

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 6 marca 2017r. znak (...) – 2017 – (...), nr sprawy (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił K. G. prawa do zasiłku chorobowego za okres 28 października 2016r. – 30 listopada 2016r. wskazując, iż adresatka decyzji nie podlegała w dacie powstania niezdolności do pracy dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, jako że nie zgłosiła się do niego w przepisany terminie po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego. (decyzja – k. 5 pliku akt organu rozpoczynającego się drukiem (...) zwanego dalej aktami zasiłkowymi 1)

K. G. wniosła odwołania od wymienionej decyzji żądając przyznania zasiłku chorobowego i kwestionując prawidłowość stanowiska organu, w tym przedstawionej przez niego interpretacji przepisów art. 9 ust. 1c i art. 36 ust. 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Wskazała, iż organ pominął zarówno złożenie przez nią w dniu 3 listopada 2016r. deklaracji rozliczeniowej za październik 2016r. obejmującej wyliczenie składki na ubezpieczenie chorobowe jak i uiszczenie tej składki (k. 2 - 4).

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania oraz o zasądzenie na jego rzecz od przeciwniczki procesowej kosztów procesu według norm przepisanych wywodząc jak w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji, a dodatkowo odwołując się do orzecznictwa sądowego potwierdzającego prawidłowość prezentowanej przez niego interpretacji przepisów. (k. 8 - 9)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny.

K. G. prowadzi od 1 maja 2015r. indywidualną działalność pozarolniczą.

Z tego tytułu podlegała od wymienionej daty ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu.

Niesporne, nadto zgłoszenie (...) k. 41, 42 akt zasiłkowych (45 akt)

W ramach działalności pozarolniczej ubezpieczona opłacała składki na ubezpieczenie społeczne od podstawy wymiaru w wysokości 8.000 zł.

Niesporne, nadto deklaracje rozliczeniowe – k. 45

Od dnia 4 sierpnia 2015r. K. G. korzystała z zasiłku chorobowego, a bezpośrednio po nim, od 29 października 2015r. do 26 października 2016r. z zasiłku macierzyńskiego.

Niesporne, nadto dokumenty w pliku akt organu rozpoczynającym się pismem z dnia 4 kwietnia 2018r., zwanym dalej aktami zasiłkowymi 2, w tym w szczególności karta zasiłkowa, wniosek o zasiłek macierzyński (nieoznaczone numerami)

Organ nie wydał formalnej decyzji przyznającej ubezpieczonej zasiłek macierzyński.

Dowód: przesłuchanie K. G. – k. 56v – 57, dokumenty w aktach zasiłkowych 2

Wysłał natomiast do ubezpieczonej listem zwykłym informację z dnia 7 października 2015r. o konieczności wyrejestrowania się w związku z korzystaniem z zasiłku macierzyńskiego ze wszystkich rodzajów ubezpieczeń i zgłoszenia wyłącznie do zdrowotnego oraz ponownego przystąpienia do ubezpieczeń społecznym po zakończeniu pobierania świadczenia.

Dowód: informacja organu – k. 44

Pisma takiego K. G. nie otrzymała.

Dowód: przesłuchanie K. G. – k. 56 – 57

W okresie korzystania z zasiłku macierzyńskiego ubezpieczona z tytułu działalności opłacała jedynie składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

Dowód: przesłuchanie K. G. – k. 56 – 57, potwierdzenia transakcji – k. 45, deklaracje rozliczeniowe – k. 45

Do dnia 2 listopada 2016r. ubezpieczona (ani nikt w jej imieniu) nie składała w organie rentowym żadnej dodatkowej dokumentacji w przedmiocie zgłoszenia jej osoby do ubezpieczeń społecznych lub wyrejestrowania z tych ubezpieczeń.

Niesporne, nadto przesłuchanie K. G. – k. 56v – 57

W dniu 31 października 2016r. ubezpieczona wystąpiła o przyznanie jej zasiłku chorobowego przedkładając stosowne dokumenty, w tym zaświadczenie (...) obejmujące okres niezdolności do pracy 28 października 2016r. – 15 listopada 2016r. Kolejne przekazywane organowi zaświadczenie o niezdolności ubezpieczonej do pracy z tej samej przyczyny objęło okres 16 – 30 listopada 2016r.

Niesporne, nadto zaświadczenia (...) k. 10, 11 akt zasiłkowych zaświadczenie płatnika składek – k. 12 i nast. akt zasiłkowych 1

W dniu 3 listopada 2016r. ubezpieczona przekazała drogą elektroniczną do ZUS deklarację rozliczeniową za październik 2015r., w której wskazała wysokość składek na ubezpieczenie społeczne, w tym chorobowe wyliczoną od podstawy wymiaru 258, 06 zł.

Niesporne, nadto deklaracja (...) P (...) k. 5, informacja o wysyłce i potwierdzeniu – k. 6

W dniu 8 listopada 2016r. K. G. zapłaciła składkę na ubezpieczenie społeczne wynikającą z tej deklaracji w kwocie 81, 98 zł

Niesporne, nadto potwierdzenie transakcji – k. 45 akt zasiłkowych

Z dniem 30 listopada 2016r. ubezpieczona zawiesiła wykonywanie działalności pozarolniczej.

Dowód: wydruk z (...) k. 45

Prowadzeniem spraw urzędowych związanych z działalnością pozarolniczą K. G., w tym sporządzeniem dokumentacji do ZUS, zajmowało się biuro rachunkowe.

Dowód: przesłuchanie K. G. – k. 56v – 57

Sąd Rejonowy zważył, co następuje.

Odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie.

Stan faktyczny ustalony w oparciu o korespondujące ze sobą dowody w postaci przesłuchania ubezpieczonej i zgromadzonych dokumentów leżał w istocie poza sporem. Sąd nie miał podstaw do odmówienia wiary twierdzeniom K. G. co do niewydania przez organ formalnej decyzji przyznającej zasiłek macierzyński czy niedoręczenia pouczeń w przedmiocie wpływu wypłaty zasiłku macierzyńskiego na przebieg ubezpieczeń, skoro w aktach zasiłkowych brak decyzji, o jakie mowa, a organ nie złożył potwierdzenia doręczenia adresatce pisma z dnia 7. 10. 2015r.

Spór stron był w istocie sporem prawnym na tle obowiązujących przepisów.

Kwestię świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, do których należy zasiłek chorobowy regulują przepisy ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. 2017. (...)), zwanej dalej ustawą zasiłkową.

W myśl art. 6 ust. 1 i art. 4 ust. 1 pkt 2 tej ustawy zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, przy czym ubezpieczony dobrowolnie nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego (do którego wlicza się zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy zasiłkowej także poprzednie okresy ubezpieczenia, o ile przerwa między okresami nie jest dłuższa niż 30 dni),

Zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym, w tym ubezpieczeniu chorobowemu unormowane są w ustawie z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U 2017.1778), zwanej dalej ustawą systemową. Osoby prowadzące pozarolniczą działalność, a do takich osób zaliczała się K. G. podlegają obowiązkowo jedynie ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowym oraz wypadkowemu (art. 6 ust. 1 pkt 5 oraz art. 12 ust. 1 ustawy systemowej). Nie podlegają natomiast obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu. Zgodnie bowiem z art. 11 ust. 1 ustawy systemowej ubezpieczeniu chorobowemu podlegają obowiązkowo ubezpieczeni wymienieni w art. 6 ust. 1 pkt 1, 3 i 12 tej ustawy tj. pracownicy z wyłączeniem prokuratorów, członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych, osoby odbywające służbę zastępczą.

Art. 11 ust. 2 ustawy systemowej przewiduje natomiast możliwość podlegania prowadzących działalność pozarolniczą dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. Zgodnie z wymienionym przepisem osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10, a zatem osoby wykonujące pracę nakładczą, zleceniobiorcy, osoby prowadzące działalność pozarolniczą i z nimi współpracujące, osoby wykonujące odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy w okresie odbywania kary pozbawienia wolności czy tymczasowego aresztowania i duchowni, podlegają na swój wniosek ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie. Z brzmienia wskazanego przepisu wynika jednoznacznie, iż możliwość podlegania dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu występuje jedynie wówczas, gdy ubezpieczenie emerytalne i rentowe wymienionych w nim osób ma charakter obowiązkowy.

Obowiązkowy charakter ubezpieczeń emerytalnego i rentowych wskazanych w art. 11 ust. 2 ustawy systemowej grup ubezpieczonych jest zasadą w świetle przepisów ustawy systemowej wówczas, gdy osoby należące do tych grup posiadają jeden tytuł ubezpieczenia. W przypadku zbiegu tytułów ubezpieczenia społecznego sytuacja może natomiast wyglądać inaczej.

Pobieranie zasiłku macierzyńskiego uważane jest przez ustawodawcę za osobny tytuł ubezpieczenia społecznego. Wśród osób objętych obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi art. 6 ust. 1 ustawy systemowej wymienia w punkcie 19 osoby przebywające na urloпах wychowawczych lub pobierające zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego.

Zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym w przypadku zbiegu tytułów ubezpieczeń reguluje art. 9 ustawy systemowej.

Zgodnie z art. 9 ust. 1 c ustawy systemowej osoby, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10 ustawy (a zatem wskazane w art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy osoby prowadzące działalność pozarolniczą), spełniające jednocześnie warunki do objęcia ich obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego, 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.

Z przepisu tego jednoznacznie wynika, iż w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego prowadzenie działalności pozarolniczej (także inne wymienione w art. 9 ust. 1c formy aktywności zarobkowej) przestaje być tytułem podlegania obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym stając się jedynie tytułem do podlegania im dobrowolnie. Dobrowolny charakter wskazanych rodzajów ubezpieczeń oznacza zaś, w świetle art. 11 ust. 2 ustawy systemowej, że nie może im towarzyszyć ubezpieczenie chorobowe.

Do innego przyjęcia prowadzić nie może regulacja zawarta w art. 13 pkt 4 ustawy systemowej, określa ona bowiem jedynie czas podlegania ubezpieczeniom społecznym (obowiązkowym) z danego tytułu, jeśli obowiązek podlegania wynika z przepisów poprzedzających (w tym dotyczących zbiegu ubezpieczeń). Z przepisu tego czytanego samodzielnie nie sposób wyprowadzać wniosków dotyczących przebiegu ubezpieczeń.

Z treści art. 9 ust. 1 c ustawy systemowej nie wynika, by zbieg regulowany przez przepis dotyczyć miał wyłącznie sytuacji, gdy prawo do zasiłku macierzyńskiego wynika z innego tytułu ubezpieczenia aniżeli podlegający zbiegowi. Taki zamysł ustawodawcy nie wynika też z uzasadnienia projektu wprowadzającej art. 9 ust. 1c do ustawy systemowej. Uznać zatem należy, iż przepis obejmuje także zbieg tytułów w postaci określonej aktywności zarobkowej i zasiłku macierzyńskiego z tytułu tej właśnie aktywności.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy systemowej objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. Jedyny wyjątek od tej zasady przewiduje art. 14 ust. 1a ustawy, w myśl którego objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczenia emerytalnego i rentowego zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4 ustawy tj. w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

Zgodnie natomiast z art. 14 ust. 2 ustawy systemowej dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje:

- 1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tego ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony;
- 2) w przypadku niektórych grup ubezpieczonych, w tym osób prowadzących działalność pozarolniczą od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie
- 3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

Z pierwszym dniem prawa K. G. do zasiłku macierzyńskiego t.j. z dniem 29 października 2015r. ustał tytuł do podlegania przez nią ubezpieczeniu chorobowemu. Prowadzona działalność z uwagi na możliwe wyłącznie dobrowolne podleganie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym (do którego zresztą ubezpieczona nie przystąpiła) przestała stanowić bowiem taki tytuł. Ustanie tytułu podlegania ubezpieczeniom, o jakim mowa w art. 14 ust. 2 pkt 3 ustawy systemowej, nie może być rozumiane wyłącznie jako zakończenie danej aktywności zarobkowej (np. wyrejestrowanie działalności pozarolniczej). Takie przyjęcie oznaczałoby, iż ustawodawca w ogóle nie przewidział możliwości ustania ubezpieczenia w sytuacji, gdy choć tytuł ubezpieczeń społecznych formalnie istnieje, nie daje podstawy do objęcia ubezpieczeniem dobrowolnym danego rodzaju.

Skoro ubezpieczenie chorobowe K. G. ustało z dniem 29 października 2015r., dla ponownego podleganiu temu ubezpieczeniu z tytułu prowadzonej działalności pozarolniczej po ustaniu zbiegu tytułów ubezpieczeń (emerytalnego i rentowych) koniecznym było ponowne zgłoszenie się do tego ubezpieczenia. Objęcie ubezpieczeniem dobrowolnym nie może być bowiem dorozumiane, a wymaga wniosku ubezpieczonego, co jednoznacznie wynika z art. 14 ust. 1 ustawy systemowej. Zgłoszenia takiego K. G. nie dokonała w terminie 7 dni od ustania pobierania zasiłku macierzyńskiego (na co pozwala art. 36 ust. 4 ustawy systemowej), co oznacza, że nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu w dacie powstania niezdolności do pracy.

Ani złożenie przez ubezpieczoną deklaracji rozliczeniowej za październik 2016r., ani uiszczenie za wskazany miesiąc składki obejmującej składkę na ubezpieczenie chorobowe nie stanowią w świetle przepisów ustawy systemowej wystarczającej przesłanki do objęcia ubezpieczeniem chorobowym. Zgłoszenie dobrowolnie do ubezpieczeń społecznym nie może mieć charakteru dorozumianego, nie wystarczy zatem wyrazić w dowolnej formie woli podlegania ubezpieczeniu. Ustawodawca przewiduje sformalizowany charakter tej czynności. Zgłoszeń do ubezpieczeń zgodnie z art. 36 ust. 9 i 14 ustawy systemowej dokonuje się bowiem według ustalonego wzoru (...), a informacja o wszelkich zmianach w zakresie ubezpieczeń zgłaszana być musi przez złożenie wyrejestrowania i ponownego zgłoszenia do ubezpieczeń z prawidłowymi danymi. Przeciwno zliberalizowanemu podejściu organu do kwestii wymogu ponownego zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego przemawia okoliczność, iż warunki przyznawania świadczeń (w tym podleganie ubezpieczeniu) powinny być badane rygorystycznie, świadczenia są bowiem wypłacane ze środków pochodzących od wszystkich ubezpieczonych. Wysokość wypłacanych danemu ubezpieczonemu świadczeń nie pozostaje ograniczona do wysokości składek przez niego uiszczonych ani nawet podstaw ich wymiaru w okresie ubezpieczenia, okres wypłaty może zaś być dłuższy od okresu ubezpieczenia. Pamiętać należy, iż z jednej strony opłacającym składki za siebie przedsiębiorcom stawiane są liczne wymogi formalne, z drugiej jednak mogą w granicach przewidzianych ustawą swobodnie kształtować podstawy wymiaru składek niezależnie od rzeczywiście osiągniętych dochodów, co pozwala im na uzyskiwanie później wysokich świadczeń z ubezpieczeń społecznych w istocie nie rekompensujących utraconych dochodów, a istotnie je przewyższających. Z możliwości tej, przed stosunkowo niedawną zmianą przepisów dotyczących liczenia podstaw zasiłków z ubezpieczenia chorobowego, korzystały kobiety będące w ciąży, a prowadzące działalność pozarolniczą. Jest to powszechnie znana okoliczność prowadząca ostatecznie do zmiany przepisów mającej zapobiegać sytuacji, by osoba płacąca bardzo krótko składki od wysokiej podstawy, mająca przy deklarowaniu tej podstawy wiedzę o zaistnieniu w bliskim czasie zdarzenia warunkującego uzyskanie świadczeń z ubezpieczenia chorobowego pobierała przez wiele miesięcy wysokie świadczenia nieadekwatne w istocie do jej obciążeń.

Niedokonanie przez organ rentowy odpowiednio wcześniej pouczeń o konieczności ponownego przystąpienia do ubezpieczenia chorobowego po zakończeniu zasiłku macierzyńskiego dla objęcia tym ubezpieczeniem (w procesie nie wykazano doręczenia adresatce stosownej informacji) nie może prowadzić do zmiany decyzji. Warunki podlegania dobrowolnie ubezpieczeniu społecznemu (w tym ustania tego ubezpieczenia i objęcia nim) określa ustawa systemowa nie przewidująca w przypadku błędnych pouczeń pracowników organu, braku tych pouczeń czy niewiedzy płatników możliwości przyjęcia innych aniżeli wynikające z art. 14 ustawy systemowej dat początkowych i końcowych okresu ubezpieczenia. Płatnicy składek (a takim płatnikiem jest osoba prowadząca działalność pozarolniczą) mają obowiązek bez wezwań ze strony organu dokonywać zgłoszeń do czy wyrejestrowania z ubezpieczeń, co wynika z art. 36 ustawy systemowej. Zauważenia przy tym wymaga, iż dokumentacją ubezpieczonej związaną z podleganiem ubezpieczeniom społecznym zajmował się profesjonalny podmiot, który powinien mieć wiedzę w zakresie kwestii dotyczących zbiegu tytułów ubezpieczeń i związanych z nim konsekwencji, a ewentualne wątpliwości wyjaśnić korespondencyjnie z organem rentowym.

Mając na uwadze wszystko powyższe sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., oddalił odwołanie jako nieuzasadnione.

Godzi się jednak zauważyć, iż wprowadzenie art. 9 ust. 1c ustawy systemowej budzi wiele wątpliwości przy ustalaniu prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. N. bowiem przez przedsiębiorcę (także inne wymienione we wskazanym przepisie osoby) ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu danej aktywności zawodowej w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego, które to pobieranie w świetle art. 11 ustawy systemowej nie jest tytułem ubezpieczenia chorobowego, powoduje wątpliwość, czy traktować okres pobierania zasiłku macierzyńskiego jako przerwę w ubezpieczeniu chorobowym. Kwestia ta ma znaczenie z uwagi na okres wyczekiwania przewidziany dla ubezpieczonych dobrowolnie w przypadku zasiłku chorobowego, jak i z uwagi na możliwość wystąpienia w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego zdarzeń warunkujących prawo do świadczeń z ustawy zasiłkowej (np. zachorowania w ostatnim dniu pobierania zasiłku macierzyńskiego). Jak się jednak wydaje z uwagi na treść art. 14 ust. 3 ustawy systemowej nakazującego traktować okres pobierania zasiłków jak okres opłacania składek, należy

przy ustalaniu prawa do świadczeń uznawać okres pobierania zasiłku macierzyńskiego za zrównany z okresem ubezpieczenia.

Orzeczenie o kosztach procesu wydano w oparciu o art. 102 k.p.c. W myśl tego przepisu w szczególnie uzasadnionych wypadkach sąd może nie obciążać strony przegrywającej kosztami procesu. W ocenie sądu taki szczególnie uzasadniony przypadek zachodzi w tej sprawie. Przepisy ustawy systemowej, ciągle nowelizowane, nie są przepisami jasnymi dla ubezpieczonych i płatników składek, także jak pokazuje szereg procesów sądowych, dla biur rachunkowych zajmujących się obsługą płatników. Tytuł ubezpieczenia społecznego w postaci działalności pozarolniczej istniał formalnie w przypadku K. G. w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego, co spowodowało błędne przekonanie ubezpieczonej, iż nie musi wykonywać żadnych działań związanych ze zgłoszeniem do czy wyrejestrowaniem z ubezpieczeń.

Sygn. akt IX U 240/17

ZARZĄDZENIE

1. Odnotować; (bez udziału asystenta)
2. Odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełn. stron,
3. Akta z pismami lub za 21 dni .