

Oddział w Lublinie

Znak 200000/4121/8/KUD

**Posel na Sejm RP  
Pan Jakub Kulesza****Aleja Kraśnicka 31 lok. 204  
20-718 Lublin***Szanowny Panie Pośle,*

w uzupełnieniu wyjaśnień przekazanych Panu pismem z 4 maja 2020 r. znak 200000/4121/6/KUD zwracam uwagę na fakt, że system ubezpieczeń społecznych stanowi zabezpieczenie na wypadek określonych zdarzeń powodujących konieczność utrzymania ubezpieczonego przez wszystkich finansujących ten system. Z tego też względu nie może służyć wyłącznie zapewnieniu określonego standardu życia dla świadczeniobiorcy, który to standard jest przez niego ustalany według swoich subiektywnych kategorii, potrzeb i oczekiwań. Wobec tego, jako dysponent publicznych środków, podejmuje działania zapobiegające zarówno uzyskiwaniu ochrony ubezpieczeniowej przez osoby nieuprawnione, jak też działania zapobiegające pobieraniu zawyżonych świadczeń.

Zgodnie bowiem z art. 68 ustawy systemowej do zakresu działań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należy między innymi stwierdzanie i ustalanie obowiązku ubezpieczeń oraz wymierzanie i pobieranie składek na poszczególne fundusze, a także kontrola wykonywania przez płatników składek obowiązków w zakresie ubezpieczeń społecznych.

Nowe podejście Sądu Najwyższego (SN) zaprezentowane w wyroku z 5 września 2018 r. sygn. akt I UK 208/17 co do możliwości weryfikacji deklarowanych podstaw wymiaru składek, zostało zasygnalizowane tutaj Oddziałowi Zakładu przez tutejszy sąd pierwszej instancji a następnie przez sąd drugiej instancji, co skutkowało jego uwzględnieniem przy interpretacji i stosowaniu obowiązujących przepisów prawa.

Zatem, uwzględniając obowiązujące przepisy i ich interpretację w orzecznictwie SN Zakład prowadził i prowadzi administracyjne postępowania wyjaśniające dotyczące zgłoszenia do ubezpieczeń lub podstaw wymiaru składek zarówno bez względu na płeć (kobieta/mężczyzna), jak też bez względu na tytuł ubezpieczenia (umowa o pracę, umowa zlecenie, działalność gospodarcza).

Podstawą wszczęcia przez Zakład postępowania weryfikacyjnego jest uprzednia szczegółowa analiza zapisów na kontach płatników/ubezpieczonych, a nie płeć ubezpieczonego bądź tytuł ubezpieczenia. Z tego też względu prowadzone przez Zakład postępowania nie dotyczą tylko osób prowadzących działalność gospodarczą, ale także

ubezpieczonych zgłaszanych jako pracowników, zleceniobiorców, osób współpracujących, które po przeprowadzeniu administracyjnego postępowania wyjaśniającego na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego kończą się wydaniem decyzji wyłączającej z ubezpieczeń/obniżającej podstawę wymiaru z umowy o pracę, zlecenia, czy działalności, jak również umorzeniem wszczętego postępowania.

Zapewniam Pana Posła, że każdą sprawę dotyczącą ubezpieczenia tytułem działalności gospodarczej Zakład weryfikuje i ocenia indywidualnie, w kontekście specyfiki tytułu i okoliczności ubezpieczenia uwzględniając niepowtarzalność poszczególnych elementów stanu faktycznego, takich jak:

- data zgłoszenia pozarolniczej działalności gospodarczej w stosownym rejestrze (np. CEIDG),
- rodzaj i charakter zgłoszonej pozarolniczej działalności gospodarczej,
- data i okoliczności zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych, w tym terminowość złożenia dokumentów zgłoszeniowych,
- posiadanie innych tytułów do ubezpieczeń w zbiegu z działalnością gospodarczą, w tym zmianę tytułów do ubezpieczenia oraz okoliczności takiej zmiany,
- okres deklarowania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w stosunku do okresu obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, w tym okres deklarowania wysokich podstaw wymiaru składek,
- wysokość deklarowanych podstaw wymiaru składek na poszczególne fundusze, w tym okoliczności deklarowania wysokich podstaw wymiaru składek,
- zmiany wysokości deklarowanych podstaw wymiaru składek, w tym okoliczności takich zmian,
- terminowość składania dokumentów rozliczeniowych,
- terminowość opłaty składek, w tym występowanie o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe,
- historia pobieranych świadczeń, w tym na rodzaj i długość pobieranych świadczeń, a także długość przerw w ich pobieraniu w kontekście zmiany podstawy wymiaru świadczeń,
- wysokość deklarowanych podstaw wymiaru składek na poszczególne fundusze, w okresie przerw w pobieraniu świadczeń,
- charakter pozarolniczej działalności gospodarczej (zarobkowy, zorganizowany i ciągły), w tym możliwość i zasadność deklarowania wysokich podstaw wymiaru składek w kontekście ustawowo zdefiniowanej istoty działalności gospodarczej,
- wysokość przychodów/dochodów w okresie deklarowania wysokich podstaw wymiaru składek, a także przed i po tym okresie,
- wysokość dochodów z pozarolniczej działalności gospodarczej i z ubezpieczenia społecznego,
- wyniki dotychczasowych postępowań administracyjnych w sprawie podlegania ubezpieczeniom i podstaw wymiaru składek, w tym deklarowanych podstaw wymiaru składek.

W kontekście wyżej wymienionych elementów stanu faktycznego, w kwestionowanych sprawach związanych z ubezpieczeniem tytułem działalności gospodarczej bądź z ubezpieczeniem tytułem działalności i tytułem stosunku pracy, jak wspomniano wyżej podobny był jedynie mechanizm działania ubezpieczonych. Mechanizm ten polegał na generowaniu wbrew istocie działalności gospodarczej (będącej tytułem do ubezpieczenia) strat poprzez deklarowanie zasadniczo przez okres 1-3 miesięcy wysokich podstaw wymiaru składek przed spodziewanym okresem niezdolności do pracy głównie związanej z macierzyństwem, a po pobieraniu zasiłku macierzyńskiego zgłaszanie z przerwami kolejnych roszczeń (zasiłku chorobowego, opiekuńczego bądź świadczenia rehabilitacyjnego) z zachowaniem przerw w ich pobieraniu krótszych niż 3 miesiące, w trakcie których deklarowano minimalne podstawy wymiaru składek. Takie działanie ubezpieczonego uniemożliwiało dla Zakładu zmianę dotychczasowej historycznie zadeklarowanej wysokiej podstawy wymiaru składek stanowiącej jednocześnie podstawę wymiaru świadczeń, co z kolei umożliwiało ubezpieczonemu pobieranie niejednokrotnie przez kilka lat wysokich świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Natomiast poszczególne wyżej wymienione elementy stanu faktycznego, szczegółowo opisywane w uzasadnieniach faktycznych decyzji, były i są czasami wręcz nieporównywalne, co wymusza wspomniane wyżej indywidualne podejście do każdej sprawy. W celu ujednoczenia pragmatyki postępowania i ułatwienia nadzoru nad weryfikacją faktu prowadzenia działalności/deklarowania podstaw wymiaru składek, w kontekście ustawowo określonej istoty działalności gospodarczej, od miesiąca września 2019 r. w Oddziale Lublin wprowadzono uproszczony wystandaryzowany wzór adnotacji urzędowej z takiej analizy, który co do zasady załączany jest do akt sprawy.

Bezspornym jest, że każdy może korzystać z uprawnień gwarantowanych przepisami prawa, jednak musi to czynić z poszanowaniem prawa. Działanie polegające na zamierzonym krótkotrwałym deklarowaniu podwyższonych podstaw wymiaru i opłaceniu składek, celem nabycia ewidentnie zawyżonych świadczeń uznać należy za sprzeczne z ustawową zasadą równego traktowania wszystkich ubezpieczonych, kosztem innych ubezpieczonych partycypujących w tworzeniu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i kosztem (nieusprawiedliwionym uszczupleniem) samego Funduszu. Takie działanie jest wbrew istocie ubezpieczenia społecznego, które nie może być w jakimkolwiek okresie i zakresie celem działalności gospodarczej. Ubezpieczenie społeczne ma jedynie minimalizować skutki zmaterializowania się ryzyka ubezpieczeniowego, a nie stanowić w takiej sytuacji źródła korzyści finansowych - nieproporcjonalnych do potencjalnie utraconego dochodu z działalności gospodarczej.

W kwestii prowadzonych postępowań administracyjnych wyjaśniam, że w sytuacji pozytywnej weryfikacji prowadzenia działalności zgodnie z jej ustawowym określeniem (w celu zarobkowym, w sposób zorganizowany i ciągły), z urzędu umarzono wszczęte postępowanie w sprawie podlegania ubezpieczeniom/deklarowanych podstaw wymiaru składek. W sytuacji stwierdzenia nieprawidłowości wydawano stosowne decyzje, które w przypadku negatywnej analizy odwołania przekazywano do weryfikacji i oceny sądu.

W powyższych postępowaniach od marca br. stosuje się daleko idący formalizm administracyjny poprzez kierowanie w każdym przypadku zawiadomienia o wszczęciu postępowania (nawet w sytuacji wewnętrznej korespondencji z organami podatkowymi), a także kierowanie wezwań do udziału w postępowaniu zawierających wszystkie elementy określone przepisami kpa, celem wyeliminowania jakichkolwiek zarzutów w tym zakresie. W tym też celu, złożone na przełomie lutego/marca br. odwołania od decyzji zweryfikowano również pod kątem uchybień w postępowaniu administracyjnym, pozostawiając odwołania przekazane do sądu jego weryfikacji i ocenie.

W kwestii działań weryfikacyjnych Zakładu wypowiedział się sekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej odpowiedzi na interpelację nr 3757 Pan Posła z grupą posłów w sprawie masowych kontroli ZUS wobec kobiet prowadzących działalność gospodarczą, wyjaśniając że „(...) Zgodnie z ustawą Prawo przedsiębiorców istnieje zasada domniemania uczciwości przedsiębiorcy. Oznacza to, że organ kieruje się w swoich działaniach zaufaniem do przedsiębiorcy zakładając, że działa on zgodnie z prawem, uczciwie oraz z poszanowaniem dobrych obyczajów. Na etapie przyjmowania dokumentów brak jest podstaw do kontroli weryfikacji prawidłowości wszystkich dokonywanych zgłoszeń do ubezpieczeń, zwłaszcza biorąc pod uwagę liczbę osób objętych ubezpieczeniem chorobowym. Dane zawarte w tych dokumentach stanowią dla Zakładu podstawę do ustalenia prawa, obliczenia należnej kwoty i wypłaty świadczeń w razie choroby i macierzyństwa. W przypadkach niebudzących wątpliwości Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłaca więc świadczenia bez wydawania decyzji administracyjnych. (...) Działania weryfikacyjne Zakładu Ubezpieczeń Społecznych mogą mieć miejsce zarówno przed ustaleniem uprawnień i wypłatą pierwszego zasiłku, jak i później. W przypadku osób ubezpieczonych, które często i długotrwale korzystają z zasiłków Zakład bada, czy tytuł ubezpieczenia uprawniający do otrzymywania zasiłków trwa w okresie przerw między okresami pobierania zasiłków. Zdarzają się bowiem sytuacje, w których tytuł ubezpieczenia, np. prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej, utrzymywany jest dla pozorów, wyłącznie w celu otrzymywania zasiłków za kolejne okresy. W takich przypadkach Zakład wydaje decyzje o niepodleganiu ubezpieczeniom społecznym, w tym ubezpieczeniu chorobowemu, a w konsekwencji także decyzje o odmowie prawa do zasiłków. W przypadku decyzji ustalających podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, w tym na ubezpieczenie chorobowe, wydawane są także decyzje ustalające podstawę wymiaru zasiłków i zobowiązujące do zwrotu różnicy kwot zasiłków, jeżeli zostały obliczone z uwzględnieniem podstaw wymiaru składek w wyższych kwotach (...)”.

W tym miejscu wyjaśniam, że Zakład związany jest wydaną decyzją ustalającą obowiązek ubezpieczenia lub podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, od chwili jej doręczenia lub ogłoszenia, dlatego też na jej podstawie jest wydawana decyzja o podstawie wymiaru świadczeń z tytułu choroby i macierzyństwa.

Wyjaśniam też, że obowiązujące przepisy umożliwiają wydanie przez oddział ZUS decyzji zobowiązującej do zwrotu nienależnie pobranego świadczenia z ubezpieczeń społecznych,

o ile od ostatniego dnia okresu, za który zostało pobrane nienależne świadczenie, nie upłynęło 5 lat, przy czym nie może żądać zwrotu kwoty nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych za okres dłuższy niż ostatnie 3 lata – termin ten liczony jest od ostatniego dnia okresu, za który nienależnie pobrane świadczenie zostało wypłacone.

Kończąc uprzejmie wyjaśniam, że jedynymi zasadami jakimi kieruje się Zakład rozpatrując sprawy z zakresu ubezpieczeń społecznych, w tym sprawy ubezpieczonych tytułem prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, są przepisy obowiązującego prawa i obowiązujące w Zakładzie jednolite standardy obsługi klientów.

*Łączę wyrazy szacunku*

**DYREKTOR ODDZIAŁU**

*Piotr Waszak*