

Sygn. akt **IX U 536/17**

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 27 kwietnia 2017 r. znak (...) - (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił Ż. M. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 21 marca 2017 r. do 18 kwietnia 2017 r.

Decyzją z dnia 5 maja 2017 r. znak (...) - (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił Ż. M. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 19 kwietnia 2017 r. do 15 maja 2017 r.

Decyzją z dnia 22 czerwca 2017 r. znak (...) - (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił Ż. M. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 16 maja 2017 r. do 12 czerwca 2017 r.

Decyzją z dnia 5 lipca 2017 r. znak (...) - (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił Ż. M. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 13 czerwca 2017 r. do 6 lipca 2017 r.

Sprawa zainicjowana powyższymi odwołaniami została zadekretowana pod sygn. IX U 536/17.

Decyzją z dnia 14 września 2017 r. znak (...) - (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił Ż. M. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 7 lipca 2017 r. do 10 września 2017 r.

Sprawa została zadekretowana pod sygn. IX U 604/17.

Uzasadniając swoje stanowisko organ rentowy we wszystkich zaskarżonych decyzjach wskazał, iż w myśl art. 9c oraz art. 36 ust. 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych osoba prowadząca działalność gospodarczą od dnia nabycia prawa do zasiłku macierzyńskiego powinna wyrejestrować się z ubezpieczeń społecznych i zgłosić się do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, a następnie ponownie od dnia następnego po zakończeniu zasiłku macierzyńskim przystąpić do ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, które warunkuje możliwość otrzymania zasiłku chorobowego. Natomiast Ż. M. pomimo powiadomienia przez organ o konieczności wyrejestrowania się z ubezpieczeń społecznych i ponownego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego na czas pobierania zasiłku macierzyńskiego, po zakończonym zasiłku macierzyńskim nie przystąpiła do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, stąd też nie nabyła prawa do zasiłku chorobowego.

Odwołania od ww. decyzji wniosła Ż. M., domagając się ich zmiany poprzez przyznanie zasiłku chorobowego za okres od dnia 16 maja 2017r. do 10 września 2017r. Ubezpieczona wskazała, iż od pracowników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych nie otrzymała żadnych informacji o konieczności wyrejestrowania się z ubezpieczeń społecznych oraz ponownego zgłoszenia do ubezpieczenia chorobowego po zakończeniu zasiłku macierzyńskiego. Jednocześnie ubezpieczona podała, że zgodnie z informacją udzieloną przez ZUS złożyła deklarację (...) wskazując wszystkie okresy ubezpieczenia od początku prowadzenia działalności w terminie wskazanym przez organ, a mimo to organ odmówił jej zasiłku chorobowego za sporne okresy. Ponadto ubezpieczona podniosła, że nigdy nie otrzymała pisma o konieczności wyrejestrowania się z ubezpieczeń społecznych na okres urlopu macierzyńskiego i ponownego zarejestrowania się do ubezpieczeń, skierowanego do niej przez organ listem zwykłym.

Organ rentowy wniosł o oddalenie odwołań wywodząc jak w uzasadnieniu zaskarżonych decyzji oraz domagał się zasądzenia od ubezpieczonej kosztów procesu. Nadto dodał, że pismem z dnia 27 kwietnia 2016r., wysłanym listem zwykłym, poinformował ubezpieczoną o konieczności wyrejestrowania się z ubezpieczeń społecznych i zgłoszenia się do ubezpieczenia zdrowotnego na czas pobierania zasiłku macierzyńskiego, czego ubezpieczona jednak nie dokonała.

Postanowieniem z dnia 3 stycznia 2018 r. połączono sprawę o sygn. akt IX U 604/17 do wspólnego rozpoznania i wyrokowania ze sprawą IX U 536/17 i postanowiono o dalszym prowadzeniu sprawy pod sygnaturą IX U 536/17.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

Ż. M. prowadziła działalność gospodarczą od stycznia 2014 r. do września 2017r. Z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej Ż. M. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 2 stycznia 2014 r.

Od momentu rozpoczęcia do momentu zakończenia prowadzenia działalności gospodarczej Ż. M. korzystała z usług biura księgowego.

W związku z urodzeniem w dniu 23 lipca 2014 r. pierwszego dziecka Ż. M. korzystała z urlopu macierzyńskiego i otrzymywała zasiłek macierzyński. Podczas przebywania na zasiłku macierzyńskim Ż. M. zaszła w drugą ciążę. Po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego na pierwsze dziecko, Ż. M. przebywała na zwolnieniu lekarskim w związku z ciążą i pobierała zasiłek chorobowy. Następnie od dnia 22 marca 2016r. z powodu urodzenia się drugiego dziecka, Ż. M. korzystała ponownie z urlopu macierzyńskiego i pobierała w okresie od 22 marca 2016r. do 20 marca 2017r. zasiłek macierzyński. Wysokość zasiłków macierzyńskich i chorobowych wynosiła około 5.000 zł miesięcznie. Ż. M. nie wyrejestrowała się z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Bezpośrednio po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego na drugie dziecko Ż. M. nie zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Po otrzymaniu pisma z dnia 5 kwietnia 2017r. o konieczności wyrejestrowania się z ubezpieczeń społecznych na czas urlopu macierzyńskiego, zgłoszenia się do ubezpieczenia zdrowotnego i ponownego zarejestrowania, po zakończeniu urlopu macierzyńskiego, do ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, Ż. M. skontaktowała się z infolinią ZUS, otrzymując od pracownika organu informację o konieczności złożenia deklaracji (...), wskazującej wszystkie okresy ubezpieczenia od początku prowadzenia działalności, co w konsekwencji uczyniła.

Ż. M. była nieprzerwanie niezdolna do pracy w okresie od 21 marca 2017 r. do 10 września 2017 r.

Ż. M. ponownie podlegała do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 11 kwietnia 2017r., tj. od dnia złożenia druku (...).

Dowód: zeznania ubezpieczonej – k. 70-71, (...) wraz z potwierdzeniem nadania - k. 21, potwierdzenie o dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym – k. 11, pismo ZUS z dnia 27 kwietnia 2016r. – k. 12, pismo ZUS z dnia 5 kwietnia 2017r. – k. 3, zaświadczenie płatnika składek – k. 1, zaświadczenia lekarskie – k. 2,5,7,9, pismo ubezpieczonej z dnia 10 kwietnia 2017r. – k. 20 akt organu złożonych do sprawy IX U 536/17, zaświadczenia lekarskie – k. 1,2 akt organu złożonych do sprawy IX U 604/17;

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie.

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 (zwanej dalej ustawą zasiłkową). W myśl art. 6 ust. 1 ustawy zasiłkowej zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego.

Organ rentowy podnosił w niniejszej sprawie, iż Ż. M. w okresie powstania niezdolności do pracy nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu, albowiem po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego nie zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

W ocenie Sądu argumentacja organu zasługuje na uwzględnienie.

Zgodnie z treścią art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 12 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są m.in. osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność (pkt 5) oraz osobami przebywającymi na urlopach wychowawczych lub pobierającymi zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego (pkt 19). W myśl art. 11 ust. 1 i 2 ww. ustawy obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu podlegają osoby wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 1, 3 i 12, a dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby

objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10. Jak stanowi zaś art. 9 ust. 1c tej samej ustawy osoby, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10, 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 ww. przepisów wynika zatem, iż osoba, która prowadzi pozarolniczą działalność i jednocześnie spełnia warunki do objęcia obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego, podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego, a nie z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności. Z tej też przyczyny prowadzenie działalności gospodarczej podczas pobierania zasiłku macierzyńskiego nie stanowi tytułu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Prowadzenie działalności pozarolniczej stanowi tytuł do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, jeżeli osoba prowadząca taką działalność podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym w związku z prowadzeniem takiej działalności. W niniejszej sprawie sytuacja taka nie ma jednak miejsca.

Ż. M. nie zgłosiła się również do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego bezpośrednio po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, ani też w ciągu 7 następujących dni. W myśl art. 36 ust. 3 ww. ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych obowiązek zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych osób, o których mowa m.in. w art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy, należy do tych osób. Jak stanowi zaś ust. 4 zgłoszeń, o których mowa m.in. w ust. 3, dokonuje się w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia. Co do zasady osoby, które są obejmowane ubezpieczeniami społecznymi na zasadzie dobrowolności zgłaszają wniosek o objęcie ich ubezpieczeniami w terminie przez nie wybranym (ust. 5 art. 36), przy czym jeżeli dokonają zgłoszenia w ciągu ww. 7 dni będą objęte dobrowolnymi ubezpieczeniami także w okresie 7 dni poprzedzających zgłoszenie. Wynika to wprost z art. 14 ust. 1 i 1a ww. ustawy stanowiącego, iż objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony - z zastrzeżeniem ust. 1a., w myśl którego objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4.

Materiał dowodowy zgromadzony w niniejszej sprawie wskazuje, iż Ż. M. nie została zgłoszona do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w ciągu 7 dni od zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego, tj. do dnia 27 marca 2017 r. Stała się zatem niezdolna do pracy w czasie, kiedy nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu. Osoba pobierająca zasiłek macierzyński nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu (zasiłek chorobowy rekompensuje utratę wynagrodzenia, natomiast w razie choroby podczas urlopu macierzyńskiego nie dochodzi do utraty zasiłku macierzyńskiego), a po zakończeniu pobierania takiego zasiłku także nie jest objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, jeżeli nie dokonała zgłoszenia, o którym mowa powyżej.

O zmianie decyzji organu nie może przesądzać brak pouczenia ubezpieczonej przez pracowników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o konieczności zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego po zakończeniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego. W istocie w myśl art. 48 b ww. ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych Zakład Ubezpieczeń Społecznych może sporządzać z urzędu zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych, zgłoszenia wyrejestrowania ubezpieczonego z ubezpieczeń społecznych, imienne raporty miesięczne, zgłoszenia płatnika składek, zgłoszenia wyrejestrowania płatnika składek, deklaracje rozliczeniowe oraz dokumenty korygujące te dokumenty, zwane dalej „dokumentami związanymi z ubezpieczeniami społecznymi określonymi w ustawie”, a także korygować z urzędu błędy stwierdzone w dokumentach związanych z ubezpieczeniami społecznymi określonych w ustawie, nie oznacza to jednak przejmowania od płatników składek ciężących na nich obowiązków. W literaturze podkreśla się, że korzystania przez organ z cytowanego powyżej przepisu winno ograniczać się tylko do tych przypadków, w których organ, przy wykorzystaniu innych dostępnych środków prawnych, rzeczywiście nie może wymusić na niesolidnych płatnikach wykonania obowiązków w zakresie przedłożenia odpowiedniej dokumentacji

ubezpieczeniowej (tak: Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych Komentarz pod redakcją Beaty Gudowskiej i Jolanty Strusińskiej – Żukowskiej, art. 48b). W przypadku prowadzenia działalności gospodarczej zgłoszenie do ubezpieczenia chorobowego jest dobrowolne i trudno, aby organ zastępował osobę prowadzącą taką działalność w zgłoszeniu do tego ubezpieczenia, w szczególności w sytuacji, gdy ubezpieczona korzystała z pomocy profesjonalnej księgowej. Co prawda organ powoływał, iż pouczył ubezpieczoną o konieczności wyrejestrowania z ubezpieczeń społecznych oraz ponownym zgłoszeniu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, jednakże uczynił to pismem skierowanym do niej listem zwykłym. Sąd nie ma zatem możliwości zweryfikowania, czy rzeczywiście takie pouczenie zostało ubezpieczonej doręczone (brak zwrotnego potwierdzenia obioru przesyłki), a odwołująca okoliczności tej zaprzecza. Brak pouczenia, z podanych wyżej przyczyn, nie może jednak wpływać na ocenę Sądu.

Mając na względzie powyższe, na podstawie art. 477¹⁴ §1 k.p.c., odwołanie podlegało oddaleniu.

O kosztach orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c., który stanowi, że w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Wysokość wynagrodzenia pełnomocnika organu ustalono na kwotę 180 zł w oparciu o treść §9 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych. Sąd znalazł podstawy do odstąpienia od obciążania ubezpieczonej kosztami procesu w całości (odrębnie za każdą z 5 decyzji), gdyż wszystkie skarżone decyzje zostały wydane w konsekwencji wystąpienia tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. niezgłoszenia się przez ubezpieczoną do ubezpieczenia chorobowego po zakończeniu zasiłku macierzyńskiego, a sprawy dotyczyły następujących po sobie okresów, co nie powinno się przekładać na zwielokrotnienie kosztów pomocy prawnej udzielonej stronom, w szczególności dlatego, że stan faktyczny i prawny, który legł u podstaw każdej decyzji, jest identyczny.

ZARZĄDZENIE

1. (...);
2. (...);
3. (...).

14 maja 2018 r.