

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 15 września 2017 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S., powołując się na art. 1 ust. 1, art. 6 ust. 1 oraz art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, odmówił A. R. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 17 lutego 2017 r. do 15 marca 2017 r. oraz prawa do zasiłku macierzyńskiego za okres od 16 marca 2017 r. do 14 marca 2018 r.

Uzasadniając swoje stanowisko organ rentowy 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 macierzyńskiego przystąpić do ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, które warunkuje możliwość otrzymania zasiłku chorobowego i następnie macierzyńskiego. Ubezpieczona po zakończonym zasiłku macierzyńskim nie przystąpiła do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, stąd też nie nabyła prawa do zasiłku chorobowego, ani do zasiłku macierzyńskiego.

A. R. wniosła odwołanie od wymienionej decyzji domagając się jej zmiany poprzez przyznanie jej zasiłku chorobowego oraz zasiłku macierzyńskiego za okresy objęte decyzją oraz zasądzenie od organu, na swoją rzecz, kosztów procesu według norm przepisanych. W szerokim uzasadnieniu swego stanowiska ubezpieczona wskazała, iż organ błędnie przyjął, iż ubezpieczona od dnia 17 lutego 2017 r. nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu. Podniosła, że wykładnia przepisów dokonanych przez organ prowadzi do naruszającego przepisy ustawowe i art. 2 oraz 32 Konstytucji zróżnicowania ubezpieczonych będących i nie będących płatnikami składek. Ubezpieczona zarzuciła również stosowanie przez organ niejednolitej praktyki oraz naruszenie art. 8 i 9 k.p.a. w zw. z art. 123 i 48 b ust. 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania wywodząc jak w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji, a nadto domagał się zasądzenia od ubezpieczonej kosztów procesu.

W toku procesu strony podtrzymały swoje stanowiska.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

A. R. prowadzi działalność gospodarczą od 5 maja 2015 r. Z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej A. R. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. W dniu 21 lutego 2016 r. A. R. urodziła swoje drugie dziecko, na które otrzymała zasiłek macierzyński do 16 lutego 2017 r. Podczas pobierania zasiłku macierzyńskiego na drugie dziecko A. R. zaszła w ciążę z trzecim dzieckiem. Po zakończeniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego na drugie dziecko A. R. nie zgłosiła się ponownie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

W okresie od 17 lutego 2017 r. do 16 marca 2017 r. A. R. była niezdolna do pracy. W dniu 16 marca 2017 r. A. R. urodziła trzecie dziecko.

Od początku prowadzenia działalności gospodarczej A. R. korzystała z pomocy księgowej M. D., która nie miała świadomości, iż po zakończeniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego, w celu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, należy dokonać ponownego zgłoszenia do tego ubezpieczenia. Jeszcze przed urodzeniem trzeciego dziecka M. D. uzyskała w ZUS-ie informację, iż A. R. od razu po zakończeniu zasiłku macierzyńskiego na drugie dziecko może skorzystać ze zwolnienia lekarskiego i otrzyma zasiłek chorobowy. Nie została poinformowana o konieczności ponownego zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w związku z zakończeniem urlopu macierzyńskiego. O tym, że A. R. nie otrzymuje zasiłku macierzyńskiego M. D. dowiedziała się od jej męża w maju 2017 r. Przekazała mu wówczas, iż ZUS czasami się opóźnia z wypłatą świadczenia.

We wrześniu 2017 r. A. R. zadzwoniła do ZUS-u z pytaniem, dlaczego nie otrzymuje zasiłku macierzyńskiego. Uzyskała odpowiedź, że nie została ponownie zgłoszona do ubezpieczenia chorobowego.

Niesporne, a nadto dowód: zeznania świadka M. D. – k. 24-25, zeznania ubezpieczonej – k. 23-24 w zw. z k. 25-26, wydruk z (...) k. 9, odpis skrócony aktu urodzenia – k. 8 akt organu, (...) k. 6 i 3 akt organu;

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie.

Przedstawiony powyżej stan faktyczny pozostawał między stronami bezsporny, a Sąd ustalił go w oparciu o korespondujące ze sobą zeznania świadka i ubezpieczonej oraz dowody z dokumentów (przytoczone w pierwszej części uzasadnienia), których prawdziwości nie kwestionowała żadna ze stron. Spór natomiast sprowadzał się do ustalenia, czy po zakończeniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego należy, w celu objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, dokonać ponownego zgłoszenia, czy też, w razie braku zawieszenia działalności gospodarczej podczas pobierania zasiłku macierzyńskiego, przystąpienie do tego ubezpieczenia w okresie wcześniejszym skutkuje trwaniem tego ubezpieczenia po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego.

Kwestię świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, do których należy zasiłek chorobowy oraz macierzyński, regulują przepisy ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t. j. Dz.U.2010.77.512 z późn. zm.), 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. Jak stanowi natomiast art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy zasiłkowej zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej, która urodziła dziecko w okresie ubezpieczenia chorobowego albo w okresie urlopu wychowawczego.

Organ rentowy podnosił w niniejszej sprawie, iż A. R. w okresie, kiedy stała się niezdolna do pracy oraz w dacie urodzenia trzeciego dziecka, nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu, albowiem po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego na drugie dziecko 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 (zwanej dalej ustawą systemową) 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 urloпах wychowawczych lub pobierającymi zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego (pkt 19). W myśl natomiast art. 11 ust. 1 i 2 ww. ustawy obowiązkowo ubezpieczeniom chorobowemu podlegają osoby wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 1, 3 i 12, a dobrowolnie ubezpieczeniom 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. Z brzmienia ww. przepisów wynika zatem, iż możliwość podlegania dobrowolnie ubezpieczeniom chorobowemu występuje jedynie wówczas, gdy ubezpieczenie emerytalne i rentowe wymienionych w nim osób ma charakter obowiązkowy, a nadto, iż pobieranie zasiłku macierzyńskiego uważane jest przez ustawodawcę za osobny tytuł ubezpieczenia społecznego (ww. art. 6 pkt 19).

Zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym w przypadku zbiegów ubezpieczeń reguluje art. 9 ustawy systemowej. W myśl art. 9 ust. 1c tej ustawy osoby, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10 (a zatem także 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 ww. przepisu wynika zatem, iż dla osoby, która prowadzi pozarolniczą działalność i jednocześnie

spełnia warunki do objęcia obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego, prowadzenie takiej działalności przestaje być tytułem podlegania obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu. Osoba taka podlega bowiem 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. Sąd zwraca również uwagę, iż art. 13 ustawy systemowej, na który powołuje się strona odwołująca, określa jedynie czas podlegania ubezpieczeniom społecznym (obowiązkowym) z danego tytułu, jeżeli obowiązek podlegania wynika z przepisów poprzedzających (w tym dotyczących zbiegu ubezpieczeń). Z przepisu tego czytanego samodzielnie nie sposób wyprowadzić wniosków dotyczących przebiegu ubezpieczeń.

W niniejszej sprawie A. R. nie zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego 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. A. R. nie została zgłoszona do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w ciągu 7 dni od zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego, tj. do dnia 23 lutego 2017 r. Tym samym stała się niezdolna do pracy w czasie, kiedy nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu. A. R. nie podlegała również dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w dniu urodzenia trzeciego dziecka.

O zmianie decyzji organu nie może przesądzać brak pouczenia ubezpieczonej, czy też obsługującej ją księgowej, 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. 48 b). 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. Raz jeszcze podkreślenia wymaga, iż warunki podlegania dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu (w tym ustania tego ubezpieczenia i objęcia nim) określa ustawa systemowa nie przewidująca w przypadku braku pouczeń czy niewiedzy płatników możliwości przyjęcia innych aniżeli wynikających z art. 14 ustawy systemowej dat początkowych i końcowych okresu ubezpieczenia. Płatnicy składek mają bowiem obowiązek dokonywać bez wezwań ze strony organu zgłoszeń do ubezpieczeń, czy wyrejestrowania z

ubezpieczeń, co wynika z ww. art. 36 ustawy systemowej, w tym również z art. 36 ust. 11 ustawy systemowej, który stanowi, iż każda osoba, w stosunku do której wygasł tytuł do ubezpieczeń społecznych, podlega wyrejestrowaniu z tych ubezpieczeń, a zgłoszenie wyrejestrowania płatnik składek zobowiązany jest co do zasady złożyć w terminie 7 dni od zaistnienia tego faktu. Zauważyć należy także, że sprawami związanymi z ubezpieczeniem społecznym zajmował się, w imieniu ubezpieczonej, profesjonalny podmiot, który powinien dysponować wiedzą w zakresie kwestii związanych ze zbiegiem tytułów ubezpieczeń i konsekwencji z tego wynikających. Ubezpieczona wskazywała również na niejednorodną praktykę organu w zakresie wymogów stawianych przedsiębiorcom korzystającym z zasiłku macierzyńskiego, a zeznająca w sprawie świadek podniosła, iż na 40-50 osób, które obsługuje, na pewno kilka jej klientek otrzymało zasiłek macierzyński mimo braku wyrejestrowania i ponownego zarejestrowania do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Pojedyncze przypadki nie świadczą jednak o praktyce organu, a mogły być uwarunkowane błędem czy niedopatrzeniem pracownika organu w konkretnej sprawie, co nie może samodzielnie, w świetle powyższych rozważań, stanowić podstawy do zmiany decyzji organu, również w oparciu o treść art. 7 i 8 k.p.a. w zw. z art. 123 ustawy systemowej ustanawiających obowiązek działania organu w sposób pogłębiający zaufanie obywateli do tego organu i uwzględniający także słuszny interes obywateli. Uwagę zwraca nadto, iż przynajmniej do dnia złożenia zeznań przez ubezpieczoną i zawnioskowanego przez nią świadka, co miało miejsce w dniu 12 stycznia 2018 r., ubezpieczona w dalszym ciągu, choć od września 2017 znała już stanowisko organu, nie zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego uznając, że kwestię tę może rozstrzygnąć dopiero sąd, choć niewątpliwie miała już świadomość konsekwencji w postaci utraty ewentualnych przyszłych świadczeń, których wypłata uzależniona jest od objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Odnośnie zarzucanego przez ubezpieczoną naruszenia przez organ art. 2a ustawy systemowej, wskazać należy, iż zasada równego traktowania wszystkich ubezpieczonych określona w art. 2a ustawy systemowej zakazuje dyskryminacji ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, stan cywilny oraz stan rodzinny. Nie sposób wyprowadzać z niej obowiązku jednakowego traktowania ubezpieczonych z różnymi tytułami ubezpieczenia, zwłaszcza, że przepisy ustaw z zakresu ubezpieczeń społecznych różnie regulują ich obowiązki i uprawnienia. Możliwość odmiennego uregulowania sytuacji osób podlegających dobrowolnie i obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu bywała już przedmiotem zainteresowania Trybunału Konstytucyjnego i uznawano ją za zgodną z przepisami Konstytucji (por. wyrok z dnia 16 listopada 2010r. P 86/08). Zauważenia wymaga, iż z jednej strony opłacającym składki za siebie przedsiębiorcom stawiane są liczne wymogi, z drugiej jednak mogą w granicach przewidzianych ustawą swobodnie kształtować podstawy wymiaru składek niezależnie od rzeczywistości 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 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. Zróżnicowanie wymogów organu co do pracowników i przedsiębiorców korzystających z zasiłku macierzyńskiego znajduje oparcie w przepisach prawa, art. 9 ust. 1d ustawy systemowej przewiduje bowiem w przypadku pracowników, inaczej aniżeli w przypadku osób prowadzących działalność pozarolniczą, w sytuacji zbiegu tytułu ubezpieczeń w postaci zatrudnienia z tytułem w postaci pobierania zasiłku macierzyńskiego podleganie ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym obowiązkowo z obu tytułów.

Żądania zliberalizowanego podejścia organu do kwestii wymogu ponownego zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nie sposób uznać za uzasadnione z uwagi na zasady współzycia społecznego. Pomijając już okoliczność, iż zasady te nie znajdują zastosowania w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych wskazać należy, 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.

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

Sąd nie traci z pola widzenia, 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 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 treść 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 A. R. w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego, co powodowało błędne przekonanie ubezpieczonej, iż nie musi wykonywać żadnych działań związanych ze zgłoszeniem do czy wyrejestrowaniem z ubezpieczeń.

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

3. (...).

13 marca 2018 r.