do pracy ubezpieczonego niebędącego pracownikiem powstała (podkreślenie własne) 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, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przychód, stanowiący podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, określony na ten miesiąc, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe.

Dla porządku należy także wskazać, że zgodnie z art. 43 ustawy zasiłkowej 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. Przepis ten na mocy odesłania z art. 48 ust. ustawy zasiłkowej stosuje się odpowiednio przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem.

Sąd Okręgowy wskazał, że analizowany w sprawie stan faktyczny dotyczy okresu sprzed nowelizacji ustawy zasiłkowej, wynikającej z ustawy z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1066). W art. 1 pkt 9 ustawy nowelizującej do treści ustawy zasiłkowej został dodany bowiem art. 48 a w brzmieniu:

„Art. 48a. 1. W przypadku ubezpieczonego, dla którego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi zadeklarowana kwota, podlegającego ubezpieczeniu chorobowemu przez okres krótszy niż okres, o którym mowa w art. 48 ust. 1, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi suma:

1) przeciętnej miesięcznej najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4, za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, z których przychód podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku, oraz

2) kwoty stanowiącej iloczyn jednej dwunastej przeciętnej kwoty zadeklarowanej jako podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4, za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, z których przychód podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku, oraz liczby tych miesięcy.

2. Jeżeli okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, w liczbie pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 pkt 2, uwzględnia się również pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia z poprzedniego tytułu. Liczba pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia uwzględnionych z poprzedniego i aktualnego tytułu nie może przekraczać 12.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjmuje się przeciętną miesięczną najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz przeciętną kwotę zadeklarowaną jako podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, o których mowa w ust. 1, za okres pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia z aktualnego tytułu.

4. Jeżeli przerwa w ubezpieczeniu chorobowym, o której mowa w ust. 2, nie jest związana z ustaniem tytułu do ubezpieczeń społecznych, a związana jest jedynie z nieopłaceniem składki na ubezpieczenie chorobowe bądź z opóźnieniem w jej opłaceniu, w podstawie wymiaru zasiłku uwzględnia się również przeciętny miesięczny przychód za miesiąc przed przerwą.

5. Jeżeli ubezpieczony przez cały okres wykonywania pozarolniczej działalności deklaruje podstawę wymiaru składek w kwocie nie niższej niż określona w art. 18 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, za najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, o której mowa w ust. 1, uważa się kwotę określoną w art. 18 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych".

W uzasadnieniu projektu do ustawy z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (por. druk sejmowy Nr 2832 <http://www.sejm.gov.pl>) w zakresie zmian, objętych art. 1 pkt 9 ustawy nowelizującej, jako motywację dla wprowadzenia art. 48a wskazano, że: „W odniesieniu do osób zgłoszonych do ubezpieczeń społecznych jako osoby prowadzące pozarolniczą działalność, ZUS jest uprawniony jedynie do kwestionowania istnienia tytułu objęcia tymi ubezpieczeniami - jeżeli działalność została podjęta dla pozorów. W związku z powyższym w projekcie ustawy proponuje się, aby w przypadku opłacania składki od wyższej niż najniższa podstawa wymiaru składek podstawę wymiaru zasiłku stanowiła

najniższa podstawa wymiaru składki, jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pierwszego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego.

Jeżeli niezdolność do pracy powstała później, zgodnie z proponowanym brzmieniem art. 48a ust. 1, podstawę wymiaru stanowiłaby suma najniższej podstawy wymiaru składki oraz kwota stanowiąca 1/12 kwot nadwyżek ponad najniższą podstawę za każdy kolejny miesiąc ubezpieczenia. Proponowane rozwiązanie ma na celu uśrednienie podstawy wymiaru składki i w konsekwencji podstawy wymiaru zasiłku w przypadku krótkiego okresu ubezpieczenia chorobowego i zadeklarowanego przychodu przekraczającego najniższą podstawę wymiaru składki.

Zaproponowany sposób obliczenia podstawy wymiaru zasiłku ograniczy skalę występujących nadużyć, gdyż z tytułu krótkiego okresu ubezpieczenia z wysoką podstawą wymiaru składki nie będą występowały wysokie wypłaty z ubezpieczenia chorobowego, a jednocześnie pozwoli na uwzględnienie w podstawie wymiaru zasiłku pełnego zadeklarowanego przychodu, przekraczającego najniższą podstawę wymiaru, z tym że uśrednionego na okres 12 miesięcy kalendarzowych.

Jednocześnie proponuje się, zgodnie z projektowanym art. 48a ust 2 i 3, aby przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku dla ubezpieczonych, dla których podstawę wymiaru stanowi kwota zadeklarowana, podlegających ubezpieczeniu chorobowemu przez okres krótszy niż 12 miesięcy, uwzględniany był okres ubezpieczenia z poprzedniego tytułu, jeżeli okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu. Wówczas osobie takiej, mającej określony staż ubezpieczenia chorobowego z wcześniejszego tytułu, byłby on uwzględniany do obliczenia podstawy wymiaru zasiłku. Miesiące ubezpieczenia z poprzedniego tytułu, brakujące do uzyskania 12-miesięcznego okresu, przypisywane byłyby do okresu ubezpieczenia z bieżącego tytułu. Projektowane przepisy zmierzają do dostosowania aktualnie obowiązujących regulacji do zmian dotyczących innych osób ubezpieczonych dobrowolnie, przy czym zmiany te uwzględniają wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r. (sygn. akt P 12/10) oraz zmiany wprowadzone 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)".

Z powyższego zdaniem Sądu Okręgowego wynika, że do czasu wprowadzenia zmian wynikających z art. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1066), ustawa zasiłkowa wprost nie regulowała zasad ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w sytuacji, gdy dochodziło do zmiany tytułu ubezpieczenia w czasie trwającej choroby.

Powyższe ma istotne znaczenie, gdy zważyć, że przywołana wyżej ustawa nowelizująca weszła w życie od 1 stycznia 2016 roku, a z mocy przepisu przejściowego, tj. art. 22 ust. 1, nie ma ona zastosowania do zasiłków chorobowych, do których prawo powstało przed dniem wejścia w życie art. 1 pkt 8-12; zasiłki takie wypłaca się bowiem na zasadach i w wysokości obowiązujących przed tym dniem za cały okres nieprzerwanej niezdolności do pracy. Biorąc więc pod uwagę fakt, iż w

przypadku Iwony Z. jej niezdolność do pracy powstała jeszcze w październiku 2015 roku i trwała nieprzerwanie aż do lutego roku następnego, zaś zasiłek chorobowy zaczął być jej wypłacany już w grudniu 2015 roku, niewątpliwie jest ona jedną z osób, do których adresowany był zacytowany przepis przejściowy.

Zdaniem Sądu Okręgowego istnieją także wątpliwości co do możliwości odpowiedniego zastosowania w stanie faktycznym takim jak zaistniały w niniejszej sprawie normy art. 43 ustawy zasiłkowej poprzez odesłanie z art. 48 ust. 2 ustawy zasiłkowej.

Na tle stosowania art. 43 ustawy zasiłkowej w ostatnich latach ukształtowało się, jak się wydaje, jednolite orzecznictwo Sądu Najwyższego w odniesieniu do sytuacji ubezpieczonych będących pracownikami. Podkreślenia wymaga jednak, że niemal wszystkie wyroki wydawane były w sprawach, w których niezdolność ubezpieczonego do pracy powstawała dopiero w pierwszym miesiącu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, a więc w stanach faktycznych odmiennych od tego, z którym mamy do czynienia w niniejszej sprawie.

I tak, w wyroku z 16 maja 2006 r. wydanym w sprawie I UK 291/2005, Sąd Najwyższy wskazał, że: „Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się z uwzględnieniem wynagrodzenia uzyskanego przez pracownika u tego pracodawcy, z którym łączył go stosunek pracy w okresie powstania niezdolności do pracy”, motywując rozstrzygnięcie m.in. celem, jakiemu służy zasiłek chorobowy, który to cel polega „bez wątplenia na rekompensacie wynagrodzenia, które pracownik utracił z powodu niezdolności do pracy w związku z chorobą, również nie ma podstaw do stwierdzenia, iż na wysokość tego świadczenia powinno mieć wpływ wynagrodzenie osiągnięte w ramach stosunków pracy zakończonych przed powstaniem niezdolności do pracy. Kompensowane z ubezpieczenia społecznego może być bowiem to wynagrodzenie, którego faktycznie pracownik nie uzyskuje w związku z chorobą, czyli należne od aktualnego pracodawcy, a nie takie, które ubezpieczony osiągał w przeszłości, przed zajściem zdarzenia chronionego ubezpieczeniem chorobowym”.

Kontynuacją tej linii orzeczniczej jest wyrok Sądu Najwyższego z 15 kwietnia 2013 r., wydany w sprawie I BU 17/12 oraz wyrok Sądu Najwyższego z 18 marca 2015 r. w sprawie I UK 223/14.

W pierwszym z powołanych orzeczeń Sąd Najwyższy wskazał, że „art. 43 ustawy zasiłkowej może mieć zastosowanie jedynie w sytuacji ponownego powstania prawa do zasiłku chorobowego (ponownej niezdolności do pracy) w czasie trwania tego samego stosunku prawnego. Jeżeli bowiem nastąpiła zmiana stron umowy o pracę, podstawę wymiaru zasiłku należy ustalać na nowo, zgodnie z regułami wynikającymi z art. 36 i 37 ustawy - nawet, jeśli od czasu pobierania przez pracownika zasiłku chorobowego z tytułu ostatniej niezdolności do pracy nie upłynął okres dłuższy niż 3 miesiące kalendarzowe”. W dalszej kolejności SN argumentował, że: „regułą jest, że podstawa wymiaru zasiłku chorobowego odzwierciedla wynagrodzenie pracownika uzyskane u aktualnego pracodawcy przed datą powstania niezdolności do pracy. Art. 36 ust. 1 i 4 cytowanej ostatnio ustawy precyzuje, że podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu będącemu pracownikiem stanowi

przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. 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".

W drugim ze wskazanych orzeczeń Sąd Najwyższy wskazał, iż „ustanie dotychczasowego i nawiązanie kolejnego stosunku pracy, nawet bez przerwy w zatrudnieniu, powoduje, że zakończony stosunek pracy staje się okresem poprzedniego ubezpieczenia chorobowego, który dla potrzeb nabycia prawa do zasiłku chorobowego stanowi okres wliczany do okresu wyczekiwania ale nie stanowi okresu nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego (art. 4 ust. 2 w związku z art. 4 ust. 1 i art. 36 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa). Ustalenie na nowo podstawy wymiaru zasiłku chorobowego następuje tylko wówczas, gdy wszystkie okresy pobierania zasiłku chorobowego powstały u tego samego pracodawcy (art. 43 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa). Zasiłek chorobowy jest rekompensatą za utracone dochody w okresie czasowej niezdolności do pracy, a nie za zapłacone składki chorobowe".

Podobny pogląd wyrazili także autorzy „Komentarza do ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego", pod redakcją M. Gersdorf i B. Gudowskiej (patrz str. 682-683, Warszawa 2012). Także I. Jędrasik - Jankowska wyraziła stanowisko, że jeśli nastąpiła zmiana stron umowy o pracę, to podstawę wymiaru zasiłku należy zawsze ustalać od nowa, zgodnie z zasadami wynikającymi z art. 36 i 37, nawet jeśli od czasu pobierania przez pracownika zasiłku chorobowego z tytułu ostatniej niezdolności do pracy nie upłynął wskazany okres (por. I. Jędrasik-Jankowska, Prawo socjalne. Komentarz, art. 43).

Na kanwie powyższych orzeczeń, w odniesieniu do sytuacji ubezpieczonych niebędących pracownikami, wypracowane zostały tożsame zasady.

Sąd Najwyższy w wyroku z 21 lipca 2016 r., wydanym w sprawie I UK 295/15 wskazał: „Zgodnie z art. 43 ustawy z 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa 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 trzy miesiące. Celem tego przepisu jest bowiem urealnienie wysokości świadczenia z ubezpieczenia społecznego (zasiłku chorobowego) w relacji do wynagrodzenia za pracę lub przychodu z tytułu działalności gospodarczej. Przepis ten nie ma zastosowania w przypadku zmiany pracodawcy, bowiem kompensowane z ubezpieczenia społecznego może być bowiem to wynagrodzenie, którego faktycznie pracownik nie uzyskuje w związku z chorobą, czyli należne od aktualnego pracodawcy, a nie takie, które ubezpieczony osiągał w przeszłości, przed zajściem zdarzenia chronionego ubezpieczeniem chorobowym. Odpowiednie stosowanie art. 43 na podstawie art. 48 ust. 2 ustawy z 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa do ubezpieczonych niebędących

pracownikami nie uprawnia do wyliczenia podstawy należnych im zasiłków przy uwzględnieniu wynagrodzeń uzyskiwanych przez ubezpieczonych w ramach stosunku pracy. Zasiłek chorobowy (macierzyński) rekompensuje utracone przez ubezpieczonego dochody i już z tego względu nie może być odnoszony do dochodów, których nie otrzymywałby ubezpieczony będąc zdolny do pracy".

W świetle powyższego zdaniem Sądu Okręgowego, odrzucając możliwość stosowania art. 48 ust. 2 w zw. z art. 43 ustawy zasiłkowej do sytuacji zarysowanej na tle zaistniałego w sprawie niniejszej stanu faktycznego (a to z uwagi na ugruntowane stanowisko judykatury i doktryny) oraz stwierdzając brak relewantności pomiędzy tym stanem faktycznym a wprowadzonym z dniem 1 stycznia 2016 r. znowelizowanym brzmieniem ustawy zasiłkowej, w szczególności art. 48a ust. 2 (a to z uwagi na treść art. 22 ust. 1 ustawy nowelizującej z dnia 15 maja 2015 r.), w stanie faktycznym sprawy można byłoby przyjąć, że zastosowanie może znaleźć art. 49 ust. 2 ustawy zasiłkowej odsyłający do odpowiedniego stosowania art. 37 ust. 1 tej ustawy.

Jak wskazano wyżej, istotą tego przepisu jest to, że jeżeli niezdolność do pracy ubezpieczonego niebędącego pracownikiem 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, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przychód, stanowiący podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, określony na ten miesiąc, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe.

Przy zastosowaniu powyższych regulacji, w realiach niniejszej sprawy oznaczałoby to, że podstawę wymiaru zasiłku chorobowego dla Iwony Z. stanowiłaby kwota zadeklarowana przez nią przy składaniu deklaracji ZUS DRA w lutym 2016 roku. Sąd Okręgowy zauważył przy tym konieczność zwrócenia uwagi na okoliczności przywoływane już wcześniej, tj. w szczególności na istniejącą w takiej sytuacji możliwość dowolnego w zasadzie manipulowania przez ubezpieczonego podstawą wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne. O ile Iwona Z., jako osoba „mało sprytna” i „niezaradna”, określiła tę podstawę poprzez odwołanie się do najniższej obowiązującej w danym czasie podstawy wymiaru składek, o tyle osoby bardziej od niej „zaradne” z pewnością nie będą wahały się, by - wiedząc wszak już o tym, że są chore, a więc nie muszą de facto opłacać żadnych składek - określić podstawę wymiaru składek w sposób maksymalny. W okolicznościach niniejszej sprawy wydanie rozstrzygnięcia pozornie może więc z tego powodu wydawać się proste. Jak się jednak wydaje, właściwe stosowanie prawa wymaga identycznej wykładni przepisów we wszystkich analogicznych sprawach, niezależnej od opisanych wyżej uwarunkowań, mogących skłaniać do uznania pewnych rozstrzygnięć za bardziej, a innych a mniej „sprawiedliwe”.

W tym kontekście trzeba też zwrócić uwagę na inną kwestię, związaną z faktem, że w analizowanym stanie faktycznym niezdolność do pracy ubezpieczonej niebędącej pracownikiem istniała już w momencie objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Innymi

słowy ubezpieczona „wniosła” tę niezdolność do pracy do nowego tytułu ubezpieczenia, będąc niezdolną do pracy nieprzerwanie od października 2015 r.

Nie budzi przy tym wątpliwości znaczenie językowe słowa „powstać”, które oznacza tyle co „zacząć istnieć w przestrzeni, w czasie, w rzeczywistości lub w czyjejś świadomości” (tak: Słownik Języka Polskiego PWN pod red. E. Sobol i L. Drabik, wyd. 3, Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa 2017).

W ocenie Sądu Okręgowego konieczne jest więc w tej sytuacji dostrzeżenie, że zastosowanie w rozpoznawanym stanie faktycznym reguły określonej w art. 37 ust. 1 ustawy zasiłkowej na mocy odesłania z art. 48 ust. 2 tejże ustawy, doprowadziłoby do tego, że ubezpieczona nieprzerwanie niezdolna do pracy, pomimo ciągłości ubezpieczenia chorobowego - tyle że z dwóch różnych tytułów - znajdzie się w sytuacji mniej korzystnej niż pracownik, który utracił tytuł do objęcia ubezpieczeniem chorobowym i nie został objęty tym ubezpieczeniem z innego tytułu, a mimo to zachował prawo do świadczeń z ubezpieczenia na zasadach określonych w art. 7 ustawy zasiłkowej. Przepis ten stanowi, że „Zasiłek chorobowy przysługuje również osobie, która stała się niezdolna do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli niezdolność do pracy trwała bez przerwy co najmniej 30 dni i powstała:

- 1) nie później niż w ciągu 14 dni od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego;
- 2) nie później niż w ciągu 3 miesięcy od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego - w razie choroby zakaźnej, której okres wylegania jest dłuższy niż 14 dni, lub innej choroby, której objawy chorobowe ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od początku choroby”.

W takim przypadku podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego nie może być wyższa niż kwota wynosząca 100% przeciętnego wynagrodzenia. Kwotę tę ustala się miesięcznie, poczynając od 3. miesiąca kwartału kalendarzowego, na okres 3 miesięcy, na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z poprzedniego kwartału, ogłaszanego dla celów emerytalnych (por. art. 46 ustawy zasiłkowej).

Sąd Okręgowy dostrzegł, że prawo do zasiłku po ustaniu zatrudnienia, liczonego od wynagrodzenia uzyskanego w czasie owego zatrudnienia, nie przysługuje osobie, która ma inne źródło dochodu (art. 13 ust. 1 ustawy zasiłkowej). W przypadku jednak takim jak niniejszy, kiedy owym źródłem dochodu jest przychód z prowadzonej działalności gospodarczej wykonywanej osobiście, bez zatrudniania pracowników, jednak działalność ta nie jest faktycznie wykonywana z powodu długotrwałego korzystania ze zwolnienia lekarskiego, które rozpoczęło się jeszcze w czasie zatrudnienia (co może mieć wyraz również w dokonaniu zawieszenia jej prowadzenia, stosownie do art. 14a ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej), można rozważać traktowanie obu sytuacji jako równoważnych, które w związku z tym powinny być oceniane podobnie pod względem prawnym.

Jednocześnie dokonując analizy zaistniałego w sprawie stanu faktycznego, nie można tracić z pola widzenia treści wyroku Sądu Najwyższego z 20 września 2011 r., wydanego w sprawie I UK 63/11 (OSNAPiUS 2012 nr 19-20, poz. 248, str. 848). W

odróżnieniu bowiem od wyroków przywoływanych wcześniej, ten zapadł w stanie faktycznym co do zasady tożsamym do tego, jaki zaistniał w sprawie niniejszej.

Sąd Okręgowy wskazał, że poddany ocenie w sprawie I UK 63/11 stan faktyczny kształtował się następująco: ubezpieczona miała zarejestrowaną działalność gospodarczą i z tego tytułu podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. W okresie prowadzenia tej działalności gospodarczej ubezpieczona podjęła pracę i podlegała obowiązkowemu pracowniczemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu zatrudnienia. Po ustaniu stosunku pracy, co miało miejsce w ostatnim dniu miesiąca, ubezpieczona z pierwszym dniem kolejnego miesiąca ponownie zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej działalności pozarolniczej, deklarując podstawę wymiaru składki. Jednocześnie ubezpieczona w trakcie trwania stosunku pracy stała się niezdolna do pracy z powodu choroby, a niezdolność ta trwała nieprzerwanie po zmianie tytułu do objęcia ubezpieczeniem chorobowym. Ubezpieczona pobierała zasiłek chorobowy, a następnie świadczenie rehabilitacyjne.

W tak ustalonym stanie faktycznym spór zaistniał na tle ustalenia wysokości zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonej wprawdzie z tytułu choroby powstałej w okresie zatrudnienia, ale nieprzerwanie trwającej po ustaniu stosunku pracy i objęciu dobrowolnym tytułem ubezpieczenia chorobowego osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą.

Sąd Najwyższy w analizowanym wyroku z 20 września 2011 r. zważył, że „w razie zmiany pracowniczego tytułu podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu, wskutek ustania zatrudnienia, na dobrowolny tytuł ubezpieczenia chorobowego osoby kontynuującej lub rozpoczynającej działalność pozarolniczą - wysokość należnego zasiłku chorobowego nie może być wyższa niż obliczona od potencjalnej pracownicznej podstawy wymiaru tego świadczenia, jeżeli pomiędzy okresem pobierania gwarancyjnego wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy wskutek choroby a okresem nabycia prawa do zasiłku chorobowego z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego osoby prowadzącej pozarolniczą działalność nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż 3 miesiące kalendarzowe, nawet w razie zadeklarowania wyższej podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem”.

W pisemnych motywach powyższego rozstrzygnięcia Sąd Najwyższy wskazał, że: „Wobec (...) podlegania ubezpieczonej dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoby prowadzącej pozarolniczą działalność, niezależnie od deklarowanej „zerowej” podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, istotne znaczenie ma treść art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej (*a contrario*), z którego wynika, że po rozwiązaniu stosunku pracy ubezpieczonej nie przysługiwało (...) gwarancyjne wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy na podstawie art. 92 KP, bo nie przysługuje ono byłemu pracownikowi za okres po ustaniu stosunku pracy, ani „pracowniczy” zasiłek chorobowy z tytułu niezdolności do pracy powstałej w czasie trwania pracowniczego obligatoryjnego ubezpieczenia chorobowego, ponieważ ubezpieczona kontynuowała działalność zarobkową stanowiącą tytuł objęcia jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osób prowadzących pozarolniczą

działalność (art. 11 ust. 2 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Wymagało to ustalenia (wskazania) podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonej po zmianie pracowniczego tytułu podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej pozarolniczą działalność. Co do zasady, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego takiej osobie stanowi przychód w rozumieniu art. 3 pkt 4 ustawy zasiłkowej, tj. kwota stanowiąca podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego niebędącego pracownikiem, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71 % podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. W przypadku choroby trwającej nieprzerwanie i nadal po zmianie obligatoryjnego pracowniczego tytułu podlegania ubezpieczeniu chorobowemu na dobrowolny tytuł ubezpieczenia chorobowego osób prowadzących pozarolniczą działalność, dochodzi do ustawowego przekształcenia prawa do gwarancyjnego wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy (art. 92 § 1 pkt 1 KP), które nie przysługuje po rozwiązaniu stosunku pracy osobie niebędącej pracownikiem i prawa do potencjalnego pracowniczego zasiłku chorobowego z tytułu choroby powstałej w zatrudnieniu, którego wysokość liczy się od wynagrodzenia za pracę, tj. przychodu pracownika stanowiącego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po potrąceniu składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe oraz ubezpieczenie chorobowe (art. 3 pkt 3 ustawy zasiłkowej), w prawo do zasiłku chorobowego przysługującego osobie niebędącej, po ustaniu stosunku pracy pracownikiem, której wysokość zasiłku chorobowego ustala się od przychodu za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy (art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej). Wymagany okres - w przypadku ubezpieczonej - przypadał w całości w okresie pozostawania w stosunku pracy. W przypadku zmiany pracowniczego obowiązkowego tytułu podlegania ubezpieczeniu chorobowemu na dobrowolny tytuł ubezpieczenia chorobowego osoby kontynuującej pozarolniczą działalność ma miejsce nieprzerwane podleganie ubezpieczeniu chorobowemu (art. 4 ust. 2 ustawy zasiłkowej), co oznacza, że ubezpieczona ma prawo do zasiłku chorobowego ze zmienionego tytułu podlegania już dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu osób prowadzących pozarolniczą działalność (art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej). Równocześnie, zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej, podstawę wymiaru zasiłku chorobowemu, który przysługiwał (...) ubezpieczonej, niebędącej od tego dnia pracownikiem, stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy".

W dalszej kolejności Sąd Najwyższy wskazał, że „wedle dominującej linii orzeczniczej Sądu Najwyższego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie jest uprawniony do kwestionowania zadeklarowanej przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, jeżeli mieści się ona w granicach określonych ustawą (por. uchwałę składu siedmiu sędziów z dnia 21 kwietnia 2010 r., II UZP1/10, OSNP 2010 r. nr 21-22, poz. 267), co dotyczy także składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe (art. 20 tej ustawy). Takie stanowisko judykatury nie wyklucza jednak potrzeby badania przychodu za

okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała u ubezpieczonej niezdolność do pracy wskutek choroby powstałej w zatrudnieniu. Ubezpieczonej nie można ustalić podstawy wymiaru zasiłku chorobowego wedle reguły z art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej, gdyż w okresie 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy pozostawała w stosunku pracy i podlegała obowiązkowo między innymi pracowniczemu tytułowi ubezpieczenia chorobowego, przeto nie wykazywała przychodu z równocześnie „kontynuowanej” (...) pozarolniczej działalności. Ponadto, skoro ubezpieczona w okresie pozostawania w stosunku pracy i podlegania z tego tytułu obowiązkowo pracowniczemu ubezpieczeniu chorobowemu, była zwolniona z deklarowania składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe od przychodu z kontynuowanej równocześnie pozarolniczej działalności, przeto nie ma możliwości wykazania potencjalnego przychodu z tej działalności dla celów dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z okresu 12 miesięcy prowadzenia pozarolniczej działalności poprzedzających miesiąc, w którym powstała u niej w okresie trwania stosunku pracy niezdolność do pracy z powodu choroby.

W takiej szczególnej sytuacji, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego osobie objętej po ustaniu zatrudnienia i pracowniczego tytułu obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego - dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osób prowadzących pozarolniczą działalność (art. 11 ust. 2 ustawy systemowej) - należało zastosować z mocy art. 48 ust. 2 ustawy zasiłkowej odpowiednio dyspozycje art. 36 ust. 2-4 i art. 43 tej ustawy.

Ustalenie podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego osobie objętej dobrowolnym tytułem ubezpieczenia chorobowego osoby prowadzącej lub kontynuującej pozarolniczą działalność, u której niezdolność do pracy z powodu choroby powstała w okresie zatrudnienia (stosunku pracy) i która nie mogła wykazać przychodu z działalności pozarolniczej dla celów zasiłkowych za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym w zatrudnieniu powstała niezdolność od pracy, wymaga uwzględnienia wynagrodzenia uzyskanego u płatnika składek (pracodawcy) w okresie nieprzerwanego zatrudnienia, w którym powstała niezdolność do pracy (art. 36 ust. 4 w związku z art. 48 ust. 2 ustawy zasiłkowej)".

Sąd Okręgowy wskazał, że orzeczenie Sądu Najwyższego w sprawie I UK 63/11, jakkolwiek wydane w niemal identycznym stanie faktycznym jak ten, który zaistniał w sprawie niniejszej, opiera się częściowo (aczkolwiek nie w zasadniczej części) na argumentacji wywiedzionej na podstawie art. 43 ustawy zasiłkowej. Natomiast po wydaniu tego orzeczenia, na kanwie stosowania art. 43 ustawy zasiłkowej, w tym na mocy odesłania z art. 48 ust. 2 tej ustawy, ukształtowało się jednolite stanowisko, odrzucające możliwość odstąpienia od ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego na nowo w przypadku zmiany podmiotowej po stronie płatnika składek (zarówno przy zachowaniu tego samego tytułu do objęcia ubezpieczeniem chorobowym, jak i na wypadek zmiany tytułu tego ubezpieczenia).

Jak się więc wydaje, w orzecznictwie Sądu Najwyższego zarysowały się dwa przeciwstawne poglądy, przy czym różnice stanowisk po części podyktowane zostały także różnicami w stanach faktycznych rozpoznawanych spraw.

Sąd Okręgowy podkreślił, że nie można też tracić z pola widzenia tego, że orzeczenie w sprawie I UK 63/11 zapadło przed wydaniem orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r. w sprawie P 12/10, jak i przed wprowadzeniem do ustawy zasiłkowej na mocy ustawy 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) - art. 49 ust. 2 statuującego odesłanie do art. 37 ust. 1 ustawy zasiłkowej. Powyższe mogłoby więc przemawiać za odrzuceniem prezentowanego stanowiska jako nieadekwatnego do obecnych regulacji prawnych.

Jednocześnie nie może ująć uwadze, że mechanizm ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego oparty o regulację wynikającą z norm art. 48 ust. 2 w zw. z art. 36 ust. 4 ustawy zasiłkowej dla stanów faktycznych zaistniałych przed 1 stycznia 2016 r., a więc przed wprowadzeniem zmian wynikających z ustawy z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1066) i dodaniem art. 48a ust. 2, w istocie odpowiada aktualnemu stanowi prawnemu i mieści się w duchu tej legislacji. Nie sposób jednak nie dostrzec, co sygnalizowano już wcześniej, że ustalenie wysokości należnego zasiłku chorobowego w razie zmiany pracowniczego tytułu podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu wskutek ustania zatrudnienia, na dobrowolny tytuł ubezpieczenia chorobowego osoby kontynuującej lub rozpoczynającej działalność pozarolniczą przy uwzględnieniu potencjalnej pracowniczej podstawy wymiaru tego świadczenia, z pominięciem zadeklarowanej podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem - bez uwzględnienia art. 46 ustawy zasiłkowej, może prowadzić do nieuzasadnionego uprzywilejowania ubezpieczonych objętych dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej w stosunku do tych ubezpieczonych, w szczególności pracowników, którzy po utracie tytułu do objęcia ubezpieczeniem chorobowym, pomimo braku tytułu do objęcia takim ubezpieczeniem, zachowali prawo do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego na zasadach określonych w art. 7 ustawy zasiłkowej. W takim przypadku podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego nie może być bowiem wyższa niż kwota wynosząca 100% przeciętnego wynagrodzenia, podczas gdy osoba prowadząca działalność gospodarczą, chorująca nieprzerwanie od czasu ustania zatrudnienia, może w zasadzie dowolnie podwyższyć sobie podstawę wymiaru składki na ubezpieczenia chorobowe (w granicach przewidzianych przez ustawodawcę), nie mając jednocześnie obowiązku uiszczania jakiegokolwiek kwoty z tytułu składki na ubezpieczenia społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe.

Zarysowane powyżej wątpliwości co do możliwości rozstrzygnięcia sporu w niniejszej sprawie przy zastosowaniu dwóch różnych podstaw prawnych wynikających z ustawy zasiłkowej, są tym bardziej doniosłe, jeżeli brać pod uwagę argumentację Trybunału Konstytucyjnego przedstawioną w uzasadnieniu wyroku z dnia 24 maja 2012 r. w sprawie P 12/10, w którym wskazano, że: „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 przedsiębiorcę albo potrącanie z wynagrodzenia pracownika) przez określony czas. Niedopuszczalne jest więc różnicowanie wysokości zasiłków należnych ubezpieczonym, wynikające li tylko ze zmiany tytułu ubezpieczenia."

Jednocześnie Trybunał Konstytucyjny wskazał, że nie do zaakceptowania jest sytuacja, „w której z dwóch ubezpieczonych, od których wynagrodzeń latami potrącane były składki na ubezpieczenie chorobowe w jednakowej wysokości, jeden - ten pozostający niezmiennie w zatrudnieniu - otrzyma świadczenie znacząco wyższe od drugiego, który zmienił tytuł ubezpieczenia, zadeklarował przychód zbliżony do dawniejszego wynagrodzenia i opłacił od niego należną składkę. W takiej sytuacji, choć obaj ci ubezpieczeni w równym stopniu zasilali i nadal zasilają fundusz chorobowy działający w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, są traktowani nierówno pod względem możliwych do uzyskania świadczeń. Tego rodzaju zróżnicowanie musi być uznane za sprzeczne z zasadą równości i jawnie niesprawiedliwe".

Biorąc powyższe pod uwagę, w ocenie Sądu Okręgowego zagadnienie, które wyłoniło się w niniejszej sprawie, powinno zostać rozstrzygnięte przez Sąd Najwyższy, ponieważ takie rozstrzygnięcie jest niezbędne nie tylko do rozpoznania apelacji pozwanego i zakończenia przedmiotowego postępowania, ale również wskazywać będzie sposób rozstrzygania w podobnych sprawach w przyszłości.

Zdaniem Sądu Okręgowego w S. omawiana kwestia należy do bardzo istotnych. Względem na pewność prawa i konieczność zapewnienia jednolitości orzecznictwa jest wartością, która także powinna być brana pod uwagę przy sądowej wykładni prawa. Jak bowiem wskazuje się w doktrynie (W. Sanetra „Swoboda decyzji sędziowskiej”, „Przegląd Sądowy” z 2008 r., nr 11-12, s. 13), postulat jednolitości orzecznictwa ma swoje uzasadnienie tak aksjologiczne, jak i prakseologiczne, stanowiąc gwarancję sprawiedliwości i pewności stosowania prawa. Nadmierną różnorodność i niespójność orzeczeń sądowych uznaje się przy tym za istotne zagrożenie. Wskazuje się także, że orzecznictwo sprawiedliwe to orzecznictwo jednolite (E. Pieniążek „Prejudycjalność orzeczeń w procesie karnym”, Prokuratura i Prawo z 2005r., nr 12, s. 106). Podkreśla się (W. Sanetra, ibidem), że choć „rozbieżności w orzecznictwie sądowym - także te, które dotyczą wykładni prawa - są zjawiskiem nieuchronnym, jednakże nie mogą przekraczać pewnego poziomu, bo wówczas zagrożona zostaje pewność prawa, a także równość podmiotów prawa i ich bezpieczeństwo prawne, co ocenione może zostać jako stan kolidujący z klauzulą demokratycznego państwa prawnego. (...) W tym stanie rzeczy w zasadniczy sposób rośnie znaczenie ujednocniającego nadzoru Sądu Najwyższego nad orzecznictwem sądów niższych instancji, bez którego trudno przyjąć, że spełnione są wymagania wynikające z art. 183 ust. 1 Konstytucji RP oraz art. 1 ustawy o Sądzie Najwyższym (...).

III. PRZEGLĄD ORZECZNICTWA IZBY

dr Eliza Maniewska

Komunikaty do orzeczeń zapadłych w kwietniu 2018 r.

Regulamin wynagradzania, w którym pracodawca ustalił warunki i wysokość ryczałtu za nocleg kierowców w kabinie pojazdu wchodzi w życie po upływie dwóch tygodni od dnia podania go do wiadomości pracowników, w sposób przyjęty u danego pracodawcy, bez konieczności uzyskania aprobaty kierowców - art. 77² § 6 k.p.

komunikat do orzeczenia: I PK 32/17, wyrok SN z 19 kwietnia 2018 r.

sprawozdawca: SSN Krzysztof Staryk

Poz. 23 załącznika A do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze „wybijanie, oczyszczanie i wykańczanie odlewów” dotyczy tylko tych zakładów pracy, w których znajdowały się piece odlewnicze do odlewania staliwa, żeliwa, metali nieżelaznych i rur oraz odnosi się wyłącznie do prac związanych z ciągiem technologicznym odlewania.

komunikat do orzeczenia: I UK 84/17, wyrok SN z 19 kwietnia 2018 r.

sprawozdawca: SSN Krzysztof Staryk

Jeżeli nie można ustalić wysokości wynagrodzenia za pracę w okresie pozostawania w stosunku pracy (zatrudnienia w ramach stosunku pracy) dla obliczenia podstawy wymiaru składek można przyjąć kwoty obowiązującego w danym okresie minimalnego wynagrodzenia za pracę (art. 15 ust.2a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych - jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1383 ze zm.).

komunikat do orzeczenia: II UK 75/17, wyrok SN z 19 kwietnia 2018 r.

sprawozdawca: SSN Jerzy Kuźniar

Ubezpieczający pracodawca, który przez zaniechanie opłacania za ubezpieczonego pracownika składek na grupowe ubezpieczenie pracownicze z tytułu ryzyka śmierci doprowadził do rozwiązania tej umowy ubezpieczenia, ponosi na podstawie art. 471 k.c. w związku z art. 300 k.p. kontraktową odpowiedzialność za świadczenie utracone przez ubezpieczonych lub uposażonych bliskich członków rodziny z tytułu rozwiązanej z winy pracodawcy umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego w razie śmierci ubezpieczonego pracownika.

komunikat do orzeczenia: II PK 46/17, wyrok SN z 18 kwietnia 2018 r.

sprawozdawca: SSN Zbigniew Myszka

W procesie o odszkodowanie przewidziane w art. 61¹ k.p. nie jest możliwe obarczenie pracodawcy *prima facie* niewykonalnym obowiązkiem udowodnienia faktów negatywnych (niedopuszczenia się ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracodawcy wobec pracownika), jeśli pracownik nie skonkretyzuje okoliczności faktycznych, które uznaje za przejaw ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracodawcy. Dopiero wtedy pracodawcę obciąża dowód (art. 6 k.c.), że okoliczności te albo w ogóle nie miały miejsca, albo wprawdzie miały miejsce, lecz nie wypełniają one znamion naruszenia podstawowych obowiązków pracodawcy wobec pracownika, albo też że naruszenie to nie ma charakteru ciężkiego.

komunikat do orzeczenia: II PK 49/17, wyrok SN z 18 kwietnia 2018 r.

sprawozdawca: SSN Romualda Spyt

Ustalenie polskiej emerytury w wyższej ("pełnej") wysokości wypłacanej na podstawie przepisów prawa polskiego (art. 97 ustawy o emeryturach i rentach) albo we wnioskowanej przez uprawnionego jako "korzystniejszej" niższej proporcjonalnej wysokości tego świadczenia (art. 9 pkt 3 i 4 umowy z dnia 2 kwietnia 2008 r. o zabezpieczeniu społecznym między Rzeczpospolitą Polską a Stanami Zjednoczonymi Ameryki, Dz. U. z 2009 r. Nr 46, poz. 374) nie może prowadzić do ograniczenia ani korygowania przepisów prawa Stanów Zjednoczonych o redukcji zbiegających się amerykańskich i zagranicznych (w tym polskich) świadczeń emerytalnych lub rentowych (Windfall Elimination Provisions, art. 7 ust. 2 tej Umowy)

komunikat do orzeczenia: II UK 62/17, wyrok SN z 18 kwietnia 2018 r.

sprawozdawca: SSN Zbigniew Myszk

Prawo do odszkodowania z tytułu wypadku pozostającego w związku z pełnieniem służby w Policji, zaistniałego przed dniem 1 lipca 2014 r. przysługuje na podstawie art. 1 w związku z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 16 grudnia 1972 r. o odszkodowaniach przysługujących w razie wypadków i chorób pozostających w związku ze służbą w Policji (Dz.U. Nr 53, poz. 345 ze zm.).

komunikat do orzeczenia: II UK 65/17, wyrok SN z 18 kwietnia 2018 r.

sprawozdawca: SSN Małgorzata Wrębiakowska-Marzec

Przesłanka egzoneracyjna z art. 116 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa (jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 201) odnosi się do zaspokojenia należności podatkowych spółki, a nie ich części przypisanych członkowi zarządu

komunikat do orzeczenia: II UK 56/17, wyrok SN z 17 kwietnia 2018 r.

sprawozdawca: SSN Bohdan Bieniek

Na gruncie umowy o zabezpieczeniu społecznym między Rzeczpospolitą Polską a Stanami Zjednoczonymi Ameryki, podpisanej 2 kwietnia 2008 r. (Dz.U. 2009 r. Nr 46, poz. 374), ubezpieczony może domagać się przyznania emerytury proporcjonalnej, która może być kwotowo niższa niż pełna emerytura, jeżeli uważa, że jest dla niego korzystniejsza.

komunikat do orzeczenia: II UK 53/17, wyrok SN z 12 kwietnia 2018 r.

sprawozdawca: SSN Zbigniew Korzeniowski

Ewa Przedwojska

Tezy bieżących orzeczeń

Sprawy z zakresu prawa pracy

Rozwiązanie stosunku pracy - ogólnie

Wyrok SN z dnia 7 lutego 2018 r., II PK 344/16

Sędzia spraw. B. Cudowski

Rozwiązanie umowy o pracę za porozumieniem stron z przyczyny określonej w art. 52 § 1 pkt 1 k.p. nie może zostać zakwalifikowane jako rozwiązanie stosunku pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników.

Podróż służbowa

Wyrok SN z dnia 18 grudnia 2018 r., I PK 249/16

Sędzia spraw. K. Gonera

1. Pracodawca może w aktach prawa zakładowego albo w umowie o pracę ustalić niższy ryczałt za nocleg niż wynikający z przepisów powszechnie obowiązujących. Jeżeli jednak nie ustali wysokości ryczałtu, albo wyraźnie i jednoznacznie wykluczy jego wypłatę, wówczas przed pracownikiem otwiera się droga dochodzenia ryczałtu za nocleg w wysokości wynikającej z rozporządzeń wykonawczych wydanych na podstawie art. 77⁵ k.p.

2. Przepis art. 77⁵ § 5 k.p. posługuje się zwrotem "nie zawiera postanowień, o których mowa w § 3". Chodzi więc o sytuację, w której zakładowe źródła prawa pracy albo umowa o pracę w ogóle nie regulują należności z tytułu podróży służbowej. Brak regulacji należy rozpatrywać rodzajowo, tzn. jeżeli pracodawca reguluje kwestię diet, a pomija inne koszty podróży służbowej (np. koszty noclegu), to oznacza, że w tym zakresie u pracodawcy nie ma wewnętrznych regulacji, o których mowa w art. 77⁵ § 3 k.p., a zatem możliwe jest sięgnięcie do przepisów powszechnie obowiązujących.

Wyrok SN z dnia 27 kwietnia 2017 r., I PK 90/16

Sędzia spraw. K. Gonera

1. Artykuł 8 ust. 8 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 marca 2006 r. nr 561/2006 w sprawie harmonizacji niektórych przepisów socjalnych odnoszących się do transportu drogowego przewiduje, że regularny tygodniowy okres odpoczynku kierowcy powinien być wykorzystany w hotelu (motelu), na terenie bazy

lub w porównywalnym miejscu albo w domu. Nie ulega wątpliwości, że pracodawca ma obowiązek pokrycia kosztów noclegu kierowcy poza kabiną w przypadku regularnego tygodniowego okresu odpoczynku (35 godzin wypoczynku stosownie do art. 14 ust. 2 ustawy z 2004 r. o czasie pracy kierowców); jeśli kierowca nie przedstawi rachunku za nocleg, rekompensatą powinien być ryczałt za nocleg. Przepisy te uniemożliwiają polskim pracodawcom całkowite pominięcie w regulaminach wynagradzania ryczałtu za nocleg, nawet w przypadku zapewnienia pojazdu z miejscami noclegowymi. Ponieważ kierowcy przeważnie pracują w systemie trzy tygodnie pracy zagranicą i tydzień wypoczynku w Polsce, muszą korzystać zagranicą z regularnego tygodniowego wypoczynku, który nie może odbywać się w kabinie pojazdu. W tym kontekście kwestią sporną są tylko zwroty kosztów noclegu w przypadku dziennych i skróconych tygodniowych okresów wypoczynku, które mogą odbywać się w kabinie pojazdu.

2. Jeżeli pracodawca określi w przepisach wewnętrznych (np. regulaminie wynagradzania) kwoty odpowiednio kompensujące zwiększone koszty ponoszone przez kierowcę zatrudnionego w transporcie międzynarodowym w czasie wykonywania pracy zagranicą, to nie ma on obowiązku wypłacania dodatkowo ryczałtów za noclegi.

Wyrok SN z dnia 13 marca 2018 r., I PK 364/16
Sędzia spraw. K. Staryk

Art. 8 ust. 6 i 8 rozporządzenia (WE) nr 561/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 marca 2006 r. w sprawie harmonizacji niektórych przepisów socjalnych odnoszących się do transportu drogowego (Dz.U. 2006, L. 102, s. 1) zakazuje kierowcy spędzania regularnych tygodniowych okresów odpoczynku w pojeździe, co powoduje, że w regulaminie zakładowym konieczne jest zapewnienie kierowcy ryczałtu za nocleg w wysokości pokrywającej rzeczywiste koszty noclegu. Wysokość ryczałtu za pozostałe noclegi, odbywane w kabinie pojazdu powinna wynikać z umowy o pracę lub zakładowego regulaminu wynagrodzeń.

Dyskryminacja pracownika

Wyrok SN z dnia 14 grudnia 2017 r., I PK 342/16
Sędzia spraw. H. Kiriło

1. Mimo tego, iż zarówno Konstytucja RP, jak i Kodeks pracy zabraniają jakiegokolwiek nierównego traktowania (nierównego traktowania w zatrudnieniu), a nie tylko jego kwalifikowanej postaci, jaką jest dyskryminacja (czyli nierówne traktowanie z uwagi na wymienione w przepisach kryteria dyskryminacji), to roszczenie o odszkodowanie wywodzone z art. 18^{3d} k.p. przysługuje jedynie za ową kwalifikowaną postać nierównego traktowania.

2. Skorzystanie przez pracownika z przysługującego mu prawa do wniesienia do sądu pracy odwołania od wypowiedzenia umowy o pracę nie stanowi kryterium

dyskryminacji w rozumieniu art. 18^{3a} § 1 k.p. (gdyż nie dotyczy cechy osobistej pracownika, ani nie mieści się w zamkniętym wykazie przyczyn związanych z wykonywaną pracą), a jedynie można w tym przypadku mówić o niedozwolonym w świetle art. 11² k.p. różnicowaniu sytuacji prawnej pracowników (kandydatów na pracowników).

Wyrok SN z dnia 13 lutego 2018 r., II PK 345/16
Sędzia spraw. H. Kiryło

Katalog dotyczących osoby pracownika kryteriów dyskryminacyjnych z art. 11³ k.p. i art. 18^{3a} § 1 k.p. jest otwarty. Jednakże kryteriami tymi mogą być tylko takie niezwiązane z wykonywaną pracą cechy osobiste pracownika, które mają konkretny i weryfikowalny charakter, a gorsze traktowanie z uwagi na te przesłanki jest społecznie nieakceptowalne. Zasadniczo więc kryteriów tych nie stanowią pojęcia niedookreślone, nieostre. Wspomniane przymioty osobiste oraz ich wpływ na dyskryminacyjne dla pracownika decyzje pracodawcy są przedmiotem uprawdopodobnienia, a następnie dowodzenia stron w procesie sądowym o odszkodowanie z tytułu naruszenia zasady równego traktowania w zatrudnieniu.

Stosunek pracy na podstawie powołania

Wyrok SN z dnia 7 marca 2018 r., I PK 361/16
Sędzia spraw. J. Frańczak

Na podstawie art. 9 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r., poz. 50) stosunek pracy kierowników placówek terenowych KRUS nie ulegał przekształceniu na stosunek pracy na podstawie powołania.

Szczególna ochrona stosunku pracy

Wyrok SN z dnia 14 lutego 2018 r., I PK 354/16
Sędzia spraw. Z. Myszka

Do wypowiedzania korzystniejszych świadczeń związanych z pracą, takich jak odprawa emerytalna lub rentowa, które wynikały z definitywnie „uchylonego” regulaminu wynagradzania, ale nie mieściły się w pojęciu warunków wynagradzania pracowników, w tym osób zarządzających w imieniu pracodawcy zakładem pracy w rozumieniu art. 31 lub art. 128 § 2 pkt 2 k.p., nie stosuje się przepisów ograniczających dopuszczalność wypowiedzania warunków umowy o pracę w części odsyłającej do postanowień regulaminu pracy (art. 77² § 5 w związku z art. 241¹³ § 2 k.p. w opozycji do art. 41 k.p.).

Porozumienie zbiorowe

Wyrok SN z dnia 1 marca 2018 r., I PK 168/17

Sędzia spraw. R. Spyt

1. Zawieszenie stosowania regulaminu jeszcze przed jego wejściem w życie wywiera taki skutek, że z dniem ogłoszenia wchodzi on w życie i jednocześnie z tym dniem jego stosowanie ulega zawieszeniu.

2. Oparte na ustawie porozumienie pomiędzy pracodawcą o działającymi u niego organizacjami związkowymi o zawieszeniu stosowania regulaminu wynagradzania (art. 91 § 1 k.p.) nie musi sprowadzać się wyłącznie do jednostronnego uwolnienia się pracodawcy od stosowania wszystkich lub niektórych postanowień tego aktu prawnego, lecz może zawierać także inne postanowienia regulujące sytuację prawną pracowników w okresie zawieszenia regulaminu, rekompensujące im w pewnym stopniu umniejszenie ich praw.

3. Podstawowym warunkiem wyinterpretowania z określonego przepisu prawa pracy możliwości zawarcia danego porozumienia zbiorowego (art. 9 § 1 k.p.), jest jego niesprzeczność z ustawowo określonym celem, który miałby się spełnić w wyniku jego zawarcia.

Godziny nadliczbowe

Wyrok SN z dnia 1 marca 2018 r., II PK 354/16

Sędzia spraw. B. Bieniek

Czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (portierów) regulują przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (jednolity tekst: Dz. U. z 2018 r. poz. 160).

Przywrócenie do pracy

Wyrok SN z dnia 8 marca 2018 r., II PK 8/17

Sędzia spraw. R. Spyt

1. Za sprzeczne ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem prawa uznać należy przywrócenie do pracy pracownika, którego zawinione zachowania, ujawnione po rozwiązaniu stosunku pracy, obiektywnie stanowią uzasadnioną podstawę do rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika.

2. Zasady współżycia społecznego nie pozwalają na włączenie do zespołu pracowników (przez przywrócenie do pracy) osoby, która, działając wbrew istotnym interesom zakładu pracy czy wręcz na jego szkodę, niszczyła lub istotnie uszczupeła wspólny dorobek osiągniany uczciwą pracą pozostałych pracowników.

Rozwiązanie stosunku pracy za wypowiedzeniem

Wyrok SN z dnia 14 marca 2018 r., II PK 360/16
Sędzia spraw. Z. Myszka

1. Wniesienie odwołania od wypowiedzenia umowy o pracę na czas nieokreślony w terminie 21 dni od doręczenia pisma wypowiedzającego umowę o pracę (art. 264 § 1 k.p.), stanowi czynność podjętą przed właściwym organem powołanym do rozstrzygania sporów (sądem pracy) w celu dochodzenia spornego roszczenia, która przerywa bieg terminów przedawnienia każdego z roszczeń przysługujących z tytułu nieuzasadnionego lub bezprawnego wypowiedzenia umowy o pracę (art. 45 § 1 w związku z art. 295 pkt 1 k.p.).

2. Jeżeli pracownik świadomie dochodził w odwołaniu (pozwie) odszkodowania z tytułu niezgodnego z prawem lub nieuzasadnionego wypowiedzenia umowy o pracę w kwocie niższej od przysługującej na podstawie w art. 47¹ k.p., to odsetki od zasądanego odszkodowania przysługują w tej części od daty doręczenia pozwanemu pracodawcy odwołania zawierającego takie żądanie w niższej („pierwotnej”) wysokości, a w dalszej („rozszerzonej”) w postępowaniu pierwszoinstancyjnym wysokości tego samego żądania - od daty doręczenia pracodawcy rozszerzonego powództwa w wyższej kwocie.

Ugoda – odpowiedzialność materialna

Wyrok SN z dnia 21 lutego 2018 r., III PK 14/17
Sędzia spraw. M. Wrębiakowska-Marzec

Ugoda pozasądowa zobowiązująca pracownika ponoszącego odpowiedzialność materialną na podstawie art. 114 k.p. do zapłaty odszkodowania w wysokości przewyższającej limit wynikający z art. 119 k.p. jest nieważna (art. 58 § 1 k.c. w związku z art. 300 k.p.).

Nauczyciel akademicki

Wyrok SN z dnia 24 stycznia 2018 r., I PK 314/16
Sędzia spraw. B. Cudowski

Brak przyznania negatywnej oceny ostatecznej, oceny okresowej i rozwiązanie stosunku pracy z mianowania za wypowiedzeniem, na podstawie art. 124 ust. 1 pkt 3 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, należy kwalifikować jako naruszenie przepisów o wypowiedzaniu stosunku pracy.

Sprawy z zakresu ubezpieczeń społecznych

Błąd organu rentowego

Wyrok SN z dnia 20 lutego 2018 r., II UK 704/16
Sędzia spraw. J. Kuźniar

Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 października 2011 r. w sprawie postępowania o świadczenia emerytalno-rentowe (Dz.U. Nr 237, poz. 1412), organy rentowe udzielają informacji, w tym wskazówek i wyjaśnień, w zakresie dotyczącym warunków i dowodów wymaganych do ustalania świadczeń emerytalno-rentowych. Gdyby organ rentowy wypełnił ciężący na nim obowiązek wyjaśnienia charakteru pracy ubezpieczonej i związanej z tym kwestii jej wykształcenia, wówczas przyznałby należne świadczenie już na podstawie pierwszego złożonego przez nią wniosku. Niewyjaśnienie tej okoliczności wskutek zaniechania przez organ rentowy wypełnienia obciążającego go „obowiązku informacyjnego”, prowadzące do ustalenia wykształcenia wnioskodawczyni i czasu trwania okresu studiów, może zostać zakwalifikowane jako błąd organu rentowego w rozumieniu art. 133 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1383 ze zm.).

Ubezpieczenie społeczne górników

Wyrok SN z dnia 15 lutego 2018 r., I UK 555/16
Sędzia spraw. B. Bieniek

Okres wykonywania pracy górniczej pod ziemią, stale i w pełnym wymiarze na stanowisku społecznego inspektora pracy, uprawnia do uzyskania emerytury w myśl art. 50c ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (jednolity tekst: Dz. U. z 2017 r., poz. 1383)

Okresy składkowe i nieskładkowe

Wyrok SN z dnia 21 marca 2018 r., II UK 1/17
Sędzia spraw. Z. Korzeniowski

Renta chorobowa nie jest równoznaczna z rentą inwalidzką (potem z tytułu niezdolności do pracy) jako okres nieskładkowy z art. 7 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z FUS.

Wyrok SN z dnia 1 marca 2018 r., III UK 35/17
Sędzia spraw. H. Kiryło

Warunkiem stosowania przepisów art. 5 ust. 4 i 5 oraz art. 6 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (jednolity tekst Dz. U. z 2017 r., poz. 1383) w odniesieniu do osób, które współpracowały z osobami prowadzącymi zakład rzemieślniczy (prowadzącymi działalność gospodarczą), jest faktyczne "opłacenie składki", a jej "nieopłacenie" powoduje nieuwzględnienie danego okresu podlegania ubezpieczeniu społecznemu w ustaleniu okresów składkowych rzutuujących na prawo do emerytury lub renty oraz wysokość świadczeń.

Emerytura

Wyrok SN z dnia 22 marca 2018 r., II UK 8/17
Sędzia spraw. Z. Korzeniowski

Może wystąpić sytuacja, gdy ubezpieczony nie ma okresów składkowych pozwalających na ustalenie podstawy wymiaru zgodnie z warunkami z art. 15 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z FUS. Wówczas emerytura ustalona z uwzględnieniem okresów ubezpieczenia społecznego rolników (art. 10 ust. 1) nie ma zwiększenia liczonego od podstawy wymiaru, zgodnie z art. 56 ust. 1 w związku z art. 53 ust. 1 pkt 2 i 3. Emeryturę zwiększa się na podstawie art. 56 ust. 3 o kwotę odpowiadającą części składkowej emerytury ustalonej według zasad wymiaru określonych w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Rolnicza renta inwalidzka

Wyrok SN z dnia 22 lutego 2018 r., II UK 713/16
Sędzia spraw. H. Kiryło

Zasądzenie prawomocnym wyrokiem sądowym jednorazowego odszkodowania z tytułu rolniczej choroby zawodowej nie przesądza o wyniku sporu sądowego o przyznanie prawa do renty rolniczej z art. 21 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (jednolity tekst: Dz. U. z 2015 r., poz. 704 ze zm.).

Zasiłek chorobowy

Wyrok SN z dnia 13 lutego 2018 r., II UK 698/16
Sędzia spraw. Z. Korzeniowski

Wydłużony zasiłek macierzyński dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą nie powoduje ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, jeżeli nie spełniają się przesłanki ustania tego ubezpieczenia z art. 14 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. O dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym osoby prowadzącej działalność gospodarczą nie

decyduje to, czy ponownie zgłosiła się do ubezpieczenia chorobowego po zasiłku macierzyńskim lecz to czy wcześniej zgłosiła się do tego ubezpieczenia i spełniła warunki do uzyskania zasiłku macierzyńskiego.

Radca prawny

Wyrok SN z dnia 1 marca 2018 r., III UK 33/17
Sędzia spraw. H. Kiryło

Z mocy zawartego w § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (jednolity tekst: Dz. U. z 2015 r., poz. 2236) odesłania do przepisu § 2 ust. 1 pkt 29 tego rozporządzenia, należy wyłączyć wartość zwróconych przez zleceniodawcę kosztów szkolenia z podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe aplikantów adwokackich zatrudnionych przez patronów na podstawie umów o świadczenie usług, do których zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia.

Składki na ubezpieczenie społeczne

Wyrok SN z dnia 10 stycznia 2018 r., I UK 303/17
Sędzia spraw. H. Kiryło

W świetle art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz. U. z 2017 r., poz. 1778 ze zm.), zarówno nieprzerwane podleganie ubezpieczeniom społecznym z wymienionych w tym przepisie tytułów, jak i wymaganie opłacania składek na te ubezpieczenia, dotyczy 6-miesięcznego okresu bezpośrednio przed dniem rozpoczęcia sprawowania opieki nad dzieckiem.

Niezdolność do pracy z powodu choroby - wynagrodzenie gwarancyjne

Postanowienie SN z dnia 7 marca 2018 r., III UZP 1/18
Sędzia spraw. Z. Myszka

W granicach dyspozycji art. 59 ust. 6 ustawy zasiłkowej sądy *meriti* oceniają tylko to, czy ubezpieczony uniemożliwił z przyczyn zawinionych (por. art. 66 ust. 2 ustawy) przeprowadzenie badań kontrolnych w wyznaczonym przez organ ubezpieczeń społecznych w sposób prowadzący do wydania decyzji o utracie ważności zaświadczenia lekarskiego (art. 59 ust. 6 ustawy zasiłkowej w związku z art. 80 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) i usprawiedliwiający wydanie decyzji o braku prawa do zasiłku (art. 59 ust. 10 ustawy zasiłkowej) lub decyzji o zwrocie pobranych nienależnie z winy ubezpieczonego, w tym wskutek

uniemożliwienia badań kontrolnych i utraty prawa do zasiłku od dnia następującego po dniu wyznaczonych badań (art. 66 ust. 2 tej ustawy).

Praca w szczególnych warunkach

Wyrok SN z dnia 23 stycznia 2018 r., III UK 24/17

Sędzia spraw. B. Gudowska

W procesie stosowania prawa niedopuszczalne jest rozszerzanie ustalonego przez ustawodawcę zamkniętego katalogu wykazu pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz. U. Nr 8, poz. 43, ze zm.).

Wyrok SN z dnia 7 marca 2018 r., I UK 571/16

Sędzia spraw. B. Gudowska

Mieszanina gazów propanu i butanu ma zdolność spowodowania wybuchu, lecz tylko w odpowiednich warunkach, więc uznanie jej za materiał wybuchowy wymaga ustalenia istnienia tych warunków przy wykonywaniu pracy wymienionej w wykazie A, dziale IV pod poz. 40 załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz.U. Nr 8, poz. 43 ze zm.).

Emerytura górnicza- służba wojskowa

Wyrok SN z dnia 30 stycznia 2018 r., I UK 513/16

Sędzia spraw. J. Frańczak

Czas odbywania przez ubezpieczonego zasadniczej służby wojskowej w okresie obowiązywania art. 108 ust. 1 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (w brzmieniu obowiązującym do dnia 31 grudnia 1974 r.) zalicza się - przy spełnieniu określonych w tejże ustawie warunków - do stażu pracy górniczej, o której mowa w art 50 c ust 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (obecnie jednolity tekst: Dz. U. z 2017 r., poz. 1383 ze zm.), uprawniającego do obniżenie wieku emerytalnego na zasadach wynikających z art. 39 tej ustawy.

Zasiłek chorobowy

Wyrok SN z dnia 15 marca 2018 r., I UK 49/17

Sędzia spraw. Z. Myszka

W okresach udokumentowanej niezdolności do pracy wskutek choroby jednoosobowo zarządzający spółką z o.o. prezes zarządu ma obowiązek powstrzymania się od wykonywania czynności zarządu pod rygorem utraty prawa do zasiłku chorobowego (art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej), przeto do podejmowania koniecznych („wymuszonych”) czynności prawnych lub faktycznych przez lub w imieniu spółki powinien w okresie korzystania ze świadczeń chorobowych umocować lub wyznaczyć inną upoważnioną osobę.

Ubezpieczenie społeczne górników

Wyrok SN z dnia 1 marca 2018 r., I UK 469/16
Sędzia spraw. R. Spyt

Artykuł 50d ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (jednolity tekst Dz.U. z 2017 r., poz. 1383 ze zm.) nie ma zastosowania do emerytury z art. 50e tej ustawy.

Sprawy różne

Skarga kasacyjna - dopuszczalność

Postanowienie SN z dnia 19 grudnia 2017 r., I UZ 42/17
Sędzia spraw. K. Gonera

Sprawa, w której spór dotyczy tego, czy adresat decyzji organu rentowego jest płatnikiem składek na ubezpieczenia społeczne, dotyczy przedmiotowo obowiązku uiszczania tych składek, a nie podlegania ubezpieczeniu. Sprawa taka nie należy do kategorii spraw wymienionych w art. 398² § 1 zdanie drugie k.p.c., a o dopuszczalności skargi kasacyjnej decyduje wartość przedmiotu zaskarżenia.

Urlop dla poratowania zdrowia

Wyrok SN z dnia 15 marca 2018 r., III KRS 1/18
Sędzia spraw. B. Bieniek

Udzielenie sędziemu urlopu dla poratowania zdrowia w myśl art. 93 ustawy z dnia 27 lipca 2001r. - Prawo o ustroju sądów powszechnych (jednolity tekst: Dz.U. z 2018r. poz. 23) nie może być następstwem swobodnej (uznaniowej) decyzji Ministra Sprawiedliwości.

Wznowienie postępowania cywilnego

Postanowienie SN z dnia 18 stycznia 2017 r., I PZ 16/17
Sędzia spraw. K. Gonera

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 listopada 2016 r. K 11/15 (OTK-A 2016, poz. 93) jest wyrokiem zakresowym, a nie wyrokiem interpretacyjnym, co oznacza, że może stanowić podstawę wznowienia postępowania (art. 401¹ k.p.c.) w sprawie dotyczącej należności z tytułu podróży służbowych przysługujący kierowcom zatrudnionym w transporcie międzynarodowym, jeżeli zakwestionowane w nim przepisy stanowiły podstawę wydania orzeczenia w sprawie objętej skargą o wznowienie.

Postanowienie SN z dnia 18 stycznia 2017 r., I UZ 60/17
Sędzia spraw. B. Gudowska

Na postanowienie Sądu drugiej instancji w przedmiocie odrzucenia skargi o wznowienie postępowania przysługuje zażalenie do Sądu Najwyższego na podstawie art. 394¹ § 2 k.p.c.

Umorzenie postępowania cywilnego

Postanowienie SN z dnia 16 stycznia 2018 r., III UK 18/17
Sędzia spraw. H. Kiryło

W celu zapobiegnięcia umorzeniu postępowania zawieszono na podstawie art. 176, art. 177 § 1 pkt 5 i art. 178 k.p.c. wystarczające jest złożenie wniosku o jego podjęcie przed upływem rocznego terminu liczonego od daty zawieszenia. Kontynuacja postępowania zależy bowiem w tej sytuacji wyłącznie od woli stron.

Postanowienie SN z dnia 18 stycznia 2018 r., I PK 18/17
Sędzia spraw. K. Gonera

1. Ze względu na doniosłe skutki dla stron, jakie pociąga za sobą umorzenie postępowania, sąd - orzekając w przedmiocie umorzenia (art. 182 § 1 k.p.c.) - nie może opierać się na formalnej przyczynie zawieszenia, powołanej w postanowieniu o zawieszeniu, lecz powinien zbadać i ocenić rzeczywiste powody zawieszenia postępowania.

2. Skuteczne doręczenie zawiadomienia o rozprawie wyłącznie pełnomocnikowi procesowemu powoda (art. 133 § 3 k.p.c.) uzasadnia zawieszenie postępowania na podstawie art. 177 § 1 pkt 5 k.p.c. w razie jego niestawiennictwa także w sytuacji, gdy sama strona nie została zawiadomiona o rozprawie.

3. Zarządzenie przewodniczącego o wyznaczeniu rozprawy (art. 208 k.p.c.) powinno jednoznacznie określać, kogo należy wezwać na rozprawę (ze skutkami procesowymi niestawiennictwa), a kogo należy o niej jedynie zawiadomić.

Przewlekłość postępowania

Wyrok SN z dnia 7 marca 2018 r., III SPP 12/18
Sędzia spraw. D. Miąsik

Skarga na przewlekłość postępowania wniesiona po wyznaczeniu terminu rozprawy zarządzeniem wydanym przed wpływem 12-tu miesięcy od wpływu akt sprawy do sądu drugiej instancji jest co do zasady nieuzasadniona.

Przywrócenie terminu procesowego

Postanowienie SN z dnia 14 grudnia 2017 r., I PZ 10/17
Sędzia spraw. K. Gonera

Skumulowanie w czasie czterech spraw toczących się przed różnymi sądami w różnych miejscowościach nie jest czymś nadzwyczajnym w praktyce kancelarii adwokackiej lub radcowskiej. Złożenie wniosku o sporządzenie uzasadnienia wyroku w zupełnie innej sprawie, toczącej się przed innym sądem, w innej miejscowości, z udziałem innych stron, do tego w sprawie gospodarczej, a nie pracowniczej, nie może być potraktowane jako zwykła pomyłka usprawiedliwiona szczególną kumulacją w tym samym czasie kilku spraw prowadzonych przez tego samego pełnomocnika i nie uzasadnia przywrócenia terminu do dokonania czynności procesowej (złożenia wniosku o sporządzenie uzasadnienia wyroku) z powodu braku winy (art. 168 k.p.c.).

Niedopuszczalność zażalenia na postanowienie Sądu Najwyższego

Postanowienie SN z dnia 14 grudnia 2017 r., II PO 1/18
Sędzia spraw. R. Spyt

Wniesienie skargi o wznowienie postępowania, dla której właściwy jest sąd drugiej instancji, nie powoduje, że staje się on sądem pierwszej instancji, a Sąd Najwyższy, rozpoznający zażalenie na odrzucenie tej skargi, sądem drugiej instancji.

Wartość przedmiotu zaskarżenia

Postanowienie SN z dnia 19 grudnia 2017 r., I PZ 12/17
Sędzia spraw. K. Gonera

1. Wskazana w pozwie przez powoda wartość przedmiotu sporu, która nie została sprawdzona przez sąd pierwszej instancji (art. 25 § 1 i 2 k.p.c.), pozostaje aktualna w postępowaniu apelacyjnym (art. 368 § 2 k.p.c.) i kasacyjnym (art. 368 § 2 w związku z art. 398⁴ § 3 i art. 398²¹ k.p.c.), jeżeli nie doszło do przekształceń przedmiotowych powództwa.

2. Pozwany nie może być zobowiązany na etapie postępowania kasacyjnego (przy ocenie dopuszczalności skargi kasacyjnej ze względu na wartość przedmiotu zaskarżenia- art. 398² § 1 k.p.c.) do wyjaśnienia, jakimi względami kierował się powód, oznaczając w pozwie wartość przedmiotu sporu na określoną kwotę.

Koszty postępowania

Uchwała SN z dnia 7 marca 2018 r., III PZP 5/17

Sędzia spraw. J. Strusińska-Żukowska

W sprawie o przywrócenie do pracy i łącznie z nim dochodzone wynagrodzenie za czas pozostawania bez pracy stronie reprezentowanej w postępowaniu apelacyjnym przez radcę prawnego ustanowionego z wyboru należne są koszty zastępstwa procesowego, które obejmują zarówno stawkę minimalną za prowadzenie sprawy o przywrócenie do pracy (§ 9 ust. 1 pkt 1 w związku z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych; jednolity tekst: Dz. U. z 2018 r., poz. 265), jak i stawkę minimalną za prowadzenie sprawy o wynagrodzenie za pracę (§ 9 ust. 1 pkt 2 w związku z § 10 ust. 1 pkt 1 tego rozporządzenia).

Ochrona konkurencji i konsumentów

Wyrok SN z dnia 8 listopada 2017 r., III SK 53/16

Sędzia spraw. D. Miąsik

Wyплаты, wypłaty transferowe oraz zwroty środków zgromadzonych na IKE prowadzonych w ramach rachunku oszczędnościowego nie są bankowymi rozliczeniami pieniężnymi w rozumieniu art. 63 ust. 1 Prawa bankowego.

Wyrok SN z dnia 25 października 2017 r., III SK 38/16

Sędzia spraw. A. Wróbel

Porozumienia ustalającego wysokość opłaty interchange nie można traktować jako porozumienia zakazanego ze względu na cel. Oznacza to m.in. że przy przyjęciu tego założenia, Sąd Najwyższy za relewantne uznaje to, że wysokość opłaty interchange nie musi pozostawać w bezpośrednim związku z ceną płaconą przez ostatecznego konsumenta za dany produkt lub usługę oraz to, że tego rodzaju porozumienie obok negatywnych skutków dla konkurencji może wywierać także skutki pozytywne.

Nowelizacja ustawy o usługach płatniczych nie doprowadziła do zalegalizowania porozumienia banków ustalających jednolitą opłatę interchange.

Prezes UOKiK rozstrzygając po raz pierwszy o ograniczeniu dostępu do materiału dowodowego lub modyfikując wcześniejsze postanowienie wydane na podstawie art. 69 ust. 1 uokik powinien mieć na uwadze prawo do wysłuchania stron i

nie ograniczać dostępu do tego rodzaju informacji, które stanowią dowód naruszenia w sprawie.

Wysokość opłaty interchange ma znaczenie dla rozstrzyganej sprawy odnośnie do podstaw do wyłączenia indywidualnego w zakresie w jakim pozwala na ustalenie, czy część korzyści z tytułu zawarcia porozumienia odnieśli akceptanci jako użytkownicy systemu czterostronnego. Nie chodzi tutaj o korzyści z funkcjonowania czterostronnego systemu płatniczego, a korzyści uzyskane przez akceptantów w związku ze wspólnym ustaleniem wysokości opłaty interchange.

Prawo antymonopolowe

Wyrok SN z dnia 4 października 2017 r., III SK 49/16
Sędzia spraw. D. Miąsik

Nagły i wysoki (43%) wzrost ceny za usługę nie dowodzi narzucenia przez dominanta rażąco wygórowanej ceny (art. 8 ust. 2 pkt 1 ustawy z 15.12.2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, j. t. Dz. U. z 2005 r., nr 244, poz. 2080).

Prokurator - stan spoczynku

Wyrok SN z dnia 9 stycznia 2018 r., III PO 19/17
Sędzia spraw. Z. Korzeniowski

Prokurator nie ma roszczenia o przeniesienie w stan spoczynku w sytuacji z art. 71 § 1 ustawy Prawo o ustroju sądów powszechnych w związku z art. 127 § 1 ustawy Prawo o prokuraturze.

Prawo telekomunikacyjne

Wyrok SN z dnia 1 marca 2018 r., III SK 10/17
Sędzia spraw. D. Miąsik

Zmiana Zalecenie KE oraz opracowanie nowego modelu regulacyjnego są okolicznościami uzasadniającymi weryfikację adekwatności i proporcjonalności obowiązków regulacyjnych nałożonych na przedsiębiorcę o znaczącej pozycji rynkowej na rynku zakończenia połączeń w jego sieci telekomunikacyjnej.

IV. OPRACOWANIA I ANALIZY

dr Izabela Twardowska-Mędrak

Ubezpieczenie zdrowotne - dopuszczalność skargi kasacyjnej (Notatka do sprawy III UZP 9/17)

I. Przedmiot zagadnienia prawnego.

Postanowieniem z dnia 13 grudnia 2017r., II UZ 102/17 Sąd Najwyższy odroczył rozpoznanie sprawy i na podstawie art. 398¹⁷ § 1 k.p.c. przekazał do rozstrzygnięcia składowi powiększonemu zagadnienia prawne:

„Czy sprawa z odwołania od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, ustalającej "zerową" podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne z uwagi na niepodleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu wykonywania pracy na podstawie umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usługi, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące zlecenia (art. 66 ust. 1 pkt e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jednolity tekst: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938), jest sprawą o objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego, w której skarga kasacyjna przysługuje niezależnie od wartości przedmiotu zaskarżenia (art. 398² § 1 zdanie pierwsze i drugie k.p.c.)”?

Zagadnienie powstało przy rozpoznawaniu sprawy z wniosku C. S.A. w W. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w W. przy udziale Jakuba G., Pawła K., Iwony K., Roberta J., M. Sp. z o.o. w S., M. Sp. z o.o. w B., E. Sp. z o.o. w G.

W skarżonych decyzjach organ rentowy na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 1 i 3, w zw. z art. 38 ust. 1, art. 68 ust. 1 pkt 1 lit a i c oraz art. 4 pkt 2 lit a i art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.) w zw. z art. 81 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. Z 2008 r. Nr 164, poz. 127 ze zm.) stwierdził, że podstawa wymiaru składek C. S.A. za wskazane miesiące wynosi 0,00 zł.

Wyrokiem z dnia 21 czerwca 2016 r. Sąd Okręgowy we Wrocławiu oddalił odwołania C. S.A.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pełnomocnik zainteresowanego M. Sp. z o.o. w B. oraz pełnomocnik wnioskodawcy C. S.A.

Sąd Apelacyjny we Wrocławiu oddalił obie apelacje.

Skarga kasacyjna C. S.A. została odrzucona przez Sąd Apelacyjny w W. postanowieniem z dnia 25 kwietnia 2017 r., sygn. Akt. III AUa 1890/16.

Sąd Apelacyjny stwierdził, że w niniejszej sprawie wnioskodawca odwołał się od decyzji organu rentowego, w których określono, że podstawa wymiaru i składka na ubezpieczenie zdrowotne ubezpieczonych z tytułu wykonywania pracy na podstawie

umów zlecenia u płatnika składek C. S.A. wynosiła 0. Istota sporu sprowadzała się do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne ubezpieczonych jako pracowników u zainteresowanych, w okresie wykonywania pracy na podstawie umowy zlecenia zawartej z wnioskodawcą C. S.A., a tym samym do rozstrzygnięcia, czy ubezpieczonych można uznać za pracowników w rozumieniu art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2016 r., poz. 963 ze zm.; dalej ustawa systemowa). W związku z tym, zdaniem Sądu Apelacyjnego, przedmiotem sporu, a w konsekwencji przedmiotem zaskarżenia jest jedynie wysokość należnych składek od zwiększonych podstaw wymiaru na ubezpieczenia opisane w zaskarżonych decyzjach. Z uwagi na wysokość należnych składek w kwocie niższej niż 10.000 zł, skarga kasacyjna nie jest dopuszczalna.

W zażaleniu na powyższe postanowienie odwołująca się Spółka zarzuciła naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na treść postępowania i wydanego w sprawie postanowienia z dnia 17 sierpnia 2017 r., a mianowicie: art. 398² § 1 k.p.c., przez odrzucenie skargi kasacyjnej jako niedopuszczalnej ze względu na wartość przedmiotu zaskarżenia, podczas gdy została ona złożona w sprawach, w których skarga kasacyjna jest dopuszczalna niezależnie od wartości przedmiotu zaskarżenia; art. 398⁶ § 2 k.p.c., przez jego zastosowanie, mimo że nie zachodziły okoliczności uzasadniające jego zastosowanie i odrzucenie skargi kasacyjnej strony skarżącej.

W uzasadnieniu wskazano, że sprawa, w której wniesiono skargę kasacyjną ma charakter sprawy o objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego, a więc wniesienie skargi kasacyjnej na rozstrzygnięcie Sądu drugiej instancji należy uznać za dopuszczalne, mimo że wartość przedmiotu zaskarżenia nie przekracza 10.000 zł. Za sprawę o objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego należy bowiem uznać sprawę, w której ustalone jest, czy dany podmiot podlega z danego tytułu ubezpieczeniu społecznemu. Przy czym przez termin ubezpieczenie społeczne należy rozumieć również ubezpieczenie zdrowotne. Toczony spór nie jest sporem o wysokość składki, ale sporna jest „podmiotowa konfiguracja” stosunku ubezpieczenia zdrowotnego. Taki charakter ma spór będący przedmiotem postępowania przed Sądem pierwszej i drugiej instancji zakończony wyrokiem z dnia 25 kwietnia 2017 r. Przedmiotem rozpoznania jest bowiem ustalenie, czy zainteresowani, ubezpieczeni w ramach pracy, którą świadczyli, podlegają ubezpieczeniu z tytułu zawartej ze skarżącą umowy zlecenia, czy z tytułu umów o pracę zawartych ze swoimi pracodawcami.

Skarżąca podniosła ponadto, że uzasadnieniem dla dopuszczalności wniesienia skargi kasacyjnej jest również postępowanie organu rentowego polegające na faktycznym, całkowicie nieuprawnionym rozdzieleniu czynności, które powinny stanowić jedną decyzję na dwa odrębne etapy, tj. etap pierwszy, który jest przedmiotem niniejszego postępowania, a który obejmuje ustalenie w drodze decyzji wysokości podstawy wymiaru składki oraz wysokości samej składki na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 0 zł z tytułu umowy cywilnoprawnej łączącej ubezpieczonych ze skarżącą oraz, co zapewne nastąpi w związku z uprawomocnieniem się tej decyzji, etap obejmujący wydanie kolejnej decyzji tym razem ustalającej wysokość podstawy wymiaru składek oraz wysokości składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie

zdrowotne z tytułu umowy o pracę zawartej między ubezpieczonym a zainteresowanym pracodawcą (partnerem), co będzie związane z zastosowaniem przepisu art. 18 ust. 1a ustawy systemowej. Skarżąca wskazuje, że również i ta decyzja będzie *prima facie* dotyczyła wysokości składek, a więc takie postępowanie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych uniemożliwi któremukolwiek podmiotowi zainteresowanemu w sprawie złożenie skargi kasacyjnej celem weryfikacji poprawności działań zarówno organu rentowego, jak i sądów orzekających. Skarżący podniósł, że takie działanie, w miejsce stwierdzenia decyzją objęcia obowiązkiem ubezpieczenia społecznego ubezpieczonych z tytułu zawartych umów zleceń ze skarżącą jako pracowników pracodawcy na podstawie art. 8 ust. 2a ustawy systemowej, nie może zostać uznane za prawidłowe oraz obliczone jest wyłącznie na znaczące utrudnienie zainteresowanym skorzystania z przysługującego prawa do sądu.

Rozpoznając powyższe zażalenie Sąd Najwyższy uznał, że istnieje przedstawione na wstępie zagadnienie prawne, wymagające rozstrzygnięcia przez powiększony skład Sądu Najwyższego.

W uzasadnieniu postanowienia Sąd Najwyższy wskazał na rozbieżności w orzecznictwie, które pojawiły się przy rozpoznawaniu podobnych spraw. W części orzeczeń przyjmowano, iż tego typu sprawy są w istocie sprawami o podleganie ubezpieczeniu społecznemu, w których skarga kasacyjna przysługuje niezależnie od przedmiotu zaskarżenia (postanowienia z dnia 19 lutego 2013 r., II UZ 129/12, LEX nr 1427732; z dnia 14 maja 2013 r., II UZ 19/13, LEX nr 1427734; z dnia 14 maja 2013 r., II UZ 17/13, LEX nr 1427733; z dnia 17 maja 2013 r., II UZ 20/13, LEX nr 1555546; z dnia 17 maja 2013 r., II UZ 21/13, LEX nr 1619028; z dnia 17 maja 2013 r., II UZ 22/13, LEX nr 1619029 i z dnia 6 czerwca 2013 r., II UZ 39/13, LEX nr 1331303). Natomiast w nowszym orzecznictwie Sądu Najwyższego ze względu, iż nie są to sprawy o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym dopuszczalność skargi kasacyjnej uzależniano od wartości przedmiotu zaskarżenia, (postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 16 lutego 2017 r., II UZ 76/16, LEX nr 2242372; z dnia 14 września 2017 r., II UZ 47/17, LEX nr 2361209; z dnia 5 października 2017 r., II UZ 56/17, LEX nr 2390740; z dnia 12 października 2017 r., II UZ 60/17, LEX nr 2382426).

Sąd Najwyższy zwrócił także uwagę na orzeczenie z dnia 6 grudnia 2017 r., II UZ 95/17, w którym postawiono tezę, że stwierdzenie, czy sprawa będąca przedmiotem analizy jest sprawą o objęcie obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, w której skarga kasacyjna przysługuje niezależnie od wartości przedmiotu zaskarżenia (art. 398² § 1 k.p.c.), zależy od ustalenia, czy Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydał decyzję stwierdzającą, że zleceniobiorca podlegał obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym z tytułu wykonywania pracy na rzecz swojego pracodawcy.

W uzasadnieniu postanowienia skład przekazujący sprawę podkreślił ugruntowany w orzecznictwie Sądu Najwyższego pogląd, co do traktowania spraw związanych z ustaleniem wykonywania pracy na rzecz swego pracodawcy za sprawy o prawa majątkowe, w których o dopuszczalności skargi kasacyjnej decyduje wartość przedmiotu zaskarżenia nie niższa niż dziesięć tysięcy złotych. Sprawy te dotyczą w istocie składki, a przedmiotem ich postępowania jest jedynie ustalenie właściwej kwoty

jej podstawy wymiaru w wysokości wynikającej z przychodu uzyskanego przez pracownika na podstawie umowy o pracę i umowy zlecenia (lub innej umowy o świadczenie usług) (por. np. postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 21 kwietnia 2015 r., II UZ 8/15, LEX nr 1713022; z dnia 19 sierpnia 2015, II UZ 14/15, LEX nr 2051058; z dnia 15 marca 2016 r., II UZ 57/15, LEX nr 2290408 oraz z dnia 20 kwietnia 2016 r., II UZ 1/16, LEX nr 2054096).

W orzeczeniach tych przesądzono nie tylko to, że decyzja organu rentowego wliczająca do podstawy wymiaru składek pracownika wynagrodzenie uzyskane z tytuł umów wymienionych w art. 8 ust. 2a ustawy systemowej nie stanowi decyzji o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu, ale i to, że w sytuacji objętej tym przepisem nie ma podstaw do wydania decyzji o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu jako pracownik. W przypadkach bowiem, do których odnosi się art. 8 ust. 2a ustawy systemowej, chodzi o jeden, szeroko ujęty pracowniczy tytuł obowiązkowego podlegania ubezpieczeniom społecznym. Nie istnieje zatem odrębny tytuł ubezpieczenia na podstawie art. 8 ust. 2a ustawy systemowej, który mógłby stanowić przedmiot sporu przed sądem ubezpieczeń społecznych (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 21 kwietnia 2015 r., II UZ 8/15, OSNP 2017 nr 3, poz. 34 oraz przywołane wyżej wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 3 kwietnia 2014 r., II UK 399/13 i z dnia 6 lutego 2014 r., II UK 279/13). Nie jest zatem możliwe wydanie decyzji o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu na podstawie art. 8 ust. 2a ustawy systemowej. W przywołanym wyżej postanowieniu z dnia 21 kwietnia 2015 r., II UZ 8/15 wyjaśniono, że w sprawie, w której adresat decyzji organu rentowego wymierzającej, na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, składki na ubezpieczenia społeczne (stwierdzającej obowiązek zapłaty składek) zaprzecza, że jest płatnikiem należnych za ubezpieczonego składek, spór przedmiotowo dotyczy składek na ubezpieczenia społeczne.

W sytuacji, gdy dana osoba jest jednocześnie pracownikiem i zleceniobiorcą, nie ma też potencjalnej możliwości potwierdzenia deklaratoryjną decyzją podlegania ubezpieczeniu społecznemu na podstawie umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, gdyż zachodzi zbieg tytułów ubezpieczenia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy systemowej, za wyjątkiem wskazanym w ust. 1a tego artykułu (który w niniejszej sprawie nie zachodzi). Decyzja w tym zakresie zawsze będzie negatywna, niezależnie od jej uzasadnienia, bowiem w tym przypadku obowiązuje jeden pracowniczy tytuł ubezpieczenia społecznego. Innymi słowy, Zakład Ubezpieczeń społecznych nie potwierdzi decyzją spełnienia warunków do objęcia danej osoby ubezpieczeniami społecznymi z tytułu wskazanych umów cywilnoprawnych. Natomiast w ubezpieczeniu zdrowotnym nie przewiduje się zbiegu tytułów ubezpieczenia (zob. art. 66 i 82 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), zatem ustalenie tytułu ubezpieczenia zdrowotnego ma charakter autonomiczny, w tym znaczeniu, że nie stanowi konsekwencji objęcia określonym tytułem ubezpieczenia społecznego.

Sąd Najwyższy w uzasadnieniu postanowienia wskazał również, iż w orzecznictwie Sądu Najwyższego podkreśla się wtórny charakter ubezpieczenia

zdrowotnego z tego względu, że temu ubezpieczeniu podlegają osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi, a obowiązek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego (albo ich brak) powstaje z mocy prawa i trwa przez cały czas spełniania warunków objętych dyspozycją tej normy prawnej. Moment zarówno powstania, jak i ustania obowiązku ubezpieczenia został bowiem określony w sposób ścisły w przepisach prawa i jest on niezależny od woli lub świadomości stron (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 stycznia 2014 r., II UK 257/13, LEX nr 1438803). W konsekwencji, objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym, jeżeli następuje z mocy ustawy, a nie na wniosek, to nie wymaga decyzji Narodowego Funduszu Zdrowia, a uzyskanie prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego jest uzależnione tylko od dokonania czynności zgłoszeniowych określonych w art. 74-76 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 marca 2007 r., I UK 284/06, Monitor Prawa Pracy 2007 nr 8, poz. 432). Jeśli w wyniku postępowania sądowego zostanie stwierdzony brak przesłanek do podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym, to skutkiem tego jest również brak z mocy prawa podstaw do objęcia zainteresowanej obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. W konsekwencji przyjmuje się taki kierunek wykładni art. 109 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, która opiera się na konieczności wydania decyzji przez Narodowy Fundusz Zdrowia w przypadku ubiegania się o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, czy też w sytuacjach wątpliwych, tj. wtedy, gdy decyzja może rozstrzygać istniejące wątpliwości co do podlegania przez daną osobę obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 2015 r., I UK 231/14, OSNP 2016 nr 10, poz. 131). Do takich zaś sytuacji należy zaliczyć przypadek, gdy zleceniodawca uważa się za płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne zleceniobiorców, uważając, że podlegają oni tytułowi ubezpieczenia wskazanemu w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. e ustawy z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wtedy zaś z punktu widzenia zleceniodawcy/płatnika (oraz ubezpieczonego) ciężar sporu przenosi się na kwestię związaną z ubezpieczeniem zdrowotnym, o którym rozstrzyga właściwy organ.

Zgodnie z art. 109 ust. 1 zdanie pierwsze ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, to dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozstrzyga w drodze decyzji o tytule ubezpieczenia zdrowotnego, a konkretnie o tym, czy dana osoba podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu jako pracownik w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), a więc ze wszystkimi konsekwencjami wynikającymi z art. 8 ust. 2a ustawy systemowej, czy też jako zleceniobiorca (art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. e ustawy z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), ustalając tym samym płatnika składek na to ubezpieczenie.

Sąd Najwyższy podkreślił także inny aspekt sprawy, a mianowicie, że w myśl art. 107 § 1 pkt 5 i 6 k.p.a., rozstrzygnięcie i uzasadnienie to dwa odrębne elementy decyzji. O istocie sprawy przesądza rozstrzygnięcie (osnowa decyzji), bowiem to ono

określa prawa i obowiązki strony. Natomiast uzasadnienie stanowi niewątpliwie integralną część decyzji w znaczeniu formalnoprawnym jako składnik decyzji. Nie stanowi ono jednakże części rozstrzygnięcia decyzji, bowiem tylko w osnowie decyzji zawarte jest rozstrzygnięcie sprawy co do jej istoty. W doktrynie trafnie podkreśla się, że stosunek uzasadnienia do rozstrzygnięcia polega na tym, iż uzasadnienie ma objaśnić tok myślenia prowadzący do zastosowania przepisu prawnego w sprawie, a w razie wątpliwości co do treści rozstrzygnięcia uzasadnienie ma służyć ustaleniu jego rzeczywistej treści i innych konsekwencji prawnych decyzji (A. Wróbel [w:] M. Jaśkowska Małgorzata, A. Wróbel, *Kodeks postępowania administracyjnego. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 590). Strona jest związana treścią rozstrzygnięcia, a nie jego uzasadnieniem (por. wyrok NSA w Warszawie z dnia 18 października 1983 r., I SA 768/83, ONSA 1983 nr 2, poz. 88).

Wszystko to prowadzi do wniosku, że nie sposób przypisać organowi rentowemu, że wydając decyzję o „zerowej” podstawie wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne, rozstrzyga o ubezpieczeniu zdrowotnym. Można mu natomiast czynić zarzut, że decyzja ta jest przedwczesna wtedy, gdy nie poprzedza jej decyzja dyrektora właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie ma to jednak znaczenia ani dla przedmiotu rozstrzygnięcia, który stanowi wyłącznie podstawa wymiaru składek, ani nie wyłącza prawa strony (uważającej się za płatnika składek) do jej skorygowania, przez wystąpienie do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o wydanie decyzji o ubezpieczeniu zdrowotnym na podstawie art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (wskazany w art. 109 ust. 3 tej ustawy krąg podmiotów uprawnionych do wystąpienia z takim wnioskiem nie jest katalogiem zamkniętym). Pozytywna w tym względzie decyzja będzie stanowiła podstawę do wzruszenia decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w oparciu o art. 83a ust. 1 i 2 (jeśli nie wniesiono odwołania do sądu) lub 3 pkt 1 ustawy systemowej (jeśli sprawa zakończyła się prawomocnym wyrokiem sądu).

Sąd Najwyższy zwrócił też uwagę, że orzeczenia Sądu Najwyższego przedstawiające stanowisko, że omawiane sprawy są w istocie sprawami „o podleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu”, dopuszczalność skargi kasacyjnej bez względu na wartość przedmiotu zaskarżenia odnoszą do poglądów, zgodnie z którymi „ubezpieczenie zdrowotne ma charakter ubezpieczenia społecznego” i dlatego są one ujęte w katalogu spraw wymienionych w art. 398² § 1 zdanie drugie k.p.c. Źródłem tego stanowiska są poglądy wyrażone w postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 18 października 2004 r., I UZ 35/04 (OSNP 2005 nr 7, poz. 101) oraz uzasadnieniu uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 24 stycznia 2007 r., III UZP 4/06 (OSNP 2007 nr 15-16, poz. 226). Należy jednak zwrócić uwagę, że orzeczenia te zapadły na tle odmiennego stanu prawnego.

W ocenie Sądu Najwyższego pogląd ten zdezaktualizował się w obecnym stanie prawnym, który rozpoznanie spraw o ubezpieczenie zdrowotne kieruje na drogę postępowania administracyjnego. Trudno w tej sytuacji uznać, że w katalogu spraw wymienionych w art. 476 § 2 pkt 1 k.p.c., a w konsekwencji w art. 398² § 1 zdanie drugie k.p.c. ujęte zostały sprawy o ubezpieczenie zdrowotne, co do których nie

przysługuje droga przed sądem powszechnym. Natomiast sprawa, w której wniesiono odwołanie od decyzji organu rentowego dotyczącej wymierzenia i pobrania składek na ubezpieczenie zdrowotne jest sprawą z zakresu ubezpieczeń społecznych w rozumieniu art. 476 § 2 pkt 4 k.p.c., a nie art. 476 § 2 pkt 1 k.p.c. (jak przyjęto w postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2015 r., II UZ 69/14, LEX nr 1656501). Jest to sprawa dotycząca innych świadczeń w sprawach należących do właściwości Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w których dopuszczalność skargi kasacyjnej jest uzależniona od wartości przedmiotu zaskarżenia.

II. Analiza zagadnienia.

Dokonując analizy przedmiotowego zagadnienia należy zwrócić uwagę na kontekst historyczny przepisów, które mają zastosowanie w sprawie. Pierwotnie (na podstawie art. 147 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.) decyzje w sprawach o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wydawały kasy chorych, a od ich rozstrzygnięć stronie przysługiwało odwołanie do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w terminach i na zasadach określonych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego w postępowaniu odrębnym w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych.

Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391) w ust. 1 art. 148 przewidywała, że rozpatrywanie indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, do których zaliczało się w szczególności sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń należało do kompetencji Prezesa Funduszu. Do spraw, o których mowa w ust. 1, nie należały sprawy z zakresu wymierzania i pobierania składek należące do właściwości organów ubezpieczenia społecznego (ust. 2). Od decyzji Prezesa Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego przysługiwało odwołanie do właściwego sądu w terminach i na zasadach określonych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych (ust. 3).

Na mocy obowiązującej obecnie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz.U. 2017, poz.1938) to dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) rozpatruje indywidualne sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Do indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego zalicza się sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń (art. 109 ust. 1). Do spraw, o których mowa w ust. 1, nie należą sprawy z zakresu wymierzania i pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne, należące do właściwości organów ubezpieczeń społecznych (ust. 2). Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ rozpatruje sprawy, o których mowa w ust. 1, wydając decyzję. Uzasadnienie decyzji sporządza się z urzędu (ust. 4). Odwołanie od decyzji wydanej w sprawach, o których mowa w ust. 1, wnosi się do Prezesa NFZ w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania (ust. 5). W sprawach, o których mowa w ust. 1, w zakresie

nieregulowanym ustawą, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

Obecnie obowiązująca jak i poprzedzająca ją ustawa dokonują swoistego podziału kompetencji organów. Jeden z nich decyduje (decydował) o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym – i wtedy przysługuje prawo odwołania się do sądu administracyjnego (w pierwotnej wersji ustawy do sądu cywilnego), do drugiego natomiast należy wymierzanie i pobór składek na ubezpieczenie zdrowotne.

I właśnie do tego rozdziału uprawnień odwołują się orzeczenia, które uzależniają dopuszczalność skarg kasacyjnych w podobnych sprawach od wartości przedmiotu zaskarżenia. Akcentuje się przy tym, że w sprawach z zakresu ubezpieczenia społecznego zakres kognicji Sądu Najwyższego jest zawsze determinowany treścią decyzji, jaką uprzednio wydał w tej sprawie organ rentowy. Kwestionowane decyzje określały podstawę wymiaru i wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne i w żadnym razie nie obejmowały podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu, bowiem ta problematyka należy do kompetencji dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Skoro zaskarżone decyzje zostały wydane na podstawie uprawnień przyznanych organowi rentowemu na podstawie art. 109 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, należało uznać, że w związku z tym spór ograniczał się jedynie do ustalenia właściwej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne.

W sprawach, które dopuszczały rozpoznanie skargi kasacyjnej przez Sąd Najwyższy podkreślano natomiast, że przedmiotem sporu w sprawie było ustalenie podmiotu zobowiązanego do odprowadzania składek na ubezpieczenie zdrowotne z tytułu zawartych umów zlecenia z zainteresowanymi (stąd oznaczenie przedmiotu sprawy „o składkę zdrowotną” nie było precyzyjne), zaś w orzecznictwie Sądu Najwyższego, nie budzi wątpliwości, że ubezpieczenie zdrowotne ma charakter ubezpieczenia społecznego. W tej kwestii powoływano się najczęściej na postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych z dnia 18 października 2004 r. I UZ 35/2004 OSNP 2005/7/101 oraz uzasadnienie uchwały Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego z dnia 24 stycznia 2007 r. III UZP 4/2006 OSNP 2007/15-16/226, w którym wskazano, że co prawda ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych rozróżniająca cztery ryzyka ubezpieczeniowe: emerytalne, rentowe, chorobowe oraz wypadkowe, nie objęła ubezpieczenia zdrowotnego, to jednak należy przyjąć, że ubezpieczenie to jest też rodzajem ubezpieczenia społecznego zaś jego odrębność wynika przede wszystkim z faktu odmiennego przedmiotu ochrony oraz odrębności organizacyjnej). Tak więc - stosownie do art. 398² § 1 zdanie drugie k.p.c. - sprawa o objęcie obowiązkiem tego ubezpieczenia jest sprawą, w której skarga kasacyjna przysługuje bez względu na wartość przedmiotu zaskarżenia.

W uzasadnieniu postanowienia II UZ 102/17, skład przekazujący sprawę do rozpoznania powiększonemu składowi Sądu Najwyższego, zwraca uwagę na fakt, że w wyżej wymienionych orzeczeniach wypowiedziano się za nadaniem ubezpieczeniu zdrowotnemu charakteru ubezpieczenia społecznego, powołując się na uregulowania zawarte w art. 143 ust. 3 o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu

Zdrowia, zgodnie z którym od decyzji Prezesa w nich wydanych przysługuje odwołanie do właściwego sądu w terminach i na zasadach określonych w przepisach kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych. Zatem to właśnie droga przed sądem powszechnym w sprawach o ubezpieczenie zdrowotne powodowała, że sprawy tego rodzaju były uznawane po pierwsze za sprawy zakresu ubezpieczeń społecznych, po drugie za sprawy o objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego.

Tymczasem kwestia przyznawania ubezpieczeniu zdrowotnemu charakteru ubezpieczenia społecznego budzi spory doktrynalne. Część autorów opowiada się za wyraźnym oddzieleniem tych systemów. J. Jończyk (*Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kraków 2006, s. 85) podkreśla, że w systemie ubezpieczenia społecznego nie mieści się ubezpieczenie zdrowotne (choć jest ubezpieczeniową formą ryzyka). Przeciwno włączeniu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego do systemu ubezpieczeń społecznych przemawiają między innymi charakter ryzyka, składki i świadczeń oraz udział wielu podmiotów. Tezę tę autor podtrzymuje także w głosie krytycznej do uchwały SN z dnia 24 stycznia 2007 r., III UZP 4/06, OSP 2008/4/47. Podobnego zdania jest D. Lach (*Powiernicza technika realizacji zabezpieczenia społecznego*, PiP 2009/3/35), który oceniając system ubezpieczenia zdrowotnego stawia tezę, że nie jest on systemem ubezpieczenia społecznego w tradycyjnym rozumieniu tego pojęcia. Deklarowana powszechność zaciera wspólnotowy charakter ubezpieczeń i uniemożliwia realizację idei solidarności społecznej ze względu na zbyt dużą niejednorodność ubezpieczonych przymusowo podmiotów. Podstawą finansowania systemu są *de nomine* składki ubezpieczeniowe, ale ich charakter prawny jest kontrowersyjny. Obciążając bez żadnych ograniczeń wszystkie dochody ubezpieczonych, na dodatek w bardzo zróżnicowany sposób w zależności od różnych tytułów ubezpieczeniowych, zbliżają się one charakterem prawnym raczej do podatku i są *sui generis* daniną publiczną. Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest w żadnym stopniu zobowiązany do świadczeń na rzecz ubezpieczonych, będąc jedynie zarządcą środków pochodzących ze składek i organizatorem systemu przez zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nie realizuje zatem roli, jaką w technice ubezpieczeniowej pełnią instytucje ubezpieczeniowe, niezależnie od ich nazwy.

Niemniej J. Jończyk podkreśla, że instytucję ubezpieczenia zdrowotnego należy niewątpliwie zaliczyć do przedmiotu prawa zabezpieczenia społecznego, do jego ubezpieczeniowej części (J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia...*, s. 248). Prawo zabezpieczenia społecznego ten sam autor uznaje za odrębną gałąź prawa, obejmującą system norm prawnych regulujących ochronę prawną w określonych sytuacjach życiowych, wynikłych ze zdarzeń określanych mianem ryzyka socjalnego (w tym ryzyka niezdrowia) (J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego. Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, bezrobocie i pomoc społeczna*, Kraków 2001, s. 7).

Mimo wskazywanych różnic pomiędzy tymi instytucjami, niektórzy przedstawiciele doktryny uważają jednak, że ubezpieczenie zdrowotne jest rodzajem ubezpieczenia społecznego wydzielonym ze względu na przedmiot ochrony.

Ubezpieczenie społeczne realizuje ochronę na wypadek niezdolności do pracy spowodowanej chorobą, inwalidztwem i osiągnięciem wieku emerytalnego (art. 67 Konstytucji). Przedmiotem ubezpieczenia zdrowotnego jest życie i zdrowie obywateli. Konstytucyjną podstawą dla ubezpieczenia zdrowotnego jest 68 Konstytucji (I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, Warszawa 2016 s. 25).

Przy dostrzeżeniu odrębności organizacyjnej, uzasadnionej odmiennością przedmiotu ochrony oraz zmian stanu prawnego, w niektórych orzeczeniach Sądu Najwyższego również podkreśla się, że ubezpieczenie zdrowotne jest działem ubezpieczenia społecznego (np. wyrok z dnia 10 czerwca 2014 r., II UK 464/13).

Skoro zatem ustalenie relacji ubezpieczenia zdrowotnego do ubezpieczenia społecznego jest kwestią dyskusyjną, pomocne przy rozwiązaniu omawianego problemu mogą okazać się rozważania dotyczące charakteru prawnego rozstrzygnięć wydawanych przez organy upoważnione do decydowania zarówno o objęciu samym ubezpieczeniem zdrowotnym jak i wymiarze składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

Decyzja dotycząca podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu ma niewątpliwie charakter deklaratoryjny, a nie konstytutywny. Podleganie obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu wynika bowiem z ustawy (po spełnieniu warunków określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej), a nie z decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ. Ta ostatnia może jedynie potwierdzić podleganie przez daną osobę obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z określonego tytułu. Okoliczności stanowiące o podleganiu ubezpieczeniom społecznym zobowiązują do przystąpienia do ubezpieczenia zdrowotnego. Dotyczy to zarówno pracowników jak i zleceniodawców. Przy czym nie dochodzi tutaj do zbiegu tytułów ubezpieczeniowych (regulowanego w art. 9 ustawy systemowej). Wskazane w art. 66 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tytuły ubezpieczeniowe mogą bowiem w odniesieniu do jednej osoby występować łącznie (D. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 151). Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego jest niezależny od woli stron, przy czym zgodnie z art. 69 wskazanej ustawy powstaje i wygasa w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniach społecznych.

Podobny – deklaratoryjny - charakter posiadają decyzje wydawane w przedmiocie ubezpieczeń społecznych w ramach kompetencji przyznanych organowi rentowemu na mocy art. 109 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (por. uchwała z dnia 19 marca 2003 r., III UZP 1/03, OSNP 2003/13/317).

Z powyższego wynika, że decyzja o objęciu ubezpieczeniem społecznym z konkretnego tytułu stwierdza również podleganie danej osoby ubezpieczeniu zdrowotnemu.

W odniesieniu do decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, w piśmiennictwie podkreśla się (I. Kowalska-Mańkowska, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, K. Urban, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Komentarz, LEX/el., 2016), że są one wydawane przez dyrektora NFZ jedynie w wyjątkowych sytuacjach. Uzasadnione jest to tym, że objęcie

ubezpieczeniem zdrowotnym osoby podlegającej obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu nie wymaga wydania w tym przedmiocie decyzji przez NFZ. Dlatego zbędne jest wydanie przez tę instytucję decyzji o objęciu danej osoby obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, kiedy oczywiste jest, że podlega ona z określonego tytułu obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Niecelowe byłoby przecież uzależnianie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym każdego pracownika, zleceniobiorcy, rolnika czy osoby prowadzącej działalność pozarolniczą od wydania w tym przedmiocie decyzji przez NFZ. Wydanie takiej decyzji byłoby konieczne jedynie wówczas, gdyby ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej stwierdzała, iż objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następuje na podstawie decyzji wydanej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ. Takiego zapisu nie zamieszczono jednak w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej. Z tego też powodu należy przyjąć, że decyzja NFZ o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym wchodzi w grę przede wszystkim w przypadku osób, które ubiegają się o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. (...) Decyzje o objęciu obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym powinny być wydawane jedynie w sytuacjach wątpliwych, tj. wtedy, kiedy dopiero decyzja NFZ może rozstrzygnąć istniejące wątpliwości co do podlegania przez daną osobę obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Należy również podkreślić, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego dominuje pogląd, iż decyzje organu rentowego wydawane na mocy art. 8 ust. 2a ustawy systemowej, w których organ rentowy stwierdza, że dana osoba wykonywała pracę na rzecz swojego pracodawcy na podstawie umów cywilnych, w istocie rzeczy są decyzjami wymiarowymi, gdyż przedmiotem postępowania w takiej sprawie jest ustalenie właściwej kwoty podstawy wymiaru. W związku z powyższym o dopuszczalności skargi kasacyjnej w takich sprawach decyduje wartość przedmiotu zaskarżenia. (por. postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 11 sierpnia 2016 r., II UZ 32/16, LEX nr 2113370, z dnia 21 kwietnia 2015 r., II UZ 8/15, LEX nr 1713022; z dnia 19 sierpnia 2015, II UZ 14/15, LEX nr 2051058).

Trudno odmówić takiego charakteru również decyzjom ZUS-u, które ustalają zerową podstawę wymiaru składek. Ze względu bowiem na rozdział kompetencji pomiędzy organami ubezpieczeń społecznych i dyrektorem NFZ, te pierwsze nie mają uprawnień do wydania innej decyzji jak wymiarowa.

Niemniej jednak należy się zastanowić nad rzeczywistym przedmiotem rozstrzygnięcia takich decyzji. Ma to znaczenie o tyle istotne, że zakres rozpoznania sądu wyznaczony jest treścią skarżonej decyzji.

W stanie faktycznym sprawy, która stanowiła podstawę do zwrócenia się z pytaniem prawnym do składu powiększonego nie ustalano, czy decyzję na ubezpieczenie zdrowotne z zerową podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne poprzedzała decyzja stwierdzająca podleganie zainteresowanego ubezpieczeniom społecznym z tytułu stosunku pracy (na podstawie art. 8 ust. 2a ustawy systemowej).

Samą decyzję, będącą przedmiotem rozstrzygnięcia organ rentowy wydał w oparciu o art. 83 ust. 1 pkt 1 i 3, w związku art. 38 ust. 1, art. 68 ust. 1 pkt 1 lit. a i c oraz art. 4 pkt 2 lit. a, art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie

ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585, z późn. zm.), w związku z art. 81 ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.).

W jej uzasadnieniu stwierdzono, że to pracodawca był rzeczywistym beneficjentem pracy świadczonej przez zleceniobiorcę (swojego pracownika), gdyż to on otrzymywał wynagrodzenie w momencie sprzedaży swoich towarów za pomocą kredytu oferowanego przez C. S.A. Zleceniobiorcy zależało na sprzedaży towarów oferowanych przez swojego pracodawcę z wykorzystaniem kredytu zleceniodawcy, ponieważ w momencie uruchomienia kredytu otrzymywał od C. S.A. dodatkowe wynagrodzenie. W związku z powyższym C. S.A. bezpodstawnie wykazał podstawę i składkę zdrowotną od zawartej umowy zlecenia, w ramach której zleceniobiorca wykonywał pracę na rzecz swojego pracodawcy.

Dalej organ rentowy argumentował, że stosując się do treści art. 4 pkt 2 lit. a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, płatnikiem składek w relacjach z pracownikiem jest pracodawca, a ponieważ art. 8 ust. 2a rozszerza pojęcie pracownika na jego dalszą aktywność w ramach umowy cywilnoprawnej, naturalne i zgodne z wykładnią literalną tego przepisu jest uznanie, że pracodawca jest także płatnikiem składek w zakresie w/w umów cywilnoprawnych. Z przepisu tego oraz z art. 18 ust. 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wynika więc, że płatnikiem jest pracodawca, a przychód z tytułu umowy cywilnoprawnej jedynie „uwzględnia się” w podstawie wymiaru składek z tytułu stosunku pracy. Pracodawca, ustalając podstawę wymiaru składek i ubezpieczenie społeczne z tytułu stosunku pracy, powinien więc zsumować wynagrodzenie umowy cywilnoprawnej z wynagrodzeniem ze stosunku pracy. Należy też zauważyć, że operacji „uwzględnienia” przychodu z tytułu umów cywilnoprawnych wykonywanych na rzecz pracodawcy w podstawie wymiaru składek z tytułu stosunku pracy nie jest w stanie wykonać zleceniodawca, czyli C. S.A..

C. S.A. zawierając umowę zlecenia z osobą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę (...) wyzbywa się atrybutu płatnika składek i tym samym nie posiada uprawnień do deklarowania składek z tytułu osiągniętych przychodów przez osobę wykonującą przedmiotową umowę cywilnoprawną.

Z powyższego wynika więc, iż istotę rozstrzygnięcia w tej i podobnych sprawach stanowiło ustalenie niepodlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu umów zlecenia, czego konsekwencją była zerowa podstawa wymiaru składek.

Trudno nie zgodzić się z poglądem Sądu Najwyższego, wyrażonym w uzasadnieniu postanowienia o przekazanie rozpatrywanego zagadnienia składowi powiększonemu, z którego wynika, że rozstrzygnięcie i uzasadnienie decyzji to w istocie dwa odrębne elementy decyzji. Osnowa decyzji rozstrzyga o przedmiocie rozstrzygnięcia, natomiast uzasadnienie, mimo, że stanowi integralną część decyzji, nie jest częścią rozstrzygnięcia., w związku z tym nie można zarzucić organowi rentowemu, że wydając decyzję o „zerowej” podstawie wymiaru składek, rozstrzyga o ubezpieczeniu zdrowotnym.

Jednak komentatorzy (H. Knysiak-Molczyk, A. Gołęba, T. Kielkowski, K. Klonowski, M. Romańska, *Kodeks postępowania administracyjnego. Komentarz, Wolters Kluwer*, 2015) podkreślają, że brzmienie art. 107 § 1 wskazuje na to, że

uzasadnienie musi powstać jednocześnie z rozstrzygnięciem, co jest inspiracją dla poglądu, że o tym, który element w oświadczeniu woli złożonym na piśmie przez organ administracji jest rozstrzygnięciem, a który ma walor jego uzasadnienia, powinien decydować charakter badanego elementu, nie zaś miejsce w obrębie dokumentu, w którym go zamieszczono. To podejście zakłada, że cechy rozstrzygnięcia można dostrzec także w takich fragmentach wypowiedzi organu administracji, które znajdują się formalnie w części decyzji nazwanej uzasadnieniem. Za tym stanowiskiem opowiedział się J. Zimmermann, który stwierdził, że przesądzenie w uzasadnieniu decyzji o treści jakichkolwiek uprawnień lub obowiązków adresata wiąże tak samo jak przesądzenie o nich w części nazwanej rozstrzygnięciem (J. Zimmermann, *Znaczenie uzasadnienia rozstrzygnięcia organu administracji publicznej dla orzecznictwa sądowoadministracyjnego*, Zeszyty Naukowe Sądownictwa Administracyjnego z 2010, nr 5-6, s. 515). Dopuszcza on zatem możliwość zamieszczenia w uzasadnieniu decyzji treści będących wypowiedziami równoważnymi rozstrzygnięciu, które należy traktować tak samo jak rozstrzygnięcie, gdyż nie tylko je tłumaczą, ale także precyzują prawa i obowiązki adresata aktu. Teza powyższa znalazła potwierdzenie w orzecznictwie sądów administracyjnych (m. in. wyroki NSA z dnia 7 maja 2008 r., I OSK 820/07, LEX nr 469693, i z dnia 21 lutego 2006 r., I OSK 966/05, LEX nr 201509), w których stwierdzono, że zamieszczenie rozstrzygnięcia w uzasadnieniu decyzji nie zmienia jego charakteru prawnego. O uznaniu wypowiedzi organu administracji publicznej za rozstrzygnięcie w sprawie przesądza treść, która kształtuje prawo strony, nie zaś miejsce, w którym organ zamieści ją w strukturze dokumentu tworzącego decyzję. Stanowisko to zakłada, że możliwe jest ustalenie rzeczywistej treści rozstrzygnięcia (jego wykładnia) z uwzględnieniem wypowiedzi zamieszczonych w części decyzji nazwanej formalnie jej uzasadnieniem (wyrok NSA z dnia 8 marca 2011 r., II OSK 404/10, LEX nr 1080271).

A zatem nie wychodząc poza zakres kompetencji wyznaczony treścią art. 109 k.p.a., o zakresie przedmiotowym decyzji, dla oceny dopuszczalności skargi kasacyjnej, możliwe byłoby wnioskowanie również na podstawie treści uzasadnienia decyzji. Jeżeli wynika z niego, że istotą rozstrzygnięcia jest w istocie niepodleganie ubezpieczeniom społecznym z określonego tytułu, a co za tym idzie również ubezpieczeniu zdrowotnemu, możliwe byłoby uznanie, iż skarga kasacyjna przysługuje niezależnie od wartości przedmiotu zaskarżenia.

Z drugiej jednak strony Sąd Najwyższy słusznie przyjmuje (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 13 marca 1997 r., I PKN 43/97, OSNAPiUS 1997 nr 24, poz. 494; z dnia 3 kwietnia 2014 r., II UK 399/13, LEX nr 1458679 i z dnia 6 lutego 2014 r., II UK 279/13, LEX nr 1436176), że w sytuacjach kiedy ustali się, że płatnikiem składek z tytułu ubezpieczenia społecznego (a w konsekwencji zdrowotnego) powinien być pracodawca osoby wykonującej pracę na podstawie umów cywilnych zawartych z pracodawcą albo z osobą trzecią, z którą także łączy pracodawcę umowa, to kwestia podlegania przez taką osobę ubezpieczeniom społecznym na tym się wyczerpuje. W związku tym sprawa o opłacenie przez pracodawcę składki w wysokości wynikającej z przychodu uzyskanego przez pracownika na podstawie umowy o pracę i umowy zlecenia (lub innej umowy o świadczenie usług) wykonywanej na rzecz tego

pracodawcy dotyczy jedynie wysokości składki a nie objęcia obowiązkiem ubezpieczenia społecznego. Przedmiotem postępowania w takiej sprawie jest jedynie ustalenie właściwej kwoty podstawy wymiaru składki i wysokości składki, a nie samo podleganie ubezpieczeniom społecznym. Dlatego też jest to sprawa o prawa majątkowe, w której o dopuszczalności skargi kasacyjnej decyduje wartość przedmiotu zaskarżenia nie niższa niż dziesięć tysięcy złotych (por. postanowienie Sądu Najwyższego z 19 stycznia 2017 r., I UZ 55/16, LEX nr 2216194; z 29 listopada 2016 r., II UZ 49/16, LEX nr 2202501 i powołane tam orzeczenia).

Należy jednak mieć na uwadze, że w przypadku uznania za pracownika dotychczasowego zleceniobiorcy (na mocy art. 8 ust. 2a ustawy systemowej), pracodawca na podstawie decyzji organu rentowego zostaje zobowiązany do uiszczenia składek na ubezpieczenie społeczne w takiej wysokości jaka wynika z uwzględnienia w podstawie wymiaru przychodu uzyskiwanego z tytułu umowy zlecenia. Na ochronie nie traci przy tym pracownik, gdyż nadal odprowadzane są za niego składki. W przypadku, gdy nie dojdzie do wydania powyższej decyzji, a decyzja o zerowej podstawie wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne jest jedyną jaka zapadnie w tym przedmiocie, sytuacja diametralnie się zmienia. Na jej podstawie zarówno dotychczasowy płatnik jak i zleceniobiorca uzyskują rozstrzygnięcie dla siebie negatywne, w tym znaczeniu, że uznaje się, że nie podlegają ubezpieczeniom z żadnego tytułu. Podmioty te znajdują się zatem w odmiennej i nieporównywalnie gorszej sytuacji, niż w przypadku wydania decyzji zobowiązującej pracodawcę do zapłaty składek z uwzględnieniem przychodu uzyskiwanego u zleceniodawcy. Z tego też względu te dwa przypadki, w mojej ocenie, należy traktować w różny sposób.

Konkludując dokonane rozważania warto jeszcze raz podkreślić, że w deklaratoryjnej decyzji organu rentowego, w której na mocy art. 8 ust. 2a ustawy systemowej stwierdza się, że określone okoliczności decydują o objęciu ubezpieczeniem społecznym przesądza się również o podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu. W odwrotnej sytuacji tj. w przypadku wydania decyzji ustalającej zerową podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne z uwagi na niepodleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu wykonywania pracy na podstawie umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, mamy do czynienia z przypadkiem, w którym organ rentowy nie tylko decyduje o zerowym wymiarze składek na ubezpieczenie zdrowotne (na co zezwala mu treść art. 109 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), ale w rzeczywistości ustala, że osoba wykonująca umowę zlecenia nie podlega ubezpieczeniom społecznym. Zakres przedmiotowy takiej decyzji może wynikać również z treści jej uzasadnienia. W sytuacji, gdy takiej decyzji nie poprzedza inna decyzja ustalająca podleganie ubezpieczeniom społecznym ma ona ten skutek, że pośrednio rozstrzyga także o objęciu ubezpieczeniami społecznymi, co w konsekwencji daje podstawę do uznania jej dopuszczalności bez względu na wartość przedmiotu rozstrzygnięcia.

Mając powyższą argumentację na względzie skłaniam się do przyjęcia stanowiska zgodnie, z którym sprawę z odwołania od decyzji Zakładu Ubezpieczeń

Spółecznych ustalającej zerową podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne z uwagi na niepodleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu wykonywania pracy na podstawie umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy Kodeksu postępowania cywilnego dotyczące zlecenia (art. 66 ust. 1 pkt e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jednolity tekst: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938), można uznać za sprawę o objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego, w której skarga kasacyjna przysługuje niezależnie od wartości przedmiotu zaskarżenia (art. 398² § 1 zdanie pierwsze i drugie k.p.c.) w przypadku, gdy jest ona jedyną decyzją w sprawie.