

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 24 stycznia 2018r. znak (...), nr sprawy (...) (...) Oddział w S. odmówił A. K. prawa do zasiłku chorobowego za okres 30 grudnia 2017r. – 22 stycznia 2018r. 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. 7 pliku akt organu rozpoczynającego się kartą przeglądową, zwanego dalej aktami zasiłkowymi 1)

A. K. wniosła odwołania od wymienionej decyzji żądając przyznania zasiłku chorobowego i wskazując, iż brak zgłoszenia się we właściwym terminie do ubezpieczeń społecznych po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego warunkowany był sytuacją od niej niezależną, a to wypadkiem jej księgowej uniemożliwiającym dokonanie rejestracji (k. 3 – 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 (k. 10)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny.

A. K. prowadzi indywidualną działalność pozarolniczą.

Z tego tytułu podlegała ponownie od 19 września 2015r., po okresie zasiłku macierzyńskiego pobieranego do 18 września 2015r., ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu.

Niesporne, nadto zgłoszenie (...) k. 21a (k. 28), pismo organu z dnia 13.10. 2015r. – k. 21a, zgłoszenie ZUS ZZA – k. 28, zgłoszenie (...) k. 28, korekta (...) k. 33,

W ramach działalności pozarolniczej ubezpieczona opłacała składki na ubezpieczenie społeczne od maksymalnej podstawy wymiaru przewidzianej dla przedsiębiorców.

Dowód: karta zasiłkowa – k. 11 akt zasiłkowych 1, zeznania świadka S. B. – k. 37 – 38

Od dnia 18 maja 2016r. A. K. korzystała z zasiłku chorobowego, a bezpośrednio po nim, od 31 grudnia 2016r. do 29 grudnia 2017r. z zasiłku macierzyńskiego.

Niesporne, nadto karta zasiłkowa – k. 11 akt zasiłkowych 1, skrócony odpis aktu urodzenia – nieoznaczona numerem, druga z kolei karta nieoznaczonego numerem pliku akt organu rozpoczynającego się pismem ubezpieczonej z dnia 10 lutego 2017r. zwanego dalej aktami zasiłkowymi 2, wnioski o zasiłek macierzyński - nieoznaczone numerem czwarta i następne karty akt zasiłkowych 2,

Organ nie wydał formalnej decyzji przyznającej ubezpieczonej zasiłek macierzyński.

Dowód: przesłuchanie ubezpieczonej – k. 38 w zw. z k. 36v – 37, dokumenty w aktach zasiłkowych 2

Wysłał natomiast do ubezpieczonej informację z dnia 21 stycznia 2017r. 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 społecznych po zakończeniu pobierania świadczenia.

Dowód: informacja organu – k. 21a,

Pismo to dotarło do adresatki.

Dowód: przesłuchanie ubezpieczonej – k. 38 w zw. z k. 36v - 37

W związku z nabyciem prawa do zasiłku macierzyńskiego ubezpieczona zastosowała się do wskazań organu i wyrejestrowała z ubezpieczeń społecznych przystępując wyłącznie do zdrowotnego. Na to tylko ubezpieczenie opłacała za siebie składki w okresie korzystania z zasiłku.

Dowód: wyrejestrowanie (...) k. 21a, zgłoszenie ZUS ZZA – k. 21a, raporty ZUS RCA – k. 21a, zeznania świadka S. B. – k. 37 -38

Ubezpieczona odprowadzała natomiast składki na ubezpieczenie społeczne za osobę, która wykonywała na jej rzecz pracę w oparciu o umowę zlecenia.

Dowód: przesłuchanie ubezpieczonej – k. 38 w zw. z k. 36v – 37, zeznania świadka S. B. – k. 37 -38

W dniu 19 grudnia 2017r. ubezpieczona stała się niezdolna do pracy.

Niesporne, nadto zaświadczenie (...) k. 1 akt zasiłkowych 1

O fakcie tym poinformowała prowadzącą jej sprawy księgową, w tym dokumentację (...) S. B.. Wskazywała jej także z wyprzedzeniem, iż kończy okres pobierania zasiłku macierzyńskiego i prosiła o wyliczenie składek do zapłacenia. Księgowa była poinformowana o woli podlegania przez ubezpieczoną wszystkim rodzajom ubezpieczeń społecznych.

Dowód: przesłuchanie ubezpieczonej – k. 38 w zw. z k. 36v – 37, zeznania świadka S. B. – k. 37 - 38

Ponowne zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzonej działalności pozarolniczej ubezpieczona złożyła w organie rentowym w dniu 30 stycznia 2018r.

Niesporne, nadto informacja o wysyłce i potwierdzeniu – k. 28,

Czynności tej ubezpieczona nie dokonała samodzielnie, a poprzez S. B..

Dowód: zeznania świadka S. B. – k. 37 - 38, przesłuchanie ubezpieczonej – k. 38 w zw. z k. 36v - 37

S. B. doznała w dniu 30 grudnia 2017r. złamania nasady bliższej kości piszczelowej prawej.

Zastosowano leczenie zachowawcze, po założeniu opatrunku gipsowego jeszcze w dniu urazu księgowa opuściła szpital z zaleceniem elewacji kończyny i zakazem jej obciążenia.

Zalecenia te i samopoczucie po urazie warunkowały utrudnienia w wykonywaniu przez S. B. usług na rzecz klientów. Dotyczyło to m.in. przesyłania dokumentacji do ZUS wobec nieposiadania w domu sprzętu z pozwalającym na to oprogramowaniem.

Wskazane okoliczności spowodowały złożenie dopiero pod koniec stycznia 2018r. za ubezpieczoną zgłoszenia (...).

Dowód: dokumentacja medyczna S. B. – k. 5 – 8, zeznania świadka (...) – k. 37 - 38

W dniu 12 stycznia 2018r. ubezpieczona opłaciła składkę na ubezpieczenie społeczne za grudzień 2018r.

W dniu 10 stycznia 2018r. natomiast A. K. wystąpiła o przyznanie jej zasiłku chorobowego przedkładając stosowne dokumenty, w tym zaświadczenie (...) obejmujące okres niezdolności do pracy 19 grudnia 2017r. – 22 stycznia 2018r.

Niesporne, nadto zaświadczenie (...) k. 1 akt zasiłkowych 1, zaświadczenie płatnika składek – k. 3 - 4 akt zasiłkowych 1

Sąd Rejonowy zważył, co następuje.

Odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie.

Stan faktyczny w niniejszej sprawie w zdecydowane mierze leżał poza sporem. Kwestie, co do których organ nie wypowiadał się tj. przyczyny złożenia za ubezpieczoną zgłoszenia (...) dopiero pod koniec stycznia 2018r. ustalono w oparciu o dowody ze źródeł osobowych, a to korespondujące ze sobą zeznania świadka S. B. i przesłuchanie ubezpieczonej znajdujące poparcie w przedłożonych dokumentach dotyczących urazu i leczenia świadka. Dowody ze źródeł osobowych, w szczególności zeznania świadka (ubezpieczona nie była zorientowana w kwestiach formalnych, składaniu dokumentów, opłacaniu składek) były też pomocne przy dokonywaniu pozostałych ustaleń, organ przedstawił bowiem dokumenty (informacje zbiorcze) dotyczące odprowadzania składek nie korespondujące ani z dokumentami rozliczeniowymi ani podstawą wymiaru składek, w oparciu o którą wyliczono zasiłek macierzyński. Zestawienia te wynikały najwyraźniej z ujęcia składek za zleceniobiorcę, na których odprowadzanie wskazywały zgodnie przesłuchane w sprawie osoby.

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 zalicza się A. K. 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 urlopie wychowawczym 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. Jedyne 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 A. K. do zasiłku macierzyńskiego t.j. z dniem 31 grudnia 2016r. 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, co wynika ze złożenia wyrejestrowania się z ubezpieczeń społecznych i zgłoszenia wyłącznie do ubezpieczenia zdrowotnego) 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 A. K. ustąpiło z dniem 31 grudnia 2016r., 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 A. K. 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 od 30 grudnia 2017r. aż do daty złożenia (...) tj. do 30 stycznia 2018r.

Ani złożenie dokumentacji rozliczeniowej ani opłacenie składki nie stanowią w świetle przepisów ustawy systemowej wystarczającej przesłanki do objęcia ubezpieczeniem chorobowym. Zgłoszenie dobrowolnie do ubezpieczeń społecznych 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.

Przepisy ustawy systemowej nie przewidują możliwości przywrócenia terminu zgłoszenia do ubezpieczenia dobrowolnego. Gdyby jednak nawet uznać, że istnieje taka możliwość, to konieczne byłoby tu stwierdzenie braku winy strony. Braku takiego nie sposób przypisywać wyłącznie osobie ubezpieczonej, ale i osobie zajmującej się jej sprawami (jej pełnomocnikowi)

W niniejszej sprawie nie sposób mówić o braku winy strony w tym rozumieniu. O ile choroba S. B. mogła być przeszkodą do elektronicznego wysłania dokumentu zgłoszenia, o tyle nie była raczej przeszkodą do wypełnienia druku takiego dokumentu (nie wynika to ani z dokumentacji medycznej, ani zeznań świadka), a już na pewno do poinformowania ubezpieczonej, iż w zaistniałej sytuacji winna udać się do ZUS i samodzielnie złożyć dokument uprzednio go wypełniając a ewentualnie korzystając ze wsparcia pracownika organu. Z zaświadczenia o niezdolności ubezpieczonej do pracy wynika, iż podczas okresu objętego zaświadczeniem nie miała obowiązku leżenia, nie zostało w procesie wykazane, by stan zdrowia uniemożliwiał wykonanie wskazanej czynności. Złożenie zgłoszenia (...) może zaś nastąpić w placówce (...), a nie tylko wyłącznie za pośrednictwem programu (...) elektronicznie. O tym zaś, że stan zdrowia S. B. nie był na tyle zły, by nie mogła ona dokonać żadnej czynności, w szczególności skontaktować się z ubezpieczoną wskazuje wyliczenie przez nią składek, które A. K. zobligowana była zapłacić za grudzień 2017r. (uiszczonych 12 stycznia 2018r, a zatem krótko po upływie termu do dokonania zgłoszenia). S. B. profesjonalnie zajmowania się prowadzeniem spraw związanych z ubezpieczeniem społecznym wnoszącej odwołanie,

powinna mieć zatem wiedzę w zakresie wagi zgłoszenia do ubezpieczeń i możliwych konsekwencji zaniechania zgłoszenia do ubezpieczenia chorobowego dobrowolnego, a w sytuacji zwłaszcza posiadania informacji o chorobie klientki niezwłocznie poinformować ją o konieczności podjęcia odpowiednich czynności związanych ze zgłoszeniem w przypadku niemożności samodzielnego ich wykonania.

Wszystko powyższe nakazywało uznanie, iż po 29 grudnia 2017r. aż do dnia złożenia zgłoszenia (...), co nastąpiło po upływie okresu objętego sporem, A. K. nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu.

Wprowadzenie art. 9 ust. 1c ustawy systemowej budzi wiele wątpliwości przy ustalaniu prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Niepodleganie 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, które miało miejsce w przypadku A. K.. 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. Oznacza to, że w przypadku zachorowania w takim okresie, po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego (świadczenia z ubezpieczenia chorobowego nie mogą się dublować) powstaje prawo do zasiłku chorobowego. Warunkiem jest jednak podleganie ubezpieczeniu chorobowemu w przypadku istnienia tytułu ubezpieczenia. Zgodnie bowiem z art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej zasiłek chorobowy z tytułu niezdolności do pracy powstałej w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, jak i z tytułu niezdolności do pracy powstałej po ustaniu tytułu ubezpieczenia nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego m. in. wówczas, gdy osoba niezdolna do pracy kontynuuje działalność zarobkową lub podjęła działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającą prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby (art. 13 ust. 1 pkt 2). Jeśli zatem okres pobierania zasiłku macierzyńskiego traktować na równi z tytułem ubezpieczenia, to uznać trzeba przy kontynuowaniu działalności po jego zakończeniu, iż niezgłoszenie się do ubezpieczenia chorobowego wyłącza prawo do zasiłku chorobowego z tytułu trwającej niezdolności do pracy. Kontynuowanie albo podjęcie działalności zarobkowej, o jakim mowa w art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej, należy rozumieć, zdaniem sądu, nie jako faktyczne, osobiste wykonywanie czynności składających się na działalność zarobkową, ale jako samo istnienie określonej działalności – stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, działalności pozarolniczej etc. Przeciwnie przyjęcie tj. uznanie, iż chodzi o faktyczne wykonywanie przez występującego o zasiłek czynności zarobkowych – pracy, klóciłoby się z ideą racjonalnego prawodawcy. Gdyby bowiem jedynie faktyczne wykonywanie czynności zarobkowych miało wykluczać prawo do zasiłku chorobowego po ustaniu innego tytułu ubezpieczenia umieszczenie regulacji art. 13 ust. 1 pkt 2 w ustawie zasiłkowej byłoby zbyt ciężkie. Brak prawa do zasiłku chorobowego wynika bowiem w takiej sytuacji z art. 17 ust. 1 tej ustawy. Zgodnie z wymienionym przepisem ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres tego zwolnienia. Z art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej wynika, iż każdy, kto wykonuje pracę korzystając ze zwolnienia lekarskiego, a zatem i ten, który posiada tytuł ubezpieczenia i ten, którego tytuł ustał, traci prawo do zasiłku chorobowego. Tutejszemu sądowi znany jest wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2013r. I UK 19/13, Lex nr 1413492, w którym wyrażono pogląd, iż użycie w art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej pojęcia „ubezpieczony” wskazuje, iż przepis ten odnosi się jedynie do zasiłku chorobowego wypłacanego w czasie podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, a nie po jego ustaniu. Poglądu tego Sąd Rejonowy jednak nie podziela. Rzeczywiście wykładnia językowa przemawiałaby za takim przyjęciem, jej zastosowanie prowadziłoby jednak do niemożliwych do zaakceptowania skutków. Powodowałoby bowiem nieuzasadnione uprzywilejowanie osób po ustaniu tytułu ubezpieczenia (a zatem w istocie podlegających już ochronie tylko w ramach wyjątku) polegające na możliwości podejmowania czynności sprzecznych z istotą zwolnienia lekarskiego bez żadnych negatywnych konsekwencji. Podkreślenia wymaga, iż posługujący się zwrotem „ubezpieczony” art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej nie wyłącza prawa do zasiłku chorobowego tylko w przypadku

wykonywania pracy zarobkowej, ale także w przypadku wykorzystywania zwolnienia niezgodnie z jego celem. Podobnej regulacji nie ma w art. 13 ust. 1 ustawy zasiłkowej, co przy podzieleniu stanowiska Sądu Najwyższego oznaczałoby, iż osoby po ustaniu zatrudnienia mogą bez żadnych konsekwencji wykorzystywać zwolnienie lekarskie niezgodnie z jego celem. Podobnie rzecz ma się w przypadku art. 15 ust. 1 ustawy zasiłkowej przewidującego brak zasiłku w razie spowodowania niezdolności do pracy w wyniku umyślnego przestępstwa czy wykroczenia popełnionego przez ubezpieczonego czy art. 16 tej ustawy przewidującego brak prawa do zasiłku przez pierwszych 5 dni niezdolności do pracy spowodowanej nadużyciem alkoholu. Również w tych przepisach ustawodawca posługuje się zwrotem „ubezpieczony”, a nie np. „osoba występująca o zasiłek”, a podobnej regulacji nie zawiera art. 13 ust. 1 ustawy zasiłkowej. Podobnie rzecz ma się z art. 65 ust. 2 ustawy zasiłkowej dotyczącym przejścia uprawnień do zasiłku w razie śmierci ubezpieczonego, art. 66 ust. 2 dotyczącym świadczeń nienależnie pobranych, art. 68 ust. 1 dotyczącym kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich, art. 70 przewidującym regres organu rentowego wobec osoby, która spowodowała niezdolność ubezpieczonego do pracy. Nie sposób przyjąć, by wszystkie wymienione przepisy nie znajdowały zastosowania w sytuacji, gdy do zasiłku jest uprawniona lub występuje o niego osoba po ustaniu tytułu ubezpieczenia. Uznać raczej należy, iż dotyczą one wszystkich spełniających przesłanki ustawowe do zasiłku chorobowego. Przyjęcie, iż określenie „ubezpieczony” zawarte w ustawie zasiłkowej dotyczy wyłącznie osoby w okresie podlegania ubezpieczeniu oznaczałoby, iż ustawa ta w ogóle nie reguluje (poza określeniem negatywnych przesłanek w art. 13) uprawnienia do zasiłku chorobowego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia osób, które stały się niezdolnymi do pracy po ustaniu tego tytułu. Powoływany wcześniej art. 6 ust. 1 tej ustawy przewiduje bowiem prawo do zasiłku chorobowego dla ubezpieczonego, który stał się niezdolny do pracy w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Art. 8 tej ustawy odnosi się natomiast do prawa do zasiłku chorobowego osoby, która stała się niezdolna do pracy już po ustaniu tytułu ubezpieczenia. Żaden przepis nie przewiduje natomiast odrębnie prawa do zasiłku dla osoby, która utraciła status ubezpieczonego w toku niezdolności do pracy uprawniającej ją jeszcze w okresie zatrudnienia do zasiłku chorobowego. (art. 8 dotyczy wyłącznie okresu pobierania świadczenia a nie statusu pobierającego je). Prawo takiej osoby wywodzi się z art. 6 ust. 1 ustawy, choć ten posługuje się sformułowaniem „ubezpieczony”, a zatem, przy zastosowaniu wyłącznie reguł wykładni językowej dotyczy osoby podlegającej ubezpieczeniu chorobowemu, a tym samym tylko prawa do świadczenia w okresie ubezpieczenia. Mając na uwadze wszystko powyższe uznać należało, iż art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej odnosi się również do uprawnionych do zasiłku chorobowego po ustaniu tytułu ubezpieczenia.

Skoro ustawodawca wprowadził w ustawie zasiłkowej odrębną regulację jak w art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy, chciał dodatkowo wykluczyć prawo do świadczeń po ustaniu tytułu ubezpieczenia innych jeszcze osób niż faktycznie (osobiście) podejmujące czynności zawodowe. Tym samym przyjęć należy, iż w przepisie tym chodzi o utratę prawa do świadczeń przez osoby, które nawet jeśli nie wykonują czynności zarobkowych faktycznie, to formalnie prowadzą określoną działalność zarobkową np. pozostają w zatrudnieniu, mają jak A. K. zarejestrowaną i niezawieszoną działalność gospodarczą etc. Za takim przyjęciem przemawiają też: użycie w wymienionym przepisie nie zwrotu „wykonuje” jak w art. 17 ust. 1 ustawy, a „podejmuje”, „kontynuuje” i cel wprowadzenia tego przepisu. Prawo do zasiłku chorobowego po ustaniu tytułu ubezpieczenia to rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej przysługującej co do zasady osobom ubezpieczonym. Zasiłek chorobowy ma rekompensować okresowy brak dochodu osobie czasowo - bez swojej winy – z uwagi na stan zdrowia pozbawionej możliwości zarobkowania. Osoba nie posiadająca tytułu ubezpieczenia takiego stałego dochodu nie osiąga, jej sytuacja finansowa w czasie choroby nie ulega zatem pogorszeniu. Jeśli jednak niezdolność do pracy pojawia się bezpośrednio po ustaniu tytułu ubezpieczenia, gdy osoba chora nie miała jeszcze realnych możliwości uzyskać nowego tytułu ubezpieczenia, ustawodawca przewiduje zapewnienie jej środków utrzymania w postaci zasiłku chorobowego. Brak podstaw do rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej na osoby, które osiągają dochód z innych źródeł stałych (emerytura, renta z tytułu niezdolności do pracy, zasiłek dla bezrobotnych etc) albo które mogą otrzymać zasiłek chorobowy z innego istniejącego tytułu ubezpieczenia, ewentualnie mogłyby go uzyskać gdyby z tego tytułu przystąpiły do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, czego z własnej woli nie uczyniły.

Reasumując, sam fakt kontynuowania działalności pozarolniczej niezależnie od tego, czy ubezpieczona osobiście wykonywała w jej ramach czynności zarobkowe czy też ich nie podejmowała w związku z niezdolnością do

pracy, oznacza, że po zasiłku macierzyńskim traktowanym na równi z tytułem ubezpieczenia niezgłoszenie się do ubezpieczenia chorobowego z tytułu działalności wyklucza prawo do zasiłku chorobowego w przypadku niezdolności do pracy.

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. Niezgłoszenie się do ubezpieczeń wynikało nie z zaniedbania samej ubezpieczonej, a prowadzącej jej sprawy osoby, przy czym zaniedbanie to w pewnym zakresie (dot. tylko niezłożenia osobiście przez księgową dokumentu) usprawiedliwione było okolicznościami.

Sygn. akt IX U 116/18

ZARZĄDZENIE

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