

Solidarność ubezpieczonych w ubezpieczeniu chorobowym a problem nadużyć w prawie do świadczeń

Opracowanie przedstawia zagadnienia związane z ubezpieczeniem chorobowym w polskim systemie ubezpieczeń społecznych. Omawiane kwestie skupiają się na charakterystyce zasady solidarności oraz nadużyć w prawie do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Na podstawie orzeczeń sądowych zostały przedstawione przykłady najczęściej występujących nieprawidłowości w prawie do świadczeń. Przedstawiono również możliwości, jakimi dysponuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych, aby przeciwdziałać nadużyciom. Najważniejsze kwestie dotyczą próby określenia, czym jest nadużycie w kontekście nabywania prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Ponadto wskazuje się, że nieuczciwe działania części świadczeniobiorców i płatników składek stoją w sprzeczności z zasadą solidarności społecznej, która jest jedną z podstawowych wartości dla ubezpieczeń społecznych.

Słowa kluczowe: ubezpieczenie chorobowe, solidarność, nadużycia, prawo do świadczeń, Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Otrzymano: 2.12.2018

Zaakceptowano po recenzjach: 15.04.2019

Wstęp

Geneza ubezpieczeń społecznych wynika z potrzeby utworzenia funduszu zabezpieczającego osoby osiągające dochody ze świadczonej pracy w sytuacji, kiedy jej wykonywanie z pewnych powodów jest niemożliwe. Powołane do tego zadania pierwsze instytucje funkcjonowały już w średniowieczu – tworzyły kasy górnicze, które wypłacały określone świadczenia w razie niezdolności do pracy górnika wynikającej z wypadku przy pracy lub choroby. Ukształtowane na przełomie XIX i XX w. formy ubezpieczeń społecznych nawiązywały w pewnej części do instytucji ubezpieczeń obejmujących ryzyka osobowe i szkód rzeczowych. Wdrażane rozwiązania prowadziły do skorygowania zadań państwa w sferze pomocy społecznej, stąd odznaczały się specyficznymi cechami, wśród których można wymienić m.in.: przymusowość, powszechność i odstąpienie od zasady równowartości składki i świadczenia.

Na podstawie istniejących w literaturze określeń ubezpieczeń społecznych można generalnie stwierdzić, że ich istotą są świadczenia wypłacane w wyniku zdarzenia losowego, którym jest realizacja określonego ryzyka społecznego. Jednym z rodzajów aktualnie istniejących w Polsce ubezpieczeń jest ubezpieczenie chorobowe, które gwarantuje określone świadczenia w przypadku choroby lub macierzyństwa. Zdarzają się jednak przypadki, kiedy niektórzy ubezpieczeni chcą zdobyć świadczenia w warunkach, które do tego nie uprawniają lub w kwocie wyższej od należnej. Działania takie stoją w opozycji do zasady solidarności, która jest jedną z aksjologicznych podstaw ubezpieczeń społecznych. Dlatego też jest konieczne podejmowanie odpowiednich działań, które będą miały na celu eliminowanie niekorzystnych zjawisk.

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie podstawowych zagadnień związanych z zasadą solidarności w kontekście ujawnionych nadużyć w zakresie przyznawania i korzystania ze świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Autor ponadto omawia uprawnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do przedsięwzięcia kroków mających na celu przeciwdziałanie nadużyciom w sferze świadczeń. W opracowaniu wykorzystano metodę analizy literatury przedmiotu, aktów prawnych obowiązujących na dzień 1 sierpnia 2018 r. oraz orzecznictwa sądowego.

Ubezpieczenie chorobowe w polskim systemie ubezpieczeń społecznych

W ramach ubezpieczenia chorobowego w określonych sytuacjach powstaje prawo do korzystania z okresowych zasiłków zastępujących utracony zarobek związany z brakiem możliwości świadczenia pracy w wyniku choroby lub macierzyństwa¹. W Polsce pierwsze

¹ W. Szubert, *Ubezpieczenie społeczne. Zarys systemu*, Warszawa 1987, s. 87–91.

przepisy o obowiązkowym ubezpieczeniu chorobowym wydano w latach 1919–1920². Na ich podstawie w kręgu osób objętych tym obowiązkiem byli wszyscy pracownicy zatrudnieni w ramach stosunku służbowego lub umowy o pracę. Istniała ponadto możliwość dobrowolnego przystąpienia do ubezpieczenia, jednak wymagało to spełniania określonych warunków. Obowiązkowi ubezpieczenia nie podlegali mianowani urzędnicy państwowi, a osoby zatrudniane w firmach na stanowiskach kierowniczych, których zarobki przekraczały określone limity, mogły się z niego zwolnić. Zakres świadczeń obejmował bezpłatną opiekę medyczną, dostarczanie lekarstw i środków leczniczych oraz zasiłki³. Funkcjonowanie ubezpieczenia chorobowego zostało zorganizowane w oparciu o terytorialne kasy chorych.

Wprowadzenie w 1933 r. jednolitego systemu ubezpieczeń społecznych na podstawie tzw. ustawy scaleniowej⁴ spowodowało zmiany w ubezpieczeniu chorobowym. Dotyczyły one przede wszystkim ograniczenia zakresu podmiotowego ubezpieczenia. Przepisy odeszły od zasady powszechności, wyłączając z ubezpieczenia m.in. funkcjonariuszy państwowych, pracowników związków samorządowych czy też osoby pozostające w czynnej służbie wojskowej. Zasadnicze zmiany nastąpiły również w organizacji ubezpieczeń. Likwidacji uległy istniejące dotychczas kasy chorych, a obowiązki państwa w sferze ubezpieczeń społecznych przejął ZUS⁵.

Przepisy ustawy scaleniowej w zakresie ubezpieczenia chorobowego zostały utrzymane w mocy również po II wojnie światowej. W zasadzie obowiązywały formalnie do 1975 r., po zmianach w części dotyczącej świadczeń, warunków ich nabywania i wysokości, a także rozszerzenia zakresu podmiotowego⁶. Należy przy tym zaznaczyć, że zakres przedmiotowy świadczeń został zredukowany wyłącznie do świadczeń pieniężnych z tytułu czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby i macierzyństwa. Wynikało to z reformy organizacji opieki zdrowotnej, która została włączona do państwowej administracji służby zdrowia⁷. Ponadto w latach 1955–1960 realizację zadań w zakresie ubezpieczenia chorobowego powierzono związkom zawodowym⁸.

W latach 1944–1989 w zakresie podmiotowym ubezpieczenia chorobowego można zaobserwować proces obejmowania nim kolejnych grup ludności. Do ubezpieczenia zaczęły sukcesywnie przystępować grupy pozapracownicze, takie jak: adwokaci, rzemieślnicy i osoby z nimi współpracujące, świadczące pracę na podstawie umów agencyjnych i zlecenia, rolnicy oraz duchowni⁹.

2 Dekret z 11 stycznia 1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz.P.P.P. nr 9, poz. 122), następnie ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz.U. nr 44, poz. 272).

3 D. Jakubiec, *Pierwsze polskie instytucje ubezpieczeń społecznych. Zarys historii i ustroju*, Warszawa 2007, s. 28.

4 Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. nr 51, poz. 396).

5 Rozporządzenie Prezydenta RP z dnia 24 października 1934 r. o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. nr 95, poz. 855).

6 A. Kaczmarek, *Zakres podmiotowy ubezpieczenia chorobowego* [w:] *Ubezpieczenie chorobowe*, red. B. Wagner, A. Malaka, Iwonicz Zdrój 2010, s. 34.

7 Ustawa z dnia 15 grudnia 1951 r. o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia (Dz.U. nr 67, poz. 466).

8 W. Szubert, *op. cit.*, s. 39–40.

9 A. Kaczmarek, *op. cit.*, s. 35–36.

W latach 90. ubiegłego wieku, w trakcie transformacji ustrojowej, podejmowano kroki w kierunku zasadniczych zmian w systemie ubezpieczeń społecznych. Wprowadzona w 1999 r. reforma dla ubezpieczenia chorobowego przyniosła odrębne uregulowania związane z:

- uzyskaniem tytułu do ubezpieczenia, wysokością składki na ubezpieczenie oraz zasadami jej naliczania i opłacania¹⁰, oraz
- katalogiem przysługujących świadczeń, ich wysokością oraz zasadami przyznawania¹¹.

Ubezpieczenie chorobowe dla pracowników, członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz osób odbywających służbę zastępczą jest obowiązkowe¹². Prawo przewiduje również możliwość dobrowolnego przystąpienia do ubezpieczenia, m.in. dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą lub z nimi współpracujących, wykonujących umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług, pracę nakładczą, pracę w okresie tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności, a także dla duchownych¹³.

Podleganie ubezpieczeniu chorobowemu wiąże się z obowiązkiem naliczania i opłacania składki w wysokości 2,45 proc. podstawy wymiaru składek, która pobierana jest przez płatnika z wynagrodzenia ubezpieczonego i przekazywana do wyodrębnionego w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych funduszu chorobowego. Składki wraz z określonymi dokumentami rozliczeniowymi są przekazywane w miesięcznych cyklach rozliczeniowych¹⁴. Uchybienie terminowi opłacenia składki oznacza dla ubezpieczonych dobrowolne przerwanie istniejącego ubezpieczenia¹⁵.

Katalog świadczeń i sytuacji dających prawo do ich pobierania w ustawie o świadczeniach został określony w następujący sposób¹⁶:

- Zasiłek chorobowy – przysługuje w związku z czasową niezdolnością do pracy z powodu choroby, odosobnienia w związku z chorobą zakaźną, leczeniem odwykowym lub poddaniem się niezbędnym badaniom dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów. Maksymalny okres jego pobierania wynosi 182 lub 270 dni, w przypadku gdy niezdolność jest spowodowana gruźlicą lub występuje w trakcie ciąży.
- Świadczenie rehabilitacyjne – przysługuje po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego dla ubezpieczonych nadal niezdolnych do pracy, których dalsze leczenie lub rehabilitacja rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Przyznanie świadczenia

10 Ustawa z dnia 13 października 1998 r. (tekst jednolity: Dz.U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.) wraz z aktami wykonawczymi (dalej: ustawa systemowa).

11 Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach (tekst jednolity: Dz.U. z 2017 r. poz. 1368, z późn. zm.) wraz z aktami wykonawczymi (dalej: ustawa o świadczeniach).

12 Art. 11 ust. 1 ustawy systemowej.

13 Art. 11 ust. 2 ustawy systemowej.

14 Art. 47 ustawy systemowej.

15 M. Olszewska, *Kierunki zmian ubezpieczenia chorobowego* [w:] *Ewolucja ubezpieczeń społecznych w okresie transformacji ustrojowej*, red. B. Wagner, A. Malaka, Bydgoszcz 2011, s. 104.

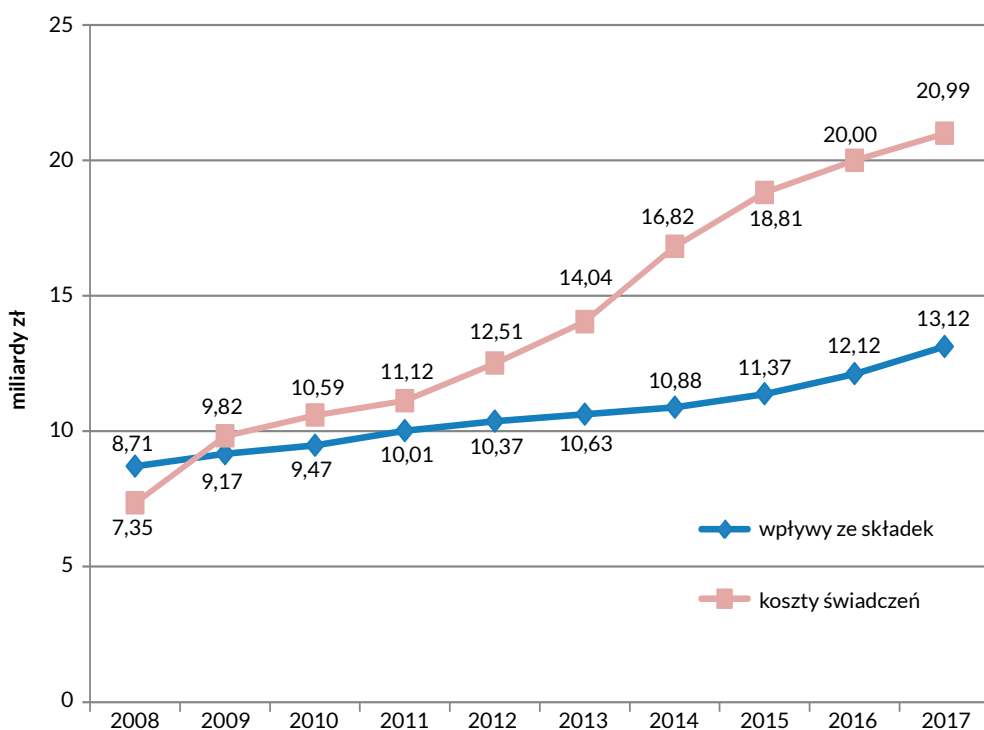
16 S. Kasprowski, *Kontrola zasadności pobierania świadczeń w razie choroby i macierzyństwa w polskim systemie ubezpieczeń społecznych w latach 2005–2013*, „Prace Naukowe UE we Wrocławiu” 2015, nr 395, s. 119–120.

jest zależne od orzeczenia wydanego przez lekarza orzecznika ZUS, a maksymalny okres jego pobierania wynosi 12 miesięcy.

- Zasiłek wyrównawczy – przysługuje wyłącznie ubezpieczonym, którzy są pracownikami, w celu uzupełnienia zmniejszonego wynagrodzenia, które powstało na skutek poddania się rehabilitacji zawodowej.
- Zasiłek macierzyński – przysługuje w związku z urodzeniem dziecka lub przyjęciem dziecka na wychowanie. Okres pobierania jest związany z określonymi w prawie pracy: urlopem macierzyńskim i na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowym urlopem macierzyńskim, urlopem ojcowskim i urlopem rodzicielskim.
- Zasiłek opiekuńczy – przysługuje w związku z koniecznością opieki w różnych przypadkach nad chorym lub zdrowym dzieckiem albo innym członkiem rodziny. Maksymalne okresy pobierania tego zasiłku to 60 lub 14 dni w zależności od osoby, nad którą jest sprawowana opieka.

Podmiotami, które posiadają kompetencje do ustalania uprawnień i wypłaty świadczeń, są ZUS oraz płatnicy składek zgłaszający do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 osób. Świadczenia niezależnie od podmiotu wypłacającego są finansowane z funduszu chorobowego, którego sytuacja finansowa w latach 2008–2017 została przedstawiona na poniższym wykresie.

Wykres 1. Sytuacja finansowa funduszu chorobowego w latach 2008–2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Sprawozdania z wykonania planu finansowego FUS za lata 2008–2017*, www.zus.pl (31.07.2018)

Solidarność w ubezpieczeniu chorobowym

Idea solidarności kształtowała się przez wiele lat i może być rozpatrywana w różnych kontekstach. Pierwsze prawne ujęcie znajdziemy w prawie rzymskim, w którym *obligatio in solidum* znaczyło „w całości” i służyło egzekwowaniu wzajemnych zobowiązań. Solidarny w tym czasie oznaczał osobę naturalnie zobowiązaną do udzielania pomocy członkom rodziny i zarazem odpowiedzialną za skutki podjętych przez nich decyzji¹⁷. Powstanie i rozwój idei solidarności, poza prawnym kontekstem jej rozumienia, przyniosły ruchy społeczne, które uformowały się w wyniku zmian gospodarczych w XVIII i XIX w. Solidarność w odróżnieniu od charytatywności i filantropii miała być zasadą łączącą ludzi równych, gdyż biedę zaczęto postrzegać raczej w kategoriach złego losu niż zawinionego niedbalstwa, lenistwa czy braku kompetencji¹⁸.

Postępująca industrializacja wymusiła na państwach podjęcie działań w kierunku zapewnienia odpowiedniego bytu robotnikom w sytuacji, gdy nie mogą świadczyć pracy i osiągać wynagrodzenia. Ideę nazywaną gwarancją zawodową przedstawił już w 1819 r. J.Ch. Simonde de Sismondi, wskazując na konieczność materialnego zabezpieczenia pracowników, m.in. na wypadek choroby powodującej nieobecność w pracy oraz starości, z racji wykonywanej przez nich pracy i powiększania bogactwa pracodawcy¹⁹. Jednak to w Niemczech w latach 1881–1889 nastąpiła krystalizacja tych zamierzeń w postaci instytucji ubezpieczenia społecznego, po raz pierwszy występująca pod tą nazwą²⁰. Kolejne lata przyczyniły się do rozwoju ubezpieczeń społecznych w innych państwach. W pewnym uproszczeniu można stwierdzić, że idea solidarności została włączona do polityki społecznej jako usprawiedliwienie redystrybucji dóbr materialnych przez państwo z korzyścią dla tych, którzy potrzebują pomocy²¹.

Treścią zasady solidarności społecznej jest wynikające z istniejącej współzależności przejmowanie przez wspólnotę pewnych ciężarów i obowiązków, które prowadzą do społecznego wyrównania w ramach tego zgromadzenia²². W ubezpieczeniach społecznych oznaczać to będzie wspólne tworzenie funduszy społecznych na pokrycie utraty dochodów i kosztów wystąpienia ryzyka socjalnego według jednakowych dla wszystkich, określonych zasad²³. Przede wszystkim wyraża się to w finansowaniu opartym na składce, której wysokość nie

17 D. Dobrzański, *Nowożytna idea solidarności* [w:] *Idea solidarności w kontekstach filozoficzno-historycznych*, red. D. Dobrzański, A. Wawrzynowicz, Poznań 2006, s. 13.

18 J. Radzińska, *Solidarności: definicja i konteksty*, „Etyka” 2014, nr 48, s. 61.

19 J.Ch. Sismonde de Sismondi, *Nouveaux principes d'économie politique ou de la richesse dans ses rapports avec la population* (*Nowe zasady ekonomii politycznej, czyli o bogactwie i jego stosunku do ludności*), Paris 1819 [za:] E. Grabowski, *Ubezpieczenia społeczne w państwach współczesnych*, Warszawa 1923, s. 13–14.

20 W. Szubert, *op. cit.*, s. 13.

21 J. Radzińska, *op. cit.*, s. 66.

22 D.E. Lach, *O solidarności społecznej w „ubezpieczeniu zdrowotnym”*, referat z XIX Zjazdu Katedr i Zakładów Prawa Pracy i Zabezpieczenia Społecznego pt. „Podstawy aksjologiczne prawa pracy i ubezpieczeń społecznych”, Poznań 2013, s. 16, https://prawo.amu.edu.pl/_data/assets/pdf_file/0011/176168/dr-hab.-Lach.pdf (31.07.2018).

23 S. Golinowska, *Polityka społeczna w gospodarce rynkowej. Studium ekonomiczne*, Warszawa 1994, s. 62.

jest różnicowana indywidualnie dla każdego ubezpieczonego ze względu na jego cechy, czyli indywidualne ryzyko²⁴. W ten sposób wszyscy przyczyniają do tworzenia funduszu, choćby ich sytuacja nie wskazywała na konieczność sięgnięcia do jego zasobów w najbliższym czasie, a pomoc uzyskują osoby dotknięte ryzykiem socjalnym. W literaturze określane jest to mianem solidarności poziomej²⁵. Należy przy tym zaznaczyć, że brak różnicowania składki pod kątem indywidualnego ryzyka nie oznacza jednakowej kwoty dla wszystkich, gdyż jest ona wyrażona jako określony procent wynagrodzenia, dlatego osoby lepiej uposażone płacą wyższe składki. W związku z tym wskazuje się, że solidarność w ubezpieczeniach społecznych ma do pewnego stopnia służyć także wyrównywaniu różnic w dochodach i sytuacji społecznej ubezpieczonych (solidarność pionowa)²⁶. Na marginesie rozważań dotyczących solidarności w aspekcie ubezpieczenia chorobowego należy również wspomnieć o występującej w ubezpieczeniu emerytalnym i rentowym solidarności pokoleniowej, a więc finansowaniu obecnych świadczeń z bieżących składek²⁷.

Solidarność jako zasada stanowiąca podstawę prawa ubezpieczeń społecznych może być analizowana z uwagi na różne relacje podmiotów wchodzących w skład systemu ubezpieczeń społecznych. Wyróżnić można stosunki zachodzące pomiędzy ubezpieczonymi względem siebie, ubezpieczonymi a świadczeniobiorcami, ubezpieczonymi a płatnikami składek, świadczeniobiorcami pomiędzy sobą, państwem a świadczeniobiorcami²⁸. W odniesieniu do ubezpieczenia chorobowego można zakładać, że zidentyfikowane relacje będą dotyczyć:

- Ubezpieczonych względem siebie – ze względu na tworzenie wspólnoty ryzyka na wypadek zaistnienia zdarzeń losowych, które skutkują niezdolnością do pracy w wyniku choroby oraz macierzyństwa. Wyrazem tej relacji jest przede wszystkim przekazywanie składki do wyodrębnionego w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych funduszu chorobowego. Zgromadzone w ten sposób środki stanowią podstawę finansowania świadczeń dla członków wspólnoty w razie ziszczenia się określonego ryzyka. Zaznaczyć jednak należy, że wspólnota ryzyka w tym przypadku nie jest tworzona na zasadzie powszechności i przymusu, gdyż ubezpieczenie chorobowe dla części tytułów jest dobrowolne²⁹.
- Ubezpieczonych i świadczeniobiorców – w związku z finansowaniem przysługujących w sytuacji niezdolności do pracy świadczeń z bieżących wpłat składek. Składki na ubezpieczenie chorobowe tak samo jak na ubezpieczenie emerytalne, rentowe i wypadkowe są ewidencjonowane na indywidualnym koncie ubezpieczonego. Jednakże

24 W. Szubert, *op. cit.*, s. 15.

25 Por. M. Rymśza, *Solidaryzm w ubezpieczeniach społecznych* [w:] *Społeczne aspekty ubezpieczenia*, red. T. Szumlicz, Warszawa 2005, s. 46–52.

26 W. Sanetra, *Aksjologiczne podstawy prawa ubezpieczeń społecznych* [w:] *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, red. K. Frieske, E. Przychodaj, Warszawa 2014, s. 36.

27 M. Rymśza, *op. cit.*, s. 47.

28 K. Ślebza, *Zasada solidarności w ubezpieczeniu społecznym* [w:] *Zagadnień prawa pracy i prawa socjalnego. Księga jubileuszowa Profesora Szurgacza*, red. Z. Kubot, T. Kuczyński, Warszawa 2011, s. 538.

29 Dobrowolność przystępowania do wspólnoty ryzyka stanowi pewnego rodzaju zaburzenie zasady solidarności, gdyż osoba sama decyduje, kiedy do wspólnoty przystąpić lub z niej wystąpić. W ten sposób może kreować korzystniejsze warunki ubezpieczenia niż osoba, która obejmowana jest ubezpieczeniem przymusowo.

w przypadku tego ubezpieczenia świadczenia nie są zależne od zgromadzonego indywidualnie kapitału ze względu na ich alimentacyjny charakter. Wypłata świadczeń następuje ze środków pochodzących z bieżących wpłat składek na to ubezpieczenie.

- Ubezpieczonych i płatników składek – co w najbardziej wyraźny sposób wyraża się w podziale finansowania składki. W przeszłości również w ubezpieczeniu chorobowym składka była w części pokrywana przez płatnika, a w części przez ubezpieczonego. Obecnie jednak w całości jest finansowana przez ubezpieczonego, gdyż co do zasady ma on wpływ na kształtowanie się ryzyka niezdolności do pracy z powodu choroby i macierzyństwa. Jednak płatnicy składek, mimo że nie współfinansują składki, również przyczyniają się do kształtowania stanu funduszu chorobowego. Wynika to w szczególności z obowiązku wypłaty wynagrodzeń za określony czas choroby dla części z ubezpieczonych³⁰.
- Świadczeniobiorców – ze względu na określenie maksymalnego okresu pobierania świadczeń czy też sytuacji, w których ubezpieczony nie uzyskuje prawa do świadczeń w związku z tym, że przyczynił się do powstania niezdolności do pracy. Również jako przejaw solidarności pomiędzy świadczeniobiorcami można wskazać brak prawa do niektórych świadczeń w przypadku wykonywania czynności zarobkowych w trakcie ich pobierania lub gdy podejmowane czynności są niezgodne z celem zwolnienia lekarskiego od pracy.
- Państwa i świadczeniobiorców – w związku z przekazywaniem dotacji do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, w tym funduszu chorobowego, przez Skarb Państwa. W sytuacji gdy wydatki na świadczenia przewyższają wpływy do funduszu z tytułu składek, to państwo przekazuje odpowiednią kwotę środków na wypłatę świadczeń.

W wyniku zachodzących relacji możliwe jest łagodzenie skutków zmaterializowanego ryzyka niezdolności do pracy z powodu choroby i macierzyństwa. Odbywa się to według zasad określonych przez wspólnotę ryzyka. Należy zaznaczyć, że do wspólnoty mogą też dołączyć osoby zainteresowane uzyskaniem świadczeń pieniężnych w sposób do tego nieuprawniony. Działanie takie będzie szkodliwe dla całej wspólnoty, a tym samym będzie niekorzystnie oddziaływać na przedstawione zależności wynikające z zasady solidarności.

Nadużycia w prawie do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego

Nadużycie zgodnie z jego słownikowym określeniem to postępowanie lub czyn niezgodny z przyjętymi normami postępowania albo przestępstwo finansowe³¹. W literaturze przedmiotu w kontekście ekonomicznym występuje wiele definicji nadużyć. Wskazuje się między

³⁰ Należy jednak zauważyć, że nie wszyscy ubezpieczeni są uprawnieni do otrzymywania wynagrodzenia za część okresu niezdolności do pracy z powodu choroby, dlatego też można to uznać za częściową realizację zasady solidarności w tym zakresie.

³¹ *Słownik języka polskiego PWN*, www.sjp.pwn.pl (31.07.2018).

innymi, że są to wszelkie działania lub zaniechania, łącznie z podaniem błędnych informacji, które w sposób świadomy lub lekkomyślny wprowadzają w błąd lub usiłują wprowadzić w błąd stronę w celu osiągnięcia korzyści finansowej³². Trzeba przy tym wskazać, że czasem określenia nadużycie (ang. *abuse*) i oszustwo (ang. *fraud*) używane są zamiennie. Definicje tych słów mimo rozbieżności w ich interpretacji mają wspólne cechy, takie jak: fałszerstwo, celowe i świadome nadużywanie zaufania, powstawanie strat innej jednostki, zatajenie³³.

W obowiązującym w czasie przeprowadzenia analiz stanie prawnym instytucja nadużycia w ubezpieczeniach społecznych nie została unormowana³⁴. Określenie to jednak występowało już w przepisach dotyczących ubezpieczenia chorobowego w latach 1958–1987. Dotyczyło ono przypadków niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystywania zwolnienia lekarskiego, w szczególności aby uchylać się od pracy lub wykonywać inną pracę zarobkową³⁵.

Analiza orzeczeń sądowych z zakresu prawa pracy i ubezpieczeń społecznych wskazuje typowe przykłady najczęściej występujących dotychczas nieprawidłowości w obszarze prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, spośród których w kontekście prowadzonych rozważań na uwagę zasługują następujące przypadki:

1. Wnioskowanie o wypłatę świadczenia przez osobę zgłoszoną do ubezpieczeń na podstawie pozornej umowy o pracę. W sprawach tego rodzaju pomiędzy płatnikiem składek a ubezpieczonym najpierw dochodzi do zawarcia umowy o pracę, która jednak nie ma służyć nawiązaniu stosunku pracy, a jedynie ma stanowić formalną podstawę dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia chorobowego. Postępując w ten sposób, strony tworzą pozór nawiązania stosunku pracy, gdyż żadna praca faktycznie nie jest wykonywana, a wyłącznym celem pozorowania jej świadczenia jest uzyskanie wypłat zasiłku z ubezpieczenia chorobowego. W tego typu przypadkach przesłanki wskazujące na nieuczciwe zamiary obydwu stron są dokumentowane następującymi okolicznościami: stosunkowo krótkim okresem „świadczonej pracy” od daty zgłoszenia do ubezpieczeń (który mieści się w przedziale od jednego do kilku miesięcy) do dnia złożenia wniosku o przyznanie świadczenia, ustaleniem wynagrodzenia na wysokim poziomie, co w wielu przypadkach nie ma uzasadnienia w kondycji finansowej płatnika składek, a ponadto sporządzeniem dokumentów mających uwiarygodnić powstanie stosunku pracy³⁶.
2. Wnioskowanie o wypłatę świadczenia przez osobę zgłoszoną do ubezpieczeń na podstawie pozoru prowadzenia działalności gospodarczej. Mechanizm działania

32 European Investment Bank, *International financial institutions anti-corruption task force*, Singapore 2006, s. 1, <http://www.eib.org/en/about/documents/ifi-anti-corruption-task-force-uniform-framework.htm> (30.09.2018).

33 M. Kutera, *Rola audytu finansowego w wykrywaniu przestępstw gospodarczych*, Warszawa 2008, s. 18–20.

34 Por. K. Ślebza, *Kontrola przez ZUS ważności umów o pracę stanowiących tytuł do ubezpieczenia społecznego – wybrane zagadnienia*, „Prawo i Zabezpieczenie Społeczne” 2017, nr 2, s. 40.

35 Art. 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1958 r. o zwalczaniu nadużyć w zakresie wykorzystywania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy (tekst jednolity: Dz.U. z 1968 r. nr 7, poz. 43, z późn. zm.).

36 Por. wyrok SN z dnia 24 kwietnia 2018 r. (sygn. I UK 276/17, Lex nr 2549244), wyrok SN z dnia 22 czerwca 2015 r. (sygn. I UK 367/14, Lex nr 1771586), wyrok SA w Łodzi z dnia 13 marca 2017 r. (sygn. III AUa 429/16, Lex nr 2278247), wyrok SA w Łodzi z dnia 26 sierpnia 2015 r. (sygn. III AUa 1458/14, Lex nr 1814782).

w tego rodzaju przypadkach polega na tym, że osoba dokonuje wpisu do ewidencji działalności gospodarczej, jednak faktycznie nie wykonuje czynności związanych z jej prowadzeniem. Uzyskanie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej służy jedynie dokonaniu zgłoszenia do ubezpieczenia chorobowego w celu nabycia prawa do ubiegania się o przyznanie tych świadczeń w najbliższej przyszłości. Wśród tego rodzaju przypadków można ponadto wskazać kilka najbardziej typowych i powtarzających się praktyk: krótki okres od dnia zgłoszenia do ubezpieczeń (od jednego do kilku miesięcy) do momentu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, deklarowanie podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe na poziomie przewyższającym wynikającą z ustawy systemowej minimalną kwotę podstawy dla osób prowadzących działalność, wykonywanie pewnych czynności pozorujących prowadzenie działalności gospodarczej³⁷.

3. Zawyżenie podstawy wymiaru naliczenia świadczenia w związku ze znacznie zawyżonym poziomem przyznanego wynagrodzenia. Uzgodniono, iż w tego typu sprawach podstawa zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych nie jest traktowana jako pozorna, jednak wynagrodzenie będące bazą dla naliczenia świadczeń zostaje ustalone na znacznie wygórowanym poziomie, odbiegającym od normalnej praktyki przez co łatwiejszym do zauważenia. W przypadku osób, które posiadają kilkuletni staż pracy, pułap wynagrodzenia może zostać zwiększany poprzez fikcyjną zmianę etatu o wyższej stawce lub jednorazowe wypłaty rażąco dużych nagród. Pochodną takiego postępowania jest uzyskanie wypłaty stosunkowo wysokiej kwoty świadczeń. Opisaną metodę nieuczciwego działania charakteryzuje: brak adekwatności wynagrodzenia w porównaniu do kwalifikacji i rodzaju wykonywanej pracy, znaczną, a wręcz czasami drastyczną dysproporcję kwoty wynagrodzenia w stosunku do innych zatrudnionych u przedsiębiorcy osób, brak ekonomicznego uzasadnienia dla tak ustalonego poziomu wynagrodzenia³⁸.
4. Zawyżenie podstawy wymiaru naliczenia świadczenia w związku z obliczoną zbyt wysoką podstawą wymiaru składek osoby prowadzącej działalność gospodarczą. W opisywanych przypadkach działalność gospodarcza jest faktycznie wykonywana, a w ramach uzyskanego tytułu do ubezpieczenia chorobowego składki są naliczane zazwyczaj od maksymalnej przewidzianej kwoty podstawy wymiaru. Motywem takiego zachowania przedsiębiorcy jest uzyskanie maksymalnej kwoty świadczeń. Wśród tego typu spraw można ponadto wskazać takie nieuczciwe praktyki jak: krótki okres, przez który deklarowana jest maksymalna kwota podstawy wymiaru składki (od jednego do kilku miesięcy) do momentu złożenia wniosku o wypłatę świadczeń, brak środków finansowych w ramach działalności gospodar-

³⁷ Por. wyrok SN z dnia 15 marca 2018 r. (sygn. III UK 47/17, Lex nr 2497578), wyrok SN z dnia 21 września 2017 r. (sygn. I UK 366/16, Lex nr 2397630), wyrok SN z dnia 5 grudnia 2017 r. (sygn. II UK 573/16, Lex nr 2434455), wyrok SA w Białymstoku z dnia 23 kwietnia 2018 r. (sygn. III AUa 270/17, Lex nr 2488743), wyrok SA w Lublinie z dnia 7 września 2016 r. (sygn. III AUa 362/16, Lex nr 2112336), wyrok SA w Katowicach z dnia 17 maja 2016 r. (sygn. III AUa 1026/15, Lex nr 2079181).

³⁸ Por. uchwała SN z dnia 27 kwietnia 2005 r. (sygn. II UZP 2/05, OSNP 2005/21/338), wyrok SN z dnia 1 czerwca 2017 r. (sygn. I UK 253/16, Lex nr 2342187), wyrok SN z dnia 19 maja 2009 r. (sygn. III UK 7/09, Lex nr 509047), wyrok SA w Gdańsku z dnia 9 lipca 2014 r. (sygn. III AUa 1814/13, Lex nr 1498872).

czej na opłacanie składek od maksymalnej podstawy wymiaru (ponoszenie strat w ramach działalności gospodarczej)³⁹.

5. Wykorzystywanie zwolnienia od pracy z powodu choroby, na podstawie którego wypłacany jest zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne niezgodnie z jego przeznaczeniem. Ilustracją tego rodzaju nadużyć jest sytuacja, w której osoba objęta ubezpieczeniem chorobowym mimo orzeczonej czasowej niezdolności do pracy nadal wykonuje swoją pracę lub pracę zarobkową w innym niż podstawowe miejscu pracy. Ponadto do tej kategorii zachowań należy zaliczyć przypadki wykonywania zajęć niemających charakteru zarobkowego, które jednak ze względu na swój rodzaj nie służą odzyskaniu zdolności do pracy, jak np. prace remontowo-budowlane lub inne czynności wymagające większego wysiłku fizycznego, wyjazd na wycieczkę itp. Należy również zaznaczyć, że wykorzystywanie przez pracownika zwolnienia niezgodnie z jego przeznaczeniem wiąże się z utratą prawa do świadczeń, a może też być uznane za ciężkie naruszenie obowiązków pracowniczych⁴⁰.
6. Uzyskanie zwolnienia lekarskiego od pracy w sytuacji braku wskazań medycznych. W sprawach, których to dotyczy, ubezpieczony wprowadza lekarza w błąd, pozorując występowanie objawów choroby, albo uzyskuje fałszywe zwolnienie w wyniku wręczenia lekarzowi korzyści majątkowej. Celem takiego działania jest stworzenie podstawy do uzyskania świadczeń⁴¹. Posługiwanie się takim zaświadczeniem lekarskim może być wykorzystane np. do zachowania korzystnej podstawy naliczenia świadczeń lub uzyskiwania świadczeń po utracie pracy⁴².

Wymienione przykłady ujawnionych nieprawidłowości dotyczą współdziałania ubezpieczonego z płatnikiem składek lub czynów samego ubezpieczonego. Omawiając kwestie możliwych nadużyć w kontekście przyznawanych świadczeń, jest zasadne również wskazać możliwe nieprawidłowości w zakresie dokonywania rozliczeń świadczeń przez płatników składek. W takim przypadku nie można wykluczyć sytuacji, że w intencji zmniejszenia zobowiązań z tytułu składek zostaną w aktach rozliczeniowych wykazane świadczenia, gdy brakuje odpowiedniej dokumentacji uprawniającej do ich wypłaty albo nastąpiło zawyżenie kwot świadczeń lub faktycznie nie doszło do wypłaty⁴³.

39 Por. uchwała SN z dnia 21 kwietnia 2010 r. [II UZP 1/10, www.sn.pl (31.07.2018)], wyrok SA z dnia 18 maja 2016 r. [sygn. III AUa1312/15, www.saos.org.pl (31.08.2018)]; należy przy tym zaznaczyć, że zgodnie z uchwałą SN ZUS nie jest uprawniony do kwestionowania kwoty zadeklarowanej przez osobę prowadzącą działalność, jeżeli nieci się ona w ustawowych granicach.

40 Por. wyrok SN z dnia 15 marca 2018 r. (sygn. I UK 49/17, Lex nr 2508654), wyrok SN z dnia 25 kwietnia 2013 r. [sygn. I UK 606/12, www.sn.pl (31.07.2018)], wyrok SN z dnia 3 października 2008 r. (sygn. II UK 26/08, Lex nr 513018), wyrok SN z dnia 26 lipca 2011 r. [sygn. I PK 22/11, www.sn.pl (31.07.2018)], wyrok SN z dnia 13 czerwca 1985 r. (sygn. I PR 37/85, OSNC 1986/4/58), wyrok OSPiUS w Poznaniu z dnia 28 stycznia 1976 r. (sygn. I P 49/76, Służba Pracownicza 1976/4/37).

41 Por. wyrok SO w Łodzi z dnia 22 września 2011 r. [powołanie orzeczenia sygn. IV K 173/11, w uzasadnieniu wyroku SO w Łodzi z dnia 9 listopada 2016 r., sygn. VIII Ua 70/16, www.saos.org.pl (31.08.2018)]; *5 osób oskarżonych o wręczenie lapówek za fałszywe zwolnienia*, „Dziennik Łódzki” 23.12.2014, www.dzienniklodzki.pl (31.07.2018), S. Cieśla, *Lekarze nie pójdą siedzieć. Dostali wyroki w zawieszeniu i wysokie grzywny*, „Gazeta Lubuska” 21.07.2009, www.gazetalubuska.pl (31.07.2018).

42 Art. 43 i art. 46 ustawy o świadczeniach.

43 Art. 46 ust. 2 ustawy systemowej.

Wspólnym elementem przedstawionych sytuacji było przede wszystkim wprowadzanie w błąd lub zatajanie prawdy co do faktycznych okoliczności, które są rozpatrywane przy ustalaniu prawa do świadczeń. Takie działania niejednokrotnie spełniają przesłanki czynów zabronionych, z którymi łączy się odpowiedzialność karna⁴⁴. W szczególności dotyczy to praktyk polegających na świadomym wprowadzaniu w błąd w zakresie powstania tytułu do ubezpieczeń lub uzyskaniu fałszywego zaświadczenia o niezdolności do pracy z powodu choroby. Zachowania takie wypełniają znamiona przestępstwa, oszustwa, które jest motywowane celem korzyści majątkowej, doprowadzeniem innych, w tym przypadku ZUS, do niekorzystnego rozporządzenia mieniem przez wprowadzenie w błąd albo wyzyskanie błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsięwziętej okoliczności⁴⁵. To postępowanie można zaliczyć do wyróżnianej w literaturze przestępczości socjalnej, która jest szczególnym rodzajem przestępczości gospodarczej⁴⁶.

Opisywane zachowania w części mieściły się jednak w granicach prawa i polegały na wykorzystaniu luk w przepisach prawa jako dogodnych okoliczności do osiągnięcia korzyści w wymiarze finansowym⁴⁷. Przykładem było deklarowanie w krótkim okresie przez ubezpieczonych z tytułu działalności gospodarczej maksymalnej przewidzianej kwoty podstawy wymiaru i uzyskanie najwyższej możliwej kwoty świadczeń. Działanie takie, mimo że nie jest sprzeczne z prawem, należy uznać jako patologiczne⁴⁸. Osoba mająca krótki okres ubezpieczenia chorobowego uzyskiwała wyższe świadczenia od tej, która podlegała ubezpieczeniu dłużej⁴⁹. Sytuacja taka nie była w interesie społecznym, stąd nastąpiły odpowiednie zmiany w zakresie obliczania wysokości świadczeń⁵⁰.

Podjmując się próby określenia nadużycia w kontekście przedstawionych nieprawidłowości, jest zasadnym ująć z jednej strony działania, którym można przypisać znamiona

44 Por. wyrok SR Szczecin-Centrum w Szczecinie z dnia 24 maja 2018 r. [sygn. V K 1162/17, www.saos.org.pl (31.08.2018)], z dnia 22 maja 2018 r. [sygn. V K 1364/17, www.saos.org.pl (31.08.2018)], z dnia 4 października 2017 r. [sygn. V K 313/17, www.saos.org.pl (31.08.2018)].

45 Art. 286 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r. poz. 1600); szerzej: M. Makarzew, *Przestępstwo oszustwa na szkodę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych* [w:] *Przestępstwa na szkodę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – wybrane zagadnienia*, red. J. Lachowski, Toruń 2018, s. 73–76.

46 Szerzej zob.: Z. Kukuła, *Przestępczość socjalna z perspektywy prawa karnego i kryminologii*, Warszawa 2016, s. 23 i nast.

47 Por. E. Wygonna, A. Krysztofowicz, *Nadużycia w systemie ubezpieczeń społecznych – pokusa dla klienta, wyzwanie dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, „Biuletyn Ministerstwa Finansów” 2017, nr 2(22), s. 7.

48 Z. Kukuła wskazuje, że patologia oprócz zachowań sprzecznych z prawem karnym obejmuje swoim zasięgiem znaczeniowym również działania w danym czasie niekaralne, jednakże sprzeczne z interesem społecznym. Naruszają one powszechnie uznane normy prawne i wartości przyjęte oraz akceptowane w wybranym społeczeństwie, gdzie regulatorem zachowania nie są wyłącznie normy prawa, Z. Kukuła, *op. cit.*, s. 47–48; J. Kwaśniewski patologią określa te cechy życia zbiorowego, które w żaden sposób nie dadzą się pogodzić z uznawanymi i akceptowanymi powszechnie wartościami społecznymi. Negatywne skutki mogą przynosić różne postawy i działania jednostek, grup i zbiorowości, stosunki między ludźmi i grupami społecznymi, sposoby zarządzania lub rozwiązywania napięć i konfliktów, działania sformalizowanych instytucji, urzędów, organizacji czy systemów politycznych, społecznych itp., J. Kwaśniewski, *Patologia społeczna. Wybrane problemy*, Warszawa 1991, s. 23.

49 Szerzej: G. Pilecka, M. Bisek-Grąz, *Praktyka podwyższania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe na krótko przed porodem przez osoby prowadzące działalność gospodarczą*, „Ubezpieczenia społeczne. Teoria i praktyka” 2015, nr 3, s. 166–175.

50 Art. 1 ust. 10 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015 r. poz. 1066).

przestępstwa, oszustwa czy też wyłudzenia, z drugiej zaś strony należy uwzględnić sytuacje, które są zgodne z prawem, ale dokuczliwe dla ubezpieczyciela społecznego, ponieważ tworzą swoistego rodzaju patologie. Dlatego jako nadużycie w ubezpieczeniu chorobowym można uznać działanie ubezpieczonego podejmowane samodzielnie lub wspólnie z płatnikiem składek, które polega na wykorzystaniu istniejących w przepisach prawnych luk albo wprowadzeniu w błąd ubezpieczyciela lub zatajaniu przed nim prawdy w celu osiągnięcia korzyści w postaci uzyskania korzystnej kwoty świadczeń lub wyłudzenia nienależnego świadczenia.

Rozpatrując relacje między nadużyciami a zasadą solidarności w ubezpieczeniu chorobowym, można stwierdzić, że są one względem siebie przeciwstawne. Dążenia uprawnionych do korzystania z zasiłków mające na celu uzyskanie nienależnego świadczenia z funduszu chorobowego będą wpływać negatywnie na jego funkcjonowanie. Działanie takie będzie sprzeczne z ogólnie przyjętymi zasadami moralności publicznej. Zawyżanie kwot świadczeń poprzez wykorzystanie luk w prawie również należy uznać jako szkodliwe dla funduszu. Zasada solidarności, która wyraża się między innymi we wspólnych interesach danej grupy, powinna przekonywać jej członków do zachowań etycznych. Jednak pokusa uzyskania korzyści finansowych może skłaniać do działań sprzecznych z interesami wspólnoty. Dlatego jest też konieczne odpowiednie przeciwdziałanie nadużyciom.

Przeciwdziałanie nadużyciom w kontekście ubezpieczenia chorobowego

ZUS jest państwową jednostką organizacyjną realizującą zadania z zakresu ubezpieczeń społecznych. W celu dbałości o stan środków finansowych powierzonych przez ubezpieczonych i budżet państwa ma on kompetencje władcze do wydawania decyzji w indywidualnych sprawach. Zakres rozstrzygnięć obejmuje w szczególności zagadnienia związane ze zgłaszaniem do ubezpieczeń społecznych i ich przebiegiem, ustalaniem wymiaru składek i ich poborem oraz definiowaniem uprawnień i wymiaru świadczeń z ubezpieczeń społecznych⁵¹. Ponadto ubezpieczyciel może dochodzić zwrotu nienależnie pobranych świadczeń, przez które rozumie się:

- wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do ich pobierania;
- przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia.

W kontekście nabycia prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego zasadniczą kwestią jest istnienie ważnej podstawy tytułu do ubezpieczeń, którą w przypadku

⁵¹ G. Szpor, *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, Warszawa 2016, s. 82.

pracownika jest umowa o pracę. W dalszej kolejności rzutuje na to podstawa wymiaru składek, która jest pochodną wynagrodzenia i stanowi część składową mechanizmu obliczenia należnych świadczeń. Niezbędnym warunkiem jest również spełnienie formalnych przesłanek do nabycia prawa do świadczeń. W momencie gdy świadczenie jest wypłacane przez ZUS, wszystkie te aspekty podlegają weryfikacji w ramach prowadzonego postępowania w sprawie ustalenia prawa, naliczenia i wypłaty świadczenia. W razie wątpliwości co do istnienia prawa do świadczeń są prowadzone odpowiednie czynności w ramach postępowania wyjaśniającego lub kontroli płatnika składek. W przypadku udowodnienia, że wystąpiło pozorowanie okoliczności powstania tytułu do ubezpieczeń lub przedstawione dokumenty są fałszywe, ZUS odmawia prawa do przyznania lub wypłaty uznanych wcześniej świadczeń⁵². Gdy takie okoliczności zostaną ustalone już po wypłacie świadczenia, ubezpieczony jest zobowiązany do jego zwrotu.

Jeżeli wypłata świadczeń jest dokonywana przez płatnika składek, to do jego obowiązków należy przeprowadzenie odpowiedniej weryfikacji istnienia prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego⁵³. Ustalenia w tym zakresie nie mają formy decyzji, ale przybierają postać ustaleń faktycznych⁵⁴. Zasadność prowadzonych rozliczeń z tytułu wypłaconych świadczeń podlega weryfikacji przez ZUS w ramach zadań związanych z ewidencjonowaniem dokumentów rozliczeniowych i poborem należnych składek. W razie konieczności są prowadzone postępowania wyjaśniające. Ponadto płatnik składek podlega kontroli prowadzonej przez inspektorów kontroli Zakładu w zakresie ciężących na nim zadań i obowiązków określonych przepisami ubezpieczenia społecznego⁵⁵. Zakres przedmiotowy kontroli w aspekcie ubezpieczenia chorobowego dotyczy prawidłowości ustalania uprawnień do świadczeń, ich wysokości oraz dokonywania rozliczeń z tytułu wypłaty. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości ustalenia są opisywane w protokole kontroli, który stanowi podstawę do wydania stosownych decyzji⁵⁶.

Podejmowane przez ZUS czynności mające na celu przeciwdziałanie wyłudzeniom świadczeń w kontekście rzekomych podstaw, które mają stanowić tytuły do przyznania praw do ubezpieczeń społecznych, wielokrotnie podlegały kontroli sądu. W orzecznictwie został utrwalony pogląd, że ubezpieczyciel społeczny ma prawo badać, czy określona umowa stanowiąca tytuł do ubezpieczenia społecznego była faktycznie wykonywana na warunkach w niej wymienionych oraz czy nie została zawarta dla pozorów, czy też

52 Art. 84 ustawy systemowej, art. 66 ustawy o świadczeniach.

53 Art. 61 ustawy o świadczeniach, rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich (Dz.U. nr 65, poz. 743), rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 grudnia 2015 r. w sprawie zakresu informacji o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub ich wysokość oraz dokumentów niezbędnych do przyznania i wypłaty zasiłków (tekst jednolity: Dz.U. z 2017 r. poz. 87).

54 T. Bińczycka-Majewska, *Organizacja i funkcjonowanie ubezpieczeń społecznych [w:] Ubezpieczenie społeczne dawniej i dziś. W 80-lecie uchwalenia ustawy o ubezpieczeniu społecznym*, Wrocław 2013, s. 84.

55 *Ibidem*, s. 85.

56 Art. 91 ust. 5 ustawy systemowej.

nie zmierzała do obejścia przepisów prawa⁵⁷. Uprawnienia ZUS obejmują również możliwość dokonywania oceny treści umów o pracę w zakresie wysokości wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru składek⁵⁸. Jednak niekiedy takie podejście jest przedmiotem krytyki⁵⁹.

Korzystanie przez ubezpieczyciela społecznego z kompetencji oceny ważności tytułu do ubezpieczeń czy też wysokości wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru świadczeń jest ważnym elementem w przeciwdziałaniu nadużyciom. Działania w tym zakresie muszą być prowadzone ze względu na publicznoprawny charakter stosunku ubezpieczenia społecznego, na co wskazuje Trybunał Konstytucyjny⁶⁰. Brak działań ze strony ZUS w tym zakresie spowodowałby utratę zaufania do ubezpieczyciela jako podmiotu, który powinien stać na straży odpowiedniego wykorzystania środków w ramach funduszu tworzonego na wypadek ryzyka choroby i macierzyństwa. Ciężar finansowania nienależnych świadczeń ponosiłoby *de facto* całe społeczeństwo ze względu na przekazywane dotacje z budżetu państwa na rzecz wypłaty świadczeń z ubezpieczeń społecznych.

W kontekście omawianej problematyki ubezpieczenia chorobowego należy również nawiązać do kwestii obejmującej uprawnienia ZUS do prowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystania zwolnień od pracy z powodu choroby lub konieczności sprawowania opieki oraz prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy⁶¹. W pierwszym przypadku weryfikacja jest prowadzona w celu sprawdzenia, czy w okresie zwolnienia lekarskiego ubezpieczony nie wykonuje pracy zarobkowej albo nie wykorzystuje zwolnienia w sposób niezgodny z jego celem. Czynności w tym zakresie wykonywane są w miejscu pobytu lub prowadzenia działalności zarobkowej przez ubezpieczonego. Ponadto na podstawie danych znajdujących się na kontach ubezpieczonych jest możliwe sprawdzenie, czy w okresie niezdolności do pracy ubezpieczony miał inny tytuł do ubezpieczeń społecznych, w ramach którego osiągał wynagrodzenie stanowiące podstawę wymiaru składek. Wyniki analiz w tym zakresie stanowią podstawę przeprowadzenia kontroli dokumentacyjnej, której celem jest ustalenie, czy w okresie niezdolności do pracy nie była podejmowana działalność zarobkowa. Należy przy tym wskazać również na ważny wymiar prewencyjny podejmowanych działań kontrolnych. Część z ubezpieczonych powstrzymuje się przed podejmowaniem działań niezgodnych z prawem ze względu na świadomość ewentualnej kontroli.

Kontrola prawidłowości orzekania jest prowadzona przez lekarzy orzeczników ZUS, a skutkiem podjętej weryfikacji może być orzeczenie stwierdzające, że ubezpieczony jest zdolny do pracy. W zakresie tych działań kontrolnych mieści się również uprawnienie

57 Por. m.in. wyrok SN z dnia 22 listopada 2012 r. [sygn. I UK 246/12, www.saos.org.pl (31.08.2018)], wyrok SN z dnia 13 lipca 2005 r. [sygn. I UK 296/04, www.saos.org.pl (31.08.2018)], wyrok SA w Katowicach z dnia 27 listopada 2012 r. [sygn. III AUa 230/12, www.orzeczenia.katowice.sa.gov.pl (31.08.2018)].

58 Por. wyrok TK z dnia 29 listopada 2017 r. (sygn. P 9/15, Dz.U. z 2017 r. poz. 2240), uchwała SN z dnia 27 kwietnia 2005 r. (sygn. II UZP 2/05, OSNP 2005/21/338).

59 Por. D. Lach, *Glosa do uchwały SN z dnia 27 kwietnia 2005 r.*, OSNP 2005/21/338.

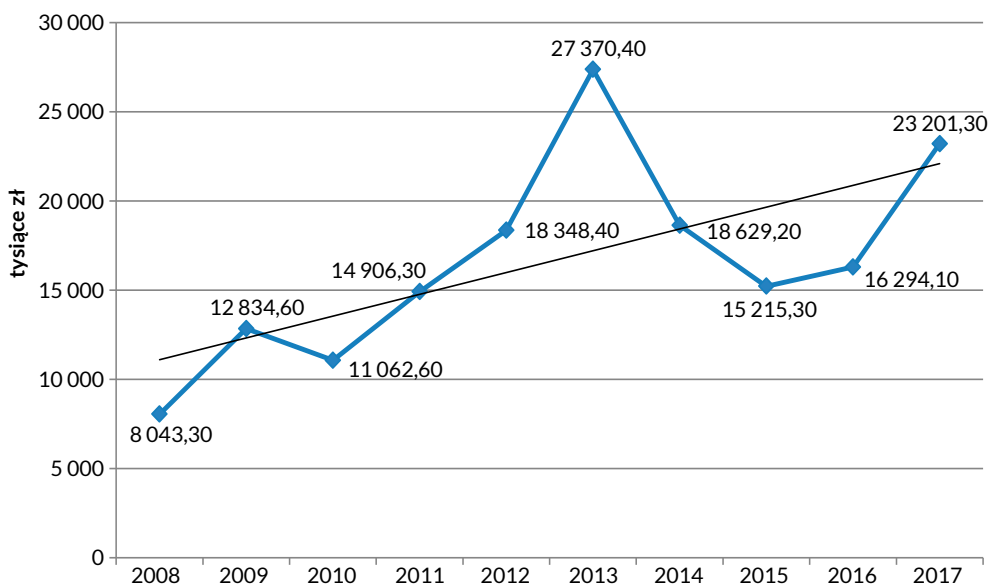
60 Wyrok TK z dnia 29 listopada 2017 r. (sygn. P 9/15, Dz.U. z 2017 r. poz. 2240).

61 Szerzej: S. Kasprowski, *op. cit.*, s. 120–122.

ZUS do sprawdzania dokumentacji medycznej sporządzanej przez lekarzy. W momencie gdy zostaną stwierdzone określone prawem nieprawidłowości, jak np. wystawienie zwolnienia od pracy bez bezpośredniego badania, lekarzowi może zostać czasowo cofnięte upoważnienie do wydawania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy⁶².

Tendencja wzrostowa niepokojących praktyk, o której świadczy m.in. wzrost kwoty zakwestionowanych świadczeń w wyniku kontroli prawidłowości wykorzystania i orzekania niezdolności do pracy (wykres nr 2), stała się przyczyną wzmocnienia metod przeciwdziałających nadużyciom. W tym zakresie ujednociono podejście do postępowania z ryzykiem nadużyć w systemie ubezpieczeń społecznych. Tak jak inne rodzaje ryzyka występujące w ZUS podlega ono zarządzaniu, w ramach którego można wyróżnić w szczególności elementy takie jak wykrywanie i zgłaszanie, reagowanie (przeciwdziałanie i korygowanie) oraz zapobieganie⁶³. Trzeba wskazać, że bardzo ważnym etapem w zarządzaniu ryzykiem jest jego identyfikacja, gdyż stanowi podstawę opracowania i wdrażania odpowiednich działań w wymiarze ogólnym, a nie tylko jednostkowym. Ewidencja ryzyka w postaci rejestru jest narzędziem do budowy systemu wczesnego ostrzegania⁶⁴.

Wykres 2. Kwota zakwestionowanych świadczeń w wyniku kontroli prawidłowości wykorzystania i orzekania niezdolności do pracy w latach 2008–2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji statystycznej o wynikach kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy za lata 2008–2017, www.zus.pl (31.01.2019)

62 Art. 60 ustawy o świadczeniach.

63 E. Wygonna, A. Krysztofowicz, *op. cit.*, s. 8.

64 Szerzej: *Ibidem*, s. 11–17.

Zakończenie

Zagadnienie nadużyć związanych ze świadczeniami z ubezpieczenia chorobowego było wielokrotnie poruszane w orzecznictwie i mediach⁶⁵. Przypadki uzyskiwania świadczeń w sytuacjach, które do tego nie uprawniają, trzeba oceniać negatywnie nie tylko jako zjawisko społeczne, ale także w kontekście ogólnego funkcjonowania funduszu chorobowego. W szczególności prowadzą one do zwiększenia kosztów zarówno po stronie systemu ubezpieczeń społecznych, jak i po stronie płatników składek. Ponadto nieuczciwe działania części świadczeniobiorców i płatników składek stoją w sprzeczności z zasadą solidarności społecznej, która jest jedną z podstawowych wartości dla ubezpieczeń społecznych. W jej kontekście nie mogą być tolerowane nadużycia, które są całkowitym jej przeciwieństwem. Kiedy mówimy o solidarności, to mamy na myśli braterstwo, wspólnotę, jedność, zgodę. W perspektywie ubezpieczeń społecznych jest to tworzenie funduszu na wypłatę świadczeń osobom, które tego potrzebują. Nadużycie natomiast rozpatrujemy w kategoriach nieczystych interesów, oszustwa, przestępstwa. Stąd można uznać, że to egoistyczne dążenie do osiągnięcia jak największych korzyści dla jednostki bez uwzględnienia interesów wspólnoty. W ubezpieczeniu chorobowym w ramach zasady solidarności nie powinno być miejsca dla nadużyć. Działania niezgodne z prawem polegające np. na pozornym zawarciu umowy o pracę w celu zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczeń są z nią sprzeczne. Wykorzystywanie luk w przepisach, aby uzyskać korzystniejsze świadczenie, również nie znajdują w niej oparcia. Respektowanie wynikających z zasady solidarności reguł pozwala na pogłębianie zaufania w ramach wspólnoty. Występowanie wyłudzeń powoduje zwątpienie w sens jej działania. Dlatego też należy uznać, że dokonywanie nadużyć jest zaprzeczeniem zasady solidarności.

ZUS jest dysponentem funduszy ubezpieczeń społecznych i w związku z tym jest zobowiązany do działania, które będzie wykrywało i zwalczało nadużycia w uzyskiwaniu świadczeń oraz przekazywanie nienależnych składek. Ważnym aspektem w zapobieganiu niekorzystnym sytuacjom jest prowadzenie analizy ryzyka wystąpienia ewentualnych nadużyć. W takim kontekście w pełni zrozumiałe i akceptowalne jest podejmowanie różnego rodzaju działań weryfikacyjnych i kontrolnych.

Brak reakcji ze strony ZUS, gdy prawdopodobnym jest wyłudzenie świadczenia, mogłoby stanowić zachętę przyczyniającą się do nasilania niekorzystnych zjawisk. W skrajnym przypadku można sobie wyobrazić sytuację, gdy transfer świadczeń odbywałby się w kierunku od mniej do bardziej uposażonych (duża liczba zatrudnionych ze stosunkowo niskim wynagrodzeniem z wpłaconych składek finansowałaby wysokie świadczenia dla osób, które stosunkowo krótko przyczyniały się do tworzenia funduszu, a ich jedynym

65 Np. J. Fiedoruk, *Niektórzy biorą zwolnienia lekarskie – np. by wyremontować dom. To oszustwo*, „Białystokonline” 28.01.2018, www.bialystokonline.pl (15.02.2019), M. Rzemek, *ZUS grozi więzieniem za wyłudzenia*, „Rzeczpospolita” 15.12.2017, www.rp.pl (15.02.2019), W. Tatar, *ZUS kontroluje chorych i cofa zwolnienia lekarskie*, „Nowiny24+” 13.02.2017, www.plus.nowiny24.pl (15.02.2019), *Zbyt dużo bezzasadnych zwolnień lekarskich*, „Podatki.biz” 26.09.2017, www.podatki.biz (15.02.2019).

celem było osiągnięcie nienależnych, a jednocześnie bardzo korzystnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych). Co więcej, ekonomiczne konsekwencje takiej sytuacji prowadziłyby do zwiększenia obciążeń ogółu obywateli, gdyż w przypadku wystąpienia deficytu w środkach funduszu zasłaby konieczność jego sfinansowania z dotacji budżetu państwa, a więc z daniny publicznej ogółu mieszkańców naszego kraju.

Podejmowane działania przez ZUS mają stosowne uzasadnienie w przepisach prawa. Jednak w świetle zgłaszanych wątpliwości w orzecznictwie, jak i w prowadzonej dyskusji na temat występujących nadużyć w ubezpieczeniach społecznych byłoby zasadnym rozważenie ewentualnych zmian legislacyjnych w prawie ubezpieczeń społecznych. Pozwoliłoby to unikać np. konieczności odwoływania się do zasad ubezpieczeń wynikających z ich aksjologicznych podstaw. Można zaproponować w tym zakresie wprowadzenie do przepisów ubezpieczeń społecznych zakazu wykonywania własnego prawa w sposób sprzeczny z jego społeczno-gospodarczym przeznaczeniem lub z zasadami współżycia społecznego, na wzór istniejących uregulowań w kodeksie cywilnym i kodeksie pracy. Na marginesie poruszanej tematyki należałoby się zastanowić również nad koncepcją wprowadzenia zmian, które demotywowałyby do podejmowania prób nadużyć w przyszłości. Jako przykłady takiej propozycji można wskazać rozwiązania związane z okresem ubezpieczenia wymaganym do nabycia prawa do świadczeń, ustaleniem okresu zasiłkowego, zasadami prowadzenia kontroli wykorzystania i prawidłowości orzekania o niezdolności do pracy oraz wprowadzenia ograniczeń w wysokości podstawy naliczania zasiłków.

Konieczne jest również prowadzenie odpowiednich działań edukacyjnych. Celem takich inicjatyw powinno być działanie na rzecz ograniczania przyzwolenia społecznego na dokonywanie wyłudzeń świadczeń. Czasem nieuczciwość tłumaczona jest np. rekompensatą za niekorzystne przepisy. Ważnym jest uświadamianie, że takie działanie w każdy przypadku jest ze szkodą dla wszystkich ubezpieczonych.

Szymon Kasprowski
Uniwersytet Ekonomiczny
we Wrocławiu

ŹRÓDŁA:

- *5 osób oskarżonych o wręczanie łapówek za fałszywe zwolnienia*, „Dziennik Łódzki” 23.12.2014, www.dzienniklodzki.pl (31.07.2018).
- Bińczycka-Majewska T., *Organizacja i funkcjonowanie ubezpieczeń społecznych* [w:] *Ubezpieczenie społeczne dawniej i dziś. W 80-lecie uchwalenia ustawy o ubezpieczeniu społecznym*, Wrocław 2013.
- Cieśla S., *Lekarze nie pójdą siedzieć. Dostali wyroki w zawieszeniu i wysokie grzywny*, „Gazeta Lubuska” 21.07.2009, www.gazetalubuska.pl (31.07.2018).
- Dobrzański D., *Nowożytna idea solidarności* [w:] *Idea solidarności w kontekstach filozoficzno-historycznych*, red. D. Dobrzański, A. Wawrznowicz, Poznań 2006.

- European Investment Bank, *International financial institutions anti-corruption task force*, Singapore 2006, s. 1, <http://www.eib.org/en/about/documents/ifi-anti-corruption-task-force-uniform-framework.htm> (30.09.2018).
- Fiedoruk J., *Niektórzy biorą zwolnienia lekarskie – np. by wyremontować dom. To oszustwo*, „Białystokonline” 28.01.2018, www.bialytsokonline.pl (15.02.2019).
- Golinowska S., *Polityka społeczna w gospodarce rynkowej. Studium ekonomiczne*, Warszawa 1994.
- Jakubiec D., *Pierwsze polskie instytucje ubezpieczeń społecznych. Zarys historii i ustroju*, Warszawa 2007.
- Kaczmarek A., *Zakres podmiotowy ubezpieczenia chorobowego* [w:] *Ubezpieczenie chorobowe*, red. B. Wagner, A. Malaka, Iwonicz Zdrój 2010.
- Kasprowski S., *Kontrola zasadności pobierania świadczeń w razie choroby i macierzyństwa w polskim systemie ubezpieczeń społecznych w latach 2005–2013*, „Prace Naukowe UE we Wrocławiu” 2015, nr 395.
- Kukula Z., *Przestępczość socjalna z perspektywy prawa karnego i kryminologii*, Warszawa 2016.
- Kutera M., *Rola audytu finansowego w wykrywaniu przestępstw gospodarczych*, Warszawa 2008.
- Kwaśniewski J., *Patologia społeczna. Wybrane problemy*, Warszawa 1991.
- Lach D., *O solidarności społecznej w „ubezpieczeniu zdrowotnym”*, referat z XIX Zjazdu Katedr/Zakładów Prawa Pracy i Zabezpieczenia społecznego pt. „Podstawy aksjologiczne prawa pracy i ubezpieczeń społecznych”, https://prawo.amu.edu.pl/__data/assets/pdf_file/0011/176168/dr-hab.-Lach.pdf (31.07.2018).
- Makarzec M., *Przestępstwo oszustwa na szkodę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych* [w:] *Przestępstwa na szkodę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – wybrane zagadnienia*, red. J. Lachowski, Toruń 2018.
- Olszewska M., *Kierunki zmian ubezpieczenia chorobowego* [w:] *Ewolucja ubezpieczeń społecznych w okresie transformacji ustrojowej*, red. B. Wagner, A. Malaka, Bydgoszcz 2011.
- Pilecka G., Bisek-Grąż M., *Praktyka podwyższania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe na krótko przed porodem przez osoby prowadzące działalność gospodarczą*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2015, nr 3.
- Radzińska J., *Solidarności: definicja i konteksty*, „Etyka” 2014, nr 48.
- Rymśza M., *Solidaryzm w ubezpieczeniach społecznych* [w:] *Społeczne aspekty ubezpieczenia*, red. T. Szumlicz, Warszawa 2005.
- Rzemek M., *ZUS grozi więzieniem za wyludzenia*, „Rzeczpospolita” 15.12.2017, www.rp.pl (15.02.2019).
- Sanetra W., *Aksjologiczne podstawy prawa ubezpieczeń społecznych* [w:] *Ubezpieczenia społeczne w procesie zmian. 80 lat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, red. K. Frieske, E. Przychodaj, Warszawa 2014.
- Sismonde de Sismondi J.Ch., *Nouveaux principes d'économie politique ou de la richesse dans ses rapports avec la population (Nowe zasady ekonomii politycznej, czyli o bogactwie*

i jego stosunku do ludności), Paris 1819 [za:] E. Grabowski, *Ubezpieczenia społeczne w państwach współczesnych*, Warszawa 1923.

- Słownik języka polskiego PWN, www.sjp.pwn.pl (31.07.2018).
- Szpor G., *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, Warszawa 2016.
- Szubert W., *Ubezpieczenie społeczne. Zarys systemu*, Warszawa 1987.
- Ślęzak K., *Zasada solidarności w ubezpieczeniu społecznym* [w:] *Z zagadnień prawa pracy i prawa socjalnego. Księga jubileuszowa Profesora Szurgacza*, red. Z. Kubot, T. Kuczyński, Warszawa 2011.
- Ślęzak K., *Kontrola przez ZUS ważności umów o pracę stanowiących tytuł do ubezpieczenia społecznego – wybrane zagadnienia*, „Prawo i Zabezpieczenie Społeczne” 2017, nr 2.
- Tataru W., *ZUS kontroluje chorych i cofa zwolnienia lekarskie*, „Nowiny24+” 13.02.2017, www.plus.nowiny24.pl (15.02.2019).
- Wygonna E., Krysztowicz A., *Nadużycia w systemie ubezpieczeń społecznych – pokusa dla klienta, wyzwanie dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, „Biuletyn Ministerstwa Finansów” 2017, nr 2 (22).
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Sprawozdania z wykonania planu finansowego FUS za lata 2008–2017*, www.zus.pl (31.07.2018).
- *Zbyt dużo bezzasadnych zwolnień lekarskich*, „Podatki.biz” 26.09.2017, www.podatki.biz (15.02.2019).

Solidarity of insured persons in sickness insurance and the problem of abuse of the right to benefits

The study presents issues related to sickness insurance within the Polish social insurance system. The discussed issues focus on the characteristics of the principle of solidarity and abuse of the right to sickness benefits. Based on court decisions, examples of the most frequent irregularities in the right to benefits have been presented. It also presents the possibilities available to the Polish Social Insurance Institution (ZUS) in order to counteract abuses. The most important issues relate to attempts to determine what abuse is in the context of acquiring the right to sickness benefits. Moreover, it is pointed out that the unfair actions of some beneficiaries and contribution payers are in contradiction with the principle of social solidarity, which is one of the basic values for social insurance.

Key words: sickness insurance, solidarity, abuse, right to benefits, Polish Social Insurance Institution (ZUS)