



Sąd Najwyższy
Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
6-7/2019

BIULETYN
SĄDU NAJWYŻSZEGO
Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

REDAKCJA Eliza Maniewska

WSPÓŁPRACA Daniel Eryk Lach, 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

Podstawa wymiaru składki osób prowadzących pozarolniczą działalność (III UZP 1/19).....	4
Pobieranie zasiłku macierzyńskiego przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność a jej dobrowolne ubezpieczenie chorobowe (III UZP 2/19).....	4

II. ZAGADNIENIA PRAWNE DO ROZSTRZYGNIĘCIA

Wstrzymanie wypłaty renty rodzinnej (III UZP 8/19).....	5
Przedłużenie prawa do renty rodzinnej (III UZP 6/19).....	9
Skład sądu w sprawie o roszczenia z tytułu nieuzasadnionego lub niezgodnego z prawem rozwiązania stosunku pracy dochodzone przez pracownika od pracodawcy na podstawie art. 415 k.c. (III PZP 5/19).....	17
Zwrot nienależnie pobranego świadczenia (III UZP 7/19).....	20

III. PRZEGLĄD ORZECZNICTWA IZBY

Tezy bieżących orzeczeń (Ewa Przedwojska).....	29
--	----

IV. OPRACOWANIA I ANALIZY

dr Tomasz Lasocki

Podstawa wymiaru składki osób prowadzących pozarolniczą działalność (Notatka do sprawy III UZP 1/19).....	37
---	----

dr hab. Daniel Eryk Lach

Pobieranie zasiłku macierzyńskiego przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność a jej dobrowolne ubezpieczenie chorobowe (Notatka do sprawy III UZP 2/19).....	46
---	----

I. UCHWAŁY

Podstawa wymiaru składki osób prowadzących pozarolniczą działalność

Uchwała siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 11 lipca 2019 r. (III UZP 1/19)

Proporcjonalnemu zmniejszeniu ulega kwota najniższej podstawy wymiaru składek bez względu na jej wysokość zadeklarowaną przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność (art. 18 ust. 9 i 10 oraz art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, jednolity tekst: Dz.U. z 2019 r., poz. 300 ze zm.).

J. Iwulski, B. Bieniek, K. Gonera, J. Kuźniar, D. Miąsik, K. Rączka, K. Staryk

Sąd Najwyższy podjął uchwałę po rozpoznaniu zagadnienia prawnego przedstawionego przez Sąd Najwyższy postanowieniem z dnia 17 stycznia 2019 r., (III UZP 10/18):

"czy zgodnie z art. 18 ust. 9 oraz ust. 10 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych ubezpieczony ma prawo do proporcjonalnego zwrotu uiszczonych na rzecz organu rentowego składek na ubezpieczenia społeczne w przypadku powstania niezdolności do pracy w miesiącu, za który została zapłacona składka w pełnej miesięcznej wysokości, wyłącznie w przypadku zadeklarowania najniższej podstawy wymiaru składek, czy też takie prawo przysługuje ubezpieczonemu również w przypadku zadeklarowania podstawy wymiaru składek wyższej niż minimalna?"

Pobieranie zasiłku macierzyńskiego przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność a jej dobrowolne ubezpieczenie chorobowe

Uchwała siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 11 lipca 2019 r. (III UZP 2/19)

Rozpoczęcie pobierania zasiłku macierzyńskiego przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność, która uprzednio została objęta dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym powoduje ustanie ubezpieczenia chorobowego (art. 9 ust. 1c w związku z art. 14 ust. 2 pkt 3 w związku z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, jednolity tekst: Dz. U. z 2019 r., poz. 300 ze zm.).

J. Iwulski, J. Frańczak, B. Gudowska, J. Kuźniar, K. Rączka, K. Staryk, A. Wróbel

Sąd Najwyższy podjął uchwałę po rozpoznaniu zagadnienia prawnego przekazanego przez Pierwszego Prezesa Sądu Najwyższego wnioskiem z dnia 11 marca 2019 (BSA III-4110-2/19):

"czy rozpoczęcie pobierania zasiłku macierzyńskiego przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność, która uprzednio została objęta dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym, skutkuje ustaniem tego ubezpieczenia na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 w związku z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz. U. z 2019 r., poz. 300)?"

II. ZAGADNIENIA PRAWNE DO ROZSTRZYGNIĘCIA

Wstrzymanie wypłaty renty rodzinnej (III UZP 8/19)

Postanowieniem z dnia 6 czerwca 2019 r. Sąd Apelacyjny w B. zwrócił się do Sądu Najwyższego z zagadnieniem prawnym:

„czy do wstrzymania wypłaty renty rodzinnej na podstawie art. 101 pkt 1 i art. 134 ust. 1 pkt 1 w zw. art. 83 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j.; Dz.U. z 2018r. poz. 1270 z zm.) przyznanej w drodze wyjątku, bezterminowo, efektywnie pobieranej przez okres ponad 28 lat, wystarczającą przesłanką jest ustalenie ustania całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonej uprawnionej do tejże renty, czy też wstrzymanie jej wypłaty wymaga rozważenia istnienia okoliczności określonych w art. 114 ust 1g. tejże ustawy w zw. z art. 1 Protokołu Nr 1 do Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzonego w dniu 20 marca 1952 r. w Paryżu (Dz. U. z 1995r. Nr 36 poz. 175)?

Zagadnienie prawne wyłoniło się na tle rozpoznawania następującego stanu faktycznego.

Magdalena W. złożyła odwołanie od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 10 lutego 2017 r., którą wstrzymano jej wypłatę renty rodzinnej w drodze wyjątku. W uzasadnieniu wskazała, że rentę po zmarłej matce otrzymuje od 1988 r., od dzieciństwa choruje, nigdy nie była zdolna do pracy, jej stan zdrowia nie uległ poprawie.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie. Podniósł, że zaskarżoną decyzją wstrzymał odwołującej wypłatę renty rodzinnej w drodze wyjątku, bowiem Komisja Lekarska ZUS w orzeczeniu z dnia 10 lutego 2017 r. ustaliła, że ubezpieczona jest trwale częściowo niezdolna do pracy. Nie został więc spełniony warunek całkowitej niezdolności do pracy.

Wyrokiem z dnia 27 lutego 2019 r. Sąd Okręgowy w O. oddalił odwołanie i przyznał stosowne wynagrodzenie pełnomocnikowi z urzędu ustanowionemu odwołującej się w niniejszej sprawie.

Przy rozpoznawaniu apelacji od powyższego orzeczenia, wyłoniło się wskazane wyżej zagadnienie prawne.

Uzasadniając przedstawienie pytania Sąd Apelacyjny uporządkował ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego i stwierdził, że po pierwsze odwołująca aktualnie nie jest i nie była na chwilę wydania zaskarżonej decyzji osobą całkowicie niezdolną do pracy w rozumieniu art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U.2018.1270 j.t. z. zm.), co wynika z wszystkich przeprowadzanych w sprawie licznych opinii biegłych z zakresu:

- endokrynologii i neurologii - biegli ci stwierdzili częściowo niezdolności od dzieciństwa;
- psychiatrii, psychologii, medycyny pracy - nie stwierdzili całkowitej niezdolności do pracy, zaakceptowali stanowisko orzeczników ZUS;
- endokrynologii i neurologii - nowy zespół biegłych, który także nie stwierdził całkowitej niezdolności do pracy;
- laryngologii (otolaryngologii) - stwierdzającej częściową trwałą niezdolność do pracy od dzieciństwa;
- medycyny pracy - nie stwierdzającej całkowitej niezdolności do pracy, lecz częściową trwałą niezdolność do pracy od dzieciństwa.

Po drugie brak całkowitej niezdolności do pracy znany był organowi rentowemu od zakończenia postępowania w sprawie o prawo do renty socjalnej prawomocnym wyrokiem z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie III U 266/04, kiedy to oddalono jej odwołanie o prawo do renty socjalnej, której odmówiono jej decyzją z dnia 16 stycznia 2004 r. z uwagi na brak całkowitej niezdolności do pracy. Przesądzenie braku całkowitej niezdolności do pracy nie przełożyło się wówczas na wstrzymanie prawa odwołującej do spornej w niniejszej sprawie renty rodzinnej, aż do czasu wydania zaskarżonej decyzji z dnia 10 lutego 2017 r.

Po trzecie poza sporem było, iż odwołująca korzystała z prawa do renty rodzinnej przyznanej w drodze wyjątku przez Prezesa ZUS od dnia 1 maja 1988 r, której wysokość ustalono decyzją ZUS Oddział w Ostrołęce z dnia 30 czerwca 1988 r. Prawo do tej renty potwierdzono następnie wyrokiem z dnia 5 sierpnia 1997 r. w Sądzie Wojewódzkim w Warszawie uwzględniającej odwołanie od decyzji wstrzymującej jej wypłatę (XIII U 648/97). Wyrokiem tym prawo do renty rodzinnej (z tytułu inwalidztwa drugiej grupy) przywrócono od dnia wstrzymania zaskarżoną wówczas decyzją - bezterminowo. Z korespondencji Oddziału ZUS z Dyrektorem Departamentu Świadczeniu wynika, iż dopiero po 13 latach organ zorientował się, że wobec stwierdzenia przez orzeczników ZUS w 2004 częściowej niezdolności do pracy, renta rodzinna odwołującej powinna zostać wstrzymana już wówczas.

Po czwarte aktualnie 46 letnia odwołująca (technik ekonomista) z uwagi na swoje schorzenia przepracowała w całym swoim życiu zawodowym około 2 lat; pobierana renta od lat stanowiła jej jedyne źródło utrzymania, a pod jej opieką pozostaje też 10 letnia córka Julia, która posiada prawa do alimentów od ojca w kwocie 300 zł oraz przysługuje na nią świadczenie 500+. Pozbawienie jej aktualnie prawa do przedmiotowej renty pozbawiało ją w istocie środków do życia, przy mało realnych szansach znalezienia zatrudnienia. Bezspornym przy tym jest, iż okoliczności tych, tj. skutków, jakie ma dla odwołującej odebranie świadczenia będącego jej jedynym źródłem utrzymania - ani organ rentowy ani sąd I instancji nie rozważały.

W ocenie Sądu Apelacyjnego literalna wykładania art. 83 ust. 1 w zestawianiu z art. 101 pkt 1 i art. 134 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j.; Dz.U.2018.1270 z zm., dalej jako ustawa emerytalna), czyli przepisów powołanych w zaskarżonej decyzji - prowadziłyby do przyznania organowi rentowemu racji, że skoro ustała - i to przed laty - całkowita niezdolność do pracy, to odpadł warunek, który stanowił podstawę decyzji o przyznaniu renty rodzinnej, a tym samym w świetle powołanych przepisów ustawy ustało prawo do świadczenia.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego stosowanie art. 101 pkt 1 i art. 134 ust. 1 pkt 1 ustawy emerytalnej, w przypadku rent przyznanych na stałe, nie powinno jednak abstrahować od tego, jakie skutki w konkretnych okolicznościach wstrzymanie tego świadczenia pociągnie dla osoby ubezpieczonej, zwłaszcza przy bardzo długim okresie ich wypłaty, co w praktyce czyni bardzo trudnym powrót takich osób na rynek pracy i adaptację do nowej sytuacji związanej z utratą jedyne go źródła utrzymania.

W sytuacji bowiem jak w sprawie niniejszej, blisko 30-letni okres pobierania świadczenia, w tym kilkunastoletni okres jego wpłacania także po stwierdzeniu braku całkowitej niezdolności do pracy w sprawie o rentę socjalną, sprawia, iż do takiej sytuacji należałoby rozważać odpowiednie (czy *per analogiam*) stosowanie regulacji art. 114 ust. 1g ustawy emerytalnej, która, jak wiadomo, została wprowadzana do polskiego porządku prawnego ustawą z dnia 10 lutego 2017 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z dnia 3 kwietnia 2017 r. poz. 715), aby uczynić zadość ochronie prawa do świadczeń, w tym także świadczeń wadliwie nabytych.

Sąd Apelacyjny przypomniał, iż świadczenia z ubezpieczeń społecznych (jak mienie) pozostają pod ochroną art. 1 Protokołu Nr 1 do Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzonego w dniu 20 marca 1952 r. w Paryżu (Dz. U. z 1995r. Nr 36 poz. 175). Wielokrotnie również w polskich sprawach Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu nieuprawnioną ingerencję w to świadczenie (ich nie wypłacanie lub pozbawienie) traktował jako naruszenie powołanego art. 1 Protokołu do Konwencji. W sprawach polskich jednym z pierwszych wyroków w tym zakresie był wyrok w sprawie Wilkowicz przeciwko Polsce z 4 listopada 2008 r., skarga nr 74168/01 (niewypłacanie prawidłowo przyznanego świadczenia przez wojskowe biuro emerytalne), a szczególnie istotnym okazał się być wyrok Trybunału z 15 września 2009 r. w sprawie Moskał przeciwko Polsce, skarga nr 10375/05 (przyznanie nieuprawnione emerytury wcześniejszej, a następnie jej odebranie), która jest traktowana przez sam Trybunał jako wzorzec do oceny zasadności odebrania prawa do świadczenia w wielu innych podobnych sprawach dotyczących odebrania prawa do emerytury: por. np.: wyroki Trybunału z 4 grudnia 2012 r. w sprawach: Krzyżek przeciwko Polsce, skarga nr 11815/05; Lew przeciwko Polsce, skarga nr 34386/04; Migalska przeciwko Polsce, skarga nr 10368/05; Misielak przeciwko Polsce, skarga 35538/04; Świątek przeciwko Polsce, skarga nr 8578/04; Szewc przeciwko Polsce, skarga 31492/05; Sikora przeciwko Polsce, skarga nr 27680/04 oraz wyroki Trybunału: z 4 marca 2013 r. w sprawach Stępień przeciwko Polsce; skarga nr 39225/05; Sasor

przeciwko Polsce, skarga 6112/05. We wszystkich tych wyrokach stwierdzono naruszenie art. 1 Protokołu nr 1 do Konwencji.

Konsekwencją właśnie powyższego orzecznictwa Trybunału była zmiana ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych ustawą z dnia 10 lutego 2017 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z dnia 3 kwietnia 2017 r. poz. 715), w wyniku której ograniczono arbitralność organu rentowego w odbieraniu świadczeń choćby nawet wadliwe przyznanych. Istotą wprowadzonych do art. 114 ustawy emerytalnej od 18 kwietnia 2017 r. zmian polegała między innymi na wprowadzeniu ograniczeń czasowych co do możliwości wzruszenia decyzji wydanych w sprawie świadczeń emerytalnych lub rentowych (art. 114 ust. 1e ustawy przewiduje okres 3,5 lub 10 lat w zależności od podstawy wznowienia). Szczególnie istotną zmianą w kontekście orzecznictwa Trybunału jest ograniczenie czasowe do wydania decyzji wznowieniowej w zakresie prawa do świadczeń, tj. ograniczenie okresu dopuszczalności jej wydania do 3 lat w przypadku, gdy przyznanie lub ustalenie wysokości świadczenia nastąpiło na skutek błędu organu rentowego (art. 114 ust. 1e. pkt 3. w zw. z art. 114 ust. 1 pkt 6 ustawy). Nadto zgodnie z art. 114 ust. 1g. ustawy organ rentowy winien, nawet i w tym krótkim okresie, odstąpić od uchylecia lub zmiany takiej (przyznającej świadczenie na skutek błędu lub błędnej, zawyżonej wysokości), jeżeli uchylenie lub zmiana decyzji wiązałyby się z nadmiernym obciążeniem dla osoby zainteresowanej, ze względu na jej sytuację osobistą lub materialną, wiek, stan zdrowia lub inne szczególne okoliczności. Nie ulega wątpliwości, że te przesłanki zmierzają do zachowania zasady proporcjonalności, której niezachowanie było najczęstszą przyczyną stwierdzenia przez Trybunał naruszenia art. 1 Protokołu nr 1. Zdaniem Sądu Apelacyjnego praktyka organu rentowego na tle art. 101 pkt 1 i art. 134 ust. 1 pkt 1 ustawy emerytalnej wskazuje na to (czego dowodzi niniejsze postępowanie), iż wszystkich tych ograniczeń co do możliwości pozbawienia świadczeń przewidzianych w art. 114 ustawy nie stosuje w przypadku pozbawienia świadczeń, choćby przyznanych na stałe i pobieranych przez wiele lat, jeżeli odpadnie przesłanka zdrowotna w postaci ustania całkowitej niezdolności do pracy. Wynika to po części z tego, iż organ rentowy traktuje art. 101 i 134 ustawy emerytalnej jako samodzielną podstawę ingerencji w nabyte świadczenie, choćby przyznane na stałe i nie rozważa okoliczności przemawiających przeciwko wstrzymaniu wypłaty świadczenia, o których mowa w art. 114 ust. 1g. ustawy emerytalnej.

Tymczasem, zdaniem Sądu Apelacyjnego, gdyby w sprawie niniejszej zastosować wzorzec sprawy Moskał, to po blisko 30 latach wypłaty odwołującej przedmiotowej renty rodzinnej trudno znaleźć uzasadnienie do uznania, iż odebranie jej przedmiotowej renty rodzinnej przy uwzględnieniu jej sytuacji majątkowej i rodzinnej - nie jest nieproporcjonalną ingerencją. Nie bez znaczenia w tym zakresie jest to, że organ rentowy najpóźniej od 2005 r. wiedział, że ubezpieczona nie jest osobą całkowicie niezdolną do pracy (Sąd Okręgowy oddalił wówczas jej odwołanie w sprawie o rentę socjalną z powodu braku całkowitej niezdolności). Niewątpliwie jest, że kilkanaście lat temu ubezpieczona z uwagi na wiek i mniejszy stopień nasilenia schorzeń miałyby duże większe szanse odnaleźć się na rynku pracy. Okoliczność ta

nie jest bez znaczenia w kontekście przyjmowanej i akcentowanej przez Trybunał zasady dobrego rządzenia (*good governance*), wymagającej tego, aby organy władzy publicznej działały z najwyższą skrupulatnością, w szczególności wówczas, gdy zajmują się sprawami o dużym znaczeniu dla osób fizycznych, takimi jak świadczenia socjalne lub inne prawa majątkowe.

Można przypuszczać, iż przy wprowadzeniu standardów strasburskich do art. 114 ustawy emerytalnej, wspomnianą wyżej ustawą z dnia 10 lutego 2017 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z dnia 3 kwietnia 2017 r. poz. 715) ustawodawca przeoczył potrzebę skorelowania tej regulacji co najmniej w jakimś zakresie z art. 101 i 134 ustawy emerytalnej, które w istocie pozwalają na pozbawienie świadczeń pobieranych przez wiele lat, jak ma to miejsce w niniejszej sprawie. Tymczasem z punktu widzenia ubezpieczonych nie ma większego znaczenia, na jakiej podstawie prawnej następuje ingerencja w świadczenie przyznane nominalnie na stałe, co w istocie czyni potrzebnym stworzenie mechanizmów chroniących ubezpieczonych przed arbitralnością na podobnym poziomie skuteczności jaki gwarantuje nowa regulacja art. 114. W okolicznościach niniejszej sprawy oznaczałoby to przeanalizowanie sytuacji ubezpieczonej pod kątem odpowiednio stosowanego art. 114 ust. 1g. ustawy emerytalnej, czyli rozważenia, czy utrata prawa do renty rodzinnej - jedyne świadczenia i źródła utrzymania odwołującej - ze względu na jej sytuację osobistą lub materialną, wiek, stan zdrowia lub inne szczególne okoliczności nie będzie dla niej nadmiernym obciążeniem.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego przedstawione zagadnienie prawne pozostaje niewątpliwie w związku merytorycznym i logicznym z rozpoznawaną sprawą, a sposób rozstrzygnięcia zagadnienia prawnego będzie rzutować na sposób rozstrzygnięcia sprawy przez Sąd Apelacyjny. Rozstrzygnięcie przedstawianego zagadnienia prawnego ma znaczenie nie tylko dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, ale będzie też miało istotny wpływ na praktykę sądową w istotnych dla wielu ubezpieczonych sprawach, o zbliżonych stanach faktycznym.

Przedłużenie prawa do renty rodzinnej (III UZP 6/19)

Postanowieniem z dnia 4 czerwca 2019 r. Sąd Najwyższy przekazał powiększonemu składowi Sądu Najwyższego do rozstrzygnięcia następujące zagadnienie prawne:

"Czy osobie, która osiągnęła 25 lat życia, będąc na ostatnim roku studiów podyplomowych, przedłuża się prawo do renty rodzinnej do zakończenia tego roku studiów (art. 68 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych; jednolity tekst: Dz. U. z 2018 r., poz. 1270 ze zm.)."

Sąd Apelacyjny w W. wyrokiem z dnia 18 sierpnia 2017 r. oddalił apelację organu rentowego wniesioną od wyroku Sądu Okręgowego w O. z dnia 29 grudnia

2016 r. zmieniającego decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w O. z dnia 27 kwietnia 2016 r. i przyznającą odwołującej się Magdalenie M. prawo do renty rodzinnej.

Powyższe rozstrzygnięcie zostało poprzedzone ustaleniami faktycznymi, poczynionymi przez Sąd pierwszej instancji, z których wynikało, że Magdalena M., urodzona 14 kwietnia 1991 r., od 23 maja 2008 r. pobierała rentę rodzinną po zmarłym ojcu Jerzym K. Wnioskodawczyni w kolejnych latach przedkładała organowi rentowemu zaświadczenia potwierdzające kontynuowanie przez nią nauki w szkołach wyższych. Obecnie kontynuuje naukę w Wyższej Szkole Zarządzania i Administracji w O. na drugim semestrze studiów podyplomowych, na kierunku neurodydaktyki w szkole XXI wieku. Planowane zakończenie nauki przypada na luty 2017 r. Studia obejmują dwa semestry, zajęcia dydaktyczne kończą się w styczniu 2017 r., po których wnioskodawczyni powinna złożyć pracę dyplomową. Warunkiem przyjęcia na studia podyplomowe było przedstawienie dyplomu studiów wyższych, w wypadku wnioskodawczyni - dyplomu ukończenia studiów licencjackich w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w N. Jednocześnie wnioskodawczyni kontynuuje naukę na tej samej uczelni na dwuletnich studiach magisterskich (II stopnia), na kierunku pedagogiki, obecnie jest na trzecim semestrze. Zaskarżoną w niniejszym postępowaniu decyzją z dnia 27 kwietnia 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O. odmówił wnioskodawczyni dalszego prawa do renty rodzinnej, wskazując że renta przysługiwała jej tylko do końca miesiąca, w którym ukończyła 25 lat, tj. do 30 kwietnia 2016 r.

Sąd Okręgowy wskazał, że zgodnie z art. 68 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (aktualnie jednolity tekst: Dz.U. z 2018 r., poz. 1270 ze zm.; dalej jako: „ustawa o emeryturach i rentach” lub „ustawa emerytalna”) dzieci mają prawo do renty rodzinnej co do zasady do ukończenia 16 roku życia, a ponadto do ukończenia nauki w szkole, jeżeli przekroczyły 16 rok życia, nie dłużej jednak niż do osiągnięcia 25 lat. Zgodnie art. 68 ust. 2 ustawy emerytalnej, jeżeli dziecko osiągnęło 25 lat życia, będąc na ostatnim roku studiów w szkole wyższej, prawo do renty rodzinnej przedłuża się do zakończenia tego roku studiów. Rodzaje i formy studiów w szkole wyższej określa ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 2183 ze zm.). Definicja studiów podyplomowych została określona w art. 2 ust. 1 pkt 11 tej ustawy, zgodnie z którym studia podyplomowe oznaczają formę kształcenia, na którą są przyjmowani kandydaci posiadający kwalifikacje co najmniej pierwszego stopnia, prowadzoną w uczelni, instytucie naukowym Polskiej Akademii Nauk, instytucie badawczym lub Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, kończące się uzyskaniem kwalifikacji podyplomowych.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że z powyższego przepisu wynika, że studia podyplomowe są jednym z rodzajów studiów w szkole wyższej mieszczących się w zakresie definicji pojęcia „studia wyższe” obok studiów pierwszego i drugiego stopnia i jednolitych studiów magisterskich oraz studiów trzeciego stopnia (doktoranckich). Nie można, według Sądu, studiów w szkole wyższej, o jakich stanowi przepis art. 68 ust. 2 ustawy emerytalnej, utożsamiać jedynie z pojęciem „studia wyższe”, które jest

pojęciem węższym i obejmuje tylko niektóre rodzaje studiów w szkole wyższej. W ocenie Sądu Okręgowego, z przytoczonej definicji studiów podyplomowych wynika, że są to studia, na które są przyjmowani kandydaci posiadający co najmniej kwalifikacje pierwszego stopnia. Sąd wskazał, że jedynym warunkiem, o jakim stanowi przepis art. 68 ust. 2 ustawy emerytalnej, jest to, by w momencie ukończenia 25 lat uprawniony był na ostatnim roku studiów w szkole wyższej. Na poparcie powyższej argumentacji Sąd pierwszej instancji powołał się na wyrok Sądu Najwyższego z 13 maja 2014 r., I UK 414/13 (OSNP 2015 nr 8, poz. 115), w którym wyrażono stanowisko, że przez naukę w szkole, o której mowa w art. 68 ust. 1 pkt 2 ustawy emerytalnej, rozumie się naukę w szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych (publicznych i niepublicznych), szkołach wyższych (państwowych i niepaństwowych), szkołach prowadzonych przez Kościół katolicki, a także pozaszkolnych formach kształcenia, dokształcania bądź doskonalenia zawodowego (np. w ramach różnego rodzaju kursów lub praktyk zawodowych). W grę wchodzi wszelkie formy kształcenia w systemie stacjonarnym, zaocznym, wieczorowym i korespondencyjnym. Renta rodzinna przysługuje również słuchaczom studiów doktoranckich i studiów podyplomowych.

Sąd Okręgowy, uwzględnivszy powyższą ocenę, uznał, że wnioskodawczyni na dzień ukończenia 25 roku życia była na ostatnim roku studiów w szkole wyższej w rozumieniu art. 68 ust. 2 ustawy emerytalnej, a tym samym zachodziły przesłanki do przedłużenia jej prawa do renty rodzinnej do zakończenia przez nią ostatniego roku studiów w planowym terminie.

Rozpoznając apelację organu rentowego wniesioną od powyższego wyroku, Sąd Apelacyjny stwierdził, że Sąd pierwszej instancji na podstawie prawidłowo ustalonego stanu faktycznego dokonał właściwej jego oceny prawnej i prawidłowo uznał, że w związku z kontynuowaniem przez wnioskodawczynię nauki na studiach podyplomowych w szkole wyższej nie było podstawy do pozbawienia jej prawa do renty rodzinnej.

Od powyższego wyroku skargę kasacyjną wywiódł organ rentowy i zaskarżając wyrok Sądu drugiej instancji w całości, podniósł zarzut naruszenia art. 68 ust. 2 ustawy o emeryturach i rentach - przez jego błędną wykładnię, w wyniku której przyjęto, że osoba, która ukończyła 25 rok życia, będąc na ostatnim roku studiów podyplomowych, jest na ostatnim roku studiów w szkole wyższej i tym samym przysługuje jej prawo do renty rodzinnej do zakończenia tego roku studiów podyplomowych.

Skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości oraz poprzedzającego go wyroku Sądu Okręgowego w O. i orzeczenie co do istoty sprawy przez oddalenie odwołania ubezpieczonej.

W uzasadnieniu skargi organ rentowy podniósł, że zgodnie z dotychczasową linią orzecniczą Sądu Najwyższego, ostatni rok studiów w szkole wyższej w rozumieniu art. 68 ust. 2 ustawy o emeryturach i rentach nie odnosi się do studiów na studiach podyplomowych. Zdaniem organu rentowego, Prawo o szkolnictwie wyższym nie zalicza studiów podyplomowych do studiów wyższych. Studia wyższe, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 5 tej ustawy, to studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie, prowadzone przez uczelnię uprawnioną do ich

prowadzenia. Studia podyplomowe według art. 2 ust. 1 pkt 11 Prawa o szkolnictwie wyższym to forma kształcenia, na którą są przyjmowani kandydaci posiadający kwalifikacje co najmniej pierwszego stopnia, prowadzoną w uczelni, instytucie naukowym Polskiej Akademii Nauk, instytucie badawczym lub Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, kończące się uzyskaniem kwalifikacji podyplomowych. Według skarżącego, skoro zatem studia wyższe i studia podyplomowe to zupełnie inne formy kształcenia, a ustawodawca w ustawie o emeryturach i rentach nie wskazał, aby osoba kończąca wiek 25 lat, będąc na ostatnim roku studiów podyplomowych, miała uprawnienie do przedłużenia okresu pobierania renty rodzinnej, to nie ma podstaw do rozszerzającej wykładni tego przepisu, gdyż art. 68 ust. 2 ustawy emerytalnej już statuuje wyjątek od zasady, zgodnie z którą prawo do renty rodzinnej przysługuje maksymalnie do ukończenia 25 roku życia. Ponadto, jak podnosił skarżący, za przyjęciem takiej wykładni przemawia wyjątkowość tego przepisu, a także jego cel, który ma umożliwić ukończenie nauki ubezpieczonemu, a nie finansowanie kolejnych szkoleń podejmowanych przez ubezpieczonego po nabyciu kwalifikacji.

Organ rentowy podniósł, że w całości podziela stanowisko wyrażone w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 23 listopada 2011 r., II UK 71/11 (LEX nr 1308099), zgodnie z którym w kontekście prawa do renty rodzinnej należy opowiedzieć się za węższym rozumieniem pojęcia „studia w szkole wyższej”, a więc odpowiadającym zdefiniowanemu w ustawie - Prawo o szkolnictwie wyższym pojęciu „studiów wyższych” (art. 2 ust. 1 pkt 5). Ukończenie studiów magisterskich równoznaczne jest z uzyskaniem kwalifikacji do wykonywania zawodu zgodnego z kierunkiem studiów i oznacza zakończenie procesu „kształcenia się w szkole” w okresie, w którym przysługuje renta rodzinna. Odbycie po uzyskaniu tytułu magistra studiów wyższych, studiów podyplomowych nie jest środkiem do uzyskania możliwości samodzielnego utrzymania się, lecz służy podwyższeniu kwalifikacji zawodowych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Zgodnie z art. 68 ust. 1 pkt 2 ustawy o emeryturach i rentach, prawo do renty rodzinnej przysługuje dzieciom do ukończenia nauki w szkole, jeżeli przekroczyły 16 lat życia, nie dłużej jednak niż do osiągnięcia 25 lat życia. Z art. 68 ust. 2 tej ustawy wynika natomiast, że jeżeli dziecko osiągnęło 25 lat życia, będąc na ostatnim roku studiów w szkole wyższej, prawo do renty rodzinnej przedłuża się do zakończenia tego roku studiów. Na tle pojęcia „studia w szkole wyższej” można dostrzec rozbieżność w orzecznictwie Sądu Najwyższego. Wedle poglądów wyrażonych w wyrokach Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2006 r., I UK 155/05 (OSNP 2006 nr 23-24, poz. 368), z dnia 22 stycznia 2008 r., I UK 207/08 (OSNP 2009 nr 5-6, poz. 74) i z dnia 23 listopada 2011 r., II UK 71/11 (LEX nr 1308099), ostatni rok studiów w szkole wyższej w rozumieniu art. 68 ust. 2 ustawy emerytalnej nie odnosi się do studiów podyplomowych. Zaakcentowano w tym stanowisku, że ustawa - Prawo o szkolnictwie wyższym zawiera jednoznaczne definicje studiów wyższych i studiów podyplomowych (art. 2 ust. 1 pkt 5 i pkt 11), a studia podyplomowe stanowią inną niż studia wyższe formę kształcenia przeznaczoną dla osób legitymujących się dyplomem ukończenia

studiów wyższych (art. 2 ust. 1 pkt 11). Podkreśla się w nim, że w drodze legalnej definicji ustawodawca wyjaśnił i potwierdził różnice prawne i faktyczne, jakie zachodzą pomiędzy studiami wyższymi i podyplomowymi. Jak z tego wynika, pojęcie „studia w szkole wyższej” utożsamiono z pojęciem „studia wyższe” zdefiniowanym w art. 2 ust. 1 pkt 5 powyższej ustawy, ograniczając je wyłącznie do studiów prowadzonych przez uczelnię posiadającą uprawnienia do ich prowadzenia, kończące się uzyskaniem odpowiedniego tytułu zawodowego: licencjata, inżyniera, magistra lub tytułu równorzędnego. Szersze znaczenie pojęcia „studia w szkole wyższej” przyjęto natomiast w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 6 września 2000 r., II UKN 699/99 (OSNAPiUS 2002 nr 5, poz. 127), uznając że chodzi o wszystkie studia organizowane i prowadzone przez wyższą uczelnię. Powołane orzeczenie zapadło pod rządami poprzednio obowiązującej ustawy z dnia 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin (Dz.U. Nr 40, poz. 267 ze zm.), na tle jej art. 39 ust. 1 pkt 2. Uznano w nim, że studia doktoranckie prowadzone w uczelni, zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym (Dz.U. Nr 65, poz. 385 ze zm.) - w ówczesnym brzmieniu, z którego wynikało, że w uczelni mogą być prowadzone jednolite studia magisterskie, studia wyższe zawodowe i uzupełniające studia magisterskie oraz że uczelnia może również prowadzić studia podyplomowe, studia doktoranckie - są nauką w szkole w rozumieniu art. 39 ust. 1 pkt 2 ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin. Dlatego w przypadku ich podjęcia absolwent szkoły wyższej zachowuje prawo do renty rodzinnej, jednak nie dłużej niż do osiągnięcia 25 lat życia, z możliwością jego przedłużenia na warunkach przewidzianych w art. 39 ust. 2 ustawy. W kolejnym wyroku z dnia 17 października 2006 r., II UK 73/06 (OSNP 2007 nr 21-22, poz. 325) Sąd Najwyższy podkreślił, że pogląd powyższy zachowuje swoją aktualność w odniesieniu do art. 68 ustawy o emeryturach i rentach, a zatem studia doktoranckie prowadzone przez wyższą uczelnię są nauką w szkole w rozumieniu tego przepisu. W ocenie Sądu Najwyższego - w myśl zasady równości wobec prawa (art. 32 Konstytucji RP) - nie ma podstaw do czynienia rozróżnień między takimi studiami w zależności od podmiotu, który je w ramach swoich kompetencji ustawowych organizował i prowadził. Studia doktoranckie, także prowadzone przez Polską Akademię Nauk, winny być traktowane jako nauka w szkole w rozumieniu art. 68 ust. 1 pkt 2 ustawy o emeryturach i rentach, podobnie jak uczestnictwo w takich studiach prowadzonych przez wyższą uczelnię. Podobnie rozbieżne jest w tym zakresie orzecznictwo sądów powszechnych. Dla przykładu, o ile w niniejszej sprawie Sąd Apelacyjny przyjął, że studia podyplomowe są ostatnim rokiem studiów w szkole wyższej w rozumieniu art. 68 ust. 2 ustawy emerytalnej, o tyle Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 22 stycznia 2013 r., III AUa 632/12 (LEX nr 1283291) zajął stanowisko przeciwne w odniesieniu do studiów podyplomowych, zaś Sąd Apelacyjny w Rzeszowie wyrokiem z dnia 13 czerwca 2013 r., III AUa 257/13 (LEX nr 1327603) uznał ostatni rok studiów doktoranckich za „ostatni rok studiów w szkole wyższej”.

Pojęcie „studia w szkole wyższej” w kontekście przedłużenia prawa do renty rodzinnej dla osoby, która ukończyła 25 lat, będąc na ich ostatnim roku, wprowadziła już ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin. Jej art. 39 ust. 2

stanowił bowiem, podobnie jak art. 68 ust. 2 ustawy emerytalnej, że jeżeli dziecko osiągnęło 25 lat życia, będąc na ostatnim roku studiów w szkole wyższej, prawo do renty rodzinnej przedłuża się do zakończenia tego roku studiów. Organizację szkolnictwa wyższego regulowała wówczas ustawa z dnia 4 maja 1982 r. o szkolnictwie wyższym (jednolity tekst: Dz.U. z 1985 r., Nr 42, poz. 201 ze zm.). Z art. 10 ust. 3 tej ustawy wynikało, że podstawowym systemem studiów były studia dzienne. Szkoła mogła prowadzić studia wieczorowe, zaoczne, eksternistyczne i podyplomowe lub inne w sytuacjach uzasadnionych potrzebami gospodarki narodowej, a stosownie do art. 10 ust. 5, jednostki organizacyjne szkół uprawnione do nadawania stopnia naukowego doktora habilitowanego mogły prowadzić studia doktoranckie. W rozumieniu tej ustawy studia podyplomowe i studia doktoranckie były zatem studiami prowadzonymi przez szkołę wyższą, czyli studiami w szkole wyższej. Jeszcze wyraźniej takie usytuowanie studiów podyplomowych i doktoranckich zostało zaznaczone w kolejnej ustawie z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym (Dz.U. Nr 65, poz. 385 ze zm.). Jej art. 4 ust. 2 stanowił bowiem, że w uczelni mogły być prowadzone jednolite studia magisterskie, studia wyższe zawodowe i uzupełniające studia magisterskie. Uczelnia mogła również prowadzić studia podyplomowe, studia doktoranckie oraz studia i kursy specjalne. Uczelnia mogła także prowadzić studia typu otwartego dla słuchaczy niebędących studentami. Wszystkie wymienione w tym przepisie rodzaje studiów były studiami w szkole wyższej. Biorąc to pod uwagę, można postawić tezę, że zawarte w art. 39 ust. 2 ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin pojęcie „ostatni rok studiów w szkole wyższej” odnosiło się do wszystkich rodzajów studiów prowadzonych przez szkołę wyższą, a nie tylko do studiów wyższych. Ustawa z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym obowiązywała także już w okresie funkcjonowania ustawy o emeryturach i rentach, której art. 68 ust. 2 ma dokładnie taką samą treść jak art. 39 ust. 2 ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin.

Poglądy wyrażone w przytoczonych powyżej wyrokach Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2006 r., I UK 155/05; z dnia 22 stycznia 2008 r., I UK 207/08 i z dnia 23 listopada 2011 r., II UK 71/11, że ostatni rok studiów w szkole wyższej w rozumieniu art. 68 ust. 2 ustawy emerytalnej nie odnosi się do studiów podyplomowych, sformułowane zostały na tle przepisów kolejnej ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym z 2005 r. Ustawa ta zdefiniowała studia wyższe jako studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia lub jednolite studia magisterskie, prowadzone przez uczelnię uprawnioną do ich prowadzenia (art. 2 ust. 1 pkt 5); studia podyplomowe jako formę kształcenia, na którą są przyjmowani kandydaci posiadający kwalifikacje co najmniej pierwszego stopnia, prowadzoną w uczelni, instytucie naukowym Polskiej Akademii Nauk, instytucie badawczym lub Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, kończące się uzyskaniem kwalifikacji podyplomowych (art. 2 ust. 1 pkt 11) i studia trzeciego stopnia, tj. studia doktoranckie, prowadzone przez uprawnioną jednostkę organizacyjną uczelni, instytut naukowy Polskiej Akademii Nauk, instytut badawczy lub międzynarodowy instytut naukowy działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej utworzony na podstawie odrębnych przepisów, na które są przyjmowani kandydaci posiadający kwalifikacje drugiego stopnia,

kończące się uzyskaniem kwalifikacji trzeciego stopnia (art. 2 ust. 1 pkt 10). W przywołanych judykatach Sąd Najwyższy podkreślił, że w drodze tych legalnych definicji ustawodawca tylko wyjaśnił i potwierdził różnice prawne i faktyczne, jakie zachodzą pomiędzy studiami wyższymi i podyplomowymi, bowiem odróżnienie studiów wyższych od studiów podyplomowych było wyraźne już na gruncie ustawy o szkolnictwie wyższym z 1990 r. O ile trzeba zgodzić się z tym twierdzeniem, że studia wyższe, podyplomowe i doktoranckie to różne rodzaje studiów, to wątpliwości budzi wysnuty stąd wniosek o zawężeniu pojęcia „studia w szkole wyższej” z art. 68 ust. 2 ustawy emerytalnej do pojęcia „studia wyższe” zdefiniowanego w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym. Przepis art. 68 ust. 2 ustawy emerytalnej nie stanowi bowiem o „ostatnim roku studiów wyższych”, a o „ostatnim roku studiów w szkole wyższej”. Szkoła wyższa, jak już powiedziano, prowadzi różne rodzaje studiów, w tym podyplomowe i doktoranckie, nadal więc to są studia w szkole wyższej, czego nie zmieniają legalne definicje tych studiów, zamieszczone w ustawie z 2005 r. Dodać do tego trzeba, że w najnowszej ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018 r., poz.1668 ze zm.) zrezygnowano z legalnych definicji poszczególnych rodzajów studiów, stwierdzając w art. 11 ust. 1, że podstawowymi zadaniami uczelni są, między innymi, prowadzenie kształcenia na studiach (pkt 1); prowadzenie kształcenia na studiach podyplomowych lub innych form kształcenia (pkt 2); prowadzenie kształcenia doktorantów (pkt 4). Z art. 64 ust. 1 tej ustawy wynika, że studia są prowadzone na poziomie studiów pierwszego stopnia, studiów drugiego stopnia i jednolitych studiów magisterskich, zaś zgodnie z jej art. 163 ust. 1, studia podyplomowe lub inne formy kształcenia mogą być prowadzone przez uczelnię, instytut badawczy oraz instytut PAN, a kształcenie specjalistyczne - przez uczelnię zawodową, natomiast według art. 198 ust. 1 i 3, kształcenie doktorantów przygotowuje do uzyskania stopnia doktora i odbywa się w szkole doktorskiej, a szkoła doktorska może być prowadzona przez uczelnię akademicką, instytut PAN, instytut badawczy albo instytut międzynarodowy posiadające kategorię naukową A+, A albo B+ w co najmniej 2 dyscyplinach. Ta ustawa w ogóle nie zawiera pojęcia „studia wyższe”, wobec czego na jej gruncie trudno byłoby obronić stanowisko, że sformułowanie „ostatni rok studiów w szkole wyższej” oznacza „ostatni rok studiów wyższych”.

Z powyższego wynika, że stanowisko Sądu Najwyższego odnośnie do niemożliwości przedłużenia prawa do renty rodzinnej do końca ostatniego roku studiów podyplomowych, w ciągu którego osoba pobierająca tę rentę ukończyła 25 lat, budzi wątpliwości przez jak się wydaje nieuzasadnione w świetle wykładni językowej i systemowej zawężenie znaczenia pojęcia „ostatniego roku studiów w szkole wyższej” jedynie do „ostatniego roku studiów wyższych”.

Za przyjęciem poglądu Sądu Najwyższego zaprezentowanego w wyrokach z dnia 6 września 2000 r., II UKN 699/99 i z dnia 17 października 2006 r., II UK 73/06, że studia doktoranckie (a więc i studia podyplomowe) są nauką w szkole w rozumieniu przepisów uprawniających dzieci do renty rodzinnej, a zatem ostatni rok takich studiów to „ostatni rok studiów w szkole wyższej” w rozumieniu art. 68 ust. 2 ustawy emerytalnej, przemawiają też względy celowościowe.

W wyroku z dnia 13 lipca 2006 r., III UK 49/06 (OSNP 2007 nr 13-14, poz. 205) Sąd Najwyższy stwierdził, że warunkiem przedłużenia prawa do renty rodzinnej, na podstawie art. 68 ust. 2 ustawy o emeryturach i rentach, jest kontynuowanie nauki na ostatnim roku studiów w szkole wyższej, niezależnie od wcześniejszego ukończenia studiów magisterskich na innym kierunku. W uzasadnieniu tego wyroku Sąd wskazał, że zasadniczym celem renty rodzinnej jest dostarczanie osobom wymienionym w art. 68 ustawy o emeryturach i rentach środków utrzymania w czasie, gdy w związku z kształceniem nie wykonują pracy dającej źródło utrzymania. Ta argumentacja w ocenie składu rozpoznającego niniejszą sprawę, pozostaje aktualna również w odniesieniu do osoby kontynuującej naukę na studiach podyplomowych, czy doktoranckich. Rozróżnienie sytuacji prawnej osób kontynuujących naukę na uczelni niezależnie od wcześniejszego ukończenia studiów na innym kierunku i uzyskania tytułu magistra, od sytuacji osób legitymujących się dyplomem ukończenia studiów wyższych i kontynuujących naukę w formie studiów podyplomowych, czy doktoranckich prowadzonych przez uczelnię z racji celu, jakim służy renta rodzinna, byłoby bowiem nieuprawnione.

Istotą renty rodzinnej jest dostarczenie środków utrzymania tym dzieciom pracownika (rencisty), które nie podjęły pracy w związku z kształceniem się w szkole. Innymi słowy, dotychczasowy obowiązek alimentacyjny rodzica względem pełnoletniego dziecka (art. 133 k.r.o.) przekształca się w prawo do renty rodzinnej. W orzecznictwie Sądu Najwyższego podkreśla się zaś, że nie traci uprawnień do alimentacji dziecko, które osiągnęło nie tylko pełnoletność, ale zdobyło także wykształcenie umożliwiające podjęcie pracy zawodowej, jeżeli np. chce kontynuować naukę i zamiar ten znajduje uzasadnienie w dotychczas osiągniętych wynikach (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 marca 2000 r., I CKN 1538/99, LEX nr 51629), czy też że jeżeli dotychczasowe kwalifikacje dziecka nie zapewniają mu odpowiedniego poziomu życia i w związku z tym zamierza ono podnieść te kwalifikacje, podejmując np. studia wyższe, okoliczność, że przed tymi studiami już pracowało i pobierało wynagrodzenie za pracę, nie zwalnia rodziców od alimentacji na tej podstawie, że dziecko jest już w stanie utrzymać się samodzielnie (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 1986 r., II CRN 439/85, OSP 1987 nr 4, poz. 85). Taką argumentację można odnieść także do sytuacji osób pobierających rentę rodzinną i kształcących się na studiach podyplomowych czy doktoranckich. Choć bowiem studia podyplomowe i doktoranckie służą pogłębieniu wiedzy zdobytej na studiach wyższych i podniesieniu kwalifikacji, to w aktualnej sytuacji panującej na rynku pracy, uznać należy, że ich ukończenie może determinować w ogóle podjęcie pracy w zawodzie. Tymczasem celem renty rodzinnej ma być zabezpieczenie finansowe możliwości kształcenia się sieroty bądź półsieroty celem zdobycia kwalifikacji umożliwiających podjęcie pracy, w zamyśle pracy zgodnej z tymi kwalifikacjami. Mając ten cel na uwadze i uwzględniając że studia podyplomowe można podejmować już po ukończeniu studiów pierwszego stopnia (czyli po uzyskaniu licencjatu), zasadne wydaje się przyjęcie, że również osobie, która ukończyła dwudziesty piąty rok życia, będąc na ostatnim roku studiów podyplomowych (studiów w szkole wyższej), prawo do renty rodzinnej przedłuża się do zakończenia tego roku studiów.

Wskazane wyżej wątpliwości odnośnie do tego, czy ostatni rok studiów podyplomowych jest „ostatnim rokiem studiów w szkole wyższej” w rozumieniu art. 68 ust. 2 ustawy emerytalnej przy rozbieżnym w tym zakresie orzecznictwie, skłoniły skład orzekający do przedstawienia ich w formie zagadnienia prawnego powiększonemu składowi Sądu Najwyższego.

Skład sądu w sprawie o roszczenia z tytułu nieuzasadnionego lub niezgodnego z prawem rozwiązania stosunku pracy dochodzone przez pracownika od pracodawcy na podstawie art. 415 k.c. (III PZP 5/19)

Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego na podstawie art. 83 § 1 ustawy z dnia z dnia 8 grudnia 2017 r. o Sądzie Najwyższym (jednolity tekst: Dz.U. z 2019 r., poz. 825) wystąpił wnioskiem z dnia 12 czerwca 2019 r. o rozstrzygnięcie przez Sąd Najwyższy w składzie siedmiu sędziów zagadnienia prawnego następującej treści:

Czy w sprawie o roszczenia z tytułu nieuzasadnionego lub niezgodnego z prawem rozwiązania stosunku pracy dochodzone przez pracownika od pracodawcy na podstawie art. 415 k.c. (w zw. z art. 300 k.p.), a nie na podstawie Kodeksu pracy, właściwy jest skład sądu określony w art. 47 § 1 k.p.c., czy też w art. 47 § 2 pkt 1 lit. a k.p.c.?

Uzasadnienie

W orzecznictwie Sądu Najwyższego i sądów powszechnych, w sprawach o roszczenia z tytułu nieuzasadnionego lub niezgodnego z prawem rozwiązania stosunku pracy, ujawniły się rozbieżności dotyczące wykładni art. 47 § 2 pkt 1 lit. a in fine k.p.c. odnośnie do wymaganego składu sądu w sytuacji, gdy powyższe roszczenia dochodzone są przez pracownika od pracodawcy na podstawie art. 415 k.c. (w związku z art. 300 k.p.), a nie na podstawie przepisów Kodeksu pracy.

W pierwszej kolejności należy przywołać wyrok z dnia 13 stycznia 2015 r., I PK 136/14 (LEX nr 1628904), w którym Sąd Najwyższy przyjął, że „1. Wykładnia systemowa i funkcjonalna art. 47 § 2 pkt 1 lit. a k.p.c. implikuje tezę, że sprawy o odszkodowanie z tytułu wadliwie dokonanego przez pracodawcę wypowiedzenia zmieniającego są objęte treścią tego przepisu i sprawy tego rodzaju powinny być rozpoznawane w składzie ławniczym. 2. Sprawy pracownicze wymienione w art. 47 § 2 k.p.c. rozpoznawane są przez skład sądu z udziałem ławników, natomiast pozostałe sprawy pracownicze rozpoznaje sąd w składzie jednoosobowym. Prowadzi to do konkluzji, że przy interpretacji art. 47 § 2 k.p.c. nie powinno się stosować wykładni zawężającej, mogącej mieć zastosowanie do wyjątków od reguły. 3. Skład sądu określony w art. 47 § 1 k.p.c. znajduje zastosowanie tylko w tych sprawach, które rozpoznawane są w postępowaniu odrębnym, unormowanym w art. 459 i n. Oznacza to, że sprawa, w której po stronie pozwanej zachodzi współuczestnictwo materialne pomiędzy podmiotami, co do których właściwe jest postępowanie zwykłe i

postępowanie odrębne w sprawach z zakresu prawa pracy, nie posiada charakteru sprawy "pracowniczej", lecz jest sprawą cywilną podlegającą rozpoznaniu w postępowaniu zwykłym przez sąd cywilny w składzie właściwym dla tego trybu postępowania. Niemożliwe jest bowiem przyjęcie, że sprawa taka zachowuje charakter "pracowniczy" w stosunku do niektórych z pozwanych, będąc jednocześnie sprawą cywilną w stosunku do innych. W takim przypadku skład sądu właściwy dla sprawy z zakresu prawa pracy byłby sprzeczny z przepisami prawa w stosunku do podmiotu, dla którego sprawa takiego charakteru nie posiada."

W wyjaśnieniu motywów, które skłoniły Sąd Najwyższy do przyjęcia powyższego stanowiska podkreślono, że przepis art. 47 § 2 pkt 1 lit. a k.p.c., który statuuje skład ławniczy sądu w sprawie o "odszkodowanie w przypadku nieuzasadnionego lub naruszającego przepisy wypowiedzenia oraz rozwiązania stosunku pracy" - należy rozumieć w ten sposób, że sąd rozpoznaje w składzie ławniczym sprawę tylko o odszkodowanie przewidziane w Kodeksie pracy (art. 45 i 58 k.p.). Natomiast sprawę co do roszczenia o inne odszkodowania (zwłaszcza oparte na podstawie z Kodeksu cywilnego o odszkodowanie przewyższające limity określone w przepisach Kodeksu pracy) dochodzone na tle stanu faktycznego, w którym pracownik zarzuca, że wypowiedzenie lub rozwiązanie stosunku pracy było nieuzasadnione bądź naruszało przepisy - sąd rozpoznaje w składzie jednego sędziego, zgodnie z zasadą określoną w art. 47 § 1 k.p.c. Sąd Najwyższy odwołał się przy tym do stanowiska Sądu Najwyższego wyrażonego w uchwale w uchwale z dnia 18 marca 2008 r. w sprawie II PZP 1/08 (OSNP 2008 nr 17-18, poz. 248), w którym wyrażono pogląd, że rozpoznanie w postępowaniu zwykłym sprawy, w której po stronie pozwanej zachodzi współuczestnictwo materialne (art. 72 § 3 w związku z art. 72 § 2 k.p.c.) wyłącza stosowanie przepisu o składzie sądu w sprawach z zakresu prawa pracy (art. 47 § 1 k.p.c. w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie ustawy z dnia 15 marca 2007 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego, ustawy - Kodeks postępowania karnego oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Dz. U. Nr 112, poz. 766). Skład sądu określony w art. 47 § 1 znajduje zastosowanie tylko w tych sprawach, które rozpoznawane są w postępowaniu odrębnym, unormowanym w art. 459 i n. Oznacza to, że sprawa, w której po stronie pozwanej zachodzi współuczestnictwo materialne pomiędzy podmiotami, co do których właściwe jest postępowanie zwykłe i postępowanie odrębne w sprawach z zakresu prawa pracy, nie posiada charakteru sprawy "pracowniczej", lecz jest sprawą cywilną podlegającą rozpoznaniu w postępowaniu zwykłym przez sąd cywilny w składzie właściwym dla tego trybu postępowania. Niemożliwe jest bowiem przyjęcie, że sprawa taka zachowuje charakter "pracowniczy" w stosunku do niektórych z pozwanych, będąc jednocześnie sprawą cywilną w stosunku do innych. W takim przypadku skład sądu właściwy dla sprawy z zakresu prawa pracy byłby sprzeczny z przepisami prawa w stosunku do podmiotu, dla którego sprawa takiego charakteru nie posiada.

Zbieżny z powyższym stanowiskiem pozostaje pogląd wyrażony przez Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 22 października 2015 r., III APa 10/15 (LEX nr 2062038), zgodnie z którym przepis art. 47 § 2 pkt 1a k.p.c., który statuuje skład ławniczy sądu w sprawie o "odszkodowanie w przypadku nieuzasadnionego lub

naruszającego przepisy wypowiedzenia oraz rozwiązania stosunku pracy" - należy rozumieć w ten sposób, że Sąd rozpoznaje w składzie ławniczym sprawę tylko o odszkodowanie przewidziane w k.p. (art. 45 i 58 k.p.). Natomiast sprawę co do roszczenia o inne odszkodowania (zwłaszcza oparte na podstawie z k.c. o odszkodowanie przewyższające limity określone w przepisach k.p.) dochodzone na tle stanu faktycznego, w którym pracownik zarzuca, że wypowiedzenie lub rozwiązanie stosunku pracy było nieuzasadnione bądź naruszało przepisy - sąd rozpoznaje w składzie jednego sędziego, zgodnie z zasadą określoną w art. 47 § 1 k.p.c.

W sposób pośredni swoją aprobatę dla takiej interpretacji art. 47 § 2 pkt 1 k.p.c. wyraził również Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 14 czerwca 2016 r., II PZ 9/16 (LEX nr 2076687), w którym przyjęto, że roszczenie o odszkodowanie "w przypadku nieuzasadnionego lub naruszającego przepisy wypowiedzenia oraz rozwiązania stosunku pracy" to odszkodowanie, które przysługuje alternatywnie względem roszczeń o uznanie bezskuteczności wypowiedzenia stosunku pracy, o przywrócenie do pracy i przywrócenie poprzednich warunków pracy lub płacy. Nie jest nim natomiast dochodzone na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego roszczenie o odszkodowanie "uzupełniające" i w związku z tym wartość przedmiotu sporu takiego roszczenia przekraczająca siedemdziesiąt pięć tysięcy złotych determinuje właściwość sądu okręgowego.

W opozycji do zaprezentowanego wyżej stanowiska orzeczniczego znajduje się natomiast wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 października 2018 r., III PK 92/17 (OSNP 2019/4/44), w którym stwierdzono, że sprawy o roszczenia z tytułu nieuzasadnionego lub niezgodnego z prawem rozwiązania stosunku pracy dochodzone przez pracownika od pracodawcy na podstawie art. 415 k.c. w związku z art. 300 k.p. podlegają rozpoznaniu przez sąd pracy w składzie ławniczym (art. 47 § 2 pkt 1 lit. a in fine k.p.c.).

Wyjaśniając motywy, które skłoniły Sąd Najwyższy do przyjęcia odmiennego niż dotychczasowe zapatrywania, Sąd Najwyższy podkreślił, że „choćby sporne roszczenia z tytułu szczególnie nagannego (kwalifikowanego) nieuzasadnionego lub bezprawnego (niezgodnego z prawem) rozwiązania stosunku pracy były dochodzone na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego (w związku z art. 300 k.p.), to bez wątpienia kwalifikowały się jako sprawa z zakresu prawa pracy podlegająca rozpoznaniu przez sąd pracy w składzie ławniczym w postępowaniu w odrębnym z zakresu prawa pracy (art. 459 i n.k.p.c.), gdyż dotyczyły potrzeby osądzenia sporu o odszkodowanie nie tylko w ujęciu przepisów Kodeksu pracy, ale także w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego o czynach niedozwolonych (art. 415 k.c. w związku z art. 300 k.p.). W konsekwencji sprawy o roszczenia z zakresu prawa pracy z tytułu kwalifikowanego nieuzasadnionego lub niezgodnego z prawem rozwiązania stosunku pracy, dochodzone przez pracownika od pracodawcy na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego w związku z art. 300 k.p. podlegają rozpoznaniu przez sąd pracy w składzie ławniczym (art. 47 § 2 pkt 1 lit. a in fine k.p.c.), bo przepis ten nie zawiera zastrzeżenia, że w takim składzie (ławniczym) sądy pracy rozpoznają wyłącznie roszczenia dotyczące nieuzasadnionego lub niezgodnego z prawem wypowiedzenia lub rozwiązania stosunku pracy, o których mowa w art. 45 albo art. 56 k.p. Tymczasem, sprawy z zakresu pracy o uzupełniające roszczenia

odszkodowawcze dochodzone przez pracownika od pracodawcy na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego w związku z art. 300 k.p. należą zwykle do co najmniej równie skomplikowanych prawniczo kwestii wymagających takiego samego lub większego wysiłku jurysdykcyjnego przy prawidłowym osądzie tego typu szczególnych sporów o istotnym znaczeniu dla stron stosunku pracy, jak osąd spraw o "typowe" odszkodowanie w przypadku nieuzasadnionego lub niezgodnego z prawem wypowiedzenia albo rozwiązania stosunku pracy dochodzonego na podstawie przepisów Kodeksu pracy. Pracownicza i prawniczo złożona natura spornych roszczeń przemawia zatem za ich rozpoznaniem przez sądy pracy w powiększonym ("mocniejszym") składzie ławniczym (art. 47 § 2 pkt 1 lit. a in fine k.p.c., por. w tym zakresie uzasadnienie uchwały Sądu Najwyższego z dnia 5 czerwca 2013 r., III PZP 2/13, OSNP 2014 nr 2, poz. 17)."

Zwrot nienależnie pobranego świadczenia (III UZP 7/19)

Postanowieniem z dnia 4 czerwca 2019 r., Sąd Najwyższy przekazał powiększonemu składowi Sądu Najwyższego do rozstrzygnięcia następujące zagadnienie prawne:

"Czy organ rentowy może wybrać płatnika składek jako podmiot zobowiązany do zwrotu świadczenia pobranego nienależnie przez osobę, która zawarła z tym płatnikiem pozorną umowę o pracę (art. 84 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych; jednolity tekst: Dz. U. z 2019 r., poz. 300 ze zm.)".

Zagadnienie wyłoniło się przy rozpoznawaniu skargi kasacyjnej od wyroku z dnia 18 grudnia 2017 r., którym Sąd Okręgowy w G. oddalił apelację Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w G. wniesioną od wyroku Sądu Rejonowego w G. z dnia 25 sierpnia 2017 r., mocą którego Sąd zmienił zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w G. z dnia 12 maja 2014 r. i ustalił, że płatnik składek Marcin R. nie jest zobowiązany do zwrotu wypłaconego Andrzejowi R. zasiłku chorobowego za wskazane okresy.

W niniejszej sprawie ustalono, że odwołujący się Marcin R. w dniu 13 lutego 2013 r. zawarł z Andrzejem R. umowę o pracę z miesięcznym wynagrodzeniem w wysokości 5.000 zł. Andrzej R. za okresy od 4 marca 2013 r. do 8 sierpnia 2013 r. i od 19 sierpnia 2013 r. do 16 lutego 2014 r. składał wnioski o wypłatę zasiłku chorobowego. Organ rentowy za powyższe okresy wypłacił Andrzejowi R. zasiłki chorobowe w kwocie 39.120,40 zł.

Decyzją z dnia 30 kwietnia 2014 r. numer 38/2014 Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. stwierdził, że Andrzej R. z tytułu zatrudnienia u Marcina R. w okresie od 13 lutego 2013 r. do 28 lutego 2014 r. nie podlegał obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu - emerytalnemu, rentowemu, chorobowemu, wypadkowemu. Rozpoznając odwołanie od powyższej decyzji, Sąd Apelacyjny w S. wyrokiem z dnia 21 lutego 2017 r. zmienił zaskarżony wyrok Sądu Okręgowego w G. z dnia 10 listopada 2015 r. i oddalił odwołania Marcina R. i Andrzeja R. od decyzji z

dnia 30 kwietnia 2014 r. Sąd wskazał, iż Andrzej R. nie świadczył pracy wynikającej z umowy o pracę, a płatnik i ubezpieczony zawarli umowę o pracę bez rzeczywistego zamiaru powstania stosunku pracy i świadczenia pracy przez Andrzeja R.

Zaskarżoną w niniejszym postępowaniu decyzją z dnia 12 maja 2014 r. organ rentowy zobowiązał płatnika składek Marcina R. do zwrotu wypłaconego Andrzejowi R. zasiłku chorobowego za okresy od 4 marca 2013 r. do 8 sierpnia 2013 r. oraz od 19 sierpnia 2013 r. do 16 lutego 2014 r. wraz z odsetkami w wysokości 42.465,10 zł.

Przechodząc do oceny prawnej, Sąd Okręgowy stwierdził, że Sąd Rejonowy prawidłowo przyjął, że zaskarżona decyzja organu rentowego była nieprawidłowa i podlegała zmianie. Sąd odwoławczy podniósł, że zgodnie z zasadą wynikającą z art. 84 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (aktualnie jednolity tekst: Dz.U. z 2019 r., poz. 300 ze zm., dalej także jako ustawa systemowa) obowiązek zwrotu nienależnie pobranego świadczenia ciąży na osobie, która je pobrała. Zwrotu nienależnie pobranego świadczenia można dochodzić na podstawie art. 84 ust. 6 ustawy systemowej od płatnika składek lub innego podmiotu, jeżeli pobranie nienależnych świadczeń zostało spowodowane przekazaniem przez płatnika składek lub inny podmiot nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub na ich wysokość. Świadczenie nienależnie pobrane powinno być zwrócone wraz z odsetkami, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego.

Zdaniem Sądu, obowiązek zwrotu nienależnie wypłaconych świadczeń z ubezpieczeń społecznych obciąża płatnika składek na podstawie art. 84 ust. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych tylko wówczas, gdy brak jest podstaw do żądania zwrotu bezpośrednio od osoby, której te świadczenia wypłacono. Argumentując powyższe twierdzenie, Sąd Okręgowy powołał się na stanowisko doktryny, a także przytoczył dwa wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 10 czerwca 2008 r., I UK 376/07 (OSNP 2009 nr 21-22, poz. 295) oraz z dnia 17 stycznia 2012 r., I UK 194/11 (niepublikowany). Sąd Okręgowy wskazał, że celem regulacji wynikającej z art. 84 ust. 6 ustawy systemowej jest umożliwienie organowi rentowemu odzyskania świadczeń, które bez jego winy zostały wypłacone, bądź zawyżono ich wysokość, a nie ma przy tym podstaw, aby uznać, że pobierająca je osoba zobowiązana jest do ich zwrotu.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt przedmiotowej sprawy, Sąd Okręgowy wskazał, że nie zaistniały w niej okoliczności uzasadniające żądanie zwrotu wypłaconego świadczenia od płatnika składek. Według Sądu, zawarcie umowy o pracę nie przesądzało o nawiązaniu stosunku pracy, gdyż ubezpieczony Andrzej R. nie świadczył pracy wynikającej z umowy o pracę. Płatnik i ubezpieczony zawarli umowę o pracę bez rzeczywistego zamiaru powstania stosunku pracy i świadczenia pracy przez Andrzeja R. Umowa o pracę została uznana w wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 21 lutego 2017 r. za czynność pozorną, a więc nieważną, niewywołującą skutków prawnych. Andrzej R., składając wniosek o wypłatę świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, wskazując umowę o pracę jako tytuł ubezpieczenia, w celu uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego, wprowadził zatem świadomie w błąd organ rentowy w rozumieniu art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Tym samym wypłacony zainteresowanemu Andrzejowi R. zasiłek chorobowy był

nienależnie przez niego pobrany i organ rentowy słusznie zażądał jego zwrotu. Jednakże, zdaniem Sądu odwoławczego, żądanie to zostało skierowane w sposób nieuzasadniony do odwołującego się Marcina R. Tymczasem adresatem zaskarżonej decyzji winien być tylko i wyłącznie zainteresowany Andrzej R. jako osoba, która faktycznie otrzymała zasiłek chorobowy. Uwadze organu rentowego umknęła okoliczność, że odwołujący się miałby obowiązek zwrócić wypłacony zasiłek chorobowy tylko wówczas, gdyby nie tylko jego pobranie spowodowane zostało przekazaniem przez niego nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub ich wysokość, ale jednocześnie brak byłoby podstaw do żądania takiego zwrotu od zainteresowanego, co nie zachodzi w niniejszej sprawie.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy uznał, że Marcin R. nie był zobowiązany do zwrotu nienależnie wypłaconego zainteresowanemu zasiłku chorobowego za okresy od 4 marca 2013 r. do 8 sierpnia 2013 r. oraz od 19 sierpnia 2013 r. do 16 lutego 2014 r. wraz z odsetkami w wysokości 42.465,10 zł. Według Sądu, decyzja organu rentowego była przedwczesna, bowiem w pierwszej kolejności winien zobowiązać do zwrotu nienależnego świadczenia zainteresowanego, a takiej możliwości organ rentowy w ogóle nie rozważał.

Od powyższego wyroku pełnomocnik organu rentowego wywiódł skargę kasacyjną i zaskarżając wyrok Sądu Okręgowego w całości, podniósł zarzut naruszenia art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych - przez jego błędną wykładnię i przyjęcie, że obowiązek zwrotu spornego świadczenia z ubezpieczeń społecznych obciąża odwołującego się - płatnika składek wyłącznie w przypadku stwierdzenia braku podstaw do takiego zwrotu od ubezpieczonego w sytuacji, gdy przedmiotowa regulacja prawna nie zawiera takiej normatywnej przesłanki i umożliwia organowi rentowemu dochodzenie przedmiotowego zwrotu bezpośrednio od płatnika składek, który przekazał nieprawdziwe dane, mające wpływ na prawo do świadczenia lub jego wysokość.

Skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości oraz o uchylenie poprzedzającego go wyroku Sądu Rejonowego w całości i przekazanie sprawy temu Sądowi do ponownego rozpoznania, bądź o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i oddalenie odwołania.

W uzasadnieniu skargi organ rentowy podniósł, że z wykładni językowej art. 84 ust. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń nie wynika normatywny obowiązek organu rentowego, polegający na konieczności zachowania kolejności dochodzenia spornych świadczeń od wymienionych w nim podmiotów, odpowiednio najpierw od osoby ubezpieczonej, a w braku podstaw do żądania takiego zwrotu - od płatnika składek. Sądy obu instancji wyinterpretowały nieistniejącą przesłankę jego zastosowania polegającą na przyjęciu, że płatnik miałby obowiązek zwrócić wypłacony zasiłek chorobowy tylko wówczas, gdyby brak było podstaw do żądania jego zwrotu od ubezpieczonego.

Zdaniem organu rentowego przepis art. 84 ust. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń upoważnia organ rentowy do wydania decyzji obligującej płatnika do zwrotu spornych świadczeń niezależnie od zasady odpowiedzialności ubezpieczonego

za ich zwrot wyrażonej w art. 84 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń. Jediną normatywną przesłanką zastosowania w niniejszej sprawie art. 84 ust. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń, uzasadniająca żądanie zwrotu przedmiotowych świadczeń od płatnika, jest przekazanie przez tego płatnika nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub na ich wysokość.

Zdaniem organu rentowego, obowiązek zwrotu przez płatnika spornych świadczeń aktualizuje się niezależnie od tego, czy uprzednio organ rentowy stwierdził możliwość ich dochodzenia od ubezpieczonego. Prawidłowa wykładnia przepisu art. 84 ust. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń upoważnia organ rentowy do wydania decyzji zobowiązującej płatnika do zwrotu spornych świadczeń bez względu na to, czy uprzednio stwierdzono możliwość ich uzyskania od ubezpieczonego, do którego były one skierowane.

Sąd Najwyższy w pierwszej kolejności zauważył, że choć w podstawie kasacyjnej organ rentowy powołał się na naruszenie art. 84 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej, który w niniejszej sprawie w ogóle nie ma zastosowania, to biorąc pod uwagę zarówno treść zarzutu, jak i uzasadnienie wniosku o przyjęcie skargi do rozpoznania oraz uzasadnienie podstawy, uznać to należy za oczywistą omyłkę, gdyż faktycznie wszystkie rozważania odnoszą się do art. 84 ust. 6 tej ustawy.

Ogólne zasady zwrotu nienależnie pobranych świadczeń określa art. 84 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Zgodnie z ust. 1 tego przepisu, osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu wraz z odsetkami, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego. Za kwoty nienależnie pobranych świadczeń uważa się w myśl art. 84 ust. 2 tej ustawy świadczenia wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do ich pobierania (pkt 1), a także świadczenia przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia (pkt 2). Według art. 84 ust. 6 ustawy systemowej, jeżeli pobranie nienależnych świadczeń zostało spowodowane przekazaniem przez płatnika składek lub inny podmiot nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo świadczeń lub ich wysokość, obowiązek zwrotu tych świadczeń wraz z odsetkami, o których mowa w ust. 1, obciąża odpowiednio płatnika składek lub inny podmiot.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego zarysowała się rozbieżność odnośnie do możliwości wyboru płatnika jako zobowiązanego do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia w sytuacji, gdy taki obowiązek obciąża również osobę, która to świadczenie pobrała, ale od której nie dochodzi się jego zwrotu.

W wyrokach z dnia: 20 maja 2004 r., II UK 385/03 (OSNP 2005 nr 2, poz. 25), 10 czerwca 2008 r., I UK 376/07 (OSNP 2009 nr 21-22, poz. 295), 17 stycznia 2012 r., I UK 14/11 (LEX nr 1227962), 6 sierpnia 2013 r., II UK 11/13 (OSNP 2014 nr 5, poz. 72) i z dnia 7 lutego 2017 r., II UK 685/15 (LEX nr 2254796) Sąd Najwyższy uznał, że obowiązek zwrotu wypłaconych nienależnie świadczeń z ubezpieczeń społecznych obciąża płatnika składek w myśl art. 84 ust. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń

społecznych tylko wówczas, gdy ich pobranie spowodowane zostało przekazaniem przez niego nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub ich wysokość, a jednocześnie brak jest podstaw do żądania takiego zwrotu od osoby, której faktycznie świadczenia te wypłacono. W uzasadnieniu tego stanowiska podniesiono, że choć przepisy nie wskazują wprost podmiotu zobowiązanego do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń w sytuacji, gdy obowiązek taki obciąża płatnika i ubezpieczonego, to nie można z tego wywieść możliwości dochodzenia w każdej sytuacji zwrotu świadczeń nienależnie wypłaconych od płatnika składek. Odpowiedzialność płatnika składek może mieć charakter obligatoryjny (gdy pobranie nienależnych świadczeń zostało spowodowane wyłącznie przekazaniem nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub na ich wysokość) lub fakultatywny (gdy zobowiązanym do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń jest także świadczeniobiorca). Płatnik składek nie może być zobowiązany do zwrotu kwot świadczeń pobranych nienależnie przez inne osoby w sytuacji, gdy obowiązujące przepisy umożliwiają dochodzenie zwrotu od osoby, której świadczenia faktycznie wypłacono. Celem regulacji wynikającej z art. 84 ust. 6 ustawy systemowej jest bowiem umożliwienie organowi rentowemu odzyskania świadczeń, które bez jego winy zostały wypłacone, bądź zawyżone, a nie ma przy tym podstaw, aby uznać, że pobierająca je osoba zobowiązana byłaby do ich zwrotu w myśl zasad wynikających z art. 84 ust. 1 i 2 ustawy systemowej. Organ rentowy ma w takiej sytuacji podstawy do żądania zwrotu nadpłaconych kwot od odpowiedzialnego za zaistnienie takiej sytuacji płatnika, pochodzące od którego nieprawdziwe informacje doprowadziły do wypłacenia nienależnych świadczeń. W przeciwnym razie powinien żądać zwrotu od osoby, której świadczenia wypłacono. Jest przy tym uzasadnione aksjologicznie, że obowiązek zwrotu nienależnie pobranego świadczenia spoczywa w pierwszej kolejności na tym, kto odniósł nienależną mu korzyść. Odpowiedzialność ubezpieczonego i płatnika w takiej sytuacji nie jest odpowiedzialnością solidarną, która uprawniałaby organ rentowy do wyboru osoby zobowiązanej, albowiem odpowiedzialności solidarnej nie można domniemywać, musi ona wynikać z obowiązującego prawa, to zaś nie przewiduje takiej formy odpowiedzialności w sprawach o zwrot nienależnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych.

W wyroku z dnia 7 lutego 2018 r., II UK 673/16 (OSNP 2019 nr 2, poz. 19) Sąd Najwyższy przyjął natomiast, że organ rentowy może żądać zwrotu nienależnie pobranego świadczenia zarówno od osoby, która takie świadczenie pobrała, jak i od płatnika składek, jeżeli stwierdzi, że ubezpieczony nie podlegał ubezpieczeniom społecznym z tytułu, z którego wypłacono mu zasiłek chorobowy (art. 84 ust. 1, 2 i 6 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). W uzasadnieniu tego orzeczenia podniesiono, między innymi, że art. 84 ustawy systemowej nie określa kolejności, wedle której organ rentowy ma dochodzić zwrotu świadczenia. Po stronie dłużników nie istnieje współuczestnictwo konieczne. To Zakład decyduje, kogo obciąży obowiązek zwrotu. Jeżeli spełniają się przesłanki zwrotu po stronie osoby, która pobrała nienależne świadczenie i jednocześnie pobranie nienależnych świadczeń zostało spowodowane przekazaniem przez płatnika nieprawdziwych danych, czyli sytuacja z art. 84 ust. 1 i 2 i ust. 6 ustawy systemowej, to Zakład ma wybór, kogo

obciążą obowiązkiem zwrotu. Z ustawy nie wynika, że odpowiedzialność osoby, która pobrała nienależne świadczenie, wyprzedza odpowiedzialność płatnika za podanie nieprawdziwych danych. Warunkiem odpowiedzialności płatnika nie jest wydanie decyzji przeciwko osobie, która pobrała nienależne świadczenie, ani tym bardziej potencjalne sprawdzenie możliwości uzyskania od niej zwrotu świadczenia. Wybór dłużnika zależy od Zakładu, który może mieć wówczas na uwadze również efektywność egzekucji (obowiązku zwrotu) świadczenia. Z upływem czasu to, co zostało pobrane jako nienależne świadczenie, z reguły jest już skonsumowane i staje się tylko długiem pieniężnym. Z art. 84 ustawy systemowej nie wynika odpowiedzialność solidarna płatnika i osoby, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych. O odpowiedzialności solidarnej decyduje ustawa (umowa także w stosunkach cywilnych). Na gruncie art. 84 można stwierdzić jedynie podobieństwo do solidarności nieprawidłowej (*in solidum*). Wierzytelność jest określona i może być dochodzona - przy spełnieniu przesłanek odpowiedzialności - od płatnika lub od tej osoby. Przeciwnie stanowisko nie jest przekonujące, bo nie wystarcza odwołanie się do aksjologii i porównanie do sytuacji bezpodstawnie wzbogaconego (por. wyroki Sądu Najwyższego: z 10 czerwca 2008 r., I UK 376/07 i z 17 stycznia 2012 r., I UK 194/11). Źródłem odpowiedzialności jest z reguły relacja prawna ściśle określona w prawie pozytywnym, a nie jej brak. Relacja ta ma u podstaw stosunek prawny ubezpieczenia społecznego oparty na tytule (podstawie) ubezpieczenia, składający się z obowiązków ciężących na jego stronach, czyli płatniku, ubezpieczonym oraz organie rentowym. Jest to regulacja zamknięta (zupełna) w zakresie praw i obowiązków. Źródło odpowiedzialności bliższe jest zatem konstrukcji odpowiedzialności opartej na zobowiązaniu rozumianym szerzej niż w prawie cywilnym (art. 471 k.c.). Ten kto narusza obowiązki wynikające z tego zobowiązania, może być zatem bezpośrednio odpowiedzialny za szkodę wynikającą z naruszenia obowiązku (niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązku). Odpowiedzialność z tytułu nienależnie pobranego świadczenia nie stanowi novum w systemie prawa. Przede wszystkim jest to regulacja właściwa dla systemu ubezpieczeń społecznych, o czym świadczy przede wszystkim jej autonomiczność. Czym innym jest odpowiedzialność cywilna z tytułu uzyskania nienależnego świadczenia (art. 410-411 k.c.). Nie jest to również odpowiedzialność deliktowa (art. 415 k.c.) ani kontraktowa (art. 471 k.c.), bo nie jest to odpowiedzialność cywilna. Nie stosuje się przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu, dlatego nie ma uzasadnienia stanowisko, że obowiązek zwrotu ciąży w pierwszej kolejności na osobie, która pobrała nienależne świadczenia i co najmniej temporalnie ma wyprzedzać odpowiedzialność płatnika.

Sąd Najwyższy uznał, że rozważając charakter odpowiedzialności z tytułu nienależnie pobranego świadczenia, trzeba stwierdzić, że trafnie Sąd Najwyższy w ostatnio przytoczonym wyroku ocenił, iż nie jest to odpowiedzialność cywilna. Przepisy prawa cywilnego mogą być bowiem stosowane w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych wyłącznie w wypadku wyraźnego odesłania do nich przez normę prawa ubezpieczeń społecznych, co znalazło potwierdzenie w jednolitych dotychczas poglądach judykatury. W wyroku z dnia 21 października 2008 r., II UK 71/08 (LEX nr

519959) Sąd Najwyższy stwierdził wprost, że przepisy lub instytucje prawa cywilnego mogą być stosowane na gruncie ubezpieczeń społecznych tylko na podstawie wyraźnego przepisu prawa ubezpieczeń społecznych. Autonomiczność i odrębność przepisów prawa ubezpieczeń społecznych wobec przepisów prawa cywilnego sprawia, iż na gruncie stosunków ubezpieczenia społecznego dopuszcza się tylko na zasadzie wyjątku stosowanie wskazanych *expressis verbis* regulacji cywilistycznych. Z tego wynika, że brak odesłania w art. 84 ustawy systemowej do przepisów prawa cywilnego dotyczących solidarności biernej dłużników wyklucza ich stosowanie do odpowiedzialności ubezpieczonego i płatnika składek za pobrane nienależnie świadczenie, co zostało odnotowane w sprawie II UK 673/16. W takiej jednak sytuacji należałoby zająć stanowisko, na jakiej podstawie organ rentowy może dokonać wyboru osoby, od której żąda zwrotu nienależnie pobranego świadczenia, jeżeli uznaje, że zachodzi przypadek wypełnienia hipotezy zarówno art. 84 ust. 2, jak i art. 84 ust. 6 ustawy systemowej. Nieprzekonujące jest stanowisko, że podstawą tą jest „podobieństwo do solidarności nieprawidłowej”. Już sama bowiem kategoria zobowiązań *in solidum*, zwana też solidarnością nieprawidłową bądź przypadkową, nie została uregulowana w przepisach prawa stanowionego, stanowiąc wytwór orzecznictwa i doktryny, wobec czego rozszerzanie tej podstawy odpowiedzialności na przypadki wykazujące „podobieństwo do solidarności nieprawidłowej” jest niedopuszczalne. Odpowiedzialność *in solidum* wykreowano w związku z istnieniem formalnej podstawy prawnej solidarności, która nie objęła wszystkich przypadków konkurencji zobowiązań do naprawienia jednej szkody. Zobowiązania *in solidum* i solidarna odpowiedzialność za szkodę (art. 441 § 1 k.c.) stanowią zatem instytucje, które wzajemnie uzupełniają się w systemie prawa cywilnego. W orzecznictwie dominuje pogląd o dopuszczalności stosowania do odpowiedzialności *in solidum* w drodze analogii niektórych przepisów o solidarności, w tym przepisów regulujących roszczenia regresowe pomiędzy zobowiązanymi, powstałe w wyniku spełnienia świadczenia przez jednego z nich. Jeżeli więc możliwe okaże się takie właśnie zakwalifikowanie konkretnego stosunku pomiędzy zobowiązanymi, z których jeden spełnił świadczenie, zwalniając tym samym drugiego z zobowiązania wobec wierzyciela, dopuścić należy rozliczenie w tym stosunku wewnętrznym pomiędzy dłużnikami; rozliczenie to przybierze formę roszczenia regresowego - zwrotu tego, co zostało świadczone. Wobec braku normy dającej podstawę takiego świadczenia wprost, należy jej poszukiwać w drodze analogii (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 maja 2004 r., IV CK 361/03, LEX nr 174211). Jeżeli, jak już powiedziano, przepisy lub instytucje prawa cywilnego mogą być stosowane na gruncie ubezpieczeń społecznych tylko na podstawie wyraźnego przepisu prawa ubezpieczeń społecznych, to wykluczone jest poszukiwanie podstaw prawnych odpowiedzialności za nienależnie pobrane świadczenie z ubezpieczeń społecznych w przepisach prawa cywilnego w drodze analogii.

Skoro art. 84 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych samodzielnie nie rozstrzyga o możliwości wyboru dłużnika w przypadku istnienia podstawy do obciążenia odpowiedzialnością za nienależnie pobrane świadczenie zarówno ubezpieczonego, jak i płatnika składek, nie odsyła w tym zakresie również do

przepisów, czy instytucji prawa cywilnego, to otwartą pozostaje kwestia podstawy prawnej do dokonania takiego wyboru, przy stwierdzeniu, że na gruncie art. 84 ust. 2 i 6 ustawy systemowej w ogóle może dojść do konkurencji zobowiązań ubezpieczonego i płatnika, umożliwiających wybór przez organ rentowy osoby odpowiedzialnej za ich zaspokojenie.

Dokonując wykładni art. 84 ust. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 września 2014 r., II UK 570/13 (OSNP 2016 nr 1, poz. 11) stwierdził, że przedmiotem zwrotu nienależnie pobranego świadczenia są świadczenia przyznane lub wypłacone przez organ rentowy bez podstawy prawnej z powodu przekazania przez płatnika lub inny podmiot nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub na ich wysokość. W tym wypadku płatnik składek (pracodawca) może być obciążony zwrotem świadczenia tylko wówczas, gdy przekazał organowi rentowemu dane stanowiące podstawę przyznania świadczenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 sierpnia 2009 r., I UK 77/09, LEX nr 558288) oraz gdy były to dane nieprawdziwe (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 października 2000 r., II UKN 1/00, OSNAPIUS 2002 nr 9, poz. 218). W orzecznictwie Sądu Najwyższego trafnie podnosi się też, że art. 84 ust. 6 ustawy systemowej wykracza poza podstawową więź ubezpieczeniową. Pozwala pociągnąć do odpowiedzialności podmiot, który nie pobrał nienależnego świadczenia. Na jego podstawie obowiązek zwrotu nienależnie pobranych świadczeń obciąża płatnika składek poza zakresem ubezpieczeniowego pojęcia „świadczeń nienależnie pobranych”, gdyż nie polega na „zwrocie świadczeń”, lecz na wyrównaniu szkody wyrządzonej przez spowodowanie wypłacenia przez organ ubezpieczeń społecznych świadczeń, osobie, której się nie należały (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 24 stycznia 2017 r., I UK 36/16, LEX nr 2237288 i z dnia 31 stycznia 2018 r., II UK 672/16, LEX nr 2449290).

W judykaturze nie ma natomiast bliższych rozważań w przedmiocie związku, jaki musi występować między szkodą w postaci pobrania nienależnych świadczeń przez osobę nieuprawnioną a przekazaniem przez płatnika nieprawdziwych danych. Nie budzi wątpliwości, że ta szkoda ma być spowodowana (czyli nastąpić z powodu) przekazaniem takich danych. Rodzi się jednak pytanie, czy związek ten musi być bezpośredni (samo przekazanie nieprawdziwych danych wyrządziło szkodę), czy też może być pośredni (szkodę wyrządziło kolejne zdarzenie, które jednak nie mogłoby nastąpić bez przekazania przez płatnika nieprawdziwych danych). Jak już powiedziano, art. 84 ust. 6 ustawy systemowej wykracza poza podstawową więź ubezpieczeniową. Pozwala pociągnąć do odpowiedzialności podmiot, który nie pobrał nienależnego świadczenia. Cechy te skłaniają do dokonywania ostrożnej interpretacji przepisu. Normy prawa publicznego, nakładające obciążenia w trybie ekstraordynaryjnym, nie mogą być wykładane w sposób rozszerzający, a wszelkie wątpliwości należy wyjaśniać na korzyść zobowiązanego. Biorąc to pod uwagę, trzeba by rozważyć, czy art. 84 ust. 6 ustawy systemowej może być wykładany w taki sposób, że płatnik odpowiada za szkodę pozostającą tylko w pośrednim związku z jego zachowaniem, czy też przepis ten dotyczy tylko takich sytuacji, gdy szkoda nastąpiła bezpośrednio z powodu podania przez płatnika nieprawdziwych danych mających

wpływ na prawo do świadczeń lub ich wysokość. Szczególny charakter tego przepisu, pozwalający pociągnąć do odpowiedzialności podmiot, który nie pobrał nienależnego świadczenia, może przemawiać za koniecznością takiej jego wykładni, która tę odpowiedzialność wiąże z wyrządzeniem szkody bezpośrednio przez jego zachowanie. Odpowiadałoby to celowi regulacji wynikającej z art. 84 ustawy systemowej, którym jest umożliwienie organowi rentowemu odzyskania świadczeń, które bez jego winy zostały wypłacone osobie nieuprawnionej, bądź w sposób nieuzasadniony zawyżone. Cel ten jest spełniony wówczas, gdy zachodzą warunki do żądania zwrotu nienależnie pobranych świadczeń od osoby, która je pobrała w myśl art. 84 ust. 1 i 2 ustawy systemowej. Poza tą sytuacją świadczenia mogą być pobrane nienależnie bez winy organu rentowego wtedy, gdy płatnik poda nieprawdziwe dane mające wpływ na prawo do tych świadczeń lub ich wysokość, w czym ubezpieczony nie ma żadnego udziału. Spełnieniu celu omawianej regulacji służy wówczas art. 84 ust. 6 ustawy systemowej, umożliwiający uzyskanie od płatnika składek naprawienia szkody w postaci pobranych przez ubezpieczonego nienależnie świadczeń, którą wyrządził przez swoje działanie.

Przy takiej wykładni płatnik nie miałby obowiązku naprawienia szkody wyrządzonej przez ubezpieczonego, który uzyskał prawo do świadczenia w warunkach określonych przez art. 84 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, nawet jeśli zdarzenie wyrządzające tę szkodę bezpośrednio (świadome wprowadzenie w błąd organu rentowego przez wnioskowanie o świadczenie przez osobę, która w związku z zawarciem pozornej umowy o pracę, wie, że nie podlega ubezpieczeniom) poprzedzone było nieprawdziwą informacją z jego strony (zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych osoby, z którą zawarł pozorną umowę o pracę). Szkada nastąpiłaby bowiem wówczas tylko pośrednio z powodu określonego zachowania płatnika, a bezpośrednio z powodu działania osoby pobierającej świadczenie, która jako jedyna zobowiązana byłaby do jej naprawienia w myśl ogólnej zasady z art. 84 ust. 1 ustawy systemowej, zgodnie z którym osoba, która pobrała nienależne świadczenie z ubezpieczeń społecznych, jest obowiązana do jego zwrotu wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego. Przy takiej wykładni art. 84 ust. 6 ustawy systemowej nie dochodziłoby do konkurencji zobowiązań płatnika i osoby pobierającej świadczenie, wobec czego odpadłby także problem faktycznego nieistnienia podstawy prawnej dla możliwości wyboru przez organ rentowy podmiotu zobowiązanego do naprawienia szkody spowodowanej pobraniem nienależnego świadczenia. Za taką interpretacją przemawia także zróżnicowany termin dochodzenia zwrotu nienależnie pobranych świadczeń od świadczeniobiorcy i od płatnika. Generalnie należności z tytułu nienależnie pobranych świadczeń ulegają przedawnieniu po upływie 10 lat, licząc od dnia uprawomocnienia się decyzji ustalającej te należności (art. 84 ust. 7 zdanie pierwsze ustawy systemowej). O ile jednak, w przypadku osoby, która nienależnie pobrała świadczenie, decyzji, o której mowa w ust. 7, nie wydaje się później niż w terminie 5 lat od ostatniego dnia okresu, za który pobrano nienależne świadczenie (art. 84 ust. 7a ustawy systemowej), o tyle takiego ograniczenia czasowego nie ma w stosunku do płatnika. Wobec tego podmiotu decyzja może być wydana w dowolnym,

nawet bardzo odległym czasie od ostatniego dnia okresu, za który pobrano nienależne świadczenie i jeśli uznać, że ma to swoje uzasadnienie wtedy, gdy szkodę bezpośrednio wyrządziło zachowanie tego płatnika, to nie wydaje się proporcjonalne w sytuacji, gdy odpowiedzialność płatnika miałyby charakter jedynie subsydiarny, a organ rentowy zaniechał wydania w odpowiednim czasie decyzji zobowiązującej świadczeniobiorcę do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia.

Powyższe rozważania prowadziłyby do wniosku prezentowanego w tej linii orzeczniczej, zgodnie z którą obowiązek zwrotu wypłaconych nienależnie świadczeń z ubezpieczeń społecznych obciąża płatnika składek w myśl art. 84 ust. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych tylko wówczas, gdy ich pobranie spowodowane zostało przekazaniem przez niego nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub ich wysokość, a jednocześnie brak jest podstaw do żądania takiego zwrotu od osoby, której faktycznie świadczenia te wypłacono.

Wskazane wyżej wątpliwości odnośnie do zakresu odpowiedzialności płatnika za świadczenia pobrane nienależnie, przy rozbieżnym w tym zakresie orzecznictwie, skłoniły skład orzekający do przedstawienia ich w formie zagadnienia prawnego powiększonemu składowi Sądu Najwyższego.

III. PRZEGLĄD ORZECZNICTWA IZBY

Ewa Przedwojska

Tezy bieżących orzeczeń

Sprawy z zakresu prawa pracy

Urlop wypoczynkowy

Wyrok SN z dnia 24 kwietnia 2019 r., II PK 343/17
Sędzia spraw. K. Staryk

Urlop wypoczynkowy, udzielony zaraz po zakończeniu urlopu rodzicielskiego, przeznaczony był, oprócz regeneracji sił rodzica, także na dodatkową opiekę nad małym dzieckiem. Z tego względu należy taki urlop wypoczynkowy traktować jako *sui generis* kontinuum urlopu rodzicielskiego (lub macierzyńskiego). W konsekwencji należy uznać, że udzielenie przez pracodawcę urlopu wypoczynkowego zaraz po zakończeniu urlopu rodzicielskiego, nie niweczy ochrony pracownika wynikającej z art. 183² k.p.

Zasada równego traktowania w zatrudnieniu

Wyrok SN z dnia 14 marca 2019 r., II PK 310/17
Sędzia spraw. M. Pacuda

Z usprawiedliwioną dyferencjacją w zakresie wysokości wynagrodzenia, która nie narusza ustanowionej w art. 11² k.p. zasady równych praw w zatrudnieniu, będziemy mieli do czynienia wówczas, gdy konkretni pracownicy w związku z posiadaniem większego doświadczenia zawodowego niejednakowo wykonują takie same obowiązki, co przekłada się na większą ilość oraz lepszą jakość wykonywanej przez nich pracy. Jeśli natomiast efekt wykonywania takiej samej pracy przez porównywanych pracowników, mimo posiadania przez część z nich większego doświadczenia zawodowego, jest taki sam, to występujące pomiędzy nimi różnice w wynagrodzeniu naruszają zasadę równych praw w zatrudnieniu.

Zakaz konkurencji

Wyrok SN z dnia 14 marca 2019 r., II PK 311/17
Sędzia spraw. K. Staryk

W umowie o zakazie konkurencji po rozwiązaniu stosunku pracy dopuszczalne jest na podstawie art. 101² § 1 k.p. zawarcie dodatkowej umowy dotyczącej klauzuli poufności, na podstawie której pracodawca może się domagać od byłego pracownika zapłaty kary umownej, niezależnie od kary wynikającej z zakazu konkurencji. Ekwiwalentne odszkodowania z tytułu przestrzegania obu zakazów określonych w takiej umowie (o charakterze wzajemnie zobowiązującym), mogą zostać określone przez strony umowy w postaci jednego adekwatnego odszkodowania, wyższego od minimalnej ustawowej kwoty.

Odszkodowanie zamiast przywrócenia do pracy

Wyrok SN z dnia 15 maja 2019 r., II PK 20/18
Sędzia spraw. B. Bieniek

Podstawą zastosowania klauzuli z art. 45 § 2 k.p. (niecelowość) mogą być okoliczności dotyczące stron stosunku pracy, a nie konflikt wywodzący się spoza niego.

Rozwiązanie stosunku pracy bez wypowiedzenia z winy pracownika

Wyrok SN z dnia 27 czerwca 2019 r., I PK 57/18
Sędzia spraw. K. Staryk

Niezachowanie precyzji i doprowadzenie do powstania błędu w oznaczeniu grupy krwi przez pracownika pracowni serologicznej, mimo niezwykle poważnych konsekwencji takiego błędu, może być podstawą rozwiązania umowy o pracę w trybie art. 52 § 1 pkt 1 k.p. jedynie w przypadku udowodnienia winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa pracownika.

Rozwiązanie stosunku pracy za wypowiedzeniem

Wyrok SN z dnia 27 czerwca 2019 r., I PK 58/18
Sędzia spraw. D. Miąsik

Umowa o pracę na czas wykonywania określonej pracy nie spełniająca przesłanek zawarcia takiej umowy jest umową o pracę na czas nieokreślony. Zawarta w trakcie trwania takiego stosunku pracy umowa z pracodawcą o delegowaniu pracownika do pracy na rzecz przedsiębiorcy zagranicznego nie rozwiązuje – w braku stosownego porozumienia – umowy o pracę na czas nieokreślony a po odwołaniu z delegowania za granicę stosunek pracy oparty na tej umowie trwa nadal.

Nauczyciel - urlop dla poratowania zdrowia

Wyrok SN z dnia 9 maja 2019 r., III PK 49/18
Sędzia spraw. D. Miąsik

Nauczycielowi, który po podpisaniu porozumienia o obniżeniu wymiaru zajęć (art. 22 ust. 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela) od nowego roku szkolnego, wystąpił z wnioskiem o urlop dla poratowania zdrowia, w okresie tego urlopu przysługuje prawo do wynagrodzenia zasadniczego w wysokości odpowiadającej temu obniżonemu wymiarowi zajęć.

Służba Więzienna

Wyrok SN z dnia 9 maja 2019 r., III PK 48/18
Sędzia spraw. D. Miąsik

Decyzja o zwrocie pomocy finansowej przerywa bieg terminu przedawnienia roszczenia o zwrot tej pomocy przez funkcjonariusza Służby Więziennej zwolnionego ze służby.

Sprawy z zakresu ubezpieczeń społecznych

Koordinacja systemów zabezpieczenia społecznego

Wyrok SN z dnia 21 marca 2019 r., II UK 553/17

Sędzia spraw. H. Kiryło

To nie wyrejestrowanie przez pracodawcę pracownika z ubezpieczeń społecznych, lecz decyzja organu rentowego stwierdzająca niepodleganie danej osoby owym ubezpieczeniom (od której zarówno ubezpieczonemu, jak i płatnikowi składek przysługuje odwołanie do sądu ubezpieczeń społecznych), a następnie dopełnienie przez osoby zainteresowane i instytucje ubezpieczeniowe spoczywających na nich obowiązków wynikających z przepisów wspólnotowej koordynacji oraz wyczerpanie trybu postępowania w zakresie ustalenia ustawodawstwa właściwego i rozliczenia należności między instytucjami poszczególnych państw, powinny poprzedzać odmowę zwrotu nienależnie opłaconych składek na owe ubezpieczenia.

Stosunek pracy członka zarządu spółki handlowej

Wyrok SN z dnia 27 marca 2019 r., II UK 556/17

Sędzia spraw. M. Pacuda

Wspólnik wieloosobowej (także dwuosobowej) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością nie może skorzystać z regulacji art. 8 ust. 6 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Musi więc poszukiwać innego tytułu do objęcia go obowiązkiem ubezpieczeń społecznych. W świetle regulacji art. 2a ust. 1 pkt 1 powołanej ustawy nie istnieją żadne podstawy do tego, aby uznać, że takim tytułem nie może być w szczególności zatrudnienie pracownicze.

Wypadek przy pracy - jednorazowe odszkodowanie

Wyrok SN z dnia 30 stycznia 2019 r., II UK 379/17

Sędzia spraw. H. Kiryło

Wprawdzie ustalenia wysokości jednorazowego odszkodowania dokonuje się według stawek obowiązujących w dacie wydania decyzji organu rentowego, to jednak określenie rozmiarów uszczerbku na zdrowiu musi pozostawać w zgodzie z ustawową definicją tego pojęcia. Powinno to nastąpić nie wcześniej niż po zakończeniu leczenia i rehabilitacji. Jeśli jednak pomiędzy zakończeniem leczenia i rehabilitacji a ustaleniem uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego upłynął dłuższy okres czasu (nawet kilkuletni), zadaniem lekarzy orzeczników ZUS oraz biegłych sądowych pozostaje ocena rodzaju i rozmiarów uszczerbku na zdrowiu z punktu widzenia ustawowych kryteriów tego pojęcia. Nawet jeżeli do daty badania przez lekarzy orzeczników ZUS i biegłych sądowych stan zdrowia poszkodowanego uległ poprawie w stopniu wykluczającym stały uszczerbek na zdrowiu, nie oznacza to, że pracownik nie doznał w trakcie wypadku uszczerbku długotrwałego. Taka zaś sytuacja będzie miała miejsce, gdy spowodowane zdarzeniem naruszenie sprawności organizmu implikowało upośledzenie czynności

organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, które to upośledzenie mogło ulec poprawie i faktycznie takiej poprawie uległo (art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (jednolity tekst: Dz.U. z 2018 r., poz. 1376).

Wypadek przy pracy - pojęcie

Wyrok SN z dnia 4 kwietnia 2019 r., III UK 103/18
Sędzia spraw. R. Spyt

O kwalifikacji wypadku przy pracy jako „ciężki” decydują w pierwszej kolejności skutki powstałe bezpośrednio po urazie (utrata bądź naruszenie podstawowych funkcji organizmu), w dalszej zaś – odleglejsze następstwa urazu (utrzymujące się po leczeniu i rehabilitacji) w postaci choroby nieuleczalnej lub zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy w zawodzie albo trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała.

Ubezpieczenie społeczne pracowników

Wyrok SN z dnia 3 kwietnia 2019 r., III UK 97/18
Sędzia spraw. Z. Myszka

Prezes zarządu stowarzyszenia, który wykonuje odpłatnie pracę podporządkowaną poza zakresem jego statutowych czynności służbowych w zarządzie, które wykonuje społecznie, może być zatrudniony przy wykonywaniu klasycznych obowiązków pracowniczych za wynagrodzeniem na podstawie umowy o pracę, która kreuje tytuł i obowiązek opłacania składek na pracownicze ubezpieczenia społeczne i zdrowotne (art. 2 ust. 3 zdanie drugie Prawa o stowarzyszeniach w związku z art. 6 ust. 1, art. 8 ust. 1, art. 13 pkt 1 i art. 16 ust. 1 pkt 1 ustawy systemowej), choćby nie doszło do wyraźnego lub precyzyjnego rozdzielenia pełnionej nieodpłatnie statutowej funkcji członka zarządu od rzeczywiście realizowanych przezeń pozastatutowych obowiązków pracowniczych, za które otrzymywał uzgodnione wynagrodzenie.

Składki na ubezpieczenie społeczne

Wyrok SN z dnia 14 marca 2019 r., II UK 519/17
Sędzia spraw. J. Kuźniar

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (spółka kapitałowa) powstała w wyniku przekształcenia przedsiębiorcy, będącego osobą fizyczną, zachowuje uprawnienia do opłacania składek na ubezpieczenie wypadkowe według stopy procentowej obowiązującej jej poprzednika prawnego (tego przedsiębiorcę) – art. 584² § 1 k.s.h.,

art. 93a § 1, 2 i 4 Ordynacji podatkowej w związku z art. 31 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Ubezpieczenie społeczne osób prowadzących działalność gospodarczą - osoba współpracująca

Wyrok SN z dnia 6 marca 2019 r., II UK 508/17
Sędzia spraw. J. Kuźniar

1. Współpracą przy prowadzeniu działalności gospodarczej - art. 8 ust. 11 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, powodującą powstanie obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowego, jest poza stwierdzeniem powiązania więzami rodzinnymi z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność i pozostawanie z nią we wspólnym gospodarstwie domowym - ciężar gatunkowy działań współpracownika, ich bezpośredni związek z przedmiotem działalności gospodarczej, a także stabilność i zorganizowanie oraz częstotliwość podejmowanych prac.

2. Udzielana przez małżonka pomoc w prowadzonej przez drugiego małżonka działalności gospodarczej, w zasadzie nie stanowi o współpracy i jako taka nie powoduje obowiązku ubezpieczenia społecznego.

Emerytura pomostowa

Wyrok SN z dnia 9 maja 2019 r., III UK 115/18
Sędzia spraw. D. Miąsik

Pracami w warunkach szczególnych lub o szczególnym charakterze są tylko takie konkretne prace, które wymieniono w treści ustawy (jak np. prace górnicze) oraz załącznikach do ustawy.

Składki na ubezpieczenia społeczne – wypadkowe

Wyrok SN z dnia 21 maja 2019 r., I UK 74/18
Sędzia spraw. Z. Korzeniowski

Sankcyjna (podwyższona) stopa składek na ubezpieczenie wypadkowe wymierzana na podstawie art. 34 ust. 1 ustawy wypadkowej odnosi się do składek w następnym roku składkowym, czyli w kolejnym po roku, za który podano nieprawdziwe informacje o liczbie poszkodowanych w wypadku przy pracy.

Umorzenie należności składkowych (abolicja składkowa)

Wyrok SN z dnia 13 czerwca 2019 r., III UK 178/18

Sędzia spraw. Z. Korzeniowski

Przewidziana w ustawie z 9 listopada 2012 r. o umorzeniu należności powstałych z tytułu nieopłaconych składek przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność (ustawie abolicyjnej) umowa ratałna, obejmująca należności niepodlegające umorzeniu, samodzielnie określa termin płatności tych należności. Niepełne jej wykonanie nie powoduje powrotu do ustawowego okresu spłaty tych należności w terminie 12 miesięcy od zawarcia umowy występnej (art. 1 ust. 11 i ust. 12 oraz ust. 10 ustawy), gdy termin płatności rat wykraczał poza ten okres a także gdy przekroczenie terminu ostatniej raty jest niewielkie (jednodniowe) i usprawiedliwione szczególnymi okolicznościami (chorobą dziecka).

Renta rodzinna

Wyrok SN z dnia 30 sierpnia 2019 r., I UK 194/17

Sędzia spraw. K. Gonera

1. Zgodnie z art. 70 ust. 2 w związku z art. 70 ust. 1 pkt 2 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych prawo do renty rodzinnej po zmarłej żonie nabywa również wdowiec, który osiągnął wiek 50 lat lub stał się niezdolny do pracy po śmierci żony, nie później jednak niż w ciągu 5 lat od jej śmierci lub od zaprzestania wychowywania co najmniej jednego z dzieci, uprawnionego do renty rodzinnej po zmarłej żonie, które nie osiągnęło 16 lat, a jeżeli kształci się w szkole - 18 lat życia.

2. Prawo do świadczeń określonych w ustawie o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych powstaje z dniem spełnienia wszystkich warunków wymaganych do nabycia tego prawa, w przypadku renty rodzinnej po zmarłej żonie - z chwilą ukończenia wieku 50 lat.

Praca w warunkach szczególnych

Wyrok SN z dnia 15 listopada 2019 r., I UK 294/17

Sędzia spraw. K. Gonera

1. Dla oceny, czy pracownik pracował w szczególnych warunkach, nie ma istotnego znaczenia nazwa zajmowanego przez niego stanowiska, lecz rodzaj powierzonych mu prac. Praca w szczególnych warunkach to praca wykonywana stale (codziennie) i w pełnym wymiarze czasu pracy (przez 8 godzin dziennie, jeżeli pracownika obowiązuje taki wymiar czasu pracy) w warunkach pozwalających na uznanie jej za jeden z rodzajów pracy wymienionych w wykazie stanowiącym załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze. Decydujące znaczenie w analizie charakteru pracy ubezpieczonego z punktu widzenia

uprawnień emerytalnych ma zatem możliwość zakwalifikowania jej pod którąś z pozycji wymienionych w wykazie A, stanowiącym załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r.

Praca w warunkach szczególnych to praca, w której pracownik w sposób znaczny jest narażony na niekorzystne dla zdrowia czynniki (np. w narażeniu na hałas przekraczający dozwolone normy, w zapyleniu, w oparach chemicznych, w wysokich lub niskich temperaturach, na dużych wysokościach).

2. Okres nauki zawodu połączonej z obowiązkiem doksztalcania się w zasadniczej szkole zawodowej nie stanowił okresu pracy w szczególnych warunkach, wykonywanej na zasadach określonych w § 2 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. Z założenia uczeń przyuczony do wykonywania prac określonych o znacznej szkodliwości dla zdrowia oraz o znacznym stopniu uciążliwości lub wymagających wysokiej sprawności psychofizycznej, ze względu na bezpieczeństwo własne lub otoczenia nie mógł ich wykonywać i faktycznie nie wykonywał stale i w pełnym wymiarze czasu pracy. Inaczej jednak przedstawia się kwestia stażu służącego przygotowaniu dorosłego pracownika (nie ucznia) do wykonywania prac specjalistycznych, wymagających pewnego doświadczenia i wprawy. Okres zatrudnienia w charakterze stażysty może być wliczony do okresu wykonywania pracy w szczególnych warunkach, wymaganego do nabycia przez pracownika prawa do wcześniejszej emerytury, gdy w tym okresie wykonywał on faktycznie prace objęte załącznikiem do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze.

Zwrot nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczenia społecznego

Wyrok SN z dnia 4 czerwca 2019 r., III UK 155/18

Sędzia spraw. R. Spyt

1. Decyzja organu rentowego o odmowie wydania zaświadczenia E 101 oznacza przesądzenie, że określona osoba (pracownik) w danym okresie nie podlega ustawodawstwu polskiemu, co powoduje brak obowiązku opłacenia za nią składek na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz. U. z 2019 r., poz. 300 ze zm.) oraz składek na inne fundusze, do poboru których obowiązany jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

2. Opłacenie składek przez płatnika wbrew decyzji organu rentowego o odmowie wydania zaświadczenia E 101 oznacza, że powstaje stan nadpłaty składek, o którym mowa w art. 72 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa (jednolity tekst: Dz. U. z 2018 r., poz. 800 ze zm.) w związku z art. 31 ustawy o systemie ubezpieczeń nawet wtedy, gdy nie potwierdzają go deklaracje rozliczeniowe składane przez płatnika składek na podstawie art. 46 ust. 3 i 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

3. Organ rentowy nie może odmówić zwrotu nadpłaty składek, powołując się wyłącznie na stan konta płatnika, bowiem ma on charakter wyłącznie ewidencyjny, a nie prawotwórczy.

4. Jeśli we wniosku o zwrot składek płatnik powołuje się na zapłacenie nienależnych składek (z braku tytułu do ubezpieczenia) w danym okresie, to obowiązkiem organu rentowego jest, po pierwsze, zajęcie stanowiska, czy składki te były opłacone nienależnie, a w przypadku podzielenia takiej kwalifikacji, po drugie, konieczne jest wyjaśnienie, czy zostały one rozliczone w myśl zasad wynikających z przepisów dotyczących rozliczania składek, wypłaconych zasiłków z ubezpieczeń chorobowego i wypadkowego, zasiłków rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych oraz kolejności zaliczania wpłat składek na poszczególne fundusze i w konsekwencji, czy na dzień wniosku nadpłata składek nadal istnieje.

IV. OPRACOWANIA I ANALIZY

dr Tomasz Lasocki

Podstawa wymiaru składki osób prowadzących pozarolniczą działalność

(Notatka do sprawy III UZP 1/19)

I. Pytanie prawne:

Sąd Apelacyjny w P. postanowieniem z dnia 12 września 2019 r., III AUa 738/17 na podstawie art. 390 § 1 k.p.c. sformułował pytanie: „Czy zgodnie z art. 18 ust. 9 oraz ust. 10 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych ubezpieczony ma prawo do proporcjonalnego zwrotu uiszczonych na rzecz organu rentowego składek na ubezpieczenia społeczne w przypadku powstania niezdolności do pracy w miesiącu, za który została zapłacona składka w pełnej miesięcznej wysokości, wyłącznie w przypadku zadeklarowania najniższej podstawy wymiaru składek, czy też takie prawo przysługuje ubezpieczonemu również w przypadku zadeklarowania podstawy wymiaru składek wyższej niż minimalna?”.

Na podstawie tego samego przepisu k.p.c., przekazując zagadnienie prawne do rozstrzygnięcia powiększonemu składowi Sądu Najwyższego postanowieniem z dnia 17 stycznia 2019 r., III UZP 10/18 Sąd Najwyższy sformułował wątpliwość, „czy mając na uwadze funkcję redystrybucyjną ubezpieczeń społecznych i równowagi budżetowej, wobec istotnego ograniczenia przez ustawodawcę (od 2015 r.) możliwości wpływania przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność na wysokość świadczeń z ubezpieczenia chorobowego przez deklarowanie odpowiedniej kwoty podstawy wymiaru składek i uzyskania świadczeń nieekwiwalentnych w stosunku do wkładu ubezpieczonego do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, nadal istnieje uzasadnienie

dla zróżnicowania w kontekście art. 18 ust. 9 i 10 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych sytuacji ubezpieczonych deklarujących podstawę wymiaru składek w kwocie równej i w kwocie wyższej od minimalnej.”

Sformułowane wątpliwości dotyczą zatem zakresu podmiotowego prawa wyrażonego w art. 18 ust. 9 i 10 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

II. Analiza otoczenia normatywnego:

1. Ustawodawca, zgodnie z art. 67 ust. 1 Konstytucji RP posiadając uprawnienie do określenia zakresu i form zabezpieczenia społecznego, wybrał taki spośród modeli ubezpieczenia społecznego, w którym poziom świadczeń, a w konsekwencji wysokość składek jest determinowana poziomem zarobków uzyskiwanych przez ubezpieczonego dzięki osobiście świadczonej pracy. Ponieważ składka w ubezpieczeniu emerytalnym, rentowym i chorobowym stanowi iloczyn stałej stopy oraz podstawy jej wymiaru, zróżnicowanie wysokości składki jest konsekwencją zastosowania tej ostatniej determinanty.

2. W przypadku np. pracowników podstawę wymiaru składki zgodnie z art. 18 ust. 1 w związku z art. 4 pkt. 9 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 300 ze zm.; dalej jako: „ustawa”) stanowi przychód w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych. W § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia z dnia 18 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1949 ze zm.) wymieniono przychody osiągane przez pracowników u pracodawcy z tytułu zatrudnienia w ramach stosunku pracy, które nie stanowią podstawy wymiaru składki z tego tytułu. Przyjęcie założenia, że każdy przychód ze stosunku pracy z wyłączeniem jedynie enumeratywnie wskazanych źródeł jest włączony do podstawy wymiaru składki z tytułu pracowniczego stanowi konsekwencję faktu, że niemal wszystkie środki pozyskiwane przez pracownika ze stosunku pracy pochodzą z osobiście wykonywanej przez niego pracy.

3. Zgodnie z art. 18 ust. 8 ustawy podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe między innymi osób prowadzących pozarolniczą działalność stanowi zadeklarowana kwota. Można stwierdzić, że powodem takiego rozwiązania jest zróżnicowanie wysokości przychodów osiąganych w poszczególnych miesiącach, a w konsekwencji niemożność jej przewidzenia. Jednakże zgodnie z art. 47 ust. 1 ustawy deklaracja rozliczeniowa, imienne raporty miesięczne oraz opłacenie składki za dany miesiąc następuje w następnym miesiącu a zatem po tym jak przychód za poprzedni miesiąc jest już ustalony. Z tego powodu jako aksjologiczną podstawę umożliwienia zadeklarowania kwoty stanowiącej podstawę wymiaru należy wskazać niemal brak możliwości jednoznacznego i obiektywnego wskazania wartości pracy samego przedsiębiorcy w strumieniu przychodów przedsiębiorstwa za poprzedni miesiąc, na który to przychód mogą się składać również np. dochody z majątku czy zysk z pracy zatrudnionych w nim osób (szerzej na ten temat: T. Lasocki, *Wybrane*

problemy kształtowania tytułów ubezpieczeniowych w ubezpieczeniu emerytalnym i rentowym, Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka, nr 3 z 2017 r. s. 66-68). Powodem zastosowania konstrukcji deklarowania podstawy wymiaru składki dla przedsiębiorców jest nie tyle trudność przy ustaleniu przychodu za poprzedni miesiąc, lecz brak możliwości precyzyjnego określenia struktury tego przychodu, zaś dopuszczalność zastosowania tej konstrukcji wynika z zastosowania metody ubezpieczeniowej w której wkład jest ściśle powiązany z poziomem uzyskiwanej ochrony.

4. Norma z art. 18 ust. 8 ustawy kreuje prawo podmiotowe (publiczne), którego dysponentem jest osoba prowadząca pozarolniczą działalność, współpracownik takiej osoby, a także współpracownik przedsiębiorcy korzystającego z sześciomiesięcznego zwolnienia z podlegania ubezpieczeniom społecznym, zaś treścią możliwość zadeklarowania - samodzielnego ukształtowania wysokości podstawy wymiaru składki w ustawowych granicach. Konstrukcyjnie identyczne prawo podmiotowe nadaje osobom prowadzącym działalność gospodarczą w okresie pierwszych 24 miesięcy kalendarzowych jej prowadzenia norma z art. 18a ust. 1 ustawy, a także od 2019 r. art. 18c ust. 8 przedsiębiorcom których roczny przychód z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w poprzednim roku kalendarzowym nie przekroczył trzydziestokrotności kwoty minimalnego wynagrodzenia obowiązującego w grudniu poprzedniego roku. Przed wprowadzeniem norm z art. 18a ust. 1 i art. 18c ust. 1, ich adresaci byli objęci normą z art. 18 ust. 8 ustawy.

5. Minimalna wysokość możliwej do zadeklarowania kwoty została wskazana w przepisie art. 18 ust. 8 ustawy i wynosi 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, zaś w odniesieniu do uprawnienia z art. 18a ust. 1 ustawy 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia. Najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ubezpieczonych, o których mowa w art. 18c ustawy uzależniona jest od tego przychodu. Aksjologiczna konieczność istnienia najmniejszej możliwej do zadeklarowania podstawy wymiaru wynika z gwarancji zabezpieczenia społecznego, której urzeczywistnieniem jest gwarantowana wysokość świadczeń. Minimalny zakres uczestnictwa w systemie osób deklarujących podstawę wymiaru powinien być bowiem wystarczający do obliczenia świadczeń, których wysokość odpowiada kwocie gwarantowanej zgodnie z obowiązującą w danym systemie formułą wymiaru, gdyż umożliwienie partycypacji w mniejszym stopniu przy zagwarantowaniu minimalnej wysokości świadczeń prowadzi do konieczności dofinansowania świadczeń osób, które mogłyby w większym stopniu partycypować w systemie. Na marginesie można wskazać, że w ostatnich latach ustawodawca nadając kolejne przywileje osobom prowadzącym pozarolniczą działalność nie przestrzega tej reguły, co sprzyja zastępowaniu zatrudniania przez tę formę świadczenia pracy.

6. Nie istnieje górna granica zadeklarowanej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, jednak zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy podstawa wymiaru składek na te ubezpieczenia w danym roku kalendarzowym nie może być wyższa od kwoty odpowiadającej trzydziestokrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego. Oznacza to, że w przypadku zmiany w ciągu roku tytułu

ubezpieczenia na prowadzenie pozarolniczej działalności, maksymalna podstawa wymiaru od której zostaną odprowadzone składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w tym roku, zostanie pomniejszona o wartość podstawy wymiaru składek, od której były należne składki z poprzedniego (np. pracowniczego) tytułu. Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe, jednak górna granica kwoty zadeklarowanej ustalana jest w inny sposób, ponieważ na podstawie ust. 3 tego przepisu podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe osób, które ubezpieczeniu chorobowemu podlegają dobrowolnie (do których należą osoby prowadzące pozarolniczą działalność), nie może przekraczać miesięcznie 250% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia. Przepis art. 20 ust. 1 ustawy znajduje zastosowanie również w odniesieniu do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie wypadkowe, jednak wobec treści ust. 2 opisywanego przepisu należy stwierdzić, że ubezpieczony może zadeklarować tę wartość bez maksymalnych ograniczeń. Wskazane przepisy stanowią potwierdzenie tezy, że treść opisywanego prawa podmiotowego w tym maksymalna wartość kwoty zadeklarowanej nie ogranicza się do przepisu art. 18 ust. 8 ustawy.

7. Zgodnie z art. 17 ust. 1 i 3 ustawy płatnik jest zobowiązany obliczyć, rozliczyć i przekazać składki do organu rentowego co miesiąc. Objęcie i ustanie ubezpieczenia społecznego pracownika i osoby prowadzącej pozarolniczą działalność nie musi pokrywać się z początkiem lub końcem miesiąca. W przypadku ubezpieczonych, dla których podstawę wymiaru składek stanowi przychód, ustalenie składki odzwierciedlającej rzeczywiste zarobki nie stanowi problemu ponieważ wskazana sytuacja będzie miała bezpośrednie przełożenie na wysokość osiąganego przychodu. Z powodu niezdolności do pracy ubezpieczony pracownik osiąga przychód, który nie stanowi wynagrodzenia za wykonaną pracę, lecz kompensatę jego utraty. W konsekwencji wskazanego w pkt. 1 niniejszego opracowania założenia konstrukcyjnego systemu ubezpieczeń społecznych, dążąc do odwzorowania w składce przychodów z osobiście świadczonej pracy, w art. 18 ust. 2 ustawy stwierdzono, że w podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe między innymi pracownika nie uwzględnia się wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy oraz zasiłków.

8. Sprawiedliwe ustalenie wysokości składki osób, które w trakcie miesiąca uzyskują bądź tracą tytuł albo są niezdolne do pracy w odniesieniu do osób deklarujących podstawę wymiaru, normuje art. 18 ust. 9 i 10 ustawy. Zgodnie z pierwszym ze wskazanych przepisów, za miesiąc, w którym nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi lub ich ustanie i jeżeli trwały one tylko przez część miesiąca, kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie, dzieląc ją przez liczbę dni kalendarzowych tego miesiąca i mnożąc przez liczbę dni podlegania ubezpieczeniu. Natomiast zgodnie z drugim przepisem, zasady zmniejszania najniższej podstawy wymiaru składek stosuje się odpowiednio w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku. Wskazane zasady redukcji

składek organ rentowy stosuje zarówno względem uprawnień z art. 18 ust. 8 jak również z art. 18a ust. 1 ustawy. Chociaż brak jest jeszcze potwierdzenia w praktyce, nie istnieją ograniczenia względem zastosowania wskazanych przepisów w sytuacjach opisanych w art. 18c ustawy.

III. Analiza problemu prawnego:

9. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w P. w przedstawionych przepisach zostało zawarte prawo do proporcjonalnego zwrotu uiszczonych na rzecz organu rentowego składek na ubezpieczenia społeczne w przypadku powstania niezdolności do pracy w miesiącu, za który została zapłacona składka w pełnej miesięcznej wysokości, wyłącznie w przypadku zadeklarowania najniższej podstawy wymiaru składek. Wątpliwość dotyczy natomiast zakresu podmiotowego tego prawa tj. rozstrzygnięcia czy takie prawo przysługuje ubezpieczonemu również w przypadku zadeklarowania podstawy wymiaru składek wyższej niż minimalna. Tak sformułowany problem prowadzi wprost do dylematu dotyczącego możliwości pominięcia literalnej treści tego prawa podmiotowego i rozszerzenia jego stosowania. Jego rozstrzygnięcie nie jest możliwe bez odwołania się do podstaw dominującej od ponad dwóch wieków doktryny pozytywizmu prawniczego i dopuszczalności dokonania odstępstwa od niebudzących wątpliwości rezultatów wykładni językowo-logicznej lub też stwierdzenia aksjologicznej luki w prawie.

10. Przedstawiony problem prawny jest konsekwencją stwierdzenia, że w ustawie istnieje prawo podmiotowe do zadeklarowania kwoty stanowiącej podstawę wymiaru składek, do czego uprawnieni są prowadzący pozarolniczą działalność, osoby z nimi współpracujące oraz współpracujący z przedsiębiorcami korzystającymi przez 6 miesięcy ze zwolnienia z obowiązku ubezpieczeń społecznych, zaś niezależnym od niego prawem jest nadane treścią art. 18 ust. 9 i 10 ustawy uprawnienie do proporcjonalnego zwrotu uiszczonych na rzecz organu rentowego składek, do którego uprawnieni są jedynie ci spośród wymienionych, którzy zadeklarowali minimalną podstawę wymiaru składek. Zajęcie stanowiska w tak złożonym dylemacie musi być poprzedzone potwierdzeniem, że wystąpienie sformułowanego dylematu jest jedynym wnioskiem płynącym z analizy przepisów ustawy. Wchodząc w rolę *promotor fidei* warto rozważyć, czy nie jest dopuszczalne odwrotne twierdzenie, że art. 18 ust. 9 i 10 ustawy nie kreują nowego prawa podmiotowego, a normy z tych przepisów stanowią komponent uprawnienia do zadeklarowania podstawy wymiaru składki w granicach nakreślonych ustawą.

11. Pierwszym argumentem świadczącym za sformułowaną powyżej hipotezą konkurencyjną względem zawartej w pytaniu Sądu Apelacyjnego jest fakt, że art. 18 ust. 9 i 10 ustawy nie odnoszą się do żadnych podmiotów prawa, ale definiują jedynie jego przedmiot. Wykładnia językowo-logiczna normy z art. 18 ust. 8 ustawy daje bowiem następujący rezultat: osoba, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5 i 5a [podmiot uprawnienia] deklaruje kwotę stanowiącą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (przedmiot uprawnienia). Zadeklarowana kwota

nie może być niższa niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia [obostrzenie przedmiotu uprawnienia]. Równolegle zgodnie z art. 18a ustawy przedsiębiorca w okresie pierwszych 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności (podmiot uprawnienia) deklaruje kwotę stanowiącą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (przedmiot uprawnienia). Zadeklarowana kwota nie może być niższa jednak niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia [obostrzenie przedmiotu uprawnienia]. Podobnie należy wyklądać przepisy art. 18c ustawy. Zdanie przepisu art. 18 ust. 9 ustawy odnosi się do „kwoty najniższej podstawy wymiaru składek”, która „zmniejsza się proporcjonalnie”. Kwota może być podmiotem w zdaniu, jednak nie posiada podmiotowości prawnej – stąd sformułowanie odrębnego prawa podmiotowego w oparciu o ten przepis wydaje się niemożliwe. Można byłoby stwierdzić odrębne prawo gdyby przepis traktował o „osobach (...), które zadeklarowały do podstawy wymiaru składek kwotę w wysokości najniższej podstawy wymiaru składek.” Tak właśnie sformułowana jest np. treść art. 47 ust 2a pkt 1 ustawy, w którym zwolniono z obowiązku składania deklaracji rozliczeniowej lub imiennych raportów miesięcznych za kolejny miesiąc. Przepis art. 18 ust. 9 ustawy nie „odnosi się do osób, które zadeklarowały kwotę” nakreślając w ten sposób krąg podmiotów z nowymi uprawnieniami, lecz odnosi się do samej „kwoty” - pojęcia będącego komponentem treści praw podmiotowych wykreowanych w innych przepisach, jest zatem modyfikacją obostrzenia przedmiotu uprawnienia.

12. Pomimo powyższego argumentu utrzymanie twierdzenia leżącego u podstaw pytania Sądu Apelacyjnego byłoby możliwe po udowodnieniu, że w art. 18 ust. 9 i 10 ustawy opisano sytuację prawną zadeklarowania najniższej możliwej podstawy wymiaru, co oznaczałoby, że w sposób pośredni zawężono krąg podmiotów objętych dyspozycją proporcjonalnego obniżenia składek. Należy w tym kontekście przywołać treść art. 18 ust. 8a ustawy, który wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2019 r. W przytoczonym przepisie stwierdza się, że „zadeklarowanie przez ubezpieczonego kwoty wyższej (...) oznacza rezygnację (...).” Nie ma wątpliwości, że hipoteza normy z przepisu art. 18 ust. 8a ustawy odnosi się do już wybranej – zadeklarowanej kwoty, a pośrednio do osób, które w konkretny sposób rozporządziły przysługującym im prawem. Również w ten sposób nie można odnaleźć w kontrowersyjnych przepisach odrębnego prawa podmiotowego.

13. Przyjęcie, że art. 18 ust. 9 i 10 ustawy stanowią prawo podmiotowe osób deklarujących minimalną podstawę wymiaru albo odnoszą się do już zadeklarowanej podstawy wymiaru oznaczałoby, że w każdym przypadku ubezpieczony musiałby najpierw zadeklarować podstawę wymiaru równą kwocie minimalnej (tj. odpowiednio 60% przeciętnego wynagrodzenia bądź 30% minimalnego wynagrodzenia), zaś dopiero później możliwa byłaby redukcja zobowiązań, a w konsekwencji zwrot nadpłaconych składek. Tymczasem bardziej racjonalne wydaje się przyjęcie koncepcji, że art. 18 ust. 9 i 10 ustawy doprecyzowują w wyjątkowych sytuacjach objętych ich hipotezami możliwą do zadeklarowania kwotę stanowiącą podstawę wymiaru, a zatem możliwe jest zgłoszenie tej kwoty w imiennym raporcie miesięcznym i opłacanie obniżonej składki nie tylko w formie korekty – co potwierdza praktyka ZUS.

14. Nie tylko wątpliwości co do podmiotów uprawnionych uniemożliwiają przyjęcie koncepcji o istnieniu odrębnego prawa podmiotowego z art. 18 ust. 9 i 10 ustawy. Przepis w swoim brzmieniu nie kreuje żadnej dyspozycji dla dysponenta takiego prawa podmiotowego. Stwierdza się bowiem jednoznacznie, że „kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie”, a zatem oderwanie wskazanych przepisów od prawa podmiotowego wyrażonego w art. 18 ust. 8 i art. 18a ust. 1 ustawy oznaczałoby nakaz redukcji składki w określonej sytuacji. Byłoby to niekorzystne np. dla ubezpieczonej, która od kilku lat deklarowała i opłacała składkę chorobową od podstawy wymiaru równej 60% przeciętnego wynagrodzenia, a która w 11 i 12 miesiącu poprzedzającym urodzenie dziecka przebywała na zwolnieniu. Wówczas organ rentowy byłby zobligowany do dokonania z urzędu korekty składki za wskazane miesiące i ustalenia jej na poziomie równym 0 zł, co oznaczałoby zwrot nadpłaconych składek, lecz niekorzystnie wpłynęłoby na ustalenie podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego. Wówczas to osoba deklarująca choćby o złotówkę większą podstawę wymiaru byłaby w sytuacji uprzywilejowanej, ponieważ jej uprawnienia w sferze świadczeń nie uległyby redukcji z mocy prawa.

15. Z powyższych powodów należy stwierdzić, że nie istnieje odrębne (podmiotowe) prawo do proporcjonalnego zwrotu uiszczonych na rzecz organu rentowego składek na ubezpieczenia społeczne w przypadku powstania niezdolności do pracy w miesiącu, za który została zapłacona składka w pełnej miesięcznej wysokości, ponieważ normy z art. 18 ust. 9 i 10 ustawy są elementami praw podmiotowych wyrażonych w art. 18 ust. 8, art. 18a i art. 18c ustawy, zaś te ostatnie przepisy nie dokonują rozróżnienia dysponentów tychże praw wedle kryterium wysokości zadeklarowanej kwoty stanowiącej podstawę wymiaru składek.

16. Treść art. 18 ust 9 i 10 ustawy powinna być postrzegana w ten sposób, że ich zastosowanie oznacza obniżenie możliwej do zadeklarowania kwoty najniższej podstawy wymiaru składek na miesiąc w którym występują okoliczności wskazane w ich hipotezach. W ten sposób osoba, o której mowa w art. 18 ust. 8 ustawy będąc niezdolną do pracy i spełniając warunki nabycia prawa do zasiłku, zyskuje dodatkową możliwość (choć nie obowiązek) zadeklarowania za ten miesiąc w przypadku istnienia niezdolności przez równe poł miesiąca kwoty między 30% a 59% przeciętnego wynagrodzenia, a deklaracja powinna znaleźć się w dokumentach rozliczeniowych za dany miesiąc. Tak ustalona treść szeregu przepisów ustawy jest efektem zastosowania wykładni językowo-logicznej, a ponadto nie powoduje nieoczekiwanych konsekwencji i jest zharmonizowana z opisaną w pkt. 7 niniejszej opinii sytuacją pracowników znajdujących się w identycznych okolicznościach faktycznych.

17. Zgodnie z przywołanym uprzednio art. 47 ust 2a pkt 1 ustawy z obowiązku składania deklaracji rozliczeniowej lub imiennych raportów miesięcznych za kolejny miesiąc zwolnione są jedynie osoby, które ostatnio zadeklarowały do podstawy wymiaru składek kwotę w wysokości najniższej podstawy wymiaru składek. Zastosowanie art. 18 ust. 9 i 10 ustawy każdorazowo prowadzi do zmniejszenia się najniższej podstawy wymiaru składek. Z zestawienia dwóch norm wynika, że z wyjątkiem sytuacji, w której najniższa podstawa wymiaru składek została

zredukowana o ten sam procent (matematycznie jest to możliwe tylko w razie posiadania prawa do zasiłku przez całe dwa kolejne miesiące albo przez taką samą liczbę dni w lipcu i sierpniu oraz grudniu i styczniu, ponieważ w każdej innej parze kolejnych miesięcy liczba dni w jednym z tych miesięcy jest liczbą pierwszą), zawsze kiedy zachodzą przesłanki zastosowania art. 18 ust. 9 i 10 ustawy, ubezpieczony ma obowiązek złożenia dokumentów rozliczeniowych. Oznacza to, że każdorazowo zadeklarowanie kwoty w miesiącach objętych dyspozycją art. 18 ust. 9 i 10 ustawy wymaga złożenia odrębnego oświadczenia woli ubezpieczonego wyraźnie wyrażonego w dokumentach rozliczeniowych. Uwzględniając fakt, że kwota stanowiąca podstawę wymiaru składek jest zgłaszana po upływie danego miesiąca i może być dowolnie zmieniana w każdym kolejnym miesiącu, tym bardziej nie jest możliwe stwierdzenie, że uprawnienie do obliczenia najniższej podstawy wymiaru składek zgodnie z art. 18 ust. 9 i 10 ustawy istnieje bądź nie istnieje w zależności od tego czy ubezpieczony zadeklarował najmniejszą bądź wyższą kwotę.

18. W okolicznościach sprawy nakreślonej postanowieniem III UZP 10/18 wątpliwości nie powinno budzić zastosowanie przez sąd okręgowy art. 18 ust. 10 w zw. z art. 18 ust. 9 ustawy, ponieważ żadna ze stron nie kwestionuje, że niezdolność do pracy trwała przez część miesiąca, ubezpieczony spełniał w tym okresie warunki do przyznania zasiłku, a kwota najniższej podstawy wymiaru jest obliczona prawidłowo. Rzeczywisty dylemat, jaki winien być rozstrzygnięty w tej sprawie dotyczy tego ustawy jest możliwa zmiana kwoty pierwotnie zadeklarowanej w dokumentach rozliczeniowych, a jeżeli zostanie ustalony generalny brak takiej możliwości czy w okolicznościach ustalonych treścią art. 18 ust. 9 i 10 ustawy możliwe jest zastosowanie wyjątku.

19. Tylko pozornie sprawę rozstrzyga ust. 8a dodany do art. 18 ustawy od początku 2019 r. Zgodnie z tym przepisem w przypadku gdy podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe stanowi zadeklarowana kwota, zadeklarowanie przez ubezpieczonego kwoty wyższej niż obowiązująca go najniższa podstawa wymiaru składek oznacza rezygnację z ustalenia podstawy wymiaru składek w kwocie najniższej i nie podlega korekcie przez ubezpieczonego za miesiąc, w którym zadeklarował wyższą kwotę podstawy wymiaru składek. Bazując na ustaleniach niniejszej opinii można stwierdzić, że nie jest możliwe dokonanie żadnej korekty, ponieważ nawet wskazanie w dokumentach rozliczeniowych kwoty równej 60% przeciętnego wynagrodzenia oznacza, że ubezpieczony nie wskazał w danym miesiącu właściwej jemu kwoty najniższej podstawy wymiaru składek za dany miesiąc. Skoro taki przepis nie istniał przed wskazaną datą, to można byłoby twierdzić, że możliwa jest korekta za okres sprzed 2019 r., jednak w uzasadnieniu projektu ustawy dodającej ten przepis (druk sejmowy nr 2675, s. 9) stwierdzono, że „dodanie ust. 8a w art. 18 ma na celu potwierdzenie utrwalonej praktyki orzeczniczej”, a zatem zastosowanie wykładni historyczno-porównawczej nie będzie rozstrzygające. Projektodawca uzasadniał także, że „dopuszczenie korygowania wstecz przez ubezpieczonych zadeklarowanych wcześniej wyższych podstaw wymiaru oznaczałoby zupełną dowolność w dokonywaniu korekt dokumentów związanych z

ubezpieczeniami, wbrew regulacji ustawowej” i „doprowadziłoby to do nadużyć, zwłaszcza w zakresie oceny ziszczenia się ryzyka ubezpieczeniowego, którym to nadużyciom te regulacje powinny zapobiegać”. Staranność przygotowania przepisu budzi jednak poważne wątpliwości, ponieważ niefortunne sformułowanie treści art. 18 ust. 8a ustawy pozwala ustalić, że „zadeklarowanie przez ubezpieczonego kwoty wyższej niż obowiązująca go najniższa podstawa wymiaru składek (...) nie podlega korekcie”, to a *contrario* zadeklarowanie przez ubezpieczonego kwoty równej obowiązującej go najniższej podstawie wymiaru składek podlega korekcie, co byłoby nader korzystne dla ubezpieczonych-kobiet chcących zwiększyć wysokość zasiłku w okresie ciąży i wczesnego macierzyństwa. Stanowienie prawa ubezpieczeń społecznych z przeświadczeniem o złej woli każdego ubezpieczonego przy chęci rozstrzygnięcia przepisami występujących w konkretnym czasie szczegółowych problemów z pomijaniem szerokiej perspektywy funkcjonowania danej normy stanowi aberrację tej dziedziny, która z prawa administracyjnego gwarantującego prawa jednostkom w relacjach z organami przeistacza się w prawo urzędników mające na celu maksymalizację komfortu zarządzania systemem przez organ. Nie należy bowiem zapominać, że organ rentowy za wyjaśnienie ostatniej okoliczności niezbędnej do przyznania prawa do zasiłku uznaje – z resztą słusznie - dokonanie zapłaty składki za ten miesiąc. W ten sposób rozstrzygnięcie o przysługiwaniu prawa do zasiłku prowadzący pozarolniczą działalność poznaje już po złożeniu deklaracji i opłaceniu składki za ten miesiąc. Oczywiście przesłanki nabycia prawa do zasiłków są wskazane w ustawie, zatem teoretycznie ubezpieczony może sam ocenić tę okoliczność, ustalając zgodnie z art. 18 ust. 10 w zw. z art. 18 ust. 9 ustawy kwotę najniższej podstawy wymiaru jednak wobec treści art. 14 ust. 2 pkt. 2 ustawy zgodnie z którym ubezpieczenie chorobowe ustaje w przypadku nieopłacenia w terminie składki nawet drobna rozbieżność może nieść za sobą poważne konsekwencje. Przyjęcie przez judykaturę, że oświadczenie woli składane w dokumentach rozliczeniowych jest nieodwołalne, a potwierdzenie prawa do zasiłku przez organ już po złożeniu dokumentów rozliczeniowych nie stanowi szczególnej okoliczności dopuszczającej dokonanie korekty sprawia, że jedynym rozwiązaniem dla przeczornego ubezpieczonego jest złożenie dokumentów rozliczeniowych z uwzględnieniem proporcjonalnego zmniejszenia kwoty najniższej podstawy wymiaru składek przy dokonaniu wpłaty kwoty równej najmniejszej podstawie wymiaru wskazanej odpowiednio w: art. 18 ust. 8, 18a ust. 1 i obliczonej zgodnie z art. 18 c ust. 1 ustawy. Jeżeli organ nie zakwestionuje danych zawartych w rozliczeniu ubezpieczony będzie mógł na podstawie art. 24 ust. 6a złożyć wniosek o ich zwrot, a w razie powstania wątpliwości co do prawidłowości dokumentów rozliczeniowych wobec przeczornego dokonania nadpłaty, nie będzie istniało ryzyko, że ubezpieczenie chorobowe na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy ustało. Warto jednak rozważyć, czy ewolucja prawa ubezpieczeń społecznych w kierunku tak głębokiej konwencjonalizacji czynności jest zjawiskiem pożądanym, skoro to prawo ma służyć setkom tysięcy prowadzących pozarolniczą działalność. Rozstrzygnięcie zasygnalizowanego problemu wykracza jednak poza ramy nakreślone pytaniem Sądu Apelacyjnego.

Pobieranie zasiłku macierzyńskiego przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność a jej dobrowolne ubezpieczenie chorobowe (Notatka do sprawy III UZP 2/19)

I. Zlecenie

Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego pismem z dnia 11 marca 2019 r. (BSA III-4110-2/19) na podstawie art. 83 § 1 ustawy z dnia 8 grudnia 2017 r. o Sądzie Najwyższym (Dz.U. z 2018 r., poz. 5 ze zm.) wniósł o rozstrzygnięcie przez Sąd Najwyższy w składzie siedmiu sędziów zagadnienia prawnego następującej treści:

„Czy rozpoczęcie pobierania zasiłku macierzyńskiego przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność, która uprzednio została objęta dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym, skutkuje ustaniem tego ubezpieczenia na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 w związku z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2019 r., poz. 300)?”.

W uzasadnieniu wskazano, że w rozpoznawanych przez Sąd Najwyższy w ostatnim czasie sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych o wysokość zasiłków wypłacanych z ubezpieczenia chorobowego, ujawniła się rozbieżność związana z wykładnią niektórych przepisów określających zasady podlegania ubezpieczeniu chorobowemu przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność. Dostrzeżone w tym względzie przez Pierwszego Prezesa wątpliwości wykładnicze odnoszą się w szczególności do sposobu interpretacji art. 9 ust. 1c, art. 11 ust. 2 i art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst.: Dz.U. z 2019 r., poz. 300; dalej: u.s.u.s.). Kontrowersje orzecznicze wzbudza ustalenie następstw prawnych, jakie dla osoby prowadzącej pozarolniczą działalność, objętej dobrowolnie – na swój wniosek – ubezpieczeniem chorobowym (art. 14 ust. 1 i 1a w związku z art. 11 ust. 2 u.s.u.s.), wynikają z faktu pobierania przez tę osobę zasiłku macierzyńskiego (świadczenia finansowanego z ubezpieczenia chorobowego). Ta ostatnia okoliczność jest ustawowo klasyfikowana jako odrębny – względem prowadzenia pozarolniczej działalności (art. 6 ust. 1 pkt 5 u.s.u.s.) – tytuł podlegania osoby pobierającej zasiłek macierzyński obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym (art. 6 ust. 1 pkt 19 u.s.u.s.). Jednocześnie pobieranie zasiłku macierzyńskiego nie stanowi tytułu podlegania ubezpieczeniu chorobowemu ani obowiązkowo, ani dobrowolnie (art. 11 u.s.u.s.).

Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego wskazał, że wyraźna różnica stanowisk, która zarysowała się w judykaturze Sądu Najwyższego na przestrzeni ostatnich miesięcy, dotyczy wątpliwości interpretacyjnych związanych z kwestią, czy dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, jakim została objęta – na swój wniosek złożony przed rozpoczęciem korzystania z prawa do zasiłku macierzyńskiego – osoba prowadząca pozarolniczą działalność, ustaje w związku z rozpoczęciem pobierania przez tę osobę zasiłku macierzyńskiego, czy też trwa ono w sposób nieprzerwany przez cały okres

pobierania tego świadczenia, po czym jest kontynuowane, chyba, że w międzyczasie wystąpi którakolwiek z okoliczności wymienionych w art. 14 ust. 2 u.s.u.s.

Uzasadniając wniosek podkreślono także, że rozstrzygnięcie przez Sąd Najwyższy w składzie powiększonym przedmiotowego problemu prawnego ma fundamentalne znaczenie dla właściwego ukształtowania praktyki orzeczniczej Sądu Najwyższego oraz sądów powszechnych rozpoznających stosunkowo liczne sprawy z zakresu ubezpieczeń społecznych o prawo do świadczeń zasiłkowych finansowanych z ubezpieczenia chorobowego oraz ich wysokość, w których stroną wnoszącą odwołanie jest osoba prowadząca pozarolniczą działalność, objęta dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym w okresie poprzedzającym rozpoczęcie pobierania przez nią zasiłku macierzyńskiego.

II. Poglądy prezentowane w orzecznictwie Sądu Najwyższego

1. Według pierwszego stanowiska, wyrażonego w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 7 grudnia 2016 r. II UK 478/15 (OSNP 2018 nr 2, poz. 22; OSP 2018 nr 4, poz. 40) „Z chwilą nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej pozarolniczą działalność ustaje i nie istnieje możliwość przystąpienia do tego ubezpieczenia ani z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego, ani z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, ponieważ takiego uprawnienia nie przewiduje art. 11 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Przystąpienie do ubezpieczenia chorobowego staje się możliwe po wyczerpaniu zasiłku macierzyńskiego, w związku z przekształceniem się dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności w ubezpieczenie obowiązkowe. W ten sposób wynikająca wprost z przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych obligatoryjna przerwa w ubezpieczeniu chorobowym osoby prowadzącej pozarolniczą działalność, która nabyła prawo do zasiłku macierzyńskiego, jest równa co najmniej okresowi pobierania tego zasiłku i ulega dalszemu wydłużeniu po wprowadzeniu urlopów rodzicielskich.”

Pogląd ten podzielił Sąd Najwyższy w uzasadnieniu uchwały z dnia 25 października 2018 r., III UZP 8/18.

2. Odmienny pogląd wyrażono w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 9 sierpnia 2018 r., II UK 213/17 (OSNP 2019 nr 3, poz. 38), stwierdzając: „zgodnie z art. 13 pkt 13 ustawy systemowej, obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu, chorobowemu i wypadkowemu podlegają osoby pobierające zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego - od dnia spełnienia warunków, o których mowa w art. 9 ust. 6, do dnia zaprzestania spełniania tych warunków. Z tego normatywnego punktu odniesienia z przytoczonych regulacji nie wynika, że ubezpieczenie osoby prowadzącej pozarolniczą działalność, która pobiera zasiłek macierzyński wygasa i z tej przyczyny jakoby podlega wyrejestrowaniu przez płatnika składek (według art. 36 ust. 11 ustawy systemowej). Przeciwnie ubezpieczenie takiej osoby w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego uzyskuje status obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego, rentowego, chorobowego i wypadkowego z tytułu pobierania zasiłku

macierzyńskiego. (...) Skoro za okres opłacania składek uważa się również okres pobierania zasiłków, nie wyłączając okresów pobierania zasiłków macierzyńskiego albo zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego (art. 13 pkt 13 tej ustawy), przeto sporne ubezpieczenie chorobowe skarżącej, która w okresie pobierania takich zasiłków formalnie (prawnie) nie zaprzestała definitywnie (nie zakończyła) ani nie zawiesiła pozarolniczej działalności, nie wygasło w okresie pobierania przez nią zasiłku macierzyńskiego, w którym spełniła warunki podlegania ubezpieczeniom z tego tytułu, o których mowa w art. 9 ust. 6, do dnia zaprzestania spełniania tych warunków. Takie okoliczności uzasadniają tezę, że w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego z tego tytułu (pobierania zasiłku macierzyńskiego albo zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego) w istocie rzeczy nie dochodzi do przerwania ubezpieczenia chorobowego. Przeciwnie w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego albo zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego dobrowolne ubezpieczenie chorobowe uzyskuje w rozumieniu art. 13 pkt 13 ustawy systemowej status prawny obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego na (przez) okres pobierania zasiłku macierzyńskiego, który ustawodawca uznaje za okres opłacania składek na ubezpieczenie chorobowe (art. 14 ust. 3 ustawy systemowej). (...) Oznacza to, że w razie okresowej zamiany (przedmiotowego przekształcenia) tytułów ubezpieczenia nie dochodzi do wygaśnięcia, to jest do definitywnego ustania tytułu ubezpieczenia. Co najwyżej twierdzić można (...), że w takiej złożonej sytuacji normatywnej doszło do >>swoistego zawieszenia<< podlegania obowiązkowym i dobrowolnemu ubezpieczeniom społecznym osób prowadzących pozarolniczą działalność w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego z tego innego ustawowego tytułu, jakim staje się okresowe pobieranie zasiłku macierzyńskiego albo zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego (art. 13 pkt 13 ustawy systemowej). Równocześnie jednak po upływie okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego to >>okresowe<< podleganie ubezpieczeniom społecznym z tytułu pobierania wymienionego zasiłku albo zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego kończy się (art. 13 pkt 13 in fine ustawy systemowej), co wymagało złożenia przez skarżącą wniosku o ponowne objęcie adekwatnym tytułem podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, choć nie w terminie 7 dni od powstania obowiązku zgłoszenia po upływie okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego, co dotyczy obowiązkowych ubezpieczeń społecznych (art. 36 ust. 4 ustawy systemowej), ale w terminie przez nią wybranym (art. 36 ust. 5 ustawy systemowej).”.

Pogląd ten podzielił Sąd Najwyższy w uzasadnieniu uchwały z dnia 4 października 2018 r., III UZP 6/18 (OSNP 2019 nr 2, poz. 18) stwierdzając, że „po upływie okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego wymagane jest złożenie przez ubezpieczonego wniosku o ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym. Choć bowiem tytuł do takiego ubezpieczenia nie wygasł w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego, to można twierdzić, że doszło w tym czasie do >>swoistego zawieszenia<< podlegania obowiązkowym i dobrowolnemu ubezpieczeniom społecznym osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą (art. 13 pkt 13 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).”

3. W judykaturze wyrażono także trzeci pogląd, sformułowany w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 lutego 2018 r., II UK 698/16 (OSNP 2018 nr 10, poz. 139). Uznano w nim, że: „o 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 chorobowego i spełniła warunki do uzyskania zasiłku chorobowego a po nim do zasiłku macierzyńskiego, po którym mogła stać się niezdolna do pracy i korzystać z zasiłku chorobowego. (...) O dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym decyduje sam zainteresowany (ubezpieczony). Należy zwrócić uwagę na art. 14 ustawy systemowej i stwierdzić, że jest to regulacja zamknięta. Określa, kiedy powstaje i kiedy ustaje dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Przepis nie przewiduje przerwy w dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym ani zawieszenia tego ubezpieczenia. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe rozpoczyna się i kończy w sytuacjach opisanych w art. 14 ustawy systemowej. (...) Nie można stwierdzić, że zasiłek macierzyński powoduje ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 ustawy systemowej, bo ustanie tytułu podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz chorobowemu należy rozumieć jako zaprzestanie działalności gospodarczej (art. 3 pkt 1 ustawy zasiłkowej oraz art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 13 pkt 4 ustawy systemowej). Zasiłek macierzyński (podobnie zasiłek chorobowy) nie jest przyczyną faktyczną ani prawną ustania tytułu ubezpieczenia, bo nie musi oznaczać zaprzestania działalności gospodarczej w rozumieniu art. 13 pkt 4 ustawy systemowej. Podobnie w sytuacji wydłużonego zasiłku macierzyńskiego, skoro obejmuje dodatkowy (nowy) urlop rodzicielski, czyli uzasadnioną przerwę w wykonywaniu pracy lub działalności. Szczególna regulacja dotycząca wydłużonych zasiłków macierzyńskich nie zmienia tytułu ubezpieczenia (pracy, działalności). Po zasiłku macierzyńskim (urlopie) ubezpieczona może więc wrócić do dotychczasowej (poprzedniej) pracy lub działalności. Zasiłek macierzyński nie oznacza więc ustania tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym. Ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jest ściśle określone w art. 14 ustawy systemowej. Zależy od wniosku o wyłączenie z ubezpieczenia, nieopłacenia składki albo ustania tytułu podlegania ubezpieczeniom. O ustaniu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego decyduje wola ubezpieczonego albo obiektywna sytuacja, składająca się na ustanie tytułu podlegania ubezpieczeniom, łączona z reguły z wyrejestrowaniem działalności z ewidencji.”

W przywołanym wyroku wskazano także, że „Dobrodziejstwo nowej regulacji - przyznającej ubezpieczenie emerytalne i rentowe w okresie zasiłku macierzyńskiego - nie może pogarszać sytuacji ubezpieczonych. (...) Niezasadny jest zatem kierunek wykładni stwierdzający ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ze względu na >>samodzielny<< (inny) tytuł ubezpieczenia, łączony z prawem do zasiłku macierzyńskiego. Nadal należałoby wskazać przepis, który wyłączałby w takiej sytuacji (zasiłku macierzyńskiego) ubezpieczenie chorobowe albo powodował przerwę w tym ubezpieczeniu, zwłaszcza że nie doszło do zmiany art. 14 ustawy systemowej”. Podkreślono także cel regulacji określającej zasiłek macierzyński jako samodzielny tytuł ubezpieczenia emerytalnego i rentowego i wprowadzającej finansowanie z budżetu państwa szczególnego okresu składkowego za który uznaje się zasiłek macierzyński -

art. 6 ust. 1 pkt 19 i art. 16 ust. 8 ustawy systemowej. Jak wskazano: „Chodziło przede wszystkim o lepszą sytuację dzieci i rodziców, z czym łączy się w pewnym stopniu zrównanie sytuacji ekonomicznej i prawnej ubezpieczonych, a nie o wyłączenie (pozbawienie) ubezpieczenia chorobowego. Pracownica nie traci ubezpieczenia chorobowego przez to, że okres zasiłku macierzyńskiego wedle nowej regulacji stał się tytułem ubezpieczenia emerytalnego i rentowego oraz okresem składkowym, gdy nadal pozostaje w stosunku pracy. Nie ma podstaw do różnicowania w aspekcie takiej samej sytuacji prawa osoby prowadzącej działalność gospodarczą, gdy zgłosiła się wcześniej do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, nie zlikwidowała działalności (nie wyrejestrowała) i nadal ma zamiar jej prowadzenia po okresie zasiłkowym. Należy wszak zważyć na zasadę równego traktowania ubezpieczonych w obrębie tego samego systemu.” Sąd wskazał także, że „W okresie zasiłku chorobowego lub macierzyńskiego ubezpieczona nie płaci składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, co ma uzasadnienie w niewykonywaniu działalności (pracy) jako źródła przychodu. Art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej nie stosuje się w sytuacji, gdy działalność gospodarcza nie jest prowadzona w okresie zasiłku macierzyńskiego ze względu na opiekę nad dzieckiem. Obowiązek składkowy, który stanowi tylko część (element) dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego staje się ponownie aktualny od zakończenia zasiłku macierzyńskiego.”

Pogląd ten podzielono następnie w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 2018 r., I UK 73/17.

4. Reasumując można stwierdzić, że prezentowane są trzy poglądy odnośnie do bytu prawnego dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego osoby prowadzącej działalność gospodarczą, która z uwagi na pobieranie zasiłku macierzyńskiego objęta została ubezpieczeniem chorobowym z tego tytułu:

- i. dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej pozarolniczą działalność z chwilą nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego ustaje / wygasa,
- ii. ubezpieczenie chorobowe w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego uzyskuje status ubezpieczenia obowiązkowego, nie dochodzi do ustania / wygaśnięcia ubezpieczenia dobrowolnego, ale do jego „swoistego zawieszenia”, tym niemniej po upływie okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego wymagane jest złożenie przez ubezpieczonego wniosku o ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym,
- iii. pobieranie zasiłku macierzyńskiego nie powoduje ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, które trwa dopóty, dopóki nie wystąpią przesłanki uregulowane w art. 14 u.s.u.s.

III. Analiza prawna

1. Wprowadzając należy przywołać przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, które regulują kwestię podlegania poszczególnym ubezpieczeniom społecznym obowiązkowo lub dobrowolnie. Zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 5 u.s.u.s. osoby prowadzące na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej pozarolniczą działalność

gospodarczą podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, natomiast ubezpieczeniu chorobowemu podlegają one tylko na swój wniosek – dobrowolnie (art. 11 ust. 2 u.s.u.s.). Szczególna regulacja art. 9 ust. 1c zd. 1 u.s.u.s. przewiduje, że w sytuacji, gdy osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą spełniają jednocześnie warunki do objęcia ich obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego (art. 6 ust. 1 pkt 19 u.s.u.s.), to podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego. Mogą one jednak dobrowolnie, na swój wniosek, być objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi także z pozostałych, wszystkich lub wybranych, tytułów (art. 9 ust. 1c zd. 2 u.s.u.s.).

Z ustawy wynika więc, że spełnienie przez osobą prowadzącą działalność gospodarczą warunków do objęcia jej obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego prowadzi do objęcia jej tymże ubezpieczeniem stosownie do art. 9 ust. 1c zd. 1 u.s.u.s., przy czym możliwe jest kontynuowanie ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z tytułu prowadzenia działalności, ale tylko jako ubezpieczenia dobrowolnego (art. 9 ust. 1c zd. 2 u.s.u.s.). Omawiany przepis nie odnosi się jednak jednoznacznie do bytu prawnego dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej.

2. Poszukując rozwiązania przedmiotowej kwestii należy w pierwszej kolejności rozważyć, czy efektem pobierania zasiłku macierzyńskiego jest ustanie obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Zagadnienie to ma o tyle znaczenie, że, jak wskazał Sąd w wyroku w sprawie o sygnaturze II UK 478/15, osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej prowadzą pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych, mogą przystąpić do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego tylko wówczas, gdy z tytułu tej działalności objęte są obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi (odnośnie do ewentualnej odmiennej wykładni przepisu art. 11 ust. 2 u.s.u.s. por. niżej punkt III.7.). W konsekwencji Sąd stwierdził, że wobec jego ustania na mocy art. 9 ust. 1c zd. 1 u.s.u.s., a zatem „z chwilą nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego”, „dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej pozarolniczą działalność ustaje i nie istnieje możliwość przystąpienia do tego ubezpieczenia ani z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego, ani z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, ponieważ takiego uprawnienia nie przewiduje art. 11 ust. 2 u.s.u.s.”.

Odnosząc się do tezy o ustaniu obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowego osoby prowadzącej pozarolniczą działalność w związku z pobieraniem przez nią zasiłku macierzyńskiego w pierwszej kolejności przywołać trzeba przepis art. 13 u.s.u.s. regulujący okresy podlegania obowiązkowi ubezpieczenia. Jego punkt 4 stanowi, że osoby prowadzące pozarolniczą działalność podlegają temu obowiązkowi

„od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie art. 36aa oraz przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców”. Abstrahując w tym miejscu od kwestii zawieszenia wykonywania działalności (na ten temat por. niżej punkt III.5.) należy zauważyć, że ustawodawca nie wskazuje wprost, iżby objęcie osoby prowadzącej działalność gospodarczą obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego prowadziło do ustania ubezpieczenia obowiązkowego z tytułu prowadzonej działalności. Kwestia bytu prawnego ubezpieczenia jest fundamentalna i wymaga czytelnej i jednoznacznej regulacji, tymczasem ani w art. 13 pkt 4 u.s.u.s., ani w art. 9 ust. 1c zd. 1 u.s.u.s. ustawodawca nie wskazał, że w okresie obowiązkowego a okresowego ubezpieczenia z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego obowiązkowe ubezpieczenie emerytalne i rentowe z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej ustaje.

Przyjmując jednak w tym miejscu roboczo tezę o ustaniu obowiązkowego ubezpieczenia z tytułu działalności w związku z pobieraniem zasiłku macierzyńskiego należy zauważyć, że nie odpowiada ona na pytanie, czy z kolei odpadnięcie tytułu w postaci pobierania zasiłku macierzyńskiego prowadzi do automatycznej „reaktywacji” obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z tytułu działalności, czy też może konieczne jest kolejne zgłoszenie do ubezpieczenia (art. 36 ust. 4 u.s.u.s.). Należy przy tym zauważyć, że w regulacji szczególnej dotyczącej zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej, które powoduje ustanie obowiązku ubezpieczeń społecznych (art. 36a ust. 2 u.s.u.s.), ustawodawca jednoznacznie stwierdził, że wznowienie wykonywania działalności gospodarczej nie wymaga ponownego zgłoszenia do ubezpieczenia (art. 36a ust. 4 u.s.u.s.). Brak tego rodzaju regulacji w odniesieniu do art. 9 ust. 1c zd. 1 u.s.u.s. można w związku z tym odczytywać dwojako. Po pierwsze można by uznać, że zastosowanie znajdą reguły ogólne, zatem w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia osoba prowadząca działalność gospodarczą powinna ponownie zgłosić się do ubezpieczeń (art. 36 ust. 4 u.s.u.s.). Taka interpretacja stałaby jednak w sprzeczności z treścią art. 13 pkt 4 u.s.u.s., odwołującej się jedynie do zawieszenia wykonywania działalności na podstawie art. 36aa u.s.u.s. i nieprzewidującej innych przerw w okresie podlegania obowiązkowi ubezpieczenia z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności. Należy więc raczej stwierdzić, że milczenie ustawy co do ewentualnego (ponownego) zgłoszenia do ubezpieczenia oznacza, że w wyniku objęcia obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego nie dochodzi do ustania obowiązku ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej (które musiałoby być reaktywowane ponownym zgłoszeniem). Efektem jest natomiast „zwolnienie z obowiązkowego ubezpieczenia” (por. I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, Warszawa 2014, s. 102) na okres pobierania zasiłku, a zatem „swoiste zawieszenie” podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym osób prowadzących pozarolniczą działalność w okresie

pobierania zasiłku macierzyńskiego z uwagi na ten właśnie szczególny tytuł, jakim jest okresowe pobieranie zasiłku macierzyńskiego albo zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego (por. wyrok w sprawie o sygnaturze II UK 213/17).

3. W tym kontekście rodzi się z kolei pytanie o wpływ „zawieszenia” obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej w związku z objęciem obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego na status prawny dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego osoby prowadzącej działalność gospodarczej a pobierającej zasiłek macierzyński lub zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego. W szczególności – mając na uwadze przywołane wyżej (część II) orzeczenia Sądu Najwyższego – chodzi o ustalenie, czy owo dobrowolne ubezpieczenie ustaje, trwa nadal, ulega zawieszeniu, czy też może przekształca się w ubezpieczenie obowiązkowe. Trzeba bowiem przypomnieć, że brak jest w ustawie regulacji, która wprost wiązałaby zmianę obowiązkowego tytułu ubezpieczenia emerytalnego i rentowego na mocy art. 9 ust. 1c zd. 1 u.s.u.s. z bytem prawnym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

4. W pierwszej kolejności należy odnieść się do sformułowanej w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygnaturze II UK 213/17 tezy, zgodnie z którą „w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego albo zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego dobrowolne ubezpieczenie chorobowe uzyskuje w rozumieniu art. 13 pkt 13 ustawy systemowej status prawny obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego na (przez) okres pobierania zasiłku macierzyńskiego, który ustawodawca uznaje za okres opłacania składek na ubezpieczenie chorobowe (art. 14 ust. 3 ustawy systemowej)”. Przed wszystkim należy zauważyć, że – wbrew dosłownemu brzmieniu zdania wprowadzającego art. 13 („Obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu podlegają osoby fizyczne w następujących okresach”) – przepis art. 13 pkt 13 u.s.u.s. w odniesieniu do osób prowadzących pozarolniczą działalność nie statuuje odrębnego tytułu podlegania obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu. Przepis ten nie stanowi *lex specialis* względem art. 11 ust. 2 u.s.u.s. Najogólniej rzecz ujmując art. 13 u.s.u.s. reguluje jedynie, w odniesieniu do wskazanych w jego kolejnych punktach osób (podmiotów), okresy podlegania ubezpieczeniu obowiązkowemu z różnych tytułów a uzupełnia go art. 14 u.s.u.s. precyzujący okresy objęcia ubezpieczeniami dobrowolnymi. Odmienne rozumienie art. 13 u.s.u.s. musiałoby uzasadniać tezę, zgodnie z którą z art. 13 pkt 4 u.s.u.s. wynikałby generalny obowiązek podlegania obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność - od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności. Tak jednak nie jest: art. 13 u.s.u.s. precyzuje jedynie – w odniesieniu do poszczególnych tytułów – okresy podlegania ubezpieczeniom obowiązkowym. W przepisie wymieniono wszystkie ubezpieczenia, ale zastosowanie znajdują tylko te, które dla danej osoby jako obowiązkowe przewidują art. 6, 9, 11 i 12 u.s.u.s. W konsekwencji pogląd o uzyskaniu przez dobrowolne ubezpieczenie

chorobowe „statusu prawnego” obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego z uwagi na i w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego trzeba odrzucić.

5. W związku z tym należy następnie rozważyć, czy dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej działalność gospodarczą a pobierającą zasiłek macierzyński w okresie jego pobierania ustaje / wygasa.

Nawiązując do poglądów wyrażonych dotąd w judykatach Sądu Najwyższego dostrzec trzeba, że w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygnaturze II UK 698/16 Sąd wskazał: „zasiłek macierzyński (podobnie zasiłek chorobowy) nie jest przyczyną faktyczną ani prawną ustania tytułu ubezpieczenia, bo nie musi oznaczać zaprzestania działalności gospodarczej w rozumieniu art. 13 pkt 4 u.s.u.s.”. W konsekwencji w przywoływanym wyroku (zasadnie, por. wyżej punkt III.4.) odrzucono tezę, zgodnie z którą ubezpieczenie z tytułu zasiłku macierzyńskiego z mocy szczególnej regulacji miałyby mieć pierwszeństwo i wyłączać podstawowy tytuł ubezpieczenia oraz dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, wskazując, że „dobrodziejstwo nowej regulacji - przyznającej ubezpieczenie emerytalne i rentowe w okresie zasiłku macierzyńskiego - nie może pogarszać sytuacji ubezpieczonych”. Trafnie uznano, iż „niezasadny jest zatem kierunek wykładni stwierdzający ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ze względu na >>samodzielny<< (inny) tytuł ubezpieczenia, łączony z prawem do zasiłku macierzyńskiego. Nadal należałoby wskazać przepis, który wyłączałby w takiej sytuacji (zasiłku macierzyńskiego) ubezpieczenie chorobowe albo powodował przerwę w tym ubezpieczeniu, zwłaszcza że nie doszło do zmiany art. 14 ustawy systemowej”. Przywołano argumenty funkcjonalne i aksjologiczne (zasadę równego traktowania ubezpieczonych w obrębie tego samego systemu) wskazując, że finansowanie z budżetu państwa szczególnego okresu składkowego za który uznaje się zasiłek macierzyński ma polepszać sytuację dzieci i rodziców, z czym łączy się w pewnym stopniu zrównanie sytuacji ekonomicznej i prawnej ubezpieczonych. Podkreślono, że pracownica nie traci ubezpieczenia chorobowego przez to, że okres zasiłku macierzyńskiego wedle nowej regulacji stał się tytułem ubezpieczenia emerytalnego i rentowego oraz okresem składkowym, gdy nadal pozostaje w stosunku pracy. Nie ma podstaw do różnicowania w aspekcie takiej samej sytuacji prawa osoby prowadzącej działalność gospodarczą, gdy zgłosiła się wcześniej do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, nie zlikwidowała działalności (nie wyrejestrowała) i nadal ma zamiar jej prowadzenia po okresie zasiłkowym.

Na tym tle należy przypomnieć, że okresy objęcia ubezpieczeniami dobrowolnymi reguluje art. 14 u.s.u.s. W literaturze stwierdzono, że zasadniczo okres podlegania ubezpieczeniom społecznym pokrywa się z okresem trwania tytułu ubezpieczeniowego (J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, 2001, s. 110), w konsekwencji trzeba uznać, że ewentualne wyjątki wymagają jednoznacznego uregulowania w ustawie. Można by zatem przyjąć, że dobrowolne ubezpieczenie osoby prowadzącej działalność gospodarczą trwa – także w okresie pobierania przez nią zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego – dopóty, dopóki nie wystąpią okoliczności określone w art. 14 ust. 2 u.s.u.s. W tym kontekście przywołać należy pogląd wyrażony w cytowanym wyżej uzasadnieniu

wyroku w sprawie o sygnaturze II UK 698/16, zgodnie z którym „o dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym decyduje sam zainteresowany (ubezpieczony). Należy zwrócić uwagę na art. 14 ustawy systemowej i stwierdzić, że jest to regulacja zamknięta. Określa, kiedy powstaje i kiedy ustaje dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Przepis nie przewiduje przerwy w dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym ani zawieszenia tego ubezpieczenia. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe rozpoczyna się i kończy w sytuacjach opisanych w art. 14 ustawy systemowej.”.

Zgadając się z tym poglądem należy stwierdzić, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje wyłącznie w okolicznościach wskazanych w art. 14 ust. 2 u.s.u.s., a zatem: 1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony; 2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących (w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie); 3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

Odnosząc się na tym tle do poszczególnych przesłanek określonych w art. 14 ust. 2 u.s.u.s., abstrahując od wniosku o wyłączenie z ubezpieczenia, to w kwestii opłacania składek należy zauważyć, że zgodnie z art. 14 ust. 3 u.s.u.s. za okres opłacania składek uważa się także okres pobierania zasiłków, które to pojęcie obejmuje między innymi zasiłki z ubezpieczenia chorobowego (por. art. 4 pkt 4 u.s.u.s.), a zatem także zasiłki macierzyńskie (por. D.E. Lach [w:] B. Gudowska, J. Strusińska-Żukowska (red.), *Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz. Wyd. 2*, Warszawa 2014, s. 35). W konsekwencji pobieranie zasiłku macierzyńskiego wyklucza możliwość stwierdzenia ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z uwagi na nieopłacanie składek.

Co się natomiast tyczy ustania tytułu podlegania ubezpieczeniu, to trzeba wskazać, że zasadniczo jest nim prowadzenie na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej pozarolniczej działalności gospodarczej (por. uzasadnienie wyroku w sprawie o sygnaturze II UK 698/16, art. 3 pkt 1 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa [dalej: u.ś.p.] oraz art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 13 pkt 4 u.s.u.s.). Można jednoznacznie stwierdzić, że ewentualne pobieranie zasiłku macierzyńskiego nie wpływa w żaden sposób na byt tego tytułu. Jak bowiem zauważyła R. Babińska-Górecka (zresztą zasadnie krytykując przyjęte rozwiązanie i wskazując, że przesłankę korzystania z zasiłku macierzyńskiego przez wszystkich ubezpieczonych powinno stanowić przerwanie pracy zarobkowej stanowiącej tytuł ubezpieczenia chorobowego, gdyż z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego powinna wiązać się strata, która jest wpisana w istotę tego zdarzenia, co wynika z istoty i celu ubezpieczeń społecznych) przepis art. 29 u.ś.p. nie warunkuje nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego przez dobrowolnie ubezpieczonych z tytułu np. prowadzenia działalności gospodarczej od dokonania

czynności zawieszenia jej wykonywania, a nawet – co do zasady – nieformalnego przerwania tej aktywności zarobkowej.

Cytowana autorka trafnie dostrzegła także, że zgodnie z literalnym brzmieniem ustawy, nawet formalne zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej skutkuje tylko „ustaniem obowiązku ubezpieczeń społecznych” (art. 36a ust. 2 u.s.u.s.), a nie ustaniem tytułu ubezpieczenia emerytalnego i rentowego oraz ubezpieczenia wypadkowego. Odnosząc się do istnienia dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego przywołała literalną oraz systemową wykładnię art. 36a ust. 1 i 4 u.s.u.s. i uznała, że przepis ten, na zasadzie *lex specialis*, stanowi po pierwsze, że w okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej nie opłaca się ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego. Po drugie, ustawodawca przyjął regułę, że wznowienie wykonywania działalności gospodarczej nie wymaga ponownego zgłoszenia do ubezpieczenia, nie wskazując przy tym, iż dotyczy to wyłącznie ubezpieczeń obowiązkowych, tj. emerytalnego i rentowego oraz wypadkowego. W konsekwencji R. Babińska-Górecka zasadnie przyjęła, że wraz z upływem okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego, może nastąpić także wznowienie wykonywania działalności gospodarczej. Wówczas obowiązkowe ubezpieczenie emerytalne i rentowe oraz wypadkowe odżywa automatycznie (art. 36a ust. 4 u.s.u.s.), gdyż nie jest wymagane ponowne zgłoszenie do tego ubezpieczenia. Brakuje jednocześnie podstaw, by przyjąć, że mechanizm ten nie dotyczy także dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej skutkuje jedynie ustaniem warunku opłacania składek, w tym składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe (art. 36a ust. 1 in fine u.s.u.s.) [przy czym, jak już wyżej wskazano, za okres opłacania składek uważa się także okres pobierania zasiłków, w tym macierzyńskiego, por. art. 14 ust. 3 w związku z 4 pkt 4 u.s.u.s. – D.E.L.], nie prowadząc zarazem do ustania stosunku prawnego tego ubezpieczenia czy ustaniem tytułu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego (R. Babińska-Górecka, *Glosa...*).

Reasumując ten wątek rozważań należałoby uznać, że niezależnie od tego, czy osoba prowadząca działalność gospodarczą w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego formalnie zawiesiła jej wykonywanie, nieformalnie zaprzestała jej wykonywania lub je ograniczyła, czy też ją niezmiennie kontynuuje, to okoliczności te nie mają wpływu na byt prawny tytułu ubezpieczeniowego, którym jest prowadzenie na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej pozarolniczej działalności gospodarczej, i nie prowadzą do jego ustania. W konsekwencji nie ustaje także dobrowolne ubezpieczenie chorobowe osoby prowadzącej działalność gospodarczą i pobierającej zasiłek macierzyński w okresie jego pobierania.

6. Trzeba jednak dostrzec, że – przywołując argumenty z umiejscowienia i z przedmiotu regulacji – można by wywodzić, iż art. 14 u.s.u.s., precyzujący jedynie okresy podlegania ubezpieczeniom dobrowolnym, ma w istocie charakter wtórny wobec art. 11 u.s.u.s., który reguluje podleganie ubezpieczeniu chorobowemu obowiązkowo i dobrowolnie. W piśmiennictwie przyjmuje się zaś na ogół (o ile w ogóle autorzy odnoszą się do tego zagadnienia), że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ma charakter „związany”, tj. przesłanką istnienia dobrowolnego ubezpieczenia

chorobowego jest podleganie z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu (I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia...*, s. 68, R. Babińska-Górecka, *Glosa...*). Także w jednym z komentarzy do ustawy stwierdzono, że do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego mogą przystąpić wyłącznie osoby, dla których ubezpieczenia emerytalne i rentowe z danego tytułu mają charakter obowiązkowy (A. Radziśław [w:] J. Wantoch-Rekowski (red.), *Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz*, Warszawa 2014, komentarz do art. 11 pkt 4). Pogląd taki wyrażono także w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygnaturze II UK 478/15 (por. wyżej punkt III.2.).

W konsekwencji należałoby uznać, że „zawieszenie” obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego osoby prowadzącej działalność gospodarczą w związku z pobieraniem przez nią zasiłku macierzyńskiego na podstawie art. 9 ust. 1c zd. 1 u.s.u.s. musi mieć wpływ na możliwość dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu działalności. Ponieważ ustalono już, że w grę nie wchodzi ani jego przekształcenie w obowiązkowe ubezpieczenie chorobowe (por. wyżej punkt III.4.), ani też ustanie (por. wyżej punkt III.5.), to konsekwentnie trzeba by przyjąć, że „zwolnienie z obowiązkowego ubezpieczenia” z tytułu prowadzenia działalności na okres pobierania zasiłku macierzyńskiego oznacza w efekcie także „swoiste zawieszenie” podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu osoby prowadzącej pozarolniczą działalność w okresie pobierania zasiłku z uwagi na ten właśnie szczególny tytuł, jakim jest okresowe pobieranie zasiłku macierzyńskiego albo zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego (por. wyżej punkt III.2.).

7. Można jednak zauważyć, że w literaturze wyrażano także mniej kategoriyczny pogląd dotyczący treści art. 11 ust. 2 u.s.u.s., wskazując, że dobrowolne przystąpienie do ubezpieczenia chorobowego jest możliwe tylko w odniesieniu do osób podlegających obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym (B. Gudowska [w:] B. Gudowska, J. Strusińska-Żukowska (red.), *Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz. Wyd. 2*, Warszawa 2014, s. 322), a jednocześnie nie precyzując, że chodzi o podleganie obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z określonych w art. 11 ust. 2 u.s.u.s. tytułów.

W tym kontekście analizie poddać trzeba treść art. 11 ust. 2 u.s.u.s., zgodnie z którym „dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 7b, 8 i 10”. Należy uznać, że przepis ten zorientowany jest podmiotowo: wskazuje kto może podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Jego adresatami są „osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 7b, 8 i 10”. Można zauważyć, że omawiany przepis precyzuje w istocie dwa warunki. Po pierwsze odnosi się tylko do osób „wymienionych w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 7b, 8 i 10”, po drugie natomiast wymaga, aby były one „objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi”. Wolno zatem uznać, że jego literalna wykładnia prowadzi do wniosku, zgodnie z którym uprawnienie do podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przysługuje wprawdzie tylko wybranym podmiotom (między innymi objętym obowiązkowo

ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi osobom prowadzącym pozarolniczą działalność gospodarczą), tym niemniej ustawa *expressis verbis* nie wymaga, aby ich obowiązkowe ubezpieczenie było ubezpieczeniem z tytułu ich działalności. W art. 11 ust. 2 u.s.u.s. nie wskazano bowiem, że np. „dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby podlegające obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 7b, 8 i 10”. Wręcz przeciwnie: ustawodawca wyróżnił zakres podmiotowy art. 11 ust. 2 u.s.u.s. („osoby wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 7b, 8 i 10”), wskazując, że dla podlegania tych osób dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu miarodajne jest objęcie ich obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, nie sprecyzował jednak, że chodzi wyłącznie o te tytuły ubezpieczeniowe.

W konsekwencji można by uznać, że właśnie osoba prowadząca działalność gospodarczą a podlegająca tylko okresowo obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego może podlegać także w okresie ich pobierania dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. Jest ona bowiem wymieniona w art. 6 ust. 1 pkt 5 u.s.u.s. i objęta obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi (w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego wyjątkowo na mocy art. 9 ust. 1c zd. 1 u.s.u.s.). Otóż bowiem „zawieszenie” tytułu z art. 6 ust. 1 pkt 5 u.s.u.s. z uwagi na pobieranie zasiłku macierzyńskiego (por. wyżej punkt III.2.) a w efekcie czasowe objęcie obowiązkowym ubezpieczeniem z tytułu określonego w art. 6 ust. 1 pkt 19 u.s.u.s. nie stoi na przeszkodzie kontynuowaniu przez osobę prowadzącą działalność gospodarczą dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, gdyż spełnione są oba warunki określone w art. 11 ust. 2 u.s.u.s.: 1) nadal ubezpieczenie dotyczy osoby wymienionej w art. 6 ust. 1 pkt 5 u.s.u.s. i 2) jest ona objęta obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi. Także ustanie tytułu z art. 6 ust. 1 pkt 19 u.s.u.s. nie prowadzi do ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 u.s.u.s., gdyż wówczas reaktywuje się jej pierwotny a „zawieszony” w związku z pobieraniem zasiłku macierzyńskiego tytuł z art. 6 ust. 1 pkt 5 u.s.u.s. Zaprzestanie pobierania zasiłku macierzyńskiego przez osobę prowadzącą działalność gospodarczą skutkuje zatem „odwieszeniem” jej zasadniczego tytułu obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego, którym jest prowadzenie na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej pozarolniczej działalności gospodarczej (o ile nie została ona formalnie zawieszona na podstawie art. 36aa u.s.u.s., przy czym trzeba zgodzić się z przywołanym już wyżej poglądem R. Babińskiej-Góreckiej, zgodnie z którym także i wtedy dobrowolne ubezpieczenie chorobowe z tytułu prowadzenia działalności „automatycznie odżywa” (por. R. Babińska-Górecka, *Glosa...*).

Podsumowując ten wątek rozważań można by zatem uznać – dostrzegając, że jest to teza dyskusyjna – że objęcie osoby prowadzącej działalność gospodarczą obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego stosownie do art. 9 ust. 1c zd. 1 u.s.u.s. zasadniczo nie wpływa na byt prawny jej dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Ustawa nie wskazuje, aby zmiana obowiązkowego tytułu

ubezpieczenia emerytalnego i rentowego wiązała się z ustaniem dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

8. Konkludując powyższe rozważania można zatem uznać, że literalna wykładnia art. 11 ust. 2 i art. 14 ust. 2 i 3 u.s.u.s. prowadzi do wniosku, zgodnie z którym osoba prowadząca działalność gospodarczą, która podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, podlega mu nadal także wtedy, gdy z uwagi na pobieranie zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego objęta jest z tego tytułu w okresie jego pobierania obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym na podstawie art. 9 ust. 1c zd. 1 u.s.u.s. Jej ubezpieczenie dobrowolne nie ustaje ani nie przekształca się w ubezpieczenie obowiązkowe, a obowiązek składkowy – wobec pobierania zasiłku z ubezpieczenia chorobowego w postaci zasiłku macierzyńskiego (art. 14 ust. 3 u.s.u.s. w związku z art. 4 pkt 4 u.s.u.s.) – spoczywa. Oznacza to, że osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, która po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego jest w dalszym ciągu zainteresowana korzystaniem z ochrony dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nie musi ponawiać wniosku, a jedynie terminowo opłacić należną składkę za okres przypadający bezpośrednio po zakończeniu pobierania zasiłku.

Taka interpretacja znajduje silne oparcie także w argumentach dotyczących celu regulacji statuującej pobieranie zasiłku macierzyńskiego jako odrębny tytuł ubezpieczenia emerytalnego i rentowego i przewidującej finansowanie składek z budżetu państwa oraz aksjologii ubezpieczeń społecznych (zasada równego traktowania ubezpieczonych) i ich prakseologii (uwzględnienie szczególnego charakteru ubezpieczenia dobrowolnego).

Nawet jednak gdyby uznać, że proponowana wyżej wykładnia art. 11 ust. 2 u.s.u.s. (zgodnie z którą osoba prowadząca działalność gospodarczą może [nadal] podlegać dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu z uwagi na podleganie obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego), jest zbyt daleko idąca, a dobrowolne ubezpieczenie chorobowe jest „związane” tylko z określonym tytułem obligatoryjnym (dla osób wskazanych w art. 6 ust. 1 pkt 5 u.s.u.s. tylko z ubezpieczeniem z tytułu działalności gospodarczej), to w obliczu przedstawionych w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygnaturze II UK 698/16 argumentów teleologicznych i aksjologicznych także trzeba by stwierdzić, że wynikające z pobierania zasiłku macierzyńskiego „zawieszenie” podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu osób prowadzących pozarolniczą działalność nie prowadzi do definitywnego ustania tytułu ubezpieczenia dobrowolnego, o którym mowa w art. 14 ust. 2 pkt 3 u.s.u.s., a co najwyżej powoduje konsekwentnie również „zawieszenie” podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, które kończy się z momentem zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego.

Także przyjmując ten pogląd należy w konsekwencji uznać, że osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, która po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego jest w dalszym ciągu zainteresowana korzystaniem z ochrony dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, nie musi ponawiać wniosku, a jedynie

terminowo opłacić należną składkę za okres przypadający bezpośrednio po zakończeniu pobierania zasiłku.