Experto Pro Bono
Fundacja rozwoju świadomości obywatelskiej



PRAWO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Poradnik prawny z cyklu
"Poznaj swoje prawa".

PORADNIK
Z ZAKRESU PODSTAW PRAWA

Niniejszy poradnik został przygotowany w ramach zadania publicznego w zakresie prowadzenia w 2022 roku punktów nieodpłatnej pomocy prawnej i nieodpłatnego poradnictwa obywatelskiego na terenie powiatu siedleckiego we współpracy z **Fundacją Rozwoju Świadomości Obywatelskiej Experto Pro Bono** finansowanego z budżetu państwa realizowanego przez **Powiat Siedlecki.**

MINISTERSTWO SPRAWIEDLIWOŚCI
www.ms.gov.pl

POWIAT SIEDLECKI
Starostwo Powiatowe w Siedlcach
Powiat Siedlecki

SPIS TREŚCI:

I. 500+ DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ – ZASADY PRZYZNANIA……1 - 4

II. UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE, A OSOBY PRACUJĄCE ZA GRANICĄ……5 - 9

III. ZASADY PODLEGANIA UBEZPIECZENIOM SPOŁECZNYM I UBEZPIECZENIU ZDROWOTNEMU OSÓB PRZEBYWAJĄCYCH NA URLOPIE WYCHOWAWCZYM LUB POBIERAJĄCYM ZASIŁEK MACIERZYŃSKI……9 - 12

I. 500+ DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ – ZASADY PRZYZNAWANIA

500 + dla osób niepełnosprawnych to potoczna nazwa świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, którego celem jest dodatkowe wsparcie dochodowe dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

1. KTO JEST UPRAWNIONY ?

Zgodnie z Ustawą z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1936 z późn. zm.) (dalej: „Ustawa"), świadczenie uzupełniające przysługuje osobom:

- zamieszkującym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli są oni obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej lub posiadającymi prawo pobytu lub prawo stałego pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej, państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, lub cudzoziemcami legalnie przebywającymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- ukończyły 18 lat,
- których niezdolność do samodzielnej egzystencji została stwierdzona:

a) orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji albo
b) orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo
c) orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo
d) orzeczeniem o całkowitej niezdolności do służby i niezdolności do samodzielnej egzystencji.

- które nie posiadają prawa do świadczeń pieniężnych finansowanych ze środków publicznych albo suma tych świadczeń o charakterze innym niż jednorazowe, wraz z kwotą wypłacaną przez zagraniczne instytucje właściwe do spraw emerytalno-rentowych, z wyłączeniem renty rodzinnej przyznanej w okolicznościach, o których mowa w art. 68 ust. 1 pkt 3 *ustawy* z *dnia* 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 291 z późn. zm.), zasiłku pielęgnacyjnego oraz innych dodatków i świadczeń wypłacanych wraz z tymi świadczeniami na podstawie odrębnych przepisów przed dokonaniem odliczeń, potrąceń i zmniejszeń, nie przekracza kwoty 1750 zł miesięcznie.

Wszystkie powyższe kryteria powinny zostać spełnione **łącznie**. Co istotne, świadczenie uzupełniające nie przysługuje osobie uprawnionej, która jest tymczasowo aresztowana lub odbywa karę pozbawienia wolności, z wyjątkiem osoby uprawnionej, która odbywa karę pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego.

2. CO NALEŻY ZROBIĆ, ABY UZYSKAĆ ŚWIADCZENIE ?

W celu ustalenia prawa do świadczenia uzupełniającego, osoba uprawiona (spełniająca kryteria wskazane powyżej), składa wniosek do organu wypłacającego świadczenie emerytalno-rentowe albo rentę socjalną, a w przypadku pozostałych osób uprawnionych - do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Druki wniosków udostępnione są w siedzibie organu właściwego lub na jego stronie internetowej. Wniosek taki może zostać złożony zarówno w formie papierowej jak i elektronicznej.

Wniosek taki zawiera: dane osoby uprawnionej (imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL albo, jeżeli nie nadano tego numeru, serię i numer dowodu osobistego lub numer paszportu, adres miejsca zamieszkania, adres miejsca pobytu lub ostatniego miejsca zamieszkania - w przypadku osoby

nieposiadającej adresu miejsca zamieszkania, adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania), inne informacje, niezbędne do ustalenia prawa do świadczenia uzupełniającego, wskazanie sposobu wypłaty świadczenia wraz z podaniem danych niezbędnych do jego wypłaty, podpis wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego albo pełnomocnika.

Do wniosku należy załączyć:

1) orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji albo orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo orzeczenie o całkowitej niezdolności do służby i niezdolności do samodzielnej egzystencji, (o ile takie orzeczenie nie jest już w posiadaniu organu właściwego)
2) w przypadku osób uprawnionych do emerytury i renty zagranicznej lub innego świadczenia zagranicznego o podobnym charakterze - dokument potwierdzający prawo do tych świadczeń i ich wysokość, wystawiony przez zagraniczną instytucję właściwą do spraw emerytalno-rentowych;

Wniosek może zostać złożony przez zarówno przez osobę uprawnioną, jak i jej przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika na podstawie stosownego pełnomocnictwa.

3. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UZUPEŁNIAJĄCEGO

Świadczenie uzupełniające przysługuje osobie uprawnionej w wysokości nie wyższej niż 500 zł miesięcznie, przy czym łączna kwota świadczenia uzupełniającego i innych świadczeń pieniężnych finansowanych ze środków publicznych, nie może przekroczyć kwoty 1.750 zł miesięcznie.

Oznacza to, że świadczenie uzupełniające stanowi różnicę między kwotą 1750 zł i łączną kwotą innych przysługujących świadczeń pieniężnych, przy czym świadczenie uzupełniające nie może być wyższe niż 500 zł, np.:

- jeśli zainteresowany nie ma ustalonego prawa do emerytury lub innego świadczenia pieniężnego finansowanego ze środków publicznych; a gdy ma takie świadczenia to ich łączna kwota nie przekracza 1250 zł, świadczenie uzupełniające przysługiwać będzie w wysokości 500 zł,
- jeżeli zainteresowany jest uprawniony do emerytury lub innego świadczenia finansowanego ze środków publicznych, których łączna kwota wynosi 1400 zł, to wysokość świadczenia uzupełniającego będzie wynosić 350 zł, jako różnica między kwotą 1750 zł i sumą tych świadczeń.

Należy pamiętać, że w razie przyznania, ustania lub ponownego obliczenia wysokości świadczeń pieniężnych finansowanych ze środków publicznych, świadczenie uzupełniające podlega ponownemu obliczeniu z urzędu, w taki sposób, aby łączna kwota świadczeń wraz ze świadczeniem uzupełniającym, nie przekroczyła kwoty 1750 zł miesięcznie.

4. TERMIN I ROZPATRZENIE WNIOSKU O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA UZUPEŁNIAJĄCEGO

Zgodnie z art. 3 ust. 4 Ustawy, ustalenie prawa do świadczenia uzupełniającego następuje w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji.

Przyznanie prawa do świadczenia uzupełniającego, odmowa prawa do świadczenia uzupełniającego, zmiana wysokości świadczenia uzupełniającego oraz stwierdzenie ustania prawa do świadczenia uzupełniającego następuje w drodze decyzji.

Decyzje wydaje i wypłaca świadczenie właściwy organ. Decyzje w sprawie świadczenia uzupełniającego, sporządzone z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego, mogą zamiast podpisu zawierać nadruk imienia i nazwiska wraz ze stanowiskiem służbowym osoby upoważnionej do ich wydania.

5. OD KIEDY PRZYSŁUGUJE ŚWIADCZENIE UZUPEŁNIAJĄCE ?

Świadczenie uzupełniające przysługuje od miesiąca, w którym zostały spełnione warunki wymagane do jego przyznania, nie wcześniej niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek o to świadczenie.

6. NIENALEŻNIE POBRANE ŚWIADCZENIE UZUPEŁNIAJĄCE

Osoba, która pobrała nienależnie świadczenie uzupełniające, jest obowiązana do jego zwrotu. Za takie uważa się świadczenie:
1) wypłacone mimo ustania okoliczności będących podstawą jego przyznania, jeżeli osoba pobierająca to świadczenie była pouczona o braku prawa do jego pobierania;
2) wypłacone mimo zmiany okoliczności będących podstawą do ustalenia jego wysokości, jeżeli osoba pobierająca to świadczenie była pouczona o okolicznościach mających wpływ na zmianę wysokości świadczenia;
3) przyznane lub wypłacone na podstawie fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd przez osobę pobierającą świadczenie;
4) przyznane na podstawie decyzji, której nieważność następnie stwierdzono, albo przyznane na podstawie decyzji, która została następnie uchylona w wyniku wznowienia postępowania, i osobie odmówiono prawa do świadczenia;
5) wypłacone osobie innej niż osoba, która została wskazana w decyzji przyznającej świadczenie, z przyczyn niezależnych od organu właściwego.

Od kwot nienależnie pobranego świadczenia uzupełniającego, naliczane są odsetki ustawowe za opóźnienie w wysokości i na zasadach określonych przepisami prawa cywilnego.
Należności z tytułu nienależnie pobranego świadczenia uzupełniającego ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat, licząc od dnia, w którym decyzja o ustaleniu i zwrocie nienależnie pobranego świadczenia stała się prawomocna.

Co istotne, nie można żądać zwrotu kwot nienależnie pobranego świadczenia uzupełniającego za okres dłuższy niż 12 miesięcy, jeżeli osoba pobierająca świadczenie zawiadomiła organ właściwy o zajściu okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczenia lub zmianę jego wysokości, a mimo to świadczenie było jej nadal wypłacane, w pozostałych przypadkach - za okres dłuższy niż 3 lata.

7. ODWOŁANIE OD DECYZJI

Od decyzji w sprawie świadczenia uzupełniającego przysługuje prawo do odwołania do sądu okręgowego – sądu pracy i ubezpieczeń społecznych – właściwego ze względu na miejsce zamieszkania, w terminie miesiąca od daty otrzymania decyzji, za pośrednictwem organu, który wydał decyzje.
Odwołanie można sporządzić samodzielnie na piśmie lub zgłosić ustnie do protokołu w placówce organu wydającego decyzję. W przypadku nie złożenia odwołania w wyznaczonym terminie, decyzja stanie się prawomocna. Złożenie odwołania jest wolne od opłat.
Organ właściwy przekazuje niezwłocznie odwołanie wraz z aktami sprawy do sądu. Jeżeli natomiast organ uzna odwołanie w całości za słuszne, może zmienić lub uchylić zaskarżoną decyzję lub orzeczenie. W tym przypadku odwołaniu nie nadaje się dalszego biegu.
Jeżeli w odwołaniu od decyzji organu wskazano nowe okoliczności dotyczące niezdolności do samodzielnej egzystencji, które powstały po dniu wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, od którego nie wniesiono sprzeciwu, lub orzeczenia komisji lekarskiej

Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, organ nie przekazuje odwołania do sądu, lecz kieruje do lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do ponownego rozpatrzenia.
Organ uchyla decyzję, rozpatruje nowe okoliczności i wydaje decyzję, od której przysługuje ponownie odwołanie do sądu.

Co ważne, sąd odrzuci odwołanie:

- wniesione po upływie terminu, chyba że przekroczenie terminu nie jest nadmierne i nastąpiło z przyczyn niezależnych od odwołującego się.
- w sprawie o świadczenie z ubezpieczeń społecznych, do którego prawo jest uzależnione od stwierdzenia niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji albo stwierdzenia stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli podstawę do wydania decyzji stanowi orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a osoba zainteresowana nie wniosła sprzeciwu od tego orzeczenia do komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i odwołanie jest oparte wyłącznie na zarzutach dotyczących tego orzeczenia. Jeżeli odwołanie opiera się także na zarzucie nierozpatrzenia wniesionego po terminie sprzeciwu od tego orzeczenia, a wniesienie sprzeciwu po terminie nastąpiło z przyczyn niezależnych od osoby zainteresowanej, sąd uchyla decyzję, przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania organowi rentowemu i umarza postępowanie. W takim przypadku organ rentowy kieruje sprzeciw do rozpatrzenia do komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

8. WAŻNE

- samo orzeczenie o niepełnosprawności, nawet w znacznym stopniu, nie jest dokumentem równoważnym z orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji;
- na równi z posiadaniem orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji należy traktować prawomocny wyrok sądu przyznający dodatek pielęgnacyjny, wydany na skutek złożenia odwołania od decyzji odmawiającej przyznania tego dodatku. W razie posiadania takiego wyroku należy dołączyć ten wyrok do wniosku o świadczenie uzupełniające;
- sam termin "niezdolność do samodzielnej egzystencji oznacza spowodowaną naruszeniem sprawności organizmu konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy drugiej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Pojęcie to ma zatem szeroki zakres przedmiotowy. Trzeba przy tym odróżnić opiekę oznaczającą pielęgnację, czyli zapewnienie ubezpieczonemu możliwości poruszania się, odżywiania, zaspokajania potrzeb fizjologicznych, utrzymywania higieny osobistej itp. od pomocy w załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego, takich jak robienie zakupów, uiszczanie opłat, składanie wizyt u lekarza. Wszystkie powyższe czynniki łącznie wyczerpują treść terminu "niezdolność do samodzielnej egzystencji (Wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 21 kwietnia 2016 r., sygn. III AUa 632/15);
- ze świadczenia uzupełniającego nie dokonuje się potrąceń i egzekucji;
- kwoty świadczenia uzupełniającego nie wlicza się do dochodu, od którego ustala się np. prawo do dodatku mieszkaniowego, świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej, opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej przez małżonka, wstępnych i zstępnych osoby uprawnionej do świadczenia, do dochodu ustalanego na potrzeby ustawy o niektórych formach popierania budownictwa mieszkaniowego oraz ustawy o pomocy państwa w spłacie niektórych kredytów mieszkaniowych, udzielaniu premii gwarancyjnych oraz refundacji bankom wypłaconych premii gwarancyjnych.
- świadczenie uzupełniające jest uwzględniane jako dochód przy ustalaniu świadczeń niepieniężnych z pomocy społecznej.

II. UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE, A OSOBY PRACUJĄCE ZA GRANICĄ

W obecnych czasach, praca za granicą nie jest rzadkim zjawiskiem, jednak nieustannie niesie za sobą szereg pytań dotyczących m.in. podleganiu ubezpieczeniom społecznym, pobierania świadczeń itd. Na potrzeby niniejszego opracowania, za pracę za granicą, przyjmiemy pracę na terytorium Unii Europejskiej, państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego (Norwegia, Islandia i Liechtenstein) oraz Szwajcarii (dalej: „Państwa Członkowskie").
Każde państwo członkowskie może wprowadzać własne zasady ubezpieczenia społecznego, w tym decydować chociażby o tym kto jest objęty ubezpieczeniem, czy i w jaki sposób wypłacane są środki z ubezpieczenia.

Wprowadzono jednak przepisy unijne, mające na celu koordynację w zakresie zabezpieczenia społecznego, które wpisują się w ramy swobodnego przepływu osób oraz powinny z tego tytułu przyczyniać się do podniesienia poziomu życia tych osób i warunków zatrudnienia tj. m. in.:
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. U. UE. L. z 2004 r. Nr 166, str. 1 z późn. zm.) (dalej: „Rozporządzenie");
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. U. UE. L. z 2009 r. Nr 284, str. 1 z późn. zm.).

Rozporządzenia te stosuje się do obywateli Państwa Członkowskiego, bezpaństwowców i uchodźców mieszkających w Państwie Członkowskim, którzy podlegają lub podlegali ustawodawstwu jednego lub kilku Państw Członkowskich oraz do członków ich rodzin i osób pozostałych przy życiu. Ponadto rozporządzenia stosuje się do osób pozostałych przy życiu po osobach zmarłych, które podlegały ustawodawstwu jednego lub kilku Państw Członkowskich, niezależnie od obywatelstwa tych osób, o ile pozostali przy życiu są obywatelami jednego z Państw Członkowskich lub bezpaństwowcami, lub uchodźcami, zamieszkującymi na terytorium jednego z Państw Członkowskich.

Zgodnie z Ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 423 z późn. zm.) (dalej: „Ustawa") ubezpieczenia społeczne obejmują:
1) ubezpieczenie emerytalne;
2) ubezpieczenia rentowe;
3) ubezpieczenie w razie choroby i macierzyństwa, zwane dalej "ubezpieczeniem chorobowym";
4) ubezpieczenie z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, zwane dalej "ubezpieczeniem wypadkowym".

Obowiązkowo ubezpieczeniom **emerytalnemu i rentowym** podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są np.:
- pracownikami (pozostającymi w stosunku pracy), z wyłączeniem prokuratorów;
- osobami wykonującymi pracę nakładczą;
- osobami wykonującymi pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, zwanymi dalej "zleceniobiorcami" oraz osobami z nimi współpracującymi,
- osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność oraz osobami z nimi współpracującymi;
- osobami pobierającymi zasiłek dla bezrobotnych, świadczenie integracyjne lub stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych, na które zostały skierowane przez powiatowy urząd pracy;
- duchownymi;

- osobami przebywającymi na urlopach wychowawczych lub pobierającymi zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego;

Obowiązkowo ubezpieczeniu **chorobowemu** podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są
- pracownikami, z wyłączeniem prokuratorów;
- członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych,
- osobami odbywającymi służbę zastępczą;

Ubezpieczeniu **wypadkowemu** obowiązkowo podlegają osoby podlegające ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, poza osobami bezrobotnymi pobierającymi zasiłek dla bezrobotnych lub świadczenie integracyjne, posłowie do Parlamentu Europejskiego.

Jeśli ktoś nie jest obowiązkowo objęty danym rodzajem ubezpieczenia, ma prawo do dobrowolnego objęcia powyższymi ubezpieczeniami.
Z perspektywy pracownika wykonującego swoją pracę za granicą istotne jest to, że jeśli praca wykonywana jest na terenie kilku Państw Członkowskich, to pracownik taki może być w tym samym czasie objęty ubezpieczeniem społecznym tylko w jednym państwie.
Wyżej wskazane Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady, koordynując systemy zabezpieczenia społecznego, wprowadziły m.in. następujące zasady:
1. zasada równego traktowania,
2. zasada jedności stosowanego ustawodawstwa,
3. zasada zachowania praw nabytych,
4. zasada sumowania okresów ubezpieczenia,
5. zakaz kumulacji świadczeń.

1. ZASADA RÓWNEGO TRAKTOWANIA

Osoby korzystają z tych samych świadczeń i podlegają tym samym obowiązkom na mocy ustawodawstwa każdego Państwa Członkowskiego, co jego obywatele.
Powyższe potwierdził również Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 14 kwietnia 2011 r., sygn. III AUa 343/10, wskazując, że pracownik migrujący ma takie same obowiązki i prawa w zakresie podlegania ubezpieczeniom społecznym jak obywatele Państwa do którego migrował. Pracownik ten zatem korzysta z identycznych praw, jakie przysługują obywatelom danego państwa, np. objęty jest ubezpieczeniem na wypadek takiego samego ryzyka ubezpieczeniowego, a prawo do świadczeń uzyskuje po spełnieniu takich samych warunków, jakie muszą spełniać obywatele tego państwa.

W tym miejscu podkreślić również należy, że zasada równości, jak i pozostający z nią w bezpośrednim związku zakaz dyskryminacji, stanowią jedne z podstawowych zasad funkcjonowania Unii Europejskiej. Wynika to wprost z regulacji Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Swoboda przepływu pracowników obejmuje zniesienie wszelkiej dyskryminacji ze względu na przynależność państwową między pracownikami państw członkowskich w zakresie zatrudnienia, wynagrodzenia i innych warunków pracy. Regulacja ta jest skonkretyzowanym wyrazem zakazu dyskryminacji ze względu na przynależność państwową (K. Ślebzak [w:] *Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego. Komentarz*, Warszawa 2012, art. 4.)

2. ZASADA JEDNOŚCI STOSOWANEGO USTAWODAWSTWA

Pracownik może podlegać ubezpieczeniu na terenie tylko jednego państwa – w którym pracuje i opłaca składki na ubezpieczenie społeczne. Nie ma znaczenia, gdzie siedzibę ma pracodawca czy gdzie mieszka pracownik. Ważne jest miejsce wykonywania pracy.
Zdarzają się jednak sytuacje, w których praca jest wykonywana w dwóch lub więcej Państw Członkowskich. Sytuacja ta została uregulowana w art. 13 ust. 1 Rozporządzenia, zgodnie z którym, osoba, która normalnie wykonuje pracę najemną w dwóch lub więcej państwach członkowskich, podlega:

A. ustawodawstwu państwa członkowskiego, w którym ma miejsce zamieszkania, jeżeli wykonuje znaczną część pracy w tym państwie członkowskim; lub
B. jeżeli nie wykonuje znacznej części pracy w państwie członkowskim, w którym ma miejsce zamieszkania:
   a) ustawodawstwu państwa członkowskiego, w którym znajduje się siedziba lub miejsce wykonywania działalności przedsiębiorstwa lub pracodawcy, jeżeli jest zatrudniona przez jedno przedsiębiorstwo lub jednego pracodawcę (np. mieszkając w Polsce większość pracy na rzecz pracodawcy z Niemiec pracownik wykonuje w Niemczech, to podlega ubezpieczeniu w Niemczech);
   b) ustawodawstwu państwa członkowskiego, w którym znajduje się siedziba lub miejsce wykonywania działalności przedsiębiorstw lub pracodawców, jeżeli jest zatrudniona przez co najmniej dwa przedsiębiorstwa lub co najmniej dwóch pracodawców, których siedziba lub miejsce wykonywania działalności znajduje się tylko w jednym państwie członkowskim (np. mieszkając w Polsce większość pracy na rzecz dwóch pracodawców z Niemiec pracownik wykonuje w Niemczech, to podlega ubezpieczeniu w Niemczech);
   c) ustawodawstwu państwa członkowskiego, w którym znajduje się siedziba lub miejsce wykonywania działalności przedsiębiorstwa lub pracodawcy, innego niż państwo członkowskie jej zamieszkania, jeżeli jest zatrudniona przez dwa lub więcej przedsiębiorstw lub dwóch lub więcej pracodawców, których siedziba lub miejsce wykonywania działalności znajduje się w dwóch państwach członkowskich, z których jedno jest państwem członkowskim jej zamieszkania (np. mieszkając w Polsce pracownik zatrudniony jest przez pracodawcę z Polski i z Niemiec, ale większość pracy wykonuje w Niemczech, to podlega ubezpieczeniu w Niemczech);
   d) ustawodawstwu państwa członkowskiego, w którym ma miejsce zamieszkania, jeżeli jest zatrudniona przez dwa lub więcej przedsiębiorstw lub dwóch lub więcej pracodawców, a co najmniej dwa z tych przedsiębiorstw lub dwóch z tych pracodawców mają siedzibę lub miejsce wykonywania działalności w różnych państwach członkowskich innych niż państwo członkowskie miejsca zamieszkania (np. mieszkając w Polsce pracownik zatrudniony jest przez pracodawcę z Francji i z Niemiec, podlega ubezpieczeniu w Polsce, niezależnie od tego czy w miejscu zamieszkania pozostaje aktywny zawodowo).

3. ZASADA ZACHOWANIA PRAW NABYTYCH

Zgodnie z tą zasadą, zmiana miejsca zamieszkania po nabyciu prawa do świadczeń (np. po uzyskaniu prawa do emerytury) nie wpływa na wypłatę świadczenia.

4. ZASADA SUMOWANIA OKRESÓW UBEZPIECZENIA

Właściwa instytucja Państwa Członkowskiego, której ustawodawstwo uzależnia:
– nabycie, zachowanie, przysługiwanie lub odzyskanie prawa do świadczeń,
– objęcie przez ustawodawstwo, lub
– dostęp do lub zwolnienie z ubezpieczenia obowiązkowego, fakultatywnego kontynuowanego lub dobrowolnego,
od spełnienia okresów ubezpieczenia, zatrudnienia, pracy na własny rachunek lub zamieszkania, bierze pod uwagę w niezbędnym zakresie okresy ubezpieczenia, zatrudnienia, pracy na własny rachunek lub zamieszkania spełnione na podstawie ustawodawstwa każdego innego Państwa Członkowskiego, tak jakby były to okresy spełnione na podstawie stosowanego przez nie ustawodawstwa.
Reasumując, instytucja w danym Państwie Członkowskim ma obowiązek uwzględnić wszystkie okresy składkowe wypracowane również w innych Państwach Członkowskich.

5. ZAKAZ KUMULACJI ŚWIADCZEŃ

Zgodnie z art. 10 Rozporządzenia, o ile nie określono inaczej, rozporządzenie nie przyznaje ani nie utrzymuje prawa do kilku świadczeń tego samego rodzaju za jeden i ten sam okres ubezpieczenia obowiązkowego.
Niniejsza regulacja ma na celu zapobieżenie sytuacji, w której równocześnie pobierane będą świadczenia tego samego rodzaju z więcej niż jednego Państwa Członkowskiego, za jeden i ten sam okres ubezpieczenia. Jest ona konsekwencją zasady podlegania ustawodawstwu tylko jednego Państwa Członkowskiego. Jest jednak zasada generalna, od której występują nieliczne wyjątki.

Ważnym zagadnieniem jest również regulacja art. 7 Rozporządzenia, uchylająca zasady dotyczące miejsca zamieszkania i tak, o ile niniejsze rozporządzenie nie stanowi inaczej, świadczenia pieniężne należne na podstawie ustawodawstwa jednego lub kilku Państw Członkowskich lub na podstawie niniejszego rozporządzenia, nie podlegają jakimkolwiek obniżkom, zmianom, zawieszaniu, wstrzymywaniu lub konfiskacie z powodu tego, że beneficjent lub członkowie jego rodziny mieszkają w innym Państwie Członkowskim niż to, w którym znajduje się instytucja odpowiedzialna za ich wypłacanie.
Oznacza więc to, że wypłata nabytego świadczenia z ubezpieczenia społecznego co do zasady nie może być uzależniona od zamieszkiwania osoby uprawnionej w tym Państwie Członkowskim, w którym nabyła uprawnienie.
Przykładem może być sytuacja, gdzie obywatel polski, który już nabył uprawnienie do wypłaty świadczenia w Polsce, wyprowadza się do innego Państwa Członkowskiego. Jedynym jego obowiązkiem jest de facto wskazane odpowiedniemu organowi numeru rachunku w zagranicznym banku.
Co ważne, powyższe dotyczy sytuacji pomiędzy Państwami Członkowskimi. Wypłata świadczeń do państw trzecich nie podlega Rozporządzeniu.

6. DELEGOWANIE PRZEZ PRACODAWCĘ DO INNEGO PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO

Szczególna sytuacja powstaje wtedy, gdy pracownik na stałe pracujący w jednym z Państw Członkowskich zostaje przez pracodawcę delegowany do innego Państwa Członkowskiego. W świetle art. 12 Rozporządzenia osoba, która wykonuje działalność jako pracownik najemny w państwie członkowskim w imieniu pracodawcy, który normalnie prowadzi tam swą działalność, a która

jest delegowana przez tego pracodawcę do innego państwa członkowskiego do wykonywania pracy w imieniu tego pracodawcy, nadal podlega ustawodawstwu pierwszego państwa członkowskiego, pod warunkiem że przewidywany czas takiej pracy nie przekracza 24 miesięcy i że osoba ta nie jest wysłana, by zastąpić inną delegowaną osobę.
Jednocześnie również osoba, która normalnie wykonuje działalność jako osoba pracująca na własny rachunek w Państwie Członkowskim, a która udaje się, by wykonywać podobną działalność w innym Państwie Członkowskim, nadal podlega ustawodawstwu pierwszego Państwa Członkowskiego, pod warunkiem że przewidywany czas takiej pracy nie przekracza 24 miesięcy.

III. ZASADY PODLEGANIA UBEZPIECZENIOM SPOŁECZNYM I UBEZPIECZENIU ZDROWOTNEMU OSÓB PRZEBYWAJĄCYCH NA URLOPIE WYCHOWAWCZYM LUB POBIERAJĄCYM ZASIŁEK MACIERZYŃSKI

Przed przystąpieniem do omawiania kwestii podlegania ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu, należy wyjaśnić instytucję urlopu wychowawczego oraz okoliczności i zasady na jakich przysługuje zasiłek macierzyński.

1. URLOP WYCHOWAWCZY

Zgodnie z art. 186 Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320 z późn. zm.) (dalej: „kp") pracownik zatrudniony co najmniej 6 miesięcy ma prawo do urlopu wychowawczego w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem. Wymiar urlopu wychowawczego wynosi do 36 miesięcy. Urlop jest udzielany na okres nie dłuższy niż do zakończenia roku kalendarzowego, w którym dziecko kończy 6 rok życia.
Jeżeli z powodu stanu zdrowia potwierdzonego orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności dziecko wymaga osobistej opieki pracownika, niezależnie od urlopu, o którym mowa powyżej, może być udzielony urlop wychowawczy w wymiarze do 36 miesięcy, jednak na okres nie dłuższy niż do ukończenia przez dziecko 18 roku życia.
Celem urlopu wychowawczego jest stworzenie pracownikowi korzystnych warunków do sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem w sytuacji trudności z połączeniem obowiązków opiekuńczych z obowiązkami zawodowymi. Powoduje on czasowe zawieszenie obowiązku świadczenia pracy po stronie pracownika, zaś po stronie pracodawcy obowiązku zatrudniania go i świadczenia wynagrodzenia (E. Maniewska [w:] K. Jaśkowski, E. Maniewska, *Komentarz aktualizowany do Kodeksu pracy*, LEX/el. 2021, art. 186, art. 186(2), art. 186(3), art. 186(4), art. 186(5), art. 186(7), art. 186(8)).

W tym miejscu należy również przytoczyć tezę Wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 5 grudnia 2013 r., sygn. III AUa 466/13 „Urlop wychowawczy jest uprawnieniem przysługującym jedynie pracownikom, a zatem w okresie urlopu wychowawczego ubezpieczeniem objęty jest pracownik, a nie jakikolwiek inny ubezpieczony. Pozostawanie w stosunku pracy (służby) jest nie tylko łącznikiem między dwoma tytułami ubezpieczenia - pracowniczym i wynikającym z urlopu wychowawczego, ale zarazem zasadniczym (podstawowym) źródłem prawa do urlopu wychowawczego. W konsekwencji status pracownika jest źródłem (tytułem) powstania obowiązku ubezpieczenia nie tylko na podstawie art. 6 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, ale także ubezpieczenia wynikającego z art. 6 ust. 1 pkt 19 tej ustawy. Pracownik korzystający z urlopu wychowawczego ma wprawdzie odrębny tytuł ubezpieczenia, ale jego byt jest ściśle powiązany z istnieniem stosunku pracy (służby). (…)"

2. ZASIŁEK MACIERZYŃSKI

Zasiłek macierzyński uregulowany jest Ustawą z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 870 z późn. zm.). W art. 29 ust. 1 i 2 ww. Ustawy wskazano, że:

- zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej, która w okresie ubezpieczenia chorobowego albo w okresie urlopu wychowawczego:

1) urodziła dziecko;
2) przyjęła na wychowanie dziecko w wieku do 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego - do 10 roku życia, i wystąpiła do sądu opiekuńczego w sprawie jego przysposobienia;
3) przyjęła na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej, dziecko w wieku do 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego - do 10 roku życia.
(odpowiednio stosuje się to do ubezpieczonego)

Zasiłek macierzyński jest świadczeniem, którego zadaniem jest zapewnienie środków utrzymania w miejsce utraconych zarobków z powodu powstrzymania się od pracy w okresie okołoporodowym, w związku z przyjściem na świat dziecka i koniecznością jego pielęgnacji przez pierwsze miesiące życia, jak również sprawowania opieki nad małym dzieckiem przyjętym na wychowanie. Stąd w piśmiennictwie, oceniając cel przyznawania tego zasiłku, zwraca się uwagę, że stanowi on narzędzie polityki pronatalnej.

Zasiłek macierzyński jest świadczeniem okresowym, przysługującym przez ściśle wytyczony przez ustawodawcę czas. Stanowi więc on w swojej istocie krótkoterminowe świadczenie z ubezpieczenia społecznego. Zasiłek wypłacany jest ze środków publicznych, dlatego pracodawca nie ponosi ryzyka socjalnego związanego z macierzyństwem na takich zasadach jak przy urlopie chorobowym (A. Rzetecka-Gil [w:] *Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Komentarz, wyd. II*, LEX/el. 2017, art. 26, art. 29.).

Zasiłek macierzyński przysługuje przez okres ustalony przepisami Kodeksu pracy jako okres urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego oraz urlopu ojcowskiego, tj.:

- 20 tygodni - w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie;
- 31 tygodni - w przypadku urodzenia dwojga dzieci przy jednym porodzie;
- 33 tygodni - w przypadku urodzenia trojga dzieci przy jednym porodzie;
- 35 tygodni - w przypadku urodzenia czworga dzieci przy jednym porodzie;
- 37 tygodni - w przypadku urodzenia pięciorga i więcej dzieci przy jednym porodzie.

3. UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

W Ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 423 z późn. zm.) (dalej: „Ustawa") wyszczególniono, iż ubezpieczenia społeczne obejmują:
1) ubezpieczenie emerytalne;
2) ubezpieczenia rentowe;
3) ubezpieczenie w razie choroby i macierzyństwa, zwane dalej "ubezpieczeniem chorobowym";
4) ubezpieczenie z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, zwane dalej "ubezpieczeniem wypadkowym"

Osoby korzystające z urlopu wychowawczego lub pobierające zasiłek macierzyński obowiązkowo podlegają ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym (art. 6 ust. 1 pkt 19 Ustawy), tylko wówczas, gdy osoba taka nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty oraz innego tytułu rodzącego obowiązek ubezpieczeń społecznych (art. 9 ust. 6 Ustawy).
Oznacza to, tyle, że jeśli dana osoba w trakcie urlopu wychowawczego np. założy działalność gospodarczą, to w takim przypadku podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, a nie z tytułu przebywania na urlopie wychowawczym.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z dnia 18 lipca 2018 r., sygn. III AUa 512/18 potwierdził, że okres pobierania zasiłku macierzyńskiego jest okresem obowiązkowego podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, bowiem kwestię tę wprost reguluje art. 6 ust. 1 pkt 19 u.s.u.s. Zgodnie zaś z art. 6 ust. 1 pkt 7 ustawy z 1998 r. o emeryturach i rentach z FUS, okres pobierania zasiłku macierzyńskiego jest okresem składkowym.
Z kolei w wyroku z dnia 28 kwietnia 2009 r., sygn. III AUa 247/09 wskazał, że osoby korzystające z urlopu macierzyńskiego i wychowawczego, mające jeszcze inny, niż korzystanie z tych urlopów tytuł rodzący obowiązek ubezpieczenia taki jak wykonywanie umowy zlecenia, nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia emerytalnego i rentowego na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 19, ale z mocy art. 6 ust. 1 pkt 4 u.s.u.s., jednakże objęcie ubezpieczeniem z tytułu wykonywania umowy zlecenia wymaga, by umowa ta była faktycznie realizowana.

Obowiązek zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych osób przebywających na urlopie wychowawczym lub pobierających zasiłek macierzyński, należy do płatnika składek, ale już same składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób przebywających na urlopach wychowawczych, pobierających zasiłek macierzyński albo zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego, finansuje w całości budżet państwa.
O ile nie ustanowiono prawa do emerytury lub renty i brak jest innych podstaw rodzących obowiązek ubezpieczeń społecznych, osoby przebywające na urlopach wychowawczych lub pobierające zasiłek macierzyński nie podlegają ubezpieczeniu wypadkowemu i chorobowemu.

4. UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

Zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu przez osoby przebywające na urlopie wychowawczym reguluje Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.).

Pracownik przebywający na urlopie wychowawczym podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu tylko w przypadku, gdy nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.
Składka na ubezpieczenie zdrowotne za osoby przebywające na urlopie wychowawczym jest finansowana z budżetu państwa.

W tym miejscu zaakcentować należy, że składka na ubezpieczenie zdrowotne stanowi główne źródło finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Ma ona zasadniczy wpływ na wysokość przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia, z których w zdecydowanej większości finansowane są świadczenia opieki zdrowotnej (P. Lenio, *Rozdział V Konstrukcja prawna składki na ubezpieczenie zdrowotne* [w:] *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Warszawa 2018.).

Osoba w trakcie pobierania zasiłku macierzyńskiego zachowuje prawo do wszelkich świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z ubezpieczenia zdrowotnego. Wynika to z art. 67 ust. 6 ww. Ustawy, zgodnie z którym osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego pomimo wygaśnięcia obowiązku

ubezpieczenia ma wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w okresie pobierania przez tę osobę zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym (np. zasiłku macierzyńskiego, zasiłku chorobowego), którego nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Autor – Radca Prawny Anita Spocińska

Experto Pro Bono

Fundacja rozwoju świadomości obywatelskiej

Fundacja Rozwoju Świadomości Obywatelskiej
Experto Pro Bono
ul. Legionów 10, 22-400 Zamość
KRS: 0000582999
e-mail: biuro@fundacjaepb.pl
www.fundacjaepb.pl