

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 23 września 2014 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi XI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł. z dnia 24 lutego 2014 roku i przyznał K. O. prawo do zasiłku chorobowego za okres od dnia 2 września 2013 roku od podstawy wymiaru obliczonej od przychodu z całego miesiąca kalendarzowego.

/wyrok – k. 34/

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny i zważył:

Wnioskodawczyni K. O. jest zatrudniona od dnia 1 kwietnia 2011r. w szpitalu im. B. w Ł.. W okresie od dnia 27 sierpnia 2013r. do dnia 30 września 2013r. przebywała na urlopie bezpłatnym. Jednocześnie prowadzi działalność gospodarczą. Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej podlegała ubezpieczeniu zdrowotnemu w okresie od dnia 11 października 201 Or. do dnia 26 sierpnia 2013r. Od dnia 30 sierpnia 2013r. została objęta ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Za sierpień wskazała jako podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe kwotę 6.269,66 zł. Wnioskodawczyni była niezdolna do pracy z powodu choroby w okresie od dnia 2 września 2013r. do dnia 16 października 2013r. Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego za powyższy okres została ustalona w oparciu o przychód z pierwszego niepełnego miesiąca kalendarzowego na kwotę 431,19 zł

Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity Dz. U. z 2005 roku Nr 31, póź- 267 z późniejszymi zmianami) świadczenia pieniężne z ubezpieczenia Społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zwanego dalej "ubezpieczeniem chorobowym", obejmują: zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy, zasiłek macierzyński i zasiłek opiekuńczy. Na podstawie art. 1 ust. 1 w/w ustawy, świadczenia pieniężne na warunkach i w wysokości określonych ustawą przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity Dz. U. z 2007 roku Nr 1, poz. 74 ze zm.). Według treści art. 36 ust. 1 w/w ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, podstawę-wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu będącemu pracownikiem stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Zgodnie natomiast z art. 48 ust.1 cytowanej ustawy podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Przy czym, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stosuje się odpowiednio przepisy art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust. 1, art. 42, 43 i 46. z zastrzeżeniem art. 49 i 50 (art.48 ust.2 cyt. ustawy). Jednocześnie przepis art. 4 ust. 1 ustawy z 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa ustanawia okresy wyczekiwania poprzedzającego nabycie prawa do zasiłku chorobowego (30 dni dla pracowników i 90 dni dla osób ubezpieczonych dobrowolnie), jednakże z mocy ust. 2 tego artykułu do okresów ubezpieczenia chorobowego z danego tytułu wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego (zarówno obowiązkowego, jak i dobrowolnego), jeżeli przerwa pomiędzy nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego. W takiej sytuacji, w przypadku powstania niezdolności do pracy w pierwszym miesiącu kalendarzowym aktualnego ubezpieczenia chorobowego, sposób ustalania wysokości zasiłku chorobowego został zróżnicowany w zależności od tego, czy ubezpieczony podlega temu ubezpieczeniu obowiązkowo z tytułu pozostawania w stosunku pracy, czy też został nim objęty na zasadach dobrowolności z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Do tej pierwszej sytuacji zastosowanie znajduje zasada wynikająca z art. 37 ust. 1 ustawy, zgodnie z którą podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi wynagrodzenie, które ubezpieczony będący pracownikiem osiągnąłby, gdyby pracował pełny miesiąc kalendarzowy. Przepis art. 48 ust. 2 (podobnie jak art. 52) ustawy zasiłkowej nie odsyła do odpowiedniego

stosowania tej zasady w stosunku do osób niebędących pracownikami. Dla tych ubezpieczonych reguły ustalania wysokości zasiłku chorobowego ustanawia art. 49. Przepis ten w odniesieniu do osób, dla których ustalono najniższą podstawę wymiaru składek (w tym osób prowadzących działalność gospodarczą), nakazuje ustalać podstawę wymiaru zasiłku chorobowego od tej właśnie najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe. Przepis ten reguluje ustalanie wysokości zasiłku chorobowego dla osób przystępujących do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej po raz pierwszy. Jego zakresem nie są natomiast objęte osoby, których dobrowolne ubezpieczenie chorobowe z tytułu takiej działalności było poprzedzone - bezpośrednio lub z przerwą nie dłuższą niż określona w art. 4 ust. 2 ustawy - ubezpieczeniem chorobowym z innego tytułu. Zróżnicowanie sytuacji ubezpieczonych będących pracownikami oraz ubezpieczonych dobrowolnie zakwestionował Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 24 maja 2012 r (sygn. P 12/10, OTK-A 2012 nr 5, poz. 52), w odniesieniu do tych osób prowadzących działalność gospodarczą, których dobrowolne ubezpieczenie chorobowe z tytułu prowadzenia takiej działalności poprzedzone było - bezpośrednio, albo z krótką przerwą - ubezpieczeniem chorobowym z innego tytułu, w szczególności z tytułu pozostawania w stosunku pracy. Trybunał Konstytucyjny orzekł, że art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy zasiłkowej w zakresie, w jakim nie przewidują odpowiedniego stosowania art. 37 ust. 1 tej ustawy przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłków chorobowego i macierzyńskiego należnych ubezpieczonemu, dobrowolnie podlegającemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, którego niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego z tego tytułu, w sytuacji gdy było ono poprzedzone ubezpieczeniem chorobowym z innego tytułu, są niezgodne z art. 32 ust. 1 w związku z wynikającą z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zasadą sprawiedliwości społecznej. W motywach tego wyroku Trybunał stwierdził, że zmiana tytułu ubezpieczenia chorobowego nie przerywa jego biegu, a osoba rzetelnie uiszczająca składki pozostaje ubezpieczona niezależnie od tytułu, z jakiego te składki odprowadza. Z punktu widzenia prawa do zasiłku chorobowego w określonej wysokości, istotne jest podleganie ubezpieczeniu chorobowemu oraz ponoszenie ciężaru ekonomicznego składek na nie (ich terminowe opłacanie przez osobę prowadzącą działalność gospodarczą albo potrącanie z wynagrodzenia pracownika) przez określony czas. Niedopuszczalne jest natomiast różnicowanie wysokości zasiłków należnych ubezpieczonemu, wynikające tylko ze zmiany tytułu ubezpieczenia. W konsekwencji niedopuszczalna jest sytuacja, w której obywatel zmieniający tytuł ubezpieczenia, w razie niezdolności do pracy z powodu choroby przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego z nowego tytułu otrzymuje świadczenie rażąco niższe od świadczenia, na które uczciwie "zapracował" potrąconymi z jego wynagrodzenia składkami za poprzedni okres (okresy) ubezpieczenia, znajdując się w sytuacji gorszej nie tylko od pracownika, który podlegał ubezpieczeniu chorobowemu krócej niż miesiąc, ale nawet od byłego pracownika, który w pewnych okolicznościach ma prawo do zasiłku również po ustaniu ubezpieczenia (SN w wyroku z dnia 3 października 2013r. II UK 96/13 OSNP 2014/9/133). W orzeczeniu swoim Trybunał Konstytucyjny podniósł, iż sposób ustalania podstawy wymiaru zasiłku przysługującego pracownikowi jest następujący: zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy zasiłkowej, podstawę tę stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy (dalej: przeciętne wynagrodzenie miesięczne). Wynagrodzeniem jest zaś przychód pracownika stanowiący podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniu potrąconych przez pracodawcę składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe i chorobowe, a zatem można przyjąć, że owo wynagrodzenie to kwota równa 86,29% przychodu w rozumieniu przepisów podatkowych. Natomiast sposób ustalania podstawy wymiaru zasiłku przysługującego niepracownikowi - ubezpieczonemu przedsiębiorcy przedstawia się następująco. Zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej, podstawę tę stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Przychodem jest zaś - zgodnie z art. 3 pkt 4 ustawy zasiłkowej - kwota 86,29% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe (czyli zadeklarowanej kwoty). Na podstawie art. 48 ust. 2 odpowiednio stosuje się m.in. art. 38 ust. 1 ustawy zasiłkowej, należy zatem przyjąć, że przeciętny miesięczny przychód za okres 12 miesięcy poprzedzających powstanie niezdolności do pracy to iloraz kwoty osiągniętego przychodu i liczby miesięcy, w ciągu których został on osiągnięty (z wyłączeniem przychodu za miesiące, w których były pobierane zasiłki, a działalność była wykonywana przez mniej niż połowę miesiąca; art. 50 ustawy zasiłkowej). Ustawowa regulacja dotycząca niepracowników nie zawiera unormowania analogicznego do zawartego w art. 37 ustawy zasiłkowej, co oznacza, że dzienną stawkę zasiłku chorobowego ustala się przyjmując zadeklarowany przychód tylko za tę część miesiąca kalendarzowego, przez którą trwało ubezpieczenie chorobowe. Jest więc ta stawka znacznie mniej korzystna od

stawki zasiłku, którą w porównywalnych warunkach otrzymałby pracownik. W sytuacji gdy ubezpieczony - nawet po wielu latach podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu z tytułu pozostawania w stosunku pracy - zmienia tytuł ubezpieczenia (na ubezpieczenie z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej), a następnie staje się niezdolny do pracy przed upływem pełnego miesiąca ubezpieczenia z nowego tytułu, traktowany jest przy ustalaniu wysokości należnych zasiłków - tak, jakby do ubezpieczenia przystąpił po raz pierwszy (co - jak podkreślił Trybunał Konstytucyjny - jest jawną niekonsekwencją ustawodawcy, bo równocześnie wcześniejsze ubezpieczenie, wynikające ze stosunku pracy zaliczane jest do 90-dniowego okresu wyczekiwania - art. 4 ust. 2 ustawy zasiłkowej), a więc znacznie gorzej nie tylko od pracownika, który podlegał ubezpieczeniu chorobowemu krócej niż miesiąc, ale nawet od byłego pracownika, który w pewnych okolicznościach ma prawo do zasiłku również po ustaniu ubezpieczenia. Prowadzi do stanu, w którym z dwóch osób zatrudnionych, tracących pracę, ale spełniających powyższe warunki (dłuższa choroba ujawniająca się w określonym czasie po ustaniu tytułu ubezpieczenia), jedna - która nie ubezpieczyła się z żadnego nowego tytułu - otrzymuje zasiłek chorobowy na zasadach, na których przysługiwałby jej on, gdyby pracę kontynuowała, druga zaś - która ubezpieczyła się i zaczęła odprowadzać składki z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej - otrzymuje zasiłek na zasadach znacznie mniej korzystnych. Trybunał podniósł, iż zróżnicowanie takie godzi w zasadę równości i jest jawnie niesprawiedliwe w stosunku do osoby, która postanowiła się ubezpieczyć z nowego tytułu (prowadzenia działalności gospodarczej) i zasilić składkami fundusz chorobowy działający w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Zmiana tytułu ubezpieczenia chorobowego nie przerywa jego biegu, a osoba rzetelnie uiszczająca składki pozostaje ubezpieczona niezależnie od tytułu, z jakiego te składki odprowadza. W tych okolicznościach, z punktu widzenia prawa do zasiłku chorobowego w określonej wysokości, istotne jest podleganie ubezpieczeniu chorobowemu oraz ponoszenie ciężaru ekonomicznego składek na nie (ich terminowe opłacanie przez przedsiębiorcę albo potrącanie z wynagrodzenia pracownika) przez określony czas. Niedopuszczalne jest więc różnicowanie wysokości zasiłków należnych ubezpieczonym, wynikające li tylko ze zmiany tytułu ubezpieczenia (wyrok TK z 24 maja 2012r. P 12/10, OTK-A 2012/5/52).

W ocenie Sądu I instancji co prawda stan faktyczny, na tle którego zostało wydane cytowane orzeczenie był nieco odmienny od przedmiotowego, gdyż tam wnioskodawcy ustalił definitywnie tytuł ubezpieczenia pracowniczego, a powstał tytuł ubezpieczenia dobrowolnego w związku z prowadzoną działalnością. W rozpoznawanej zaś sprawie tytuł ubezpieczenia pracowniczego nie ustalił definitywnie, lecz niejako zawieszony uległ obowiązkowi opłacania składek na to ubezpieczenie w związku z korzystaniem przez wnioskodawczynię z urlopu bezpłatnego. Tym niemniej zdaniem tego Sądu wnioski, jakie wysnuł Trybunał Konstytucyjny znajdują zastosowanie także w rozpoznawanym stanie faktycznym. Analogiczne jest to, iż zarówno ubezpieczony z omawianego orzeczenia TK, jak i wnioskodawczyni posiadali długoletni okres podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym z tytułu zatrudnienia. Nie można zatem tego faktu zupełnie pominąć i uznać, iż w przypadku wnioskodawczyni znaczenie ma li tylko to, że podlegała ubezpieczeniu dobrowolnemu chorobowemu. Podkreślić należy, iż do okresu wyczekiwania (zważywszy na zachowaną przerwę pomiędzy tytułami ubezpieczeń krótszą niż 30 dni) wlicza się ubezpieczenie pracownicze. Poza tym, będąc na urlopie bezpłatnym wnioskodawczyni nie przysługiwałby zasiłek chorobowy z tytułu zatrudnienia, gdyż jest to okres wyłączenia z obowiązku opłacania składek. Wnioskodawczyni byłaby zatem w gorszej sytuacji, mimo długoletniej historii ubezpieczeniowej. W związku z tym Sąd uznał, iż także w tym przypadku należy zastosować odpowiednio art. 37 ustawy zasiłkowej posilkując się wnioskami Trybunału Konstytucyjnego.

/uzasadnienie – k. 35/

Apelację od tego wyroku wniósł organ rentowy, zaskarżając wyrok w całości i wnosząc o jego zmianę i oddalenie odwołania, ewentualnie uchylenie wyroku i przekazanie sprawy sądowi I instancji do ponownego rozpoznania. Wyrokowi zarzucił naruszenie prawa materialnego, w szczególności art. 36 w zw. z art. 48 ustawy z 25 czerwca 1999r o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, poprzez błędna wykładnię i niewłaściwe zastosowanie.

/apelacja – k. 43/

W uzasadnieniu apelacji wskazano, iż ubezpieczona zaskarżyła sporną decyzję, gdyż uznała, że organ rentowy w jej przypadku nie zastosował się do postanowień wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012r., sygn. akt P12/10 przez co została pokrzywdzona. Z akt sprawy wynika, że K. O. była zatrudniona od 01.04.2011r. w (...) im. Dr W. B.. W okresie od 27.08.2013r. do 30.09.2013r. przebywała na urlopie bezpłatnym. Zostało także ustalone, że ubezpieczona prowadziła równoległe pozarolniczą, działalność gospodarczą, z tytułu której była zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego w okresie od 11.10.2010r. do 26.08.2013r. Od dnia 27.08.2013r. wnioskodawczyni przystąpiła do ubezpieczeń społecznych, natomiast od dnia 30.08.2013r. do ubezpieczenia chorobowego. Z chwilą otrzymania zaświadczenia o niezdolności do pracy ubezpieczona wystąpiła z wnioskiem o wypłatę zasiłku chorobowego przedkładając zwolnienie lekarskie za okres od 02.09.2013r. do 16.10.2013r. Organ rentowy podjął wypłatę zasiłku chorobowego od kwoty 431,19 zł, czyli w wysokości przychodu za 2 dni sierpnia 2013r. - przyjmując, że jeżeli ubezpieczenie powstało w trakcie miesiąca, a niezdolność powstała w miesiącu następnym, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przychód z pierwszego niepełnego miesiąca ubezpieczenia. W myśl art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 25.06.1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Zgodnie z ust. 2 tego przepisu przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stosuje się odpowiednio przepisy art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust.1, art. 42, 43 i 46, z zastrzeżeniem art. 49 i 50. Zgodnie z art. 36 ust. 3 w/w ustawy podstawę wymiaru zasiłku chorobowego za jeden dzień niezdolności do pracy stanowi jedna trzydziesta część wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku stanowiącej zadeklarowany przychód za dwa dni sierpnia 2013r. czyli miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Jak wynika ze stanu faktycznego wnioskodawczyni prowadząca działalność gospodarczą podjęła zatrudnienie i do 26.08.2013r. z tytułu działalności opłacała wyłącznie składkę zdrowotną. W okresie trwającego stosunku pracy wnioskodawczyni i przebywała na urlopie bezpłatnym tj. od 27.08.2013r. do 30.09.2013r. W tym czasie od 27.08.2013r. przystąpiła do ubezpieczeń społecznych, a od 30.08.2013r. do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego (piątek). Od dnia 2.09.2013r. stała się niezdolna do pracy (poniedziałek) i przedłożyła zwolnienia lekarskie do 16.10.2016r. Po wypłacie przez organ rentowy zasiłku chorobowego wnioskodawczyni nie zgodziła się ze sposobem jego wyliczenia powołując wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24.05.2012r. sygn. akt P 12/10. Sąd pomimo innego stanu faktycznego na podstawie którego orzekł Trybunał, oparł się na prezentowanym w wyroku stanowisku i uwzględnił korzystniejszy sposób obliczenia zasiłku. Prezentując swoje stanowisko sąd I instancji wprowadził nowe pojęcie uzasadniające wyrok. Podniósł, że w tej sytuacji tytuł pracowniczego ubezpieczenia społecznego nie ustał (w tym ubezpieczenie chorobowe), ale uległo „zawieszeniu” opłacanie składek na to ubezpieczenie. Praktycznie tak, ale z prawnego punktu widzenia ten tytuł ubezpieczenia ustał, bowiem powstał tytuł do ubezpieczenia z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej (tu: obowiązkowy). Nie powstał natomiast z mocy prawa tytuł do ubezpieczenia chorobowego, które w tym przypadku ma charakter dobrowolny. Na to sąd już uwagi nie zwrócił i pominął tak istotną okoliczność. W prawdzie wnioskodawczyni parę dni później przystąpiła do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, ale nie była w nim w ciągłości po ustaniu obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego.

W tej sprawie zatem dobrowolne ubezpieczenie chorobowe powstało w trakcie miesiąca, natomiast niezdolność do pracy w następnym miesiącu - co oznacza, że podstawę wymiaru świadczenia stanowi przychód z pierwszego niepełnego kalendarzowego miesiąca ubezpieczenia, gdyż w ubezpieczeniu chorobowym wystąpiła przerwa. Zasadę uzupełniania przychodu przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłków wynikającą z postanowień wyroku TK, stosujecie wobec osób podlegających dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu w przypadku, gdy ubezpieczenia społeczne, a w tym chorobowe, były bezpośrednio poprzedzone ubezpieczeniem chorobowym z innego tytułu. Reasumując należy wskazać, iż wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24.05.2012r. nie dotyczy powołanego przypadku, gdyż nie mamy tu do czynienia z ustalaniem wysokości zasiłku chorobowego dla osoby prowadzącej działalność pozarolniczą po ustaniu pracowniczego ubezpieczenia chorobowego w sytuacji, w której ubezpieczony prowadzący działalność od razu przystąpił do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W takiej sprawie do ustalenia podstawy wymiaru zasiłku dla osoby niebędącej pracownikiem należy stosować zasady polegającą na przyjęciu faktycznej kwoty przychodu,

stanowiącą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za pierwszy niepełny kalendarzowy miesiąc ubezpieczenia, po pomniejszeniu o kwotę odpowiadającą 13,71%.

/apelacja – k. 43 i nast./

W **odpowiedzi na apelację** wnioskodawczyni wniosła o jej oddalenie w całości, zaś w osobnym piśmie jej pełnomocnik wniósł o zasądzenie kosztów procesu wg załączonego spisu. Pełnomocnik nie stawiał się na rozprawie apelacyjnej.

/odpowiedź na apelację – k. 53, pismo – k. 60, protokół – k. 67/

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

apelacja nie ma usprawiedliwionych podstaw i jako niezasadna podlega oddaleniu.

Na wstępie wskazać należy, iż brak jest powodów by zarzucać Sądowi Rejonowemu tworzenie nowego pojęcia „zawieszenia” obowiązku opłacania składek w związku z urlopem bezpłatnym wnioskodawczyni. Wywody i analiza stanu faktycznego poczynione przez ten Sąd (str. 5 uzasadnienia), nie tworzą bowiem nowego pojęcia prawnego, tylko opisują chronologię faktów, które w związku z ubezpieczeniem wnioskodawczyni wystąpiły. Sąd Rejonowy właśnie w tym wątku dostrzegł odmienności stanu faktycznego niniejszej sprawy, w stosunku do stanu faktycznego, na tle którego Trybunał Konstytucyjny wydał przedmiotowy wyrok – wskazując, iż w tamtej sprawie tytuł ubezpieczenia pracowniczego ustalił definitywnie, a powstał tytuł ubezpieczenia dobrowolnego w związku z prowadzoną działalnością. Posłużenie się przez Sąd sformułowaniem o zawieszeniu obowiązku opłacania składek w związku z urlopem bezpłatnym wnioskodawczyni, nastąpiło w kontekście stwierdzenia, że tytuł ubezpieczenia pracowniczego nie ustalił. Na tym polega, dostrzeżona przez Sąd I instancji, odmienność obu stanów faktycznych. Wykładnia przepisów w świetle wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r. (P 12/10, OTK-A 2012/5/52) i wnioski wywiedzione przez Sąd Rejonowy są prawidłowe i Sąd Okręgowy podziela je w całości.

Rozstrzygające znaczenie dla oceny zarzutów apelacji jako bezzasadnych ma bowiem przyjęta przez ten Sąd, w ślad za Trybunałem Konstytucyjnym, aksjologia wykładni spornych przepisów, a nie fakt, iż w przypadku wnioskodawczyni wystąpiła kilkudniowa przerwa w ubezpieczeniu chorobowym, do którego wnioskodawczyni dobrowolnie przystąpiła z dniem 30 sierpnia 2013 r. Gdyby istnienie tej przerwy uznać za rozstrzygające w sprawie, to cała argumentacja aksjologiczna zaprezentowana w wyroku Trybunału zostałaby niesłusznie zniweczona w przypadku sytuacji wnioskodawczyni, mimo, iż przecież tak samo poniosła ona ciężar składek z tytułu ubezpieczenia pracowniczego – analogicznie jak w sprawie rozstrzyganej przez Trybunał. Jak bowiem wskazał Trybunał w cytowanym orzeczeniu, z punktu widzenia prawa do zasiłku chorobowego w określonej wysokości, istotne jest podleganie ubezpieczeniu chorobowemu oraz ponoszenie ciężaru ekonomicznego składek na nie, tj. ich terminowe opłacanie przez osobę prowadzącą działalność gospodarczą albo potrącanie z wynagrodzenia pracownika, przez określony czas. Niedopuszczalne jest natomiast różnicowanie wysokości zasiłków należnych ubezpieczonemu, wynikające tylko ze zmiany tytułu ubezpieczenia. W konsekwencji niedopuszczalna jest sytuacja, w której obywatel zmieniający tytuł ubezpieczenia, w razie niezdolności do pracy z powodu choroby przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego z nowego tytułu otrzymuje świadczenie rażąco niższe od świadczenia, na które uczciwie zapracował potrąconymi z jego wynagrodzenia składkami za poprzedni okres (okresy) ubezpieczenia, znajdując się w sytuacji gorszej nie tylko od pracownika, który podlegał ubezpieczeniu chorobowemu krócej niż miesiąc, ale nawet od byłego pracownika, który w pewnych okolicznościach ma prawo do zasiłku również po ustaniu ubezpieczenia. Warto dodać, co powołał Sąd Rejonowy, iż taka wykładnia przepisów była już przedmiotem orzecznictwa Sądu Najwyższego po wyroku Trybunału (wyrok SN z 3 października 2013r. II UK 96/13 OSNP 2014/9/133).

Zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity Dz. U. z 2005 roku Nr 31, póź- 267 z późniejszymi zmianami), jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego,

podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi wynagrodzenie, które ubezpieczony będący pracownikiem osiągnąłby, gdyby pracował pełny miesiąc kalendarzowy. Jak zasadnie wskazał Sąd Rejonowy, zarówno ubezpieczony z omawianego orzeczenia TK, jak i wnioskodawczynie posiadali długoletni okres podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym z tytułu zatrudnienia. Nie można zatem tego faktu pominąć i uznać, iż w przypadku wnioskodawczynie znaczenie ma tylko fakt podlegania ubezpieczeniu dobrowolnemu chorobowemu, czy kilkudniowa w nim przerwa. Jak podkreślił ten Sąd, do okresu wyczekiwania ze względu na zachowaną przerwę pomiędzy tytułami ubezpieczeń krótszą niż 30 dni, wlicza się ubezpieczenie pracownicze. Nadto będąc na urlopie bezpłatnym wnioskodawczynie nie przysługiwałby zasiłek chorobowy z tytułu zatrudnienia, gdyż jest to okres wyłączenia z obowiązku opłacania składek. Wnioskodawczynie byłyby zatem w gorszej sytuacji, mimo długoletniej historii ubezpieczeniowej. W związku z tym Sąd zasadnie uznał, iż także w tym przypadku należy zastosować odpowiednio art. 37 ustawy w związku z wykładnią Trybunału Konstytucyjnego.

Wniosek pełnomocnika wnioskodawczynie o zasądzenie kosztów procesu, nie będącego adwokatem ani radcą prawnym, podlegał oddaleniu w świetle art. 98 § 2 kpc, jako niemieszczący się w katalogu kosztów wskazanych w tym przepisie, w świetle złożonego przez pełnomocnika zestawienia.

Z tych względów apelacja podlega oddaleniu na podstawie art. 385 kpc.

Przewodnicząca Sędziowie