

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 27 września 2016 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi –Śródmieścia w Łodzi, XI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w punkcie 1 zmienił zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. z dnia 09 marca 2016 r zmienioną decyzją z dnia 4 czerwca 2016 r mocą której odmówiono T. K. prawa do zasiłku chorobowego przysługującego od dnia 09. 01.2016 r do dnia 14.04.2016 r z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, z podstawy wyższej niż najniższa miesięczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe - w ten sposób, że przyznał T. K. prawo do zasiłku chorobowego za okres od dnia 09 stycznia 2016 roku do dnia 14 kwietnia 2016 roku z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w wysokości obliczonej od podstawy wymiaru ustalonej zgodnie z zasadami wskazanymi w art. 49 ust. 3 w związku z art. 48 litera "a" ust. 1 – 3 i 5 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. W punkcie 2 w/w wyroku Sąd Rejonowy dla Łodzi –Śródmieścia w Łodzi sprawę w zakresie żądania ustalenia wysokości zasiłku chorobowego za wskazany wyżej okres przekazał do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł. celem rozpoznania i wydania decyzji.

Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

T. K. prowadzi działalność gospodarczą nieprzerwanie od dnia 1 maja 2014r. Z tego tytułu do dnia 08 stycznia 2016r, w związku z jednoczesnym zatrudnieniem, wnioskodawca podlegał jedynie ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Od dnia 01 lipca 1999r do dnia 08 stycznia 2016r. wnioskodawca był zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy w (...) sp. z o.o. w W..

W dniu 08 stycznia 2016r T. K. stał się niezdolny do pracy i niezdolność ta trwała do dnia 14 kwietnia 2016r.

W dniu 11 stycznia 2016r wnioskodawca zgłosił się do ubezpieczeń emerytalno-rentowych, oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu kontynuowanej działalności gospodarczej z kodem 0510.

Taki też kod wskazał pierwotnie w druku ZUS DRA składanym za styczeń 2016r w dniu 05 lutego 2016r. Gdy, okazało się, że do systemu ZUS wprowadzono kod 0570, zaszła potrzeba korygowania pierwotnego zgłoszenia bądź wpisania kodu 0570 do składanego akurata druku ZUS DRA(tak, aby dane w tym druku i systemie były zgodne). Wnioskodawca dokonał więc korekty w akuracie składanym druku ZUS DRA, poprawiając kod 0510 na 0570. W w/w deklaracji rozliczeniowej wnioskodawca wskazał podstawę wymiaru składek na kwotę 2890,18 zł za styczeń 2016r – proporcjonalnie do dni podlegania ubezpieczeniu z tego tytułu w styczniu 2016r.

W deklaracji rozliczeniowej za marzec 2016r jako kod tytułu ubezpieczenia wpisano 0570 z podstawą wymiaru składek na kwotę 3895,33 zł.

W świetle powyższych ustaleń Sąd Rejonowy uznał odwołanie T. K. za zasadne.

Czyniąc rozważania prawne Sąd pierwszej instancji przywołał treść art. 49 ust. 3 ustawy zasiłkowej w zw. z art. 48 a ust. 1 -3 i 5 ustawy zasiłkowej wskazując, że podstawę wymiaru spornych świadczeń z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, za okres objęty sentencją wyroku, winna stanowić ostatecznie kwota wyliczona przez ZUS wg. zasad wskazanych w art. 49 ust.3 ustawy zasiłkowej w zw. z art. 48 a ust.1-3 i 5 ustawy zasiłkowej.

W związku z tym, że organ rentowy w zaskarżonej decyzji nie dokonał precyzyjnej oceny kwoty zasiłku dla wnioskodawcy (wyliczenia dotyczyły okresu do 09 lutego 2016r) sprawa w zakresie ustalenia wysokości kwoty zasiłku została przekazana do organu rentowego, który dokona stosownych wyliczeń. Brak takich wyliczeń w skarżonej decyzji determinował w.w rozstrzygnięcia. W przeciwnym wypadku organ rentowy zostałby pozbawiony możliwości samodzielnego wyliczenia świadczeń zgodnie z podanymi w wyroku zasadami. Zaskarżona decyzja nie zawierała takich

danych i nie poddawała się w związku z tym kontroli w zakresie wysokości zasiłku chorobowego. Od nowej decyzji, dotyczącej konkretnie wyliczonych kwot świadczenia, wnioskodawcy będzie służyło odrębne odwołanie.

Dalej Sąd Rejonowy zważył, że rozpoznając merytorycznie sprawę, należało zauważyć, że przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego oraz zasiłku macierzyńskiego przysługującego osobie ubezpieczonej niebędącej pracownikiem, w tym prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej, stosuje się art. 48-52 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz - na podstawie art. 52 - odpowiednio przepisy tej ustawy dotyczące sposobu określania podstawy wymiaru zasiłku ubezpieczonym pracownikom.

Stosownie do art. 48 ust. 1 ustawy, zasiłek oblicza się od kwoty przychodu osiągniętego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. W zależności od czasu, jaki upływa od chwili rozpoczęcia działalności do chwili zaistnienia ryzyka ubezpieczenia i powstania prawa do świadczeń, za podstawę wymiaru zasiłku przyjmuje się albo przychód za okres 12 miesięcy (art. 48 ust. 1), albo przychód osiągnięty w krótszym okresie, jeżeli przesłanka prawa do świadczeń z ubezpieczenia wypełniła się przed upływem 12 miesięcy prowadzenia działalności (art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa). W każdym z tych wypadków podstawę wymiaru zasiłku stanowi przychód osiągnięty za pełne miesiące kalendarzowe.

Z powyższego wynika, że ubezpieczony, który przystąpił dobrowolnie do ubezpieczenia chorobowego i w okresie tego ubezpieczenia stał się niezdolny do pracy, z chwilą ziszczenia się ryzyka tego ubezpieczenia nabywa prawo do zasiłku chorobowego, którego wysokość zależna jest od zadeklarowanej kwoty stanowiącej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe - co do zasady w okresie 12 miesięcy poprzedzających nabycie prawa do zasiłku, chyba że do chwili choroby podlegał ubezpieczeniu dobrowolnemu krócej niż 12 miesięcy. W takim przypadku podstawę wymiaru zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego stanowi przychód w rozumieniu art. 3 pkt 4 ustawy, czyli zadeklarowana kwota stanowiąca podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe po odliczeniu kwoty określonej w tym przepisie (art. 18 ust. 8 i art. 18a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). W ocenie Sądu Rejonowego reguły te są odpowiednie wobec ubezpieczonego, którego prawo do świadczeń powstało w nie w pierwszym miesiącu po przystąpieniu do ubezpieczenia, w związku z czym okres ubezpieczenia przed ziszczeniem się ryzyka ubezpieczeniowego trwał więcej niż jeden pełny miesiąc. Jest więc możliwe odwołanie się do okresu ubezpieczenia obejmującego co najmniej jeden pełny miesiąc kalendarzowy, a skoro okres uwzględniany w podstawie wymiaru zasiłku nie może być dłuższy niż 12 miesięcy, ale i nie krótszy niż pełny miesiąc kalendarzowy i musi w całości przypadać na czas aktualnego ubezpieczenia, to zasad ustalania podstawy wymiaru zasiłku należy poszukiwać w przepisach art. 48 ust. 1 i n. i odpowiednio stosowanym art. 36 ust. 2 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

W art. 18 ustawy wskazuje się, że kwoty podstawy wymiaru składek dla poszczególnych grup ubezpieczonych, przy czym w art. 18 ust. 7 dla ubezpieczonych podlegających ubezpieczeniom dobrowolnie, jako kwotę zadeklarowaną, nie niższą jednak od kwoty minimalnego wynagrodzenia. Kwota wynagrodzenia minimalnego (por. ustawę z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, Dz. U. Nr 200, poz. 1679 z późn. zm.) stanowi zatem najniższą podstawę wymiaru składek dla tych ubezpieczonych i jednocześnie jest dolną granicą, którą mogą zadeklarować jako podstawę wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne chorobowe. Podobne ograniczenie, ustanowione przez odniesienie się do dolnych wartości składek, dotyczy także osób prowadzących działalność gospodarczą (art. 18 ust. 8 i art. 18a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) oraz osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenie. Najniższa kwota podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, a także ubezpieczenie chorobowe osób ubezpieczonych z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej jest zmienna i ustala się ją na okresy od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku jako kwotę zadeklarowaną, jednak nie niższą od 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek, ogłoszonego w trybie art. 19 ust. 10 na dany rok kalendarzowy (art. 18 ust. 8 ustawy).

Zgłoszenie do ubezpieczenia chorobowego powinno być dokonane w ciągu 7 dni od powstania obowiązku ubezpieczenia (podjęcia działalności gospodarczej), lecz w odniesieniu do osób obejmowanych ubezpieczeniami na zasadach dobrowolności może nastąpić w terminie przez nich wybranym (art. 36 ust. 4 i 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Między zgłoszeniem do ubezpieczenia, a nabyciem prawa do świadczeń z ubezpieczenia w wysokości wynikającej z kwoty zadeklarowanej i opłaconej składki, musi być wniesiony odpowiedni wkład finansowy. Uwzględniono to w art. 18a ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, nakazującym wyłączenie spod regulacji art. 18a ust. 1 ustawy osób, które kontynuują pozarolniczą działalność oraz tych, które wykonują działalność gospodarczą na rzecz byłego pracodawcy.

Zasada nieuznawania tych osób za rozpoczynające prowadzenie działalności gospodarczej została potwierdzona w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 września 2011 r. (I UK 63/11, OSNP 2012 nr 19-20, poz. 248) oraz w wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r. (P 12/10, OTK ZU 2012 nr 5A, poz. 52). Nie ma więc znaczenia, czy zaistnienie ryzyka ubezpieczenia chorobowego jest przewidywalne, czy niespodziewane; prawo do świadczeń na wypadek jego zaistnienia wymaga przebycia pewnego okresu w ubezpieczeniu i okres ten - także poprzez wskazanie wysokości podstawy wymiaru składki i świadczeń ustala ustawodawca. Występowanie relacji między kwotą opłaconej składki a ryzykiem ubezpieczeniowym oraz wysokością świadczeń wypłacanych w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego zostało uznane za jeden z fundamentów racjonalnego systemu ubezpieczeniowego (por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 1 kwietnia 2008 r. (SK 96/06, OTK ZU 2008 nr 3A, poz. 40). W wyroku z dnia 7 listopada 2007 r. (K 18/06, OTK ZU 2007 nr 10A, poz. 122), Trybunał przypomniał, że ubezpieczenia społeczne opierają się na zasadzie wzajemności, która polega na tym, że nabycie prawa do świadczenia ubezpieczeniowego i jego wysokość są uzależnione od wkładu finansowego w postaci składek. Trafnie relacji między składką i świadczeniem nie rozpatruje się w kategoriach cywilnoprawnych, przyjmując, że w prawie ubezpieczeń społecznych zasada ekwiwalentności świadczeń jest modyfikowana przez zasadę solidarności społecznej.

Osoba, która rozpoczyna prowadzenie działalności gospodarczej i spełnia podane wyżej warunki, zgłasza się do ubezpieczeń z kodem tytułu ubezpieczeń 05 70 xx. W ten sposób przekazuje oświadczenie, że spełnia podane wyżej warunki.

Sąd podkreślił, że z tym kodem zgłasza się każda osoba, która prowadzi działalność gospodarczą, do której zastosowanie ma art. 18a u.s.u.s., niezależnie od tego, czy chce skorzystać z możliwości opłacania składek od niższej podstawy, czy też składki na ubezpieczenia społeczne chce opłacać od wyższej podstawy niż minimalna, jaka ją obowiązuje. Podstawę wymiaru składek stanowi bowiem zadeklarowana kwota i ustawodawca określa tylko jej minimalny pułap.

W konsekwencji nie ma przeszkód, aby z kodem 05 70 xx składki były wykazywane od kwoty dużo wyższej niż ustawowe minimum i z takiej możliwości skorzystał wnioskodawca. Składki na ubezpieczenia społeczne mogą być również opłacane co miesiąc od innej podstawy wymiaru. Taka sytuacja jest dopuszczalna.

Osoby, które rozpoczynają prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej, przez okres 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia wykonywania tej działalności mogą (a nie muszą) opłacać składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od zadeklarowanej przez siebie kwoty, nie niższej jednak niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę. W 2014 r. ta podstawa wynosi 504 zł (1680 zł × 30%).

Z preferencyjnych zasad opłacania składek mogą skorzystać osoby, które: w okresie ostatnich 60 miesięcy kalendarzowych przed dniem rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej nie prowadziły pozarolniczej działalności oraz nie wykonują działalności gospodarczej na rzecz byłego pracodawcy, na rzecz którego przed dniem rozpoczęcia działalności gospodarczej w bieżącym lub w poprzednim roku kalendarzowym wykonywały w ramach stosunku pracy lub spółdzielczego stosunku pracy czynności wchodzące w zakres wykonywanej działalności gospodarczej.

Wnioskodawca, mimo złożenia wniosku o podleganie ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnemu w dniu 11 stycznia 2016r i objęcia tym ubezpieczeniem od tej daty, nie przebywał w styczniu 2016r przez pierwszy miesiąc w ubezpieczeniu chorobowym, lecz dłużej. Przed w/w datą pozostawał bowiem w ubezpieczeniu obowiązkowym, pracowniczym przez szereg lat od 1999r. Styczeń 2016r był pierwszym miesiącem ubezpieczenia chorobowego dobrowolnego z tytułu działalności gospodarczej, a nie pierwszym miesiącem ubezpieczenia chorobowego w ogóle. Wnioskodawca przez szereg kolejnych lat uiszczal ekwiwalent świadczeń chorobowych w postaci składek, naliczanych od kwot wyższych niż obecnie przyjął ZUS. Oczekiwał więc świadczeń za czas choroby w wysokości relatywnej do podstaw wymiaru składek. Dał temu wyraz wskazując, kwotę podstawy wymiaru składek w deklaracji ubezpieczeniowej. Kwota ta, zgodnie z obowiązującymi przepisami, nie była niższa niż najniższa podstawa wymiaru składek. Żaden przepis nie wymagał przyjmowania tylko kwoty najniższego wynagrodzenia jako podstawy wymiaru składek.

Zgodnie z art. 4 ust.1 pkt.2 i ust.2 ustawy zasiłkowej, ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego - jeżeli jest ubezpieczony dobrowolnie. Do okresów ubezpieczenia chorobowego, o których mowa w ust. 1, wlicza się jednak poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego. Wnioskodawca przebywał w ubezpieczeniu chorobowym więcej niż 90 dni. W tej sytuacji nie należało stosować art. 49 ust.1 pkt.1 ustawy zasiłkowej, jak wskazał ZUS, ale zasady opisane poniżej.

Zgodnie z art. 49 ust.3 ustawy zasiłkowej, w przypadku ubezpieczonego, dla którego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi zadeklarowana kwota, jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, a okres tego ubezpieczenia rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, stosuje się odpowiednio przepisy art. 48a.

ZUS nie jest uprawniony do kwestionowania zadeklarowanej w ramach działalności kwoty, stanowiącej podstawę wymiaru składek - inaczej, niż w przypadku umowy o pracę. (uchwała 7 sędziów SN z 21 kwietnia 2010 r., II UZP 1/10).

W ocenie Sądu Rejonowego T. K. spełnia w/w warunki. Dla niego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi zadeklarowana kwota przychodu, a niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego z tytułu działalności gospodarczej (bo do takich sytuacji ograniczono stosowanie w/w regulacji), a okres ubezpieczenia z w/w tytułu rozpoczął się w okresie nieprzekraczającym 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z tytułu zatrudnienia.

W takiej sytuacji, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego: 1) przyjmuje się miesięczną najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz kwotę zadeklarowaną, w przeliczeniu na pełny miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia, w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, za miesiąc kalendarzowy, w którym powstała niezdolność do pracy, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4, natomiast w liczbie pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia, o której mowa w art. 48a ust. 1 pkt 2, uwzględnia się również miesiąc kalendarzowy, w którym powstała niezdolność do pracy.

Zgodnie z art. 48 ust.1 -3 ustawy zasiłkowej w przypadku ubezpieczonego, dla którego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi zadeklarowana kwota, podlegającego ubezpieczeniu chorobowemu przez okres krótszy niż okres, o którym mowa w art. 48 ust. 1 (krócej niż 12 miesięcy), podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi suma: 1) przeciętnej miesięcznej najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt. 4, za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, z których przychód podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku, oraz 2) kwoty stanowiącej iloczyn jednej dwunastej przeciętnej kwoty zadeklarowanej jako podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4, za

pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, z których przychód podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku, oraz liczby tych miesięcy.

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

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

Poczynione przez Sąd Rejonowy ustalenia faktyczne i rozważania prawne wskazują, że w przypadku wnioskodawcy, przyjmowanie jako podstawy wymiaru składek w postaci najniższej miesięcznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe obowiązującej za miesiąc styczeń 2016r dla ubezpieczonych zgłoszonych z kodem 0570 (pomniejszanej o 13,75%) było całkowicie nieuzasadnione.

W dniu 08 stycznia 2016r wnioskodawca pozostawał jeszcze w zatrudnieniu, a w kolejnym dniu jedynym tytułem jego ubezpieczenia pozostawała działalność gospodarcza. Z tego tytułu zgłosił się do ubezpieczenia chorobowego. Działalność gospodarczą rozpoczął w dniu 01 maja 2014r i kontynuował ją nieprzerwanie do dnia wyrokowania.

Podstawę wymiaru zasiłku stanowi najniższa miesięczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za ten miesiąc, tj. 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe (art. 49 ust. 1 pkt 1 ustawy z 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w związku z art. 18a ust. 1 u.s.u.s. i w związku z art. 3 pkt 4 ustawy zasiłkowej) dla ubezpieczonych będących osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność (art. 6 ust. 1 pkt 5 u.s.u.s.) w okresie pierwszych 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej, których niezdolność do pracy powstała przed upływem (pierwszego) pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego. Osoby te, przystępując do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, nie mogą skutecznie zadeklarować (wybrać) minimalnej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne określonej na podstawie art. 18 ust. 8 u.s.u.s. Dlatego deklaracja tego rodzaju powinna być traktowana jako zadeklarowanie na podstawie art. 18a ust. 1 tej ustawy kwoty podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne wyższej niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia. Dotyczy to w pełni ubezpieczeń obowiązkowych (wyrok SN z dnia 21 czerwca 2016 r., I UK 247/15).

Do czasu wejścia w życie nowelizacji ustawy zasiłkowej, tj. do dnia 01 stycznia 2016r, gdy wprowadzono przepis art. 49 usu.3 w obecnym brzmieniu oraz art. 48 a ustawy, przyjmowano za stanowiskiem Sądu Najwyższego, że podstawę wymiaru zasiłku, do którego prawo powstało w pierwszym miesiącu kalendarzowym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, niepoprzedzonego innym ubezpieczeniem, określa art. 49 ust. 1 pkt. 1 ustawy zasiłkowej, jako najniższą podstawę wymiaru składek na to ubezpieczenie po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 tej ustawy, bez względu na wysokość kwoty zadeklarowanej na podstawie art. 18 ust. 8 lub art. 18a ust. 1 ustawy systemowej (zob. wyroki Sądu Najwyższego z: 28 sierpnia 2012 r., II UK 34/12, OSNP 2013 nr 15-16, poz. 184; 6 września 2012 r., II UK 36/12, LEX nr 1218196; 26 listopada 2014 r., II UK 56/14, OSNP 2016 Nr 6, poz. 75; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 lipca 2013 r., II UK 126/13, LEX nr 1747792).

W przypadku wnioskodawcy, miesiąc w którym wnioskodawca został objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym poprzedzało jednak ubezpieczenie chorobowe obowiązkowe. W/w regulacja, także przed zmianą przepisów, nie stanowiłaby więc prawidłowej jeżeli chodzi o podstawę wymiaru składek.

W stanie prawnym obowiązującym w ocenianym okresie, tj. od dnia 09 stycznia 2016r znalazła się już regulacja adekwatna do ustalenia podstawy wymiaru składek, tj. art. 49 ust.3 ustawy w zw. z art. 48 litera „a” tejże ustawy.

W związku z powyższym należało mieć na uwadze, że według art. 18 ust. 8 ustawy systemowej, podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób prowadzących pozarolniczą działalność oraz osób z nimi współpracujących, wskazanych w art. 6 ust. 1 pkt 5 tej ustawy, stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek, ogłoszonego w trybie art. 19 ust. 10 na dany rok kalendarzowy. Składka w nowej wysokości obowiązuje od 1 stycznia do 31 grudnia danego roku.

Z kolei art. 18a ust. 1 tej ustawy stanowi, że podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych, wskazanych w art. 8 ust. 6 pkt 1 tej ustawy, w okresie pierwszych 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia. Należy dodać, że zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy systemowej, podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz ubezpieczenie wypadkowe stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe, tj. w odniesieniu do osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą podstawa wskazana w powołanych wyżej artykułach 18 ust. 8 i 18a ust. 2 tej ustawy.

Ze stanowczego brzmienia art. 18a ust. 1 ustawy systemowej wynika, że dla ubezpieczonych będących osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność (art. 6 ust. 1 pkt 5) w okresie pierwszych 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ubezpieczonych zawsze stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia. Tak określona minimalna podstawa wymiaru, pozwalająca osobom rozpoczynającym działalność gospodarczą zmniejszyć ich obciążenia publiczno-prawne, jest więc z mocy prawa stosowana do tej kategorii przedsiębiorców. Nie ogranicza to jednak im możliwości skorzystania z wyższej podstawy wymiaru składek. Taki też wariant wybrał wnioskodawca. W ocenie Sądu kwota zadeklarowana przez wnioskodawcę jako podstawa wymiaru składek winna więc stanowić podstawę wyliczenia zasiłku zgodnie z art. 49 ust.3 w zw. z art. 48 a ust.1-3 ustawy.

Tak, naprawdę to od osoby prowadzącej działalność gospodarczą zależy, czy skorzysta z prawa do opłacania składek od minimalnej podstawy 30%, czy też będzie je opłacać od zadeklarowanej wyższej podstawy (nieprzekraczającej jednak dla osób, które ubezpieczeniu chorobowemu podlegają dobrowolnie, miesięcznie 250% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 19 ust. 10 ustawy systemowej). Podstawę wymiaru składek stanowi bowiem zadeklarowana kwota, a ustawa określa tylko jej minimalny wymiar. Z mocy wyżej cytowanego art. 20 ust. 1 ustawy systemowej, tak określona podstawa odnosi się również do ubezpieczenia chorobowego, normowanego przepisami ustawy zasiłkowej.

Przedsiębiorca - zależnie od tego, jak pojmuje swój interes - może więc zadeklarować jako podstawę wymiaru składek zarówno przychód znacząco przewyższający jego przychody faktyczne (co wprawdzie gwarantuje wysokie świadczenia, ale zarazem wiąże się z koniecznością uiszczania stosownie wysokich składek na wszystkie ubezpieczenia), jak i - mimo wysokich przychodów faktycznych - może zadeklarować minimalną podstawę wymiaru składek (co oznacza relatywnie niskie składki na wszystkie ubezpieczenia, ale zarazem niskie świadczenia).

Ubezpieczony pracownik otrzymuje zasiłek chorobowy w wysokości adekwatnej do wynagrodzenia, które hipotetycznie otrzymałby, gdyby przepracował pełny miesiąc kalendarzowy (art. 37 ust. 1 ustawy zasiłkowej). Dzięki tej regulacji nie ponosi on niekorzystnych skutków tego, że podstawą wymiaru zasiłku jest przeciętne wynagrodzenie miesięczne; brak takiego unormowania powodowałby, że w razie powstania niezdolności do pracy przed upływem pierwszego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia, otrzymałby zasiłek, którego podstawą byłoby wynagrodzenie tylko za kilka czy kilkanaście faktycznie przepracowanych dni. Podobną w skutkach regulację zawiera art. 49 pkt. 2 tej ustawy, normujący sytuację zlecenioborców, w wypadku których podstawę wymiaru zasiłku stanowi, co do zasady, kwota przychodu określona w umowie, przypadająca na pierwszy miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia

(pomniejszona o 13,71%; mechanizm dotyczący chałupników i spółdzielców rolniczych jest odmienny, ale również dość korzystny, ponieważ wiąże podstawę wymiaru ich zasiłków z przeciętnym przychodem innych chałupników albo innych spółdzielców rolniczych).

W analogicznej sytuacji ubezpieczony przedsiębiorca otrzymuje zasiłek chorobowy w wysokości adekwatnej do zadeklarowanego przychodu, nie chodzi tu jednak o przychód za pełny miesiąc, lecz o część przychodu proporcjonalną do krótszego okresu podlegania ubezpieczeniu. Innymi słowy, jego zasiłek chorobowy jest pochodną deklarowanego przychodu tylko za kilka czy kilkanaście dni faktycznego prowadzenia działalności gospodarczej.

Z punktu widzenia prawa do zasiłku chorobowego w określonej wysokości, istotne jest podleganie ubezpieczeniu chorobowemu oraz ponoszenie ciężaru ekonomicznego składek na nie (ich terminowe opłacanie przez przedsiębiorcę albo potrącanie z wynagrodzenia pracownika) przez określony czas. Niedopuszczalne jest więc różnicowanie wysokości zasiłków należnych ubezpieczonym, wynikające tylko ze zmiany tytułu ubezpieczenia.

Nie może także dochodzić do sytuacji, w których wbrew powołanym wyżej regulacjom ustawowym, organ rentowy uzależnia podstawę wymiaru składek (wbrew deklaracji ubezpieczonego w zgłoszeniu) od tego, czy ubezpieczony akurat jest niezdolny do pracy i będzie pobierał świadczenia za czas choroby, a więc nie będzie teraz opłacał składek (wówczas przyjmując, że podstawę wymiaru stanowi 30% najniższego wynagrodzenia, co oznacza mikroskopijne świadczenia za czas choroby), czy ubezpieczony akurat jest zdolny do pracy i składki faktycznie uiszczył (wówczas organ rentowy przyjmie zadeklarowaną, więc znacznie wyższą podstawę wymiaru składek, bo od takiej będą naliczane opłacane akurat składki).

Sąd I instancji wskazał, że w przypadku takich osób jak wnioskodawca, ekwiwalent świadczeń chorobowych został już odprowadzony w postaci składek za wiele lat pracowniczego ubezpieczenia, a składki były naliczane od kwot znacznie wyższych niż minimalne wynagrodzenie.

Zróznicowanie zasad naliczania zasiłku prowadziłyby do sytuacji, w której z dwóch ubezpieczonych, od których wynagrodzeń latami potrącane były składki na ubezpieczenie chorobowe w jednakowej wysokości, jeden - ten pozostający niezmiennie w zatrudnieniu - otrzymałby świadczenie znacząco wyższe od drugiego, który z różnych przyczyn (często niezależnych od ubezpieczonego) zmienił tytuł ubezpieczenia, zadeklarował przychód zbliżony do dawniejszego wynagrodzenia i opłacił od niego należną składkę. W takiej sytuacji, choć obaj ci ubezpieczeni w równym stopniu zasilali i nadal zasilają fundusz chorobowy działający w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, są traktowani nierówno pod względem możliwości do uzyskania świadczeń. Tego rodzaju zróznicowanie musi być uznane za sprzeczne z zasadą równości i jawnie niesprawiedliwe.

Niedopuszczalna jest sytuacja, w której zmieniający tytuł ubezpieczenia, w razie niezdolności do pracy z powodu choroby przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego z nowego tytułu, otrzymuje świadczenie rażąco niższe od świadczenia, na które uczciwie "zapracował" potrąconymi z jego wynagrodzenia składkami - często za całe lata ubezpieczenia. Jednym z fundamentów racjonalnego systemu ubezpieczeniowego jest występowanie relacji między kwotą opłaconej składki a ryzykiem ubezpieczeniowym oraz wysokością świadczeń wypłacanych w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Warto zatem przypomnieć twierdzenie zawarte w wyroku z 7 listopada 2007 r., sygn. K 18/06 (OTK ZU nr 10/ (...), poz. 122), że " (...) społeczne (...) opierają się na zasadzie wzajemności, która polega na tym, że nabycie prawa do świadczenia ubezpieczeniowego i jego wysokość są uzależnione od wkładu finansowego (...) w postaci składek".

W uchwale o sygn. akt I UZP 9/09 Sąd Najwyższy stwierdził, że celem zasiłku chorobowego jest kompensowanie utraconych wskutek niezdolności do pracy dochodów z aktualnej aktywności zawodowej, nie zaś dochodów uzyskiwanych z wcześniejszego źródła zarobkowania, a okres 12 miesięcy kalendarzowych ma na celu tylko usprawiedliwione uśrednienie wysokości zasiłku chorobowego.

Trybunału Konstytucyjnego w wyroku z dnia 24 maja 2012 r./ P 12/10/, stanowiącym podstawę zmian w ustawie zasiłkowej, wprowadzonych od dnia 01 stycznia 2016r, wypowiedział się (także w związku z w/w stanowiskiem

SN), że „konieczne jest, by przyszła regulacja należycie uwzględniała, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego osoby ubezpieczonej z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, poprzedzający to ubezpieczenie okres ubezpieczenia z innego tytułu”.

Do tego zmierza regulacja art. 49 ust.3 i art. 48 litera ”a” obecnie obowiązującej ustawy zasiłkowej.

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

Sąd Rejonowy zważył, że ubezpieczonemu nie można ustalić podstawy wymiaru zasiłku chorobowego wedle reguły z art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej, gdyż w okresie 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy pozostawał w stosunku pracy i podlegał obowiązkowo pracowniczemu tytułowi ubezpieczenia chorobowego, a więc nie wykazywał przychodu z równocześnie "kontynuowanej" w tym samym czasie, pozarolniczej działalności. Ponadto, skoro ubezpieczony w okresie pozostawania w stosunku pracy i podlegania z tego tytułu obowiązkowo pracowniczemu ubezpieczeniu chorobowemu był zwolniony z deklarowania składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe od przychodu z kontynuowanej równocześnie pozarolniczej działalności, to nie ma on możliwości wykazania potencjalnego przychodu z tej działalności dla celów dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z okresu 12 miesięcy prowadzenia pozarolniczej działalności poprzedzających miesiąc, w którym powstała u niego w okresie trwania stosunku pracy niezdolność do pracy z powodu choroby. Z tych też względów należało stosować zasady naliczania podstawy wymiaru zasiłku zgodnie ze wskazanymi powyżej regułami.

Mając na uwadze poczynione ustalenia faktyczne i rozważania prawne Sąd doszedł do przekonania, że decyzja organu rentowego wydana została w oparciu o błędnie ustalony stan faktyczny i nie znajduje ona oparcia w realiach niniejszej sprawy. Poza zainteresowaniem Sądu Rejonowego pozostała kwestia wskazania kwoty zasiłku zgodnie z zasadami art. 49 ust. 3 ustawy zasiłkowej w zw. z art. 48 ust. 1 – 3 tejże ustawy. W konsekwencji Sąd Rejonowy w punkcie 1 zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznał T. K. prawo do zasiłku chorobowego za okres od dnia 09 stycznia 2016 roku do dnia 14 kwietnia 2016 roku z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w wysokości obliczonej od podstawy wymiaru ustalonej zgodnie z zasadami wskazanymi w art. 49 ust. 3 w związku z art. 48 litera “a” ust. 1 – 3 i 5 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. W punkcie zaś 2 w/w wyroku sprawę w zakresie żądania ustalenia wysokości zasiłku chorobowego za wskazany wyżej okres przekazał do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł. celem rozpoznania i wydania decyzji.

Apelację od powyższego orzeczenia wniósł organ rentowy. Zaskarżonemu wyrokowi w całości zarzucił :

1. naruszenie prawa procesowego tj. art. 233 k.p.c. polegające na wydaniu wyroku bez wyjaśnienia istotnych dla rozpoznania sprawy okoliczności tj. oparcie ustaleń faktycznych wyłącznie na wyjaśnieniach ubezpieczonego sprzecznych z dokumentami naruszenie prawa procesowego tj. art. 477¹⁴ §2 k.p.c. polegające na nierozstrzygnięciu istoty sprawy

naruszenie prawa materialnego tj. niewłaściwe zastosowanie art. 49 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48a ust. 1-3 i 5 ustawy z dnia 25.06.1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t. jedn. Dz. U. z 2016r., poz. 371).

Wskazując na te zarzuty skarżący wniósł o:

- zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania albo

uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi I instancji

W dniu 14 grudnia 2016 roku wpłynęła do Sądu Okręgowego w Łodzi odpowiedź na apelację złożoną przez pełnomocnika T. K. K. K. wnoszącą o oddalenie apelacji w całości. Wskazano m.in., że apelacja pozwanej została sporządzona z całkowitym pominięciem rozważań Sądu Rejonowego odnoszących się do zasadności zastosowania wobec ubezpieczonego art. 49 ust. 3 w związku z art. 48 lit. a ust. 1-3 i 5 ustawy z dnia 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego (zwanej dalej ustawą zasiłkową) i tym samym ustalenia wysokości zasiłku chorobowego od kwoty zadeklarowanej przez ubezpieczonego a nie jak wskazano to w decyzji ZUS z dnia 8 marca 2016 r. od kwoty stanowiącej 30% minimalnego wynagrodzenia za pracę tzw. podstawy preferencyjnej (w 2014 r. podstawa ta wynosiła 504 zł) zarzucono organowi rentowemu dokonanie błędnej interpretacji przepisów art 18 a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, podtrzymano argumentację zawartą w odwołaniu od spornej decyzji.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelacja organu rentowego zasługuje na uwzględnienie w tym znaczeniu, że prowadzi do uchylenia zaskarżonego rozstrzygnięcia i przekazania sprawy Sądowi Rejonowemu dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi do ponownego rozpoznania.

W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd I instancji nie rozpoznał istoty przedmiotowego sporu.

Kontrola instancyjna zaskarżonego rozstrzygnięcia prowadzi do akceptacji ustaleń poczynionych przez Sąd pierwszej instancji oraz uznania, iż z dokonanej oceny prawnej Sąd Rejonowy wyprowadził właściwy wniosek określając podstawę wymiaru zasiłku chorobowego według prawidłowych zasad. Sąd Okręgowy traktuje ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji jako własne i znajdujące odzwierciedlenie w materiale dowodowym zgromadzonym w sprawie.

Mając na uwadze treść zaskarżenia w pierwszej kolejności odnieść się trzeba do zarzutu naruszenia przez Sąd pierwszej instancji prawa procesowego, tj. art. 233 § 1 k.p.c., przez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i uczynienie jej dowolną. Tak sformułowany zarzut apelacji i użyte w jego uzasadnieniu argumenty nie mogły doprowadzić do korekty zaskarżonego wyroku w kierunku wskazanym przez stronę skarżącą. Wbrew zarzutom apelacji, ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd Rejonowy są bowiem prawidłowe i kompletne, a wyprowadzone z nich wnioski nie budzą żadnych zasadniczych zastrzeżeń. Stosownie do treści art. 233 § 1 k.p.c., Sąd dokonuje swobodnej oceny dowodów i ocenia ich wiarygodność według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału dowodowego. Sąd jest zobligowany uwzględnić wszystkie dowody przeprowadzone w postępowaniu, jak również uwzględnić wszelkie okoliczności towarzyszące ich przeprowadzaniu, mające znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lipca 2002 r., IV CKN 1218/00, LEX nr 80266). Ramy swobodnej oceny dowodów wyznaczone są wymogami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd pierwszej instancji rozważa w sposób racjonalny i wszechstronny materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność odnosi do pozostałego materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 czerwca 1999 r., II UKN 685/98, OSNP 2000 nr 17, poz. 655). Zatem skuteczne postawienie zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wykazania, że Sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, nie jest natomiast wystarczająca odmienna ocena tych dowodów dokonana przez samą stronę. Innymi słowy to, że określony dowód został oceniony niezgodnie z intencją skarżącego nie oznacza naruszenia wymogów art. 233 § 1 k.p.c. Oceny poszczególnych dowodów dokonuje skład orzekający i nawet gdyby z przedstawionych dowodów można było wyprowadzić wnioski odmienne, to nie można przyjąć, że dochodzi do naruszenia wskazanej normy. Zdaniem Sądu Okręgowego, Sąd pierwszej instancji prawidłowo, w oparciu o zebrany materiał dowodowy ustalił stan faktyczny, zaś w swoich wnioskach nie wykroczył poza ramy swobodnej oceny dowodów zakreślone normą z art. 233

§ 1 k.p.c. Podkreślić trzeba, że materiał dowodowy zgromadzony w postępowaniu pierwszoinstancyjnym stanowiły zasadniczo dowody z dokumentów, nie kwestionowanych przez strony. Sąd Rejonowy na gruncie przedmiotowej sprawy prawidłowo ocenił ten materiał i w konsekwencji doszedł do słusznego wniosku przyznając T. K. prawo do zasiłku chorobowego za okres od dnia 09 stycznia 2016 roku do dnia 14 kwietnia 2016 roku z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w wysokości obliczonej od podstawy wymiaru ustalonej zgodnie z zasadami wskazanymi w art. 49 ust. 3 w związku z art. 48 litera "a" ust. 1 – 3 i 5 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

W ocenie Sądu drugiej instancji, apelujący ZUS nie zdołał wykazać wadliwości rozumowania Sądu Rejonowego z punktu widzenia zaprezentowanych kryteriów oceny wiarygodności i mocy dowodów, wynikających z przepisu art. 233 § 1 k.p.c. Sąd pierwszej instancji nie popełnił uchybień w zakresie zarówno ustalenia faktów, jak też ich kwalifikacji prawnej, które mogłyby uzasadnić ingerencję w treść zaskarżonego orzeczenia.

Jak słusznie wskazał Sąd I instancji podstawę wymiaru zasiłku wnioskodawcy nie stanowi najniższa miesięczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku w myśl art. 49 ust. 1 pkt 1 wbrew stanowisku organu rentowego. T. K. spełnia warunki do przyznania zasiłku za wskazany wyżej okres od podstawy wymiaru ustalonej zgodnie z zasadami wskazanymi w art. 49 ust.3 w zw. z art. 48 a ust 1 -3 i 5 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych. Wnioskodawca mimo złożenia wniosku o podleganie ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnemu w dniu 11 stycznia 2016 r nie przebywał w styczniu 2016 r przez pierwszy miesiąc w ubezpieczeniu chorobowym lecz dłużej. Przed w/w datą pozostawał już bowiem w ubezpieczeniu obowiązkowym, pracowniczym przez szereg lat od 1999 r, a okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z tytułu umowy o pracę. Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego wnioskodawcy przyjmuje się przeciętną miesięczną najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe po dokonaniu stosowanych odliczeń oraz przeciętną kwotę zadeklarowaną jako podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe. Ugruntowany jest pogląd przywołany przez Sąd I instancji ZUS nie jest uprawniony do kwestionowania zadeklarowanej w ramach działalności gospodarczej kwoty, stanowiącej podstawę wymiaru składek (uchwała 7 sędziów SN z 21 kwietnia 2010 r II UZP 1/10).

Rację ma Sąd I instancji wskazując ,że nie ma przeszkód, aby z kodem 0570 składki były wykazywane od kwoty dużo wyższej niż ustawowe minimum i z takiej możliwości skorzystał wnioskodawca. Podnoszone przez organ rentowy zarzuty odnośnie tego, że pierwotnie wnioskodawca nie wskazywał druku (...) z kodem 0510 nie ma większego znaczenia bo nawet gdyby tak było mógł wykazać składki wyższe.

W konsekwencji Sąd Okręgowy podzielił wyczerpujące ustalenia Sądu I instancji jak i ocenę zebranego materiału dowodowego oraz rozważania prawne w zakresie rozstrzygnięcia dotyczącego przyznania T. K. prawa do zasiłku chorobowego za okres od dnia 09 stycznia 2016 roku do dnia 14 kwietnia 2016 roku z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w wysokości obliczonej od podstawy wymiaru ustalonej zgodnie z zasadami wskazanymi w art. 49 ust. 3 w związku z art. 48 litera "a" ust. 1 – 3 i 5 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Niemniej jednak podstawę do uchylenia wyroku I instancji stanowi uzasadniony zarzut naruszenia prawa procesowego tj. art. 477¹⁴ §2 k.p.c. polegającego na nie rozstrzygnięciu istoty sprawy.

Skoro decyzja ZUS dotyczyła ustalenia wysokości podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, to Sąd zmieniając ją winien określić wysokość podstawy wymiaru zasiłku. Brak takiego ujęcia przy zmianie decyzji narusza art. 477¹⁴ § 2 k.p.c.

Zgodnie z art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. w razie uwzględnienia odwołania Sąd zmienia zaskarżoną decyzję w całości lub w części i orzeka co do istoty sprawy.

Zgodnie zaś z tezą reprezentowaną w orzecznictwie, którą w całości podziela Sąd w niniejszym postępowaniu w sprawie z odwołania od decyzji organu rentowego, jej treść wyznacza przedmiot i zakres rozpoznania oraz

rozstrzygnięcia sądu (zob. uzasadnienie postanowienia SN z dnia 13 maja 1999 r., sygn. akt II UZ 52/99, OSNP rok 2000, nr 15, poz. 601). Por. także wyrok SN z dnia 6 września 2000 r., sygn. akt II UKN 685/99, OSNP rok 2002, nr 5, poz. 121; wyrok SN z dnia 2 października 2008 r., sygn. akt I UK 88/08, OSNP rok 2010, nr 7-8, poz. 100. Zatem w przypadku zmiany przez Sąd I instancji decyzji organu rentowego, przedmiot oraz zakres rozpoznania i orzeczenie sądu pracy i ubezpieczeń społecznych wyznacza treść tej decyzji (art. 477¹⁴ § 2 k.p.c.).

(wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 31 .01.2013 r w sprawie sygn. akt III AUa 1024/12).

Stwierdzić należy, że skoro decyzja ZUS dotyczyła ustalenia wysokości podstawy zasiłku chorobowego , to Sąd zmieniając ją winien określić wysokość podstawy wymiaru zasiłku. Brak takiego ujęcia przy zmianie decyzji narusza art. 477¹⁴ § 2 k.p.c.

Sąd Okręgowy wskazuje, że rozstrzygnięcie Sądu I instancji w przypadku zmiany zaskarżonej decyzji, powinno w sentencji wyroku zawierać rozstrzygnięcie, co do przedmiotu sporu. Organ rentowy przy zmianie jego decyzji zobowiązany jest do wykonania orzeczenia Sądu na podstawie sentencji wyroku w zakresie zmieniającym decyzję. Tymczasem w niniejszej sprawie Sąd I instancji wskazał według jakich zasad powinna być liczona podstawa wymiaru zasiłku chorobowego zamiast określić wysokości podstawy zasiłku. Wskazując na powyższe, zasadnym było uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy sądowi I instancji do ponownego rozpoznania. Sąd I instancji nie rozpoznał istoty sporu. Ponownie rozpoznając sprawę, Sąd I instancji przy ponownym rozpoznaniu sprawy, na podstawie już przeprowadzonego postępowania dowodowego, lub dodatkowo zawnioskowanych przez strony procesu dowodów, ustali wysokość podstawy wymiaru zasiłku chorobowego. Sąd I instancji zobowiązany jest ustalić wysokość podstawy wymiaru zasiłku, przy czym ustalenia tego może dokonać bądź to samodzielnie bądź w oparciu o hipotetyczne wyliczenie takiego świadczenia przez organ rentowy kontrolując prawidłowość takiego wyliczenia albo w oparciu o opinię biegłego.

Przewodniczący: Sędziowie: