

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 16 sierpnia 2018r. znak (...), nr sprawy (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. odmówił A. K. prawa do zasiłku chorobowego za okres 20 lipca 2018r. – 21 sierpnia 2018r. wskazując, iż adresatka decyzji nie podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, jako że nie zgłosiła się do niego w przepisany terminie po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego. (decyzja – k. 5 pliku aktu organu rozpoczynającego się kartą przeglądową, zwanego dalej aktami zasiłkowymi)

A. K. wniosła odwołania od wymienionej decyzji wskazując, iż po uzyskaniu zasiłku macierzyńskiego nie dokonała wyrejestrowania z ubezpieczenia chorobowego ani zgłoszenia wyłącznie do ubezpieczenia zdrowotnego. Ostatnie zgłoszenie do ubezpieczeń pochodziło z 20 grudnia 2016r. i obejmowało ubezpieczenie chorobowe. Z uwagi na ciągłość ubezpieczeń i brak informacji organu o ewentualnym wyrejestrowaniu nie składała dodatkowych dokumentów zgłoszeniowych, te bowiem powodują bałagan w systemie Płatnik mogący skutkować mylnymi wyrejestrowaniami na koncie ubezpieczonego. (k. 3)

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania oraz o zasądzenie na jego rzecz od ubezpieczonej kosztów procesu wskazując, iż w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego A. K. podlegała jedynie ubezpieczeniu zdrowotnemu, zatem dla objęcia jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym konieczne było zgłoszenie do tego ubezpieczenia, te zaś zostało dokonane dopiero w dniu 3 września 2018r. (k. 5)

W toku postępowania ubezpieczona również wystąpiła z wnioskiem o zasądzenie na jej rzecz od przeciwnika kosztów procesu. (k.29 – 30)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny.

A. K. prowadzi od 16 kwietnia 2015r. indywidualną działalność pozarolniczą.

Z tego tytułu podlegała ubezpieczeniom społecznym, w tym od 1 czerwca 2015r. ponownie po miesięcznej przerwie dobrowolnie chorobowemu.

Niesporne, nadto zgłoszenie (...) k. 17, 19, 21, zgłoszenie (...) k. 16, wyrejestrowanie (...) k. 20

Ubezpieczona po ponownym zgłoszeniu opłacała składki na ubezpieczenie społeczne od podstawy wymiaru w wysokości 9.000 zł.

Dowód: karta zasiłkowa – k. 8 i nast. akt zasiłkowych

Od dnia 14 września 2015r. A. K. korzystała z zasiłku chorobowego, a bezpośrednio po nim, od 21 grudnia 2015r. do 18 grudnia 2016r. z zasiłku macierzyńskiego w związku z urodzeniem dziecka.

Od 19 grudnia 2016r. ubezpieczona pobierała zasiłek chorobowy, a bezpośrednio po nim – w okresie 21 lipca 2017r. – 19 lipca 2018r. warunkowany narodzinami następnego dziecka zasiłek macierzyński.

Niesporne, nadto karta zasiłkowa – k. 8 i nast. akt zasiłkowych, wnioski o zasiłek macierzyński i akty urodzenia dzieci w dwóch pozostałych plikach aktu organu

W dniu 18 lipca 2018r. A. K. otrzymała zaświadczenie o niezdolności do pracy obejmujące okres 19 lipca 2018r. – 21 sierpnia 2018r.

Warunkowane było ono kolejną ciążą.

Niesporne, nadto zaświadczenie (...) k. 3 akt zasiłkowych, karta informacyjna – k. 32 - 33

W związku z nabyciem po raz pierwszy prawa do zasiłku macierzyńskiego A. K. dokonała w styczniu 2016r. wyrejestrowania z ubezpieczeń społecznych od 21 grudnia 2015r. przystępując od tej daty wyłącznie do ubezpieczenia zdrowotnego.

W dniu 20 grudnia 2016r. ubezpieczona wyrejestrowała się z ubezpieczenia zdrowotnego i przystąpiła od tej daty zarówno do niego jak i do ubezpieczeń społecznych, w tym chorobowego.

Dowód: dokumentacja zgłoszeniowa (...), (...), (...) – k. 22 – 25, zeznania świadka A. J. (1) w dniu 17 stycznia 2019r. (skrótowy zapis zeznań k. 41v)

W podobny sposób nie postąpiła przy kolejnym zasiłku macierzyńskim.

Niesporne

Brak wyrejestrowania z ubezpieczeń społecznych i zgłoszenia do zdrowotnego przy rozpoczęciu korzystania z zasiłku macierzyńskiego od 21 lipca 2017r. warunkowany był przeoczeniem pracownika bura rachunkowego, z którego usług korzystała ubezpieczona.

Gdy w związku z końcem okresu pobierania zasiłku zostało przygotowane przez to biuro nowe zgłoszenie A. K. do ubezpieczeń społecznych stwierdzono brak wyrejestrowania. System (...) pokazywał, że ubezpieczona podlega nadal ubezpieczeniom społecznym. Dla przesłania zgłoszenia drogą elektroniczną konieczne byłoby uprzednie wyrejestrowanie z ubezpieczeń wstecz. Czynność ta dla przetworzenia przez system winna była być dokonana dzień przed zgłoszeniem.

Pracownik biura rachunkowego zaniechał złożenia dokumentów (...) i (...), aby nie doszło do uchybieniu terminowi do złożenia tego ostatniego, a nadto dlatego, że uznał to za zbyteczne, gdy z systemu wynikało podleganie klientki ubezpieczeniom społecznym.

Dowód: zeznania świadka A. J. (1) w dniu 17 stycznia 2019r. (skrótowy zapis zeznań k. 41v)

Ostatecznie zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych, w tym chorobowego ze wskazaniem jako dnia początkowego 20 lipca 2018r. zostało złożone przez ubezpieczoną w organie rentowym w dniu 3 września 2018r.

Niesporne, nadto zgłoszenie (...) k. 26

Sąd Rejonowy zważył, co następuje.

Odwołanie okazało się nieuzasadnione.

Stan faktyczny w niniejszej sprawie w znacznej części leżący poza sporem ustalony został w oparciu o zgromadzone dokumenty, których rzetelność i autentyczność nie były kwestionowane oraz zeznania świadka A. J. (2) prowadzącego biuro rachunkowe zajmujące się obsługą ubezpieczonej. Te ostatnie korespondowały po części ze złożonymi przez organ dokumentami, w tym zaś zakresie, którego nie objęły dokumenty, nie nasuwały wątpliwości.

Na gruncie dokonanych ustaleń podzielić należało stanowisko organu o niepodleganiu przez A. k. ubezpieczeniu chorobowemu w okresie objętym decyzją.

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. 2017.1368), 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 ubezpieczeniom: emerytalnemu, 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 bowiem 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. 1c 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 wyprowadzić wniosków dotyczących przebiegu ubezpieczeń. Z treści art. 9 ust. 1c 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 kolejnego zasiłku macierzyńskiego t.j. z dniem 21 lipca 2017r. ustał tytuł do podlegania przez nią ubezpieczeniu chorobowemu. Prowadzona działalność z uwagi na możliwe wyłączenie dobrowolne podleganie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym 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. ustało z dniem 21 lipca 2017r., dla ponownego podleganiu temu ubezpieczeniu z tytułu prowadzonej działalności pozarolniczej po ustaniu zbiegu tytułów ubezpieczeń emerytalnego i rentowych (zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego) 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 20 lipca 2018r. aż do daty złożenia (...) tj. do 3 września 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. Przeciwnie zliberalizowanemu (nie znajdującemu dostatecznego oparcia w przepisach) podejściu do kwestii wymogu ponownego zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego przemawia okoliczność, iż świadczenia z tego ubezpieczenia są 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 opłacania składek (ma to zresztą miejsce w sprawie niniejszej, gdyż po niespełna pięciu miesiącach opłacania składek, a trzech składki na ubezpieczenie chorobowe ubezpieczona nieomal trzy lata pobierała świadczenia i dochodzi ich za dalszy okres). Pamiętać należy, iż z jednej strony opłacającym składki za siebie przedsiębiorcom stawiane są liczne wymogi formalne, z drugiej jednak mogą oni 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 często nie rekompensujących utraconych dochodów, a istotnie je przewyższających. Z

możliwości tej, przed stosunkowo niedawną zmianą przepisów dotyczących liczenia podstaw zasiłków z ubezpieczenia chorobowego, korzystały będące w ciąży kobiety 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. Wynikające z systemu informatycznego ZUS podleganie A. K. po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego ubezpieczeniom społecznym warunkowane było zaniechaniem złożenia odpowiednich dokumentów przez biuro, gdy ubezpieczona rozpoczęła korzystanie z zasiłku macierzyńskiego. Niezłożenie tych dokumentów w odpowiednim czasie nie miało wpływu na bieg ubezpieczenia chorobowego, które ustało w związku ze zbiegiem tytułów ubezpieczeń, co już przedstawiano. Wskazywana przez świadka konieczność jednodniowego odstępu w składaniu wyrejestrowania i ponownego zgłoszenia do ubezpieczeń nie powinna być przeszkodą do uzupełnienia dokumentacji, skoro od ostatniego dnia pobierania zasiłku było 7 dni na dokonanie ponownego zgłoszenia zgodnie z art. 36 ust. 4 ustawy systemowej. Gdyby nawet zaniechanie odkryto w ostatnim dniu na dokonanie zgłoszenia ze skutkiem od 20 lipca 2018r., możliwe było jeszcze złożenie dokumentów nie w drodze elektronicznej, a w formie pisemnej (bezpośrednio w organie lub pocztą), przy którym nie zachodziła dla prawidłowego przetworzenia konieczność zachowania czasowego odstępu.

Bez znaczenia pozostaje niezwrócenie ubezpieczonej przez organ rentowy uwagi na konieczność złożenia dokumentów wyrejestrowujących z ubezpieczeń na okres zasiłku macierzyńskiego. 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. Dokumentacją ubezpieczonej związaną z podleganiem ubezpieczeniom społecznym zajmował się profesjonalny podmiot, który powinien mieć wiedzę w zakresie kwestii związanych ze zbiegiem tytułów ubezpieczeń i związanych z tym konsekwencjami.

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 przysługują 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 posiadaniem tytułu ubezpieczenia chorobowego, 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 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 zbyteczne. 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 (...), 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 prowadziło by 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 czynności takie podejmując. 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. Pojęciem ubezpieczonego ustawodawca posługuje się też w 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 przyjąć 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 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 na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c., zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu), do których zalicza się wynagrodzenie zawodowego pełnomocnika nie wyższe niż stawki opłat określone w odrębnych przepisach. Zasądzona na rzecz organu kwota odpowiada minimalnej stawce wynagrodzenia zawodowego pełnomocnika określonej w § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t.j. Dz.U. 2018.265)

Sygn. akt IX U 479/18

ZARZĄDZENIE

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