



www.gofin.pl

UBEZPIECZENIA I PRAWO PRACY DODATEK

10.06.2018 r.

ISSN 2449-9234

Dodatek nr

12

UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIA DLA PRZEDSIĘBIORCÓW

WSTĘP.....	str. 3
I. OBOWIĄZEK UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	
I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO	str. 6
1. Objęcie przedsiębiorcy ubezpieczeniami społecznymi i ubezpieczeniem zdrowotnym	str. 6
2. Ubezpieczenia w okresie zawieszenia wykonywania działalności	str. 8
3. Ubezpieczenia społeczne z jednego rodzaju działalności a składka zdrowotna z każdej działalności	str. 11
4. Brak obowiązku ubezpieczeń społecznych przedsiębiorcy korzystającego z tzw. „ulgi na start”	str. 11
II. UBEZPIECZENIA W PRZYPADKU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI W KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ.....	str. 13
1. Praca w jednym państwie i działalność na własny rachunek w innym państwie	str. 13
2. Czasowe prowadzenie działalności w innym państwie członkowskim	str. 14
3. Prowadzenie działalności w kilku państwach członkowskich	str. 15
III. ZGŁASZANIE I WYREJESTROWANIE PRZEDSIĘBIORCY Z UBEZPIECZEŃ	str. 15
1. Zgłoszenie do obowiązkowych i dobrowolnych ubezpieczeń.....	str. 15
2. Wyrejestrowywanie z ubezpieczeń osób prowadzących pozarolniczą działalność	str. 17
3. Zgłaszanie zmian tytułu i rodzajów ubezpieczeń oraz terminów ich powstania	str. 17
4. Zgłaszanie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny przedsiębiorcy	str. 18
5. Powiadomienie ZUS o zawieszeniu prowadzenia pozarolniczej działalności ..	str. 19
IV. USTALANIE I FINANSOWANIE SKŁADEK UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ NA FUNDUSZ PRACY.....	str. 19
1. Wysokość stopy procentowej składek na ubezpieczenia społeczne.....	str. 19

2. Finansowanie składek na ubezpieczenia społeczne przedsiębiorcy,
w tym ich refundacja z PFRON..... str. 22

V. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA

SPOŁECZNEstr. 26

1. Ogólne zasady ustalania podstawy wymiaru składek..... str. 26
2. Zmniejszanie najniższej podstawy wymiaru składek w razie objęcia
(ustania) ubezpieczeniem w trakcie miesiąca oraz w razie choroby..... str. 32

VI. ZASADY FINANSOWANIA I OPŁACANIA SKŁADKI

ZDROWOTNEJ.....str. 33

1. Ustalanie wysokości składki zdrowotnej..... str. 33
2. Zasady opłacania składki zdrowotnej..... str. 34
3. Prezentacja ulg w opłacaniu składki zdrowotnej dla przedsiębiorców str. 35

VII. SKŁADKA NA FUNDUSZ PRACY.....str. 39

VIII. ROZLICZANIE I OPŁACANIE SKŁADEK.....str. 40

1. Termin opłacania składek..... str. 40
2. Sporządzanie i przekazywanie dokumentacji do ZUS str. 41
3. Tryb dokonywania wpłat z tytułu składek..... str. 43

IX. ŚWIADCZENIA DLA OSÓB PROWADZĄCYCH

DZIAŁALNOŚĆ POZAROLNICZĄ.....str. 45

1. Zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego..... str. 45
2. Świadczenie rehabilitacyjne str. 49
3. Zasiłek macierzyński str. 50
4. Zasiłek opiekuńczy..... str. 53
5. Ustalanie podstawy wymiaru zasiłków..... str. 56
6. Termin wypłaty zasiłków..... str. 58
7. Przedawnienie roszczeń o wypłatę zasiłków str. 59



eWYDANIE Gofin

Z eWYDAŃ można korzystać na **trzy sposoby**:

- przeglądanie **on-line**,
- za pomocą programu (czytnika) **off-line**,
- w Aplikacji mobilnej **GOFIN NEWS**.

www.ewydanie.gofin.pl/opis

WSTĘP

Zasady obejmowania ubezpieczeniami społecznymi oraz ubezpieczeniem zdrowotnym osób fizycznych prowadzących pozarolniczą działalność na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej i przysługujących im świadczeń regulują przepisy:

- ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778 z późn. zm.), dalej ustawy o sus,
- ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.), dalej ustawy zdrowotnej,
- ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2017 r. poz. 1368), dalej ustawy zasiłkowej,
- ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1773 z późn. zm.), dalej ustawy wypadkowej.

Celem niniejszego opracowania jest omówienie zasad podlegania ubezpieczeniom wyłącznie osób prowadzących pozarolniczą działalność. Nie poruszono w nim tematyki ubezpieczeń oraz świadczeń przysługujących osobom współpracującym z przedsiębiorcą, jak również kwestii dotyczącej zbiegów tytułów do ubezpieczeń, w sytuacji gdy prowadzenie pozarolniczej działalności łączy się z jednoczesnym wykonywaniem np. umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło czy innej działalności.

Osobę prowadzącą pozarolniczą działalność zdefiniowano w art. 8 ust. 6 ustawy o sus (do definicji tej odsyła również ustawa zdrowotna w art. 5 pkt 21). W myśl powołanego przepisu, za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność uważa się:

- 1) osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców lub innych przepisów szczególnych,
- 2) twórcę i artystę,
- 3) osobę prowadzącą działalność w zakresie wolnego zawodu:
 - w rozumieniu przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
 - z której przychody są przychodami z działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych,
- 4) wspólnika jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólników spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej,
- 5) osobę prowadzącą publiczną lub niepubliczną szkołę, inną formę wychowania przedszkolnego, placówkę lub ich zespół, na podstawie przepisów ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 z późn. zm.).

Za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność, dla celów ubezpieczeń społecznych, nie uważa się osoby fizycznej, o której mowa w art. 18 ust. 1 ustawy – Prawo przedsiębiorców.

Za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. poz. 646), uważa się przedsiębiorcę, czyli osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną, wykonującą działalność gospodarczą. Przedsiębiorcami są także wspólnicy spółki cywilnej w zakresie wykonywanej przez nich działalności gospodarczej. Działalnością gospodarczą jest zorganizowana działalność zarobkowa wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły.

Ustawa – Prawo przedsiębiorców nie ma zastosowania do:

- działalności wytwórczej w rolnictwie w zakresie upraw rolnych, chowu i hodowli zwierząt, ogrodnictwa, warzywnictwa, leśnictwa i rybactwa śródlądowego,
- wynajmowania przez rolników pokoi, sprzedaży posiłków domowych i świadczenia w gospodarstwie rolnym innych usług związanych z pobytem turystów,
- wyrobu wina przez producentów będących rolnikami wyrabiającymi mniej niż 100 hektolitrow wina w ciągu roku gospodarczego, o których mowa w art. 17 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o wyrobie i rozlewie wyrobów winiarskich, obrotie tymi wyrobami i organizacji rynku wina (Dz. U. z 2016 r. poz. 859 z późn. zm.),
- działalności rolników w zakresie sprzedaży, o której mowa w art. 20 ust. 1c ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 200 z późn. zm.).

Uwaga: Nie stanowi działalności gospodarczej działalność wykonywana przez osobę fizyczną, której przychód należny z tej działalności nie przekracza w żadnym miesiącu 50% kwoty minimalnego wynagrodzenia (obecnie 1.050 zł), i która w okresie ostatnich 60 miesięcy nie wykonywała działalności gospodarczej (art. 5 ustawy – Prawo przedsiębiorców). Przez przychód należny rozumie się kwoty należne, choćby nie zostały faktycznie otrzymane, po wyłączeniu wartości zwróconych towarów, udzielonych bonifikat i skont. Osoba wykonująca taką działalność może złożyć wniosek o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. Działalność ta staje się działalnością gospodarczą z dniem określonym we wniosku. Powyższe nie stosuje się do działalności wykonywanej w ramach umowy spółki cywilnej.

Jeżeli przychód należny z działalności przekroczył w danym miesiącu 50% kwoty minimalnego wynagrodzenia, to działalność ta staje się działalnością gospodarczą, począwszy od dnia, w którym nastąpiło przekroczenie tej wysokości. W takim przypadku osoba wykonująca działalność gospodarczą składa wniosek o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej w terminie 7 dni od dnia, w którym nastąpiło ww. przekroczenie.

Działalność gospodarczą można podjąć w dniu złożenia wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo po dokonaniu wpisu do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej. Zasady wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej oraz rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego określają odrębne przepisy. W niektórych przypadkach podejmowanie i wykonywanie działalności gospodarczej może wiązać się dodatkowo z obowiązkiem uzyskania przez przedsiębiorcę koncesji albo wpisu do rejestru działalności regulowanej albo zezwolenia.

Ubezpieczenia społeczne rozpatrywane są również w odniesieniu do tych osób, które prowadzą pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów szczególnych, innych niż przepisy ustawy – Prawo przedsiębiorców. Przykładowo, zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o komornikach sądowych i egzekucji (Dz. U. z 2017 r. poz. 1277 z późn. zm.), do komornika stosuje się m.in. przepisy o ubezpieczeniach społecznych oraz powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, dotyczące osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą.

Za twórcę uważa się osobę, która tworzy dzieła w zakresie architektury, architektury wnętrz, architektury krajobrazu, urbanistyki, literatury pięknej, sztuk plastycznych, muzyki, fotografii, twórczości audiowizualnej, choreografii, lutnictwa artystycznego oraz sztuki ludowej, będące przedmiotem prawa autorskiego.

Za artystę z kolei uważa się osobę wykonującą zarobkowo działalność artystyczną w dziedzinie sztuki aktorskiej i estradowej, reżyserii teatralnej i estradowej, sztuki tanecznej i cyrkowej oraz w dziedzinie dyrygentury, wokalistyki, instrumentalistyki, kostiumografii, scenografii, a także w dziedzinie produkcji audiowizualnej reżyserów, scenarzystów, operatorów obrazu i dźwięku, montażystów i kaskaderów.

Uznanie działalności za twórczą lub artystyczną i ustalenie daty jej rozpoczęcia następuje w formie decyzji Komisji do Spraw Zaopatrzenia Emerytalnego Twórców, działającej przy ministrze właściwym do spraw kultury.

Za osobę prowadzącą działalność w zakresie wolnego zawodu uważa się:

- osobę prowadzącą działalność w zakresie wolnego zawodu w rozumieniu przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
- osobę prowadzącą działalność w zakresie wolnego zawodu, z której przychody są przychodami z działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Jak wyjaśnił ZUS w poradniku pt. „Zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz ustalania podstawy wymiaru składek osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących”, dostępnym na stronie internetowej www.zus.pl, ustalając tytuł do podlegania ubezpieczeniom społecznym przedstawicieli wolnych zawodów, należy brać pod uwagę m.in. formę opodatkowania. Oznacza to, że w razie gdy przedstawiciele wolnych zawodów opłacają podatek od przychodów np. ze stosunku pracy lub umowy zlecenia, to dla celów ubezpieczeń społecznych nie są wykonującymi działalność w zakresie wolnego zawodu, lecz odpowiednio pracownikami bądź zleceniobiorcami. Natomiast w przypadku, gdy opłacają podatek dochodowy od dochodów z działalności gospodarczej (w tym zgodnie z przepisami ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym), to dla celów ubezpieczeń społecznych traktowani są jak przedsiębiorcy.

Za osoby prowadzące niepubliczną lub publiczną szkołę, inną formę wychowania przedszkolnego, placówkę lub ich zespół na podstawie ustawy – Prawo oświatowe uważa się m.in. osoby prowadzące przedszkola, szkoły podstawowe, w tym: specjalne, integracyjne, z oddziałami przedszkolnymi, integracyjnymi i sportowymi, sportowe i mistrzostwa sportowego, szkoły ponadpodstawowe, w tym: specjalne, integracyjne, dwujęzyczne, z oddziałami integracyjnymi, dwujęzycznymi i sportowymi, sportowe, mistrzostwa sportowego, rolnicze i leśne, szkoły artystyczne, placówki oświatowo-wychowawcze.

Przedsiębiorcą jest również obcokrajowiec

Osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność – jeżeli spełniają określone ustawowo warunki – są nie tylko obywatele polscy, ale również obcokrajowcy. Przepisy ustawy o sus nie uzależniają bowiem objęcia polskimi ubezpieczeniami społecznymi od posiadanego obywatelstwa, miejsca zamieszkania, pobytu itd. Dla objęcia tymi ubezpieczeniami istotny jest natomiast fakt podjęcia na terenie Polski działalności rodzącej, zgodnie z przepisami, obowiązków ubezpieczeń społecznych na obszarze Polski.

Osoby prowadzące pozarolniczą działalność podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu, jeżeli:

- posiadają obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) i zamieszkują na terytorium państwa członkowskiego UE/EFTA,
- nie posiadają obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)

- strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, które przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy w celu wykonywania pracy, zezwolenia na pobyt czasowy z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na podstawie art. 181 ust. 1 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2017 r. poz. 2206 z późn. zm.), zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, zgody na pobyt ze względów humanitarnych, zgody na pobyt tolerowany,
- są osobami, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium,
- nie posiadają obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), i legalnie zamieszkują na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).

Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają także osoby objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, które posiadają obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).

I. OBOWIĄZEK UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

1. Objęcie przedsiębiorcy ubezpieczeniami społecznymi i ubezpieczeniem zdrowotnym

Osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej prowadzą pozarolniczą działalność podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu. Obowiązek tych ubezpieczeń powstaje od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie art. 36aa ustawy o sus oraz przepisów ustawy – Prawo przedsiębiorców.

Osoby te mają także prawo do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, do którego przystępują na wniosek. Należy jednak podkreślić, że „przywilej” ten dotyczy wyłącznie przypadków, gdy osoby te podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym.

Objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony. Przy czym, jeśli wniosek zostanie złożony w ZUS w terminie 7 dni od dnia powstania obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego i rentowych – objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku. Dla przykładu, jeśli działalność gospodarczą rozpoczęto od 1 czerwca br., a zgłoszenia zarówno do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, jak i do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego (z datą od 1 czerwca 2018 r.) dokonano w ZUS w terminie 7 dni od dnia powstania obowiązku, czyli do 8 czerwca br., to objęcie ubezpieczeniami wszystkich ryzyk, w tym dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym nastąpiło od 1 czerwca br.

Ubezpieczenie dobrowolne ustaje:

- od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tego ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony,
- od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie (jeżeli jednak za część miesiąca został pobrany zasiłek, ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia następującego po dniu, za który zasiłek przysługuje),
- od dnia ustania tytułu podlegania temu ubezpieczeniu.

Przykład

Przedsiębiorca opłaca składki na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne wyłącznie za siebie. W dniu 29 maja 2018 r. dokonał wpłaty składek za kwiecień 2018 r. Nieopłacenie składek w terminie spowodowało wyłączenie go z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Co ważne, wyłączenie to nastąpiło od 1 kwietnia 2018 r., czyli od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie.

Terminowe i we właściwej wysokości opłacanie składek ZUS przez przedsiębiorcę jest istotne, ponieważ nabywa on prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego. Przy czym do okresów ubezpieczenia chorobowego wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni. Oznacza to, że ponowne przystąpienie przedsiębiorcy do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zawsze będzie pociągało za sobą prawie trzymiesięczny okres wyczekiwania na prawo do zasiłku chorobowego – bowiem przerwa w ubezpieczeniu będzie trwała powyżej 30 dni.

W uzasadnionych przypadkach ZUS może wyrazić zgodę na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie. W tym celu przedsiębiorca powinien wystąpić do właściwej jednostki terenowej ZUS z wnioskiem, podając przyczyny nieopłacenia składki. Wniosek US-9 o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie na ubezpieczenie emerytalne i rentowe/chorobowe dostępny jest w serwisie www.druki.gofin.pl.

Uwaga: Dla istnienia obowiązku ubezpieczeń istotne jest ustalenie, czy działalność jest faktycznie wykonywana. Sam fakt zarejestrowania działalności w organie ewidencyjnym nie stanowi o podleganiu ubezpieczeniom z tego tytułu, bowiem wpis do CEIDG nie jest podstawą do uznania, że działalność została podjęta. Osoby prowadzące pozarolniczą działalność podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom w okresie od dnia rozpoczęcia do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności. Przez podjęcie wykonywania działalności należy rozumieć faktyczne jej rozpoczęcie, które może, ale nie musi zbiegać się z datą wskazaną we wpisie do ewidencji działalności gospodarczej. Powyższe znajduje potwierdzenie w orzecznictwie sądów. W wyroku Sądu Najwyższego z 19 marca 2014 r. (sygn. akt I CSK 364/13) czytamy, że: „Stosowny wpis nie jest warunkiem niezbędnym dla uzyskania statusu przedsiębiorcy, gdyż decyduje o tym jedynie faktyczne podjęcie i wykonywanie działalności gospodarczej (...). Zgłoszenie i wpis do ewidencji działalności gospodarczej stanowi tylko podstawę rozpoczęcia działalności gospodarczej w rozumieniu jej legalizacji i nie jest zdarzeniem ani czynnością utożsamianą z podjęciem takiej działalności.”. Również Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z 14 października 2016 r. (sygn. akt III AUa 747/16) wskazał, że: „(...) obowiązku ubezpieczeń społecznych podlega osoba faktycznie prowadząca działalność gospodarczą (a więc wykonująca tę działalność), a nie osoba jedynie figurująca w ewidencji działalności

gospodarczej na podstawie uzyskanego wpisu, która działalności tej nie prowadzi (nie wykonuje)”. Także Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z 14 marca 2017 r. (sygn. akt II GSK 5009/16) uznał, iż: „Obowiązek ubezpieczenia osoby prowadzącej pozarolniczą działalność – w tym działalność gospodarczą – wynika z faktycznego prowadzenia tej działalności. Innymi słowy, osoby faktycznie nieprowadzące takiej działalności nie podlegają ubezpieczeniu, nawet jeżeli dokonały wpisu do ewidencji i odpowiednio osoby, które nie zgłosiły tej działalności organowi ewidencyjnemu, a faktycznie ją prowadzą, objęte są obowiązkiem ubezpieczenia.”.

Analogicznie wypowiedział się ZUS w wydawanych w tym zakresie interpretacjach indywidualnych. Przykładowo w interpretacji indywidualnej z:

- 24 lutego 2017 r. (znak WPI/200000/43/238/2017) przyjął, że: „(...) Przesłanką uznania, że ma miejsce prowadzenie (...) działalności jest posiadanie wpisu do CEIDG, przy czym przesłankę tę można obalić. Aby bowiem powstał obowiązek ubezpieczenia, działalność, o której mowa wyżej powinna być wykonywana faktycznie. (...)”.
- 21 maja 2015 r. (znak DI/100000/43/361/2015) wskazał, że: „(...) prawną możliwość uznania danego podmiotu za przedsiębiorcę/osobę prowadzącą działalność gospodarczą daje dopiero faktyczne wykonywanie działalności gospodarczej. Podmiot, który nie podjął jeszcze działalności gospodarczej czy też zaprzestał/zawiesił jej wykonywania nie jest przedsiębiorcą wykonującym działalność gospodarczą, niezależnie od tego, iż posiada wpis w odpowiednim rejestrze. (...)”.
- 25 marca 2014 r. (znak DI/100000/451/1732/2013) czytamy, że: „(...) w myśl przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, podjęcie działalności gospodarczej przez osobę fizyczną może nastąpić już w dniu złożenia przez nią wniosku o wpis do ewidencji działalności gospodarczej, jednakże samo posiadanie wpisu do CEIDG nie przesądza o tym, iż dana osoba prowadziła działalność gospodarczą, bowiem podjęcie działalności gospodarczej następuje w momencie dokonania pierwszej czynności w obrocie gospodarczym, która jest bezpośrednio i wprost związana z przedmiotem działalności gospodarczej, który dany przedsiębiorca chce wykonywać. (...)”.

2. Ubezpieczenia w okresie zawieszenia wykonywania działalności

Jak już napisaliśmy wcześniej, osoby prowadzące pozarolniczą działalność podlegają ubezpieczeniom w ZUS od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszono na podstawie art. 36aa ustawy o sus oraz przepisów ustawy – Prawo przedsiębiorców.

Zawieszenie działalności na podstawie art. 36aa ustawy o sus

Osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą przez okres co najmniej 6 miesięcy, może zawiesić wykonywanie działalności gospodarczej na okres do 3 lat w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem, nie dłużej jednak niż do zakończenia roku kalendarzowego, w którym dziecko kończy 6. rok życia, a w przypadku dziecka, które z powodu stanu zdrowia potwierdzonego orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wymaga osobistej opieki osoby pro-

wadzącej działalność gospodarczą, na okres do 6 lat, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 18. roku życia. Przepis art. 6a ust. 2 ustawy o sus stosuje się odpowiednio. Z uprawnienia, o którym mowa, można korzystać w całości lub w nie więcej niż 5 częściach. Do zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej stosuje się odpowiednio przepisy art. 22-25 ustawy – Prawo przedsiębiorców.

Osoba, która zawiesiła działalność na podstawie art. 36aa ustawy o sus, spełniająca warunki określone w ustawach o sus i zdrowotnej podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu sprawowania opieki nad dzieckiem.

Zawieszenie działalności na podstawie przepisów ustawy – Prawo przedsiębiorców

Przedsiębiorca niezatrudniający pracowników może zawiesić wykonywanie działalności gospodarczej na zasadach określonych w ustawie – Prawo przedsiębiorców, z uwzględnieniem przepisów dotyczących ubezpieczeń społecznych (art. 22 ustawy – Prawo przedsiębiorców). Z tego uprawnienia może skorzystać również przedsiębiorca zatrudniający wyłącznie pracowników przebywających na urlopie macierzyńskim, urlopie na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopie wychowawczym lub urlopie rodzicielskim niełączących korzystania z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego tego urlopu. W przypadku zakończenia korzystania z urlopów lub złożenia przez pracownika wniosku dotyczącego łączenia korzystania z urlopu rodzicielskiego z wykonywaniem pracy u pracodawcy udzielającego tego urlopu, pracownik ma prawo do wynagrodzenia jak za przestój, określonego przepisami prawa pracy, do zakończenia okresu zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej.

Z kolei przedsiębiorca wykonujący działalność gospodarczą jako wspólnik spółki cywilnej oraz poza tą spółką może zawiesić wykonywanie działalności gospodarczej w jednej z tych form. Natomiast gdy wykonuje działalność gospodarczą jako wspólnik w więcej niż jednej spółce cywilnej, może zawiesić wykonywanie działalności gospodarczej w jednej lub kilku takich spółkach. Zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej w spółce cywilnej jest skuteczne pod warunkiem jej zawieszenia przez wszystkich wspólników.

Przedsiębiorca wpisany do:

- Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej może zawiesić wykonywanie działalności gospodarczej na czas nieokreślony albo określony, nie krótszy jednak niż 30 dni,
- rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego może zawiesić wykonywanie działalności gospodarczej na okres od 30 dni do 24 miesięcy.

Jeżeli okres zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej obejmuje wyłącznie pełny miesiąc luty danego roku kalendarzowego, za minimalny okres zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej przyjmuje się liczbę dni miesiąca lutego przypadającą w danym roku kalendarzowym.

Do obliczania okresu zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

Zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej oraz wznowienie wykonywania działalności gospodarczej następują na wniosek przedsiębiorcy, chyba że przepis odrębny stanowi inaczej. W przypadku przedsiębiorcy wpisanego do:

- Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej okres zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej rozpoczyna się od dnia wskazanego we wniosku o wpis informacji o zawieszeniu wykonywania działalności go-

spodarczej i trwa do dnia wskazanego w tym wniosku albo do dnia wskazanego we wniosku o wznowienie wykonywania działalności gospodarczej,

- rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego okres zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej rozpoczyna się od dnia wskazanego we wniosku o wpis informacji o zawieszeniu wykonywania działalności gospodarczej, nie wcześniej niż w dniu złożenia wniosku, i trwa do dnia wskazanego we wniosku o wpis informacji o wznowieniu wykonywania działalności gospodarczej, który nie może być wcześniejszy niż dzień złożenia wniosku.

Wpis informacji o zawieszeniu wykonywania działalności gospodarczej oraz o wznowieniu wykonywania działalności gospodarczej przedsiębiorców podlegających obowiązkowi wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej następuje na podstawie przepisów o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, a podlegających obowiązkowi wpisu do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego – na podstawie przepisów o Krajowym Rejestrze Sądowym.

W okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej przedsiębiorca nie może wykonywać działalności gospodarczej i osiągać bieżących przychodów z pozarolniczej działalności gospodarczej. Jednakże w tym okresie:

- może wykonywać wszelkie czynności niezbędne do zachowania lub zabezpieczenia źródła przychodów, w tym rozwiązywania zawartych wcześniej umów,
- może przyjmować należności i jest obowiązany regulować zobowiązania, powstałe przed datą zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej,
- może zbywać własne środki trwałe i wyposażenie,
- ma prawo albo obowiązek uczestniczyć w postępowaniach sądowych, postępowaniach podatkowych i administracyjnych związanych z działalnością gospodarczą wykonywaną przed datą zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej,
- wykonuje wszelkie obowiązki nakazane przepisami prawa,
- może osiągać przychody finansowe, także z działalności prowadzonej przed datą zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej,
- może zostać poddany kontroli na zasadach przewidzianych dla przedsiębiorców wykonujących działalność gospodarczą.

Zgodnie z art. 36a ust. 1 ustawy o sus, ubezpieczenia emerytalne i rentowe w okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej, o którym mowa w art. 23 ust. 1-3 ustawy – Prawo przedsiębiorców, przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą są dobrowolne. Przedsiębiorca w okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej nie opłaca ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego.

Zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej powoduje ustanie obowiązku ubezpieczeń społecznych od dnia, w którym rozpoczyna się zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej, do dnia poprzedzającego dzień wznowienia wykonywania działalności gospodarczej (art. 36a ust. 2 ustawy o sus). Za ten okres przedsiębiorca będący płatnikiem składek wyłącznie za siebie nie ma obowiązku składania deklaracji rozliczeniowej oraz opłacania składek na ubezpieczenia społeczne przewidzianych w ustawie. Wznowienie wykonywania działalności gospodarczej nie wymaga ponownego zgłoszenia do ubezpieczenia.

Przykład

Przedsiębiorca prowadzi jednoosobowo działalność gospodarczą na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej. Z tego tytułu podlega ubezpieczeniom społecznym,

w tym chorobowemu, oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu. W dniu 10 maja 2018 r. złożył w organie ewidencyjnym wniosek o zawieszenie działalności od 1 czerwca do 31 lipca 2018 r. Przedsiębiorca z działalności nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu w okresie od 1 czerwca do 31 lipca 2018 r.

W okresie zawieszenia działalności przedsiębiorcy mogą przystąpić do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w art. 68 ustawy zdrowotnej (art. 69 ust. 1a ustawy zdrowotnej). Zgodnie z powołanym przepisem, mogą to uczynić składając wniosek o objęcie tym ubezpieczeniem do Narodowego Funduszu Zdrowia, dalej NFZ. Podstawę wymiaru składki na to ubezpieczenie stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu. Objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym następuje z dniem określonym w umowie zawartej z NFZ, a ustaje z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek.

Objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym uzależnione jest od wniesienia opłaty na rachunek NFZ, której wysokość zależy od okresu, w którym osoba ta nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym. Przykładowo jest to 20% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie od 3 miesięcy do roku. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek osoby wnoszącej o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, NFZ może odstąpić od pobrania opłaty lub rozłożyć ją na raty miesięczne, jednak nie więcej niż na 12 rat.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje od dnia objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ.

3. Ubezpieczenia społeczne z jednego rodzaju działalności a składka zdrowotna z każdej działalności

Przedsiębiorca prowadzący kilka rodzajów działalności pozarolniczej jest objęty obowiązkowo ubezpieczeniami społecznymi z jednego wybranego rodzaju działalności. Natomiast z pozostałych nie podlega ubezpieczeniom społecznym ani dobrowolnie, ani obowiązkowo. Oznacza to, że np. przedsiębiorca prowadzący działalność gospodarczą na własny rachunek oraz dodatkowo będący współnikiem jednoosobowej spółki z o.o. podlega ubezpieczeniom społecznym wyłącznie z jednego wybranego przez siebie tytułu. Osoba ta, nawet na wniosek, nie może być objęta ubezpieczeniami społecznymi ze wszystkich lub wybranych rodzajów działalności. Przy czym przedsiębiorca uzyskujący przychody z więcej niż jednego z rodzajów działalności, składkę zdrowotną opłaca od każdego rodzaju działalności odrębnie. Ponadto, jeżeli przedsiębiorca uzyskuje przychody z więcej niż jednej spółki (także spółki w ramach tego samego rodzaju działalności), składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca odrębnie od każdej prowadzonej spółki.

4. Brak obowiązku ubezpieczeń społecznych przedsiębiorcy korzystającego z tzw. „ulgi na start”

Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy – Prawo przedsiębiorców, przedsiębiorca będący osobą fizyczną nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym przez okres 6 miesięcy od dnia podjęcia działalności gospodarczej po raz pierwszy albo ponownie po upływie co najmniej 60 miesięcy od dnia jej ostatniego zawieszenia lub zakończenia, pod warunkiem że nie wykonuje jej na rzecz byłego pracodawcy, na rzecz którego przed dniem rozpoczę-

cia działalności gospodarczej w bieżącym lub w poprzednim roku kalendarzowym wykonywał w ramach stosunku pracy lub spółdzielczego stosunku pracy czynności wchodzące w zakres wykonywanej działalności gospodarczej. Powołany przepis obowiązuje od 30 kwietnia 2018 r. i dotyczy też wspólników spółki cywilnej.

Ważne: Z uprawnienia zwanego „ulgą na start” może korzystać tylko przedsiębiorca, nie obejmuje ona osoby współpracującej z przedsiębiorcą ani zatrudnionych przez niego pracowników bądź zleceniobiorców.

Zgodnie z wyjaśnieniem ZUS, „ulga na start” przysługuje przez 6 miesięcy kalendarzowych, liczonych od dnia faktycznego rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej, przyjmując, że jeżeli dzień rozpoczęcia działalności przypada:

- pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, miesiąc ten wlicza się do okresu korzystania z „ulgi na start”,
- w trakcie miesiąca kalendarzowego, miesiąca tego nie wlicza się do okresu korzystania z „ulgi na start”.

Przykład

Osoba fizyczna od 4 czerwca 2018 r. rozpoczęła działalność gospodarczą po raz pierwszy w życiu i nie wykonuje jej na rzecz byłego pracodawcy, u którego była zatrudniona do 31 marca 2018 r. Ponieważ spełnia ona warunki podane w art. 18 ust. 1 ustawy – Prawo przedsiębiorców, nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w okresie od 4 czerwca do 31 grudnia 2018 r.

Gdyby działalność rozpoczęła od 1 czerwca 2018 r., to nie podlegałaby obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w okresie od 1 czerwca do 30 listopada 2018 r.

Przepisy ustawy – Prawo przedsiębiorców przewidują w art. 18 ust. 2 możliwość rezygnacji z tego uprawnienia, co odbywa się przez dokonanie przez przedsiębiorcę zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych. Wówczas objęcie przedmiotowymi ubezpieczeniami następuje od dnia wskazanego we wniosku, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym zostanie on zgłoszony. Jeżeli przedsiębiorca zgłosi się do ubezpieczeń społecznych, może skorzystać z opłacania składek od niższej podstawy, tj. 30% minimalnego wynagrodzenia za pracę. Prawo do opłacania składek od niższej podstawy przysługuje też przedsiębiorcom, którzy będą kontynuowali działalność gospodarczą po wykorzystaniu pełnej „ulgi na start”. Powyższe wynika z nowego art. 18aa ustawy o sus. Jak wyjaśnił ZUS, przedsiębiorca, który zrezygnuje z „ulgi na start”, kolejny raz będzie mógł skorzystać z tego uprawnienia dopiero po upływie 60 miesięcy kalendarzowych od dnia zakończenia działalności bądź jej zawieszenia.

Przykład

Osoba fizyczna od 1 czerwca 2018 r. rozpoczęła działalność gospodarczą po raz pierwszy w życiu i nie wykonuje jej na rzecz byłego pracodawcy, u którego była zatrudniona do końca stycznia 2018 r. Ponieważ spełnia ona warunki podane w art. 18 ust. 1 ustawy – Prawo przedsiębiorców, skorzystała z „ulgi na start” (ma do niej prawo od 1 czerwca do 30 listopada 2018 r.).

Załóżmy, że osoba ta zrezygnowała z „ulgi na start”, przystępując od 1 sierpnia 2018 r. do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, a po dwóch miesiącach stwierdziła, że chciałaby kontynuować tę ulgę przez pozostałe 2 miesiące, tj. październik i listopad 2018 r.

Nie może ona cofnąć wcześniejszej decyzji i ponownie skorzystać z ulgi ani od 1 sierpnia 2018 r., ani też od 1 października br.

Ulga nie obejmuje ubezpieczenia zdrowotnego. A zatem przedsiębiorca w okresie korzystania z tego uprawnienia podlega obowiązkowo ubezpieczeniu zdrowotnemu, o ile nie zawiesi wykonywania działalności w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG). Zgodnie z wyjaśnieniem ZUS, do ubezpieczenia zdrowotnego w okresie „ulgi na start” przedsiębiorca powinien zgłosić się na druku ZUS ZZA, z kodem tytułu ubezpieczenia rozpoczynającym się cyframi 05 40, a ponadto ma prawo zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków swojej rodziny (na druku ZUS ZCNA). Składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca od zadeklarowanej kwoty, nie niższej jednak niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, tj. w 2018 r. od kwoty 3.554,93 zł, stąd składka wynosi 319,94 zł (9% z 3.554,93 zł). Osoba ta może być zwolniona z obowiązku opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, jeżeli spełnia warunki określone w art. 82 ust. 8, 9, 9a ustawy zdrowotnej lub może skorzystać z jej obniżenia na mocy art. 82 ust. 10 ustawy zdrowotnej, o czym piszemy na str. 35-38 niniejszego opracowania.

Jak już napisaliśmy wcześniej, przedsiębiorca, który zrezygnował z „ulgi na start” bądź też po jej wykorzystaniu kontynuuje działalność gospodarczą, ma prawo do opłacania składek na ubezpieczenia społeczne na zasadach określonych w art. 18a ust. 1 ustawy o sus, tj. ustalając je od zadeklarowanej kwoty, nie niższej niż 30% minimalnego wynagrodzenia (w 2018 r. od kwoty nie niższej niż 630 zł). Uprawnienie to przysługuje mu w okresie 24 miesięcy kalendarzowych, licząc od:

- dnia wskazanego we wniosku o objęcie ubezpieczeniami społecznymi, który nie może być wcześniejszy od dnia zgłoszenia wniosku,
- następnego dnia po upływie 6 miesięcy kalendarzowych korzystania z „ulgi na start”.

Przy ustalaniu okresu 24 miesięcy kalendarzowych przyjmuje się pełne miesiące.

Uwaga: Okres zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej nie przerywa biegu korzystania z 6-miesięcznego okresu niepodlegania ubezpieczeniom społecznym.

II. UBEZPIECZENIA W PRZYPADKU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI W KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ

Osoby wykonujące w państwie członkowskim pracę na własny rachunek podlegają ustawodawstwu tego państwa. Działalność na własny rachunek to wszelka praca lub sytuacja równoważna, traktowana jako taka do celów stosowania ustawodawstwa w zakresie zabezpieczenia społecznego państwa członkowskiego, w którym taka praca lub sytuacja równoważna ma miejsce. Tak stanowi art. 1 lit. b rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 2004.166.1 z późn. zm.), dalej rozporządzenia nr 883/2004.

1. Praca w jednym państwie i działalność na własny rachunek w innym państwie

Osoba, która normalnie wykonuje pracę najemną i pracę na własny rachunek w różnych państwach członkowskich podlega ustawodawstwu państwa członkowskiego, w którym wy-

konuje pracę najemną lub, jeżeli wykonuje taką pracę w dwóch lub kilku państwach członkowskich, ustawodawstwu określoneemu zgodnie z art. 13 ust. 1 ww. rozporządzenia (art. 13 ust. 3 rozporządzenia nr 883/2004).

Przykład

Osoba będąca pracownikiem w Polsce prowadzi również działalność na własny rachunek na terenie Słowacji. Zgodnie z art. 13 ust. 3 rozporządzenia nr 883/2004 wobec tej osoby ma zastosowanie ustawodawstwo polskie.

2. Czasowe prowadzenie działalności w innym państwie członkowskim

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 (art. 12 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004). Przepis art. 14 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004... (Dz. Urz. UE L 2009.284.1 z późn. zm.), dalej rozporządzenia nr 987/2009 wyjaśnia, że określenie „która normalnie wykonuje działalność jako osoba pracująca na własny rachunek” odnosi się do osoby, która zwykle prowadzi znaczną część działalności na terytorium państwa członkowskiego, w którym ma swoją siedzibę. W szczególności osoba taka:

- musi już prowadzić działalność od pewnego czasu przed dniem, od którego zamierza skorzystać z przepisów ww. artykułu, oraz
- w każdym okresie prowadzenia tymczasowej działalności w innym państwie członkowskim, musi nadal spełniać w państwie członkowskim, w którym ma siedzibę, wymogi konieczne do prowadzenia działalności pozwalające na jej ponowne podjęcie po powrocie.

Kryterium przyjmowanym do określenia, czy działalność, którą osoba pracująca na własny rachunek wyjeżdża prowadzić do innego państwa członkowskiego, jest „podobna” do normalnie prowadzonej działalności na własny rachunek, jest rzeczywisty charakter działalności, a nie zakwalifikowanie jej przez to inne państwo członkowskie jako praca najemna lub praca na własny rachunek (art. 14 ust. 3 rozporządzenia nr 987/2009).

Według Decyzji nr A2 z dnia 12 czerwca 2009 r. dotyczącej wykładni art. 12 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004... (Dz. Urz. UE C 2010.106.5), dla celów stosowania art. 14 ust. 3 rozporządzenia nr 987/2009 spełnienie wymogów w państwie członkowskim, w którym dana osoba ma siedzibę, ocenia się na podstawie kryteriów takich, jak:

- korzystanie z powierzchni biurowej,
- płacenie podatków,
- posiadanie legitymacji zawodowej i numeru identyfikacyjnego VAT, bądź
- przynależność do izb handlowych lub organizacji zawodowych.

Tytułem wskazówki, wymóg, do którego odnoszą się słowa „od pewnego czasu przed dniem, od którego zamierza skorzystać z przepisów tego artykułu”, można uważać za spełniony, jeśli dana osoba prowadzi swoją działalność przez co najmniej dwa miesiące. Krótsze okresy wymagać będą indywidualnej oceny w konkretnych przypadkach, z uwzględnieniem wszelkich innych występujących czynników.

3. Prowadzenie działalności w kilku państwach członkowskich

Zgodnie z art. 13 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004, osoba, która normalnie wykonuje pracę na własny rachunek w dwóch lub więcej państwach członkowskich podlega:

- ustawodawstwu państwa członkowskiego, w którym ma miejsce zamieszkania, jeżeli wykonuje znaczną część pracy w tym państwie,
- ustawodawstwu państwa członkowskiego, w którym znajduje się centrum zainteresowania dla jej działalności, jeżeli osoba ta nie zamieszkuje w jednym państwie członkowskim, w którym wykonuje ona część swej pracy.

Do celów stosowania art. 13 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 osoba, która „normalnie wykonuje pracę na własny rachunek w dwóch lub w więcej państwach członkowskich”, oznacza w szczególności osobę, która równocześnie lub na zmianę wykonuje jeden rodzaj lub więcej odrębnych rodzajów pracy na własny rachunek, niezależnie od charakteru tej pracy, w dwóch lub więcej państwach członkowskich (art. 14 ust. 6 rozporządzenia nr 987/2009).

Na podstawie art. 14 ust. 8 rozporządzenia nr 987/2009, do celów stosowania art. 13 ust. 2 rozporządzenia nr 883/2004 znaczna część działalności na własny rachunek wykonywana w państwie członkowskim oznacza znaczną pod względem ilościowym część pracy na własny rachunek wykonywanej w tym państwie członkowskim, przy czym nie musi to być koniecznie największa część tej pracy. W celu określenia, czy znaczna część pracy jest wykonywana w danym państwie członkowskim, należy uwzględnić następujące kryteria: obrót, czas pracy, liczba świadczonych usług lub dochód. W ramach ogólnej oceny, spełnienie powyższych kryteriów w proporcji mniejszej niż 25% tych kryteriów wskazuje, że znaczna część pracy nie jest wykonywana w danym państwie członkowskim.

W celu określenia mającego zastosowanie ustawodawstwa instytucje zainteresowane uwzględniają sytuację, jaka prawdopodobnie może mieć miejsce podczas kolejnych 12 miesięcy kalendarzowych.

III. ZGŁASZANIE I WYREJESTROWANIE PRZEDSIĘBIORCY Z UBEZPIECZEŃ

1. Zgłoszenie do obowiązkowych i dobrowolnych ubezpieczeń

Płatnicy składek są zobowiązani do złożenia formularza zgłoszenia płatnika składek w ZUS w terminie 7 dni od daty:

- zatrudnienia pierwszego pracownika lub powstania stosunku prawnego uzasadniającego objęcie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi pierwszej osoby,
- powstania obowiązku ubezpieczeń emerytalnego i rentowych dla ubezpieczonych wyłącznie zobowiązanych do opłacania składek na własne ubezpieczenia albo składek na ubezpieczenia osób z nimi współpracujących.

Osoby będące przedsiębiorcami w rozumieniu przepisów ustawy – Prawo przedsiębiorców, mogą dokonywać zgłoszeń do ubezpieczeń lub zmiany danych wykazanych w tych zgłoszeniach, z wyjątkiem zmiany danych, o których mowa w art. 36 ust. 14 ustawy o sus (tj. tytułu ubezpieczenia oraz rodzajów ubezpieczeń i terminów ich powstania), na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności

Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy (Dz. U. poz. 647). Za dzień dokonania zgłoszeń, o których mowa w art. 36 ust. 1 i 11 ustawy o sus, lub zmiany danych wykazanych w tych zgłoszeniach uważa się dzień złożenia wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej wraz z żądaniem dokonania tych zgłoszeń lub zmiany danych wykazanych w tych zgłoszeniach.

Przedsiębiorca dokonuje zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego lub tylko do ubezpieczenia zdrowotnego z właściwym kodem tytułu ubezpieczenia rozpoczynającym się cyframi:

- **05 10**, jeżeli prowadzi działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych i nie ma ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, a składki na ubezpieczenia społeczne opłaca na zasadach ogólnych lub **05 12**, jeżeli ma ustalone prawo do ww. renty,
- **05 20** lub **05 30**, jeżeli jest odpowiednio twórcą lub artystą,
- **05 40**, jeżeli prowadzi działalność w zakresie wolnego zawodu,
- **05 43**, jeżeli jest wspólnikiem jednoosobowej spółki z o.o., spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej,
- **05 70**, jeżeli prowadzi działalność gospodarczą i nie ma ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, a składki na ubezpieczenia społeczne opłaca na preferencyjnych warunkach lub **05 72**, jeżeli ma ustalone prawo do ww. renty,
- **05 80**, jeżeli prowadzi pozarolniczą działalność w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego, którego wysokość nie przekracza kwoty świadczenia rodzicielskiego.

Uwaga: Osoby, które na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy – Prawo przedsiębiorców korzystają z tzw. „ulgi na start” zgłoszenia do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego dokonują z kodem tytułu ubezpieczenia 05 40 X X.

Zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i wypadkowego oraz ubezpieczenia zdrowotnego należy dokonać w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczeń, tj. od dnia rozpoczęcia wykonywania pozarolniczej działalności (art. 36 ust. 4 ustawy o sus).

Twórcy i artyści dokonują zgłoszeń do ubezpieczeń w ciągu 7 dni od dnia otrzymania decyzji Komisji do Spraw Zaopatrzenia Emerytalnego Twórców, ustalającej datę rozpoczęcia wykonywania działalności twórczej lub artystycznej (art. 36 ust. 4a ustawy o sus).

Zgłoszenia do dobrowolnych ubezpieczeń społecznych przedsiębiorca dokonuje w wybrany przez siebie terminie. Należy jednak podkreślić, że objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. Przy czym objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym może nastąpić od dnia wskazanego we wniosku (nie od dnia złożenia wniosku w ZUS). Dotyczy to jednak wyłącznie przypadku, gdy zgłoszenie do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego i rentowych oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zostanie dokonane w terminie 7 dni od daty powstania tego obowiązku (na ten temat piszemy też na str. 6).

Przykład

Osoba fizyczna, która rozpoczęła pozarolniczą działalność od 1 czerwca 2018 r., od tego dnia podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu. Stosownego zgłoszenia obowiązana była dokonać na formularzu ZUS ZUA w terminie 7 dni od dnia powstania obowiązku ubezpieczeń, czyli do 8 czerwca 2018 r.

Przedsiębiorca 5 czerwca 2018 r. złożył w ZUS zgłoszenie ZUS ZUA, w którym wniósł również o dobrowolne ubezpieczenie chorobowe od 1 czerwca 2018 r. Objęty został więc ubezpieczeniami (w tym dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym) od 1 czerwca 2018 r.

Złożenie wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym następuje na formularzu ZUS ZUA.

2. Wyrejestrowywanie z ubezpieczeń osób prowadzących pozarolniczą działalność

Jeżeli przedsiębiorca zakończył prowadzenie działalności i dokonał wszelkich rozliczeń związanych z jej prowadzeniem, powinien wyrejestrować się jako płatnik składek na druku ZUS ZWPA. Ponadto każda osoba, w stosunku do której wygaś tytuł do ubezpieczeń społecznych, podlega wyrejestrowaniu z tych ubezpieczeń na formularzu ZUS ZWUA. Zgłoszenie wyrejestrowania z ubezpieczeń należy złożyć w terminie 7 dni od daty zaistnienia tego faktu.

Osoba będąca przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy – Prawo przedsiębiorców, może dokonać zgłoszeń wyrejestrowania, na podstawie przepisów ustawy o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy.

3. Zgłaszanie zmian tytułu i rodzajów ubezpieczeń oraz terminów ich powstania

Osoba, w stosunku do której uległ zmianie tytuł ubezpieczenia, rodzaj ubezpieczeń i termin ich powstania, podlega wyrejestrowaniu i ponownemu zgłoszeniu do ubezpieczeń.

Dotyczy to również przedsiębiorcy objętego obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, który nie wniósł o ubezpieczenie chorobowe, a w trakcie trwania ubezpieczeń emerytalno-rentowych zamierza o to ubezpieczenie wnioskować. Wówczas powiadamia o tym fakcie ZUS poprzez:

- wyrejestrowanie z obowiązkowych ubezpieczeń na formularzu ZUS ZWUA,
- zgłoszenie do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego na formularzu ZUS ZUA.

Identycznych czynności dokonuje także przedsiębiorca, któremu w trakcie prowadzenia działalności przyznano prawo do emerytury lub renty. Przypominamy, że osoby te od dnia, od którego mają ustalone prawo do emerytury lub renty (z wyłączeniem osób, o których mowa poniżej) podlegają dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, a obowiązkowa jest tylko składka zdrowotna. Wyjątek dotyczy osób prowadzących pozarolniczą działalność, o których mowa w art. 8 ust. 6 pkt 1 ustawy o sus, mających ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, które podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym do czasu ustalenia prawa do emerytury. Z tym że tym osobom również zmienia się kod tytułu ubezpieczenia.

Przykład

Przedsiębiorca zgłoszony do ubezpieczeń z kodem 05 10 0 0, który nabył prawo do emerytury, powinien w ciągu 7 dni od zaistnienia tego faktu wyrejestrować się ze wszystkich ubezpieczeń na formularzu ZUS ZWUA. Wyrejestrowania dokonuje z dotychczasowym kodem tytułu ubezpieczenia 05 10 0 0 oraz z datą przyznania prawa do emerytury.

Jeżeli nie wniesie o dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe, to składa wówczas formularz ZUS ZZA. W formularzu tym wpisuje jako kod tytułu ubezpieczenia 05 10 1 0 oraz datę objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym – dzień przyznania prawa do emerytury.

Przedsiębiorca jako płatnik składek obowiązany jest zawiadomić ZUS o wszelkich zmianach w stosunku do danych wykazanych w zgłoszeniu do ubezpieczeń w terminie 7 dni od daty zaistnienia tych zmian, stwierdzenia nieprawidłowości we własnym zakresie lub otrzymania zawiadomienia o stwierdzeniu nieprawidłowości przez ZUS (art. 36 ust. 13 ustawy o sus). W takim też terminie powiadamia ZUS o zmianach w stosunku do danych wykazanych w zgłoszeniu płatnika składek (art. 44 ust. 1 ustawy o sus).

4. Zgłaszanie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny przedsiębiorcy

Zgodnie z art. 5 pkt 3 ustawy zdrowotnej, za członka rodziny uważa się:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- małżonka,
- wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym (np. ojca, matkę, dziadka, babcię).

Przedsiębiorca samodzielnie dokonuje zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny na formularzu ZUS ZCNA. Osoby będące przedsiębiorcami w rozumieniu przepisów ustawy – Prawo przedsiębiorców, mogą dokonać zgłoszenia członków rodziny na podstawie przepisów ustawy o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy.

Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego (art. 67 ust. 3 ustawy zdrowotnej).

Jeżeli członek rodziny przestaje spełniać warunki określone w ustawie zdrowotnej, należy dokonać wyrejestrowania go z ubezpieczenia zdrowotnego na formularzu ZUS ZCNA, np. gdy dziecko w wieku 24 lat, niebędące niepełnosprawnym w stopniu znacznym, ukończyło naukę w szkole wyższej. Wyrejestrowania członka rodziny dokonuje się także w razie ustania ubezpieczeń osoby ubezpieczonej (np. przedsiębiorcy).

W przypadku członków rodziny do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wystarczy zgłoszenie do tego ubezpieczenia przez jedną osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, z tym że wnuki mogą zostać zgłoszone tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust. 1 ustawy zdrowotnej lub nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo ubezpieczeniu dobrowolnemu. Przykładowo, niepełnoletnie dziecko, którego oboje rodzice podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu, może zostać zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego przez ojca lub przez matkę.

5. Powiadomienie ZUS o zawieszeniu prowadzenia pozarolniczej działalności

W przypadku zawieszenia/wznowienia wykonywania działalności gospodarczej przedsiębiorca wpisany do CEIDG składa wniosek o jej zawieszeniu/wznowieniu w organie ewidencyjnym, który przekazuje drogą elektroniczną informację o podjętej czynności niezwłocznie, nie później niż w dniu roboczym następującym po dniu dopisania w CEIDG informacji, o której mowa wyżej, m.in. do ZUS. Na tej podstawie ZUS sporządza dokumenty ubezpieczeniowe: wyrejestrowanie płatnika składek (formularz ZUS ZWPA), wyrejestrowanie z ubezpieczeń osoby prowadzącej działalność gospodarczą (formularz ZUS ZWUA) oraz członków rodziny osoby ubezpieczonej (formularz ZUS ZCNA); odpowiednio zgłoszenie płatnika składek (formularz ZUS ZFA) oraz zgłoszenie do ubezpieczeń osoby prowadzącej działalność na formularzu ZUS ZUA lub ZUS ZZA – zgodnie z podleganiem ubezpieczeniom wskazanym w ostatnim zgłoszeniu przed zawieszeniem działalności.

IV. USTALANIE I FINANSOWANIE SKŁADEK UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ NA FUNDUSZ PRACY

1. Wysokość stopy procentowej składek na ubezpieczenia społeczne

Wysokości składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe – wyrażone są w formie stóp procentowych – jednakowych dla wszystkich ubezpieczonych (w tym przedsiębiorców) i wynoszą:

- na ubezpieczenie emerytalne – 19,52% podstawy wymiaru,
- na ubezpieczenia rentowe – 8,00% podstawy wymiaru,
- na ubezpieczenie chorobowe – 2,45% podstawy wymiaru.

Natomiast składka na ubezpieczenie wypadkowe jest zróżnicowana wobec poszczególnych przedsiębiorców i ustalana w zależności od poziomu zagrożeń zawodowych i skutków tych zagrożeń, w granicach od 0,40% do 8,12% podstawy wymiaru.

Stopę procentową składki wypadkowej ustala się zgodnie z przepisami ustawy wypadkowej oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 listopada 2002 r. w sprawie różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych w zależności od zagrożeń zawodowych i ich skutków (Dz. U. z 2016 r. poz. 1005 ze zm.), dalej rozporządzenia z dnia 29 listopada 2002 r.

Niektórym płatnikom składek ZUS sam ustala stopę procentową składki wypadkowej. Dotyczy to płatników podlegających wpisowi do rejestru REGON zgłaszających do ubezpieczenia wypadkowego co najmniej 10 ubezpieczonych, którzy byli obowiązani przekazać informację ZUS IWA przez trzy kolejne, ostatnie lata kalendarzowe (art. 28 ust. 2 i art. 33 ust. 1 ustawy wypadkowej). Przykładowo, na okres składkowy, który rozpoczął się od 1 kwietnia 2018 r. i będzie trwał do 31 marca 2019 r. ZUS ustalił stopę procentową składki wypadkowej płatnikowi składek, który przekazał informację ZUS IWA za rok 2015, 2016, 2017. Dla tych płatników stopa procentowa składki wypadkowej jest ustalana jako iloczyn stopy procentowej

tej składki określonej dla grupy działalności, do której należy płatnik składek, i wskaźnika korygującego ustalonego dla tego płatnika (art. 28 ust. 2 ustawy wypadkowej). O wysokości stopy procentowej składki wypadkowej obowiązującej w danym roku składkowym ZUS informuje płatnika nie później niż do 20 kwietnia danego roku. Jeśli płatnik składek nie otrzyma tej informacji do 30 kwietnia danego roku, to powinien zwrócić się do ZUS właściwego ze względu na swoją siedzibę o podanie wysokości stopy procentowej składki wypadkowej – art. 32 ustawy wypadkowej.

Samodzielnie stopę procentową składki wypadkowej ustalają płatnicy składek podlegający wpisowi do rejestru REGON, zgłaszający do ubezpieczenia wypadkowego:

- nie więcej niż 9 ubezpieczonych oraz
- co najmniej 10 ubezpieczonych, którzy nie przekazali informacji ZUS IWA przez trzy kolejne, ostatnie lata kalendarzowe.

Liczbę ubezpieczonych ustala się jako iloraz sumy ubezpieczonych podlegających ubezpieczeniu wypadkowemu w ciągu poszczególnych miesięcy poprzedniego roku kalendarzowego i liczby miesięcy, przez które płatnik składek był w poprzednim roku zgłoszony w ZUS co najmniej 1 dzień.

Ustalając liczbę ubezpieczonych w ciągu miesiąca, daną osobę uwzględnia się jako jednego ubezpieczonego. Ponadto w liczbie ubezpieczonych uwzględnia się osoby, które (nawet przez cały miesiąc) pobierały wynagrodzenie chorobowe, zasiłek chorobowy lub świadczenie rehabilitacyjne albo zasiłek opiekuńczy. Natomiast nie uwzględnia się osób, które:

- podlegają ubezpieczeniom społecznym, ale nie podlegają ubezpieczeniu wypadkowemu,
- cały miesiąc przebywały na urlopie bezpłatnym, wychowawczym, pobierały zasiłek macierzyński, zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego bądź odbywały zasadniczą służbę wojskową,
- mają za dany miesiąc rozliczane składki lub wykazywane świadczenia po ustaniu tytułu do ubezpieczeń społecznych (tj. w miesiącu, za który składany jest imienny raport miesięczny nie podlegają ubezpieczeniu wypadkowemu ani jeden dzień).

Liczbę ubezpieczonych zaokrągla się do jedności w górę, jeśli końcówka jest większa lub równa 0,5 lub w dół, jeśli jest mniejsza od 0,5.

W liczbie miesięcy uwzględnia się tylko te miesiące, w których płatnik był co najmniej jeden dzień płatnikiem składek na ubezpieczenie wypadkowe, tj. miesiące, w których co najmniej jeden ubezpieczony podlegał ubezpieczeniu wypadkowemu. Nie uwzględnia się zatem tych miesięcy, w których ani jedna osoba nie podlegała ubezpieczeniu wypadkowemu.

Odmienne zasady ustalania liczby ubezpieczonych dotyczą płatników składek zgłaszanych w ZUS w okresie od 1 stycznia danego roku do 31 marca następnego roku. Wówczas liczbę ubezpieczonych ustala się na podstawie liczby ubezpieczonych podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia wypadkowego w ciągu miesiąca kalendarzowego, od którego płatnik składek został zgłoszony w ZUS. Zasadę tę stosuje się w przypadku płatników, którzy:

- są zgłaszani po raz pierwszy w ZUS, z zastrzeżeniem że przy ustalaniu liczby ubezpieczonych bierze się pod uwagę miesiąc, w którym ubezpieczeniu wypadkowemu podlega pierwszy ubezpieczony,
- w poprzednim roku kalendarzowym nie byli płatnikami składek na ubezpieczenie wypadkowe, tj. byli zarejestrowani w ZUS, ale w ciągu poszczególnych miesięcy poprzedniego roku nie zgłaszali ani jednej osoby do tego ubezpieczenia,

- zostali skreśleni z krajowego rejestru podmiotów gospodarki narodowej REGON na dzień 31 grudnia poprzedniego roku.

Ważne: Płatnicy podlegający wpisowi do rejestru REGON, którzy zgłaszali do ubezpieczenia wypadkowego nie więcej niż 9 ubezpieczonych, stopę procentową składki wypadkowej ustalają w wysokości 50% najwyższej stopy procentowej ustalonej na dany rok składkowy dla grupy działalności.

Od 1 kwietnia br. 2018 r. najwyższa stopa procentowa składki wypadkowej wynosi 3,33%, stąd 50% to 1,67%.

Przykład

Osoba prowadząca działalność gospodarczą opłaca składki ZUS tylko za siebie. W roku składkowym 2017/2018 składkę wypadkową opłacała w wysokości 1,80% podstawy wymiaru, natomiast w roku składkowym 2018/2019 składkę tę opłaca w wysokości 1,67%.

Natomiast płatnicy składek podlegający wpisowi do rejestru REGON, którzy zgłaszali do ubezpieczenia wypadkowego co najmniej 10 ubezpieczonych i nie mieli obowiązku przekazywania informacji ZUS IWA przez trzy kolejne, ostatnie lata kalendarzowe tj. za rok 2015, 2016, 2017, stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe ustalają w wysokości stopy procentowej określonej dla grupy działalności, do której należą (art. 33 ust. 1 ustawy wypadkowej). Grupę działalności ustalają na podstawie zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON. W zaświadczeniu tym podany jest rodzaj przeważającej działalności według Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD), do której zostali zaklasyfikowani. Płatnicy składek należą do grupy działalności ustalonej dla ich rodzaju działalności według PKD ujętego w rejestrze REGON w dniu 31 grudnia poprzedniego roku. Płatnicy składek zgłoszeni w ZUS w okresie od 1 stycznia danego roku do 31 marca następnego roku należą do grupy działalności ustalonej dla ich rodzaju działalności według PKD ujętego w rejestrze REGON w dniu, od którego są zgłoszeni w ZUS. Rodzaj przeważającej działalności oznaczony jest pięciodzianowym kodem alfanumerycznym. Płatnik składek na podstawie dwóch pierwszych cyfr tego kodu ustala do jakiej sekcji/działu został zaklasyfikowany zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) – Dz. U. nr 251, poz. 1885 z późn. zm. Po ustaleniu sekcji/działu płatnik odczytuje z tabeli stanowiącej załącznik nr 2 do rozporządzenia z dnia 29 listopada 2002 r. stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe określoną dla grupy działalności, do której należy.

Przykład

Przedsiębiorca w 2017 r. zgłaszał do ubezpieczenia wypadkowego 15 osób i nie złożył informacji ZUS IWA przez trzy kolejne, ostatnie lata kalendarzowe. W celu ustalenia stopy procentowej składki wypadkowej na okres od 1 kwietnia 2018 r. do 31 marca 2019 r.:

- ustalił na podstawie zaświadczenia o nadaniu numeru REGON rodzaj przeważającej działalności według PKD 2007, do której został zaklasyfikowany, tj. 10.71.Z – „Produkcja pieczywa; produkcja świeżych wyrobów ciastkarskich i ciastek”,
- ustalił na podstawie dwóch pierwszych cyfr – 10, że został zaklasyfikowany do sekcji C – „Przetwórstwo przemysłowe”, działu 10 – „Produkcja artykułów spożywczych”,
- odczytał w tabeli stanowiącej załącznik nr 2 do rozporządzenia z dnia 29 listopada 2002 r. właściwą dla niego (C-10) stopę procentową składki wypadkowej; zgodnie z załącznikiem nr 2 ww. rozporządzenia wynosi ona 1,47%.

Przykład

*Spółka cywilna, która w 2017 r. zgłaszała do ubezpieczenia wypadkowego 14 ubezpieczonych, prowadzi działalność zaklasyfikowaną według PKD 2007 do sekcji F, dział 41. Spółka nie przekazała informacji ZUS IWA przez trzy kolejne, ostatnie lata kalendarzowe. Dlatego spółka stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe ustaliła samodzielnie w wysokości określonej dla grupy działalności, do której należy, tj. w wysokości **1,47%**.*

*Każdy ze wspólników spółki jest zgłoszony jako płatnik składek wyłącznie na własne ubezpieczenia. Ponieważ dla każdego ze wspólników liczba ubezpieczonych wynosi 1 – stopa procentowa składki wypadkowej dla wspólników wynosi **1,67%**.*

Wspomnijmy, że samodzielnie stopę procentową składki wypadkowej ustalają również płatnicy niepodlegający wpisowi do rejestru REGON (bez względu na liczbę osób zgłoszonych do ubezpieczenia wypadkowego). Stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe ustalają w wysokości 50% najwyższej stopy procentowej ustalonej na dany rok składkowy dla grup działalności.

Ustalona dla danego płatnika składek stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe obowiązuje przy wyliczaniu należnych składek za wszystkich ubezpieczonych zgłoszonych do ubezpieczenia wypadkowego przez tego płatnika, bez względu na tytuł ubezpieczenia.

Zgodnie z art. 3 ust. 6 ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 664 ze zm.), za pracowników wykonujących pracę w szczególnych warunkach uważa się także ubezpieczonych z tytułu działalności twórczej lub artystycznej tancerzy zawodowych, wykonujących po dniu wejścia w życie tej ustawy prace związane z bardzo ciężkim wysiłkiem fizycznym. Te osoby opłacają za siebie także składkę na Fundusz Emerytur Pomostowych (FEP). Przy czym dotyczy to osób urodzonych po 31 grudnia 1948 r. Stopa procentowa składki na FEP wynosi 1,5% podstawy wymiaru. Podstawę wymiaru składki na FEP stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, określona w art. 18 ust. 8 ustawy o sus. Przy ustalaniu podstawy wymiaru składki na FEP stosuje się jej ograniczenie do rocznej kwoty granicznej.

2. Finansowanie składek na ubezpieczenia społeczne przedsiębiorcy, w tym ich refundacja z PFRON

Składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe przedsiębiorca finansuje w całości z własnych środków.

Osoby niepełnosprawne prowadzące działalność gospodarczą mogą ubiegać się w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (dalej PFRON) o refundację zapłaconych składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe. Zgodnie z art. 25a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511), dalej ustawy o rehabilitacji, PFRON refunduje osobie niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą obowiązkowe składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe do wysokości odpowiadającej wysokości składki, której podstawą wymiaru jest kwota określona w art. 18 ust. 8 oraz w art. 18a ustawy o sus, pod warunkiem opłacenia tych składek w całości przed dniem złożenia wniosku (po wejściu w życie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji... – na dzień oddania dodatku do druku ustawa oczekuje na podpis Prezydenta – będzie: „(...) *pod warunkiem opłacenia tych składek w całości najpóźniej w dniu złożenia wniosku.*”. Składki, o których mowa, osoba

niepełnosprawna wykonująca działalność gospodarczą nalicza i opłaca na zasadach określonych w ustawie o sus. Powołany przepis odsyła do najniższych kwot stanowiących podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalno-rentowe wskazanych w przepisach ustawy o sus, czyli:

- 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek (art. 18 ust. 8 ustawy o sus),
- 30% minimalnego wynagrodzenia (art. 18a ustawy o sus).

A zatem refundacji podlegają składki ustalone od kwot określonych jako najniższe podstawy. Takie też stanowisko przedstawiło Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej 31 sierpnia 2017 r., w odpowiedzi na pytanie naszego Wydawnictwa. Jak wyjaśnił resort pracy: „(...) Wobec tego, jako że PFRON refunduje obowiązkowe składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w wysokości określonej w przepisach art. 18 ust. 8 oraz 18a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, a one wskazują na minimalną jej wysokość, to refundacja następuje od najniższej (obowiązkowej) wysokości określonej w tych przepisach przy uwzględnieniu ograniczeń wynikających z przepisu art. 25a ust. 1a ustawy o rehabilitacji zawodowej (...)”.

Refundacja przysługuje w wysokości:

- 100% kwoty obowiązkowych składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe – w przypadku osób zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności,
- 60% kwoty obowiązkowych składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe – w przypadku osób zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności,
- 30% kwoty obowiązkowych składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe – w przypadku osób zaliczonych do lekkiego stopnia niepełnosprawności.

Za okres od stycznia do grudnia 2018 r. wysokość refundacji składek na ubezpieczenia emerytalno-rentowe wynosi:

- 1) dla przedsiębiorcy opłacającego składki na ubezpieczenia emerytalno-rentowe na zasadach ogólnych, czyli od podstawy 2.665,80 zł:

stopień niepełnosprawności	składki zapłacone			składki emerytalno-rentowe zrefundowane
	emerytalna	rentowe	łącznie	
znacznym	520,36 zł	213,26 zł	733,62 zł	733,62 zł
umiarkowany				440,17 zł
lekki				220,09 zł

- 2) dla przedsiębiorcy opłacającego składki na ubezpieczenia emerytalno-rentowe na preferencyjnych warunkach, czyli od podstawy 630 zł:

stopień niepełnosprawności	składki zapłacone			składki emerytalno-rentowe zrefundowane
	emerytalna	rentowe	łącznie	
znacznym	122,98 zł	50,40 zł	173,38 zł	173,38 zł
umiarkowany				104,03 zł
lekki				52,01 zł

Osoby niepełnosprawne wykonujące działalność gospodarczą otrzymają refundację pod warunkiem opłacenia składek w całości przed dniem złożenia wniosku.

Zgodnie z art. 47 ustawy o sus, przedsiębiorca opłaca składki na ubezpieczenia społeczne za dany miesiąc, nie później niż do 10. dnia następnego miesiąca, jeżeli opłaca składki wyłącznie za siebie, a gdy opłaca je także za inne osoby, to termin ten przypada nie później niż do 15. dnia następnego miesiąca.

Ważne: Refundacja składek emerytalno-rentowych nie przysługuje, jeżeli składki zostały opłacone z uchybieniem terminu przekraczającego 14 dni.

Osoba niepełnosprawna wykonująca działalność gospodarczą składa wniosek o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne (Wn-U-G) do ostatniego dnia miesiąca, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, zgodnie z przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych. Tak stanowi § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 stycznia 2009 r. w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1758), dalej rozporządzenia w sprawie refundacji.

Jak poinformował PFRON w komunikacie opublikowanym 21 lipca 2017 r. na stronie internetowej www.pfron.org.pl: „(...) osoba wnioskująca o refundację składek powinna w pierwszej kolejności opłacić składki, o których mowa powyżej w obowiązujących terminach, zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach społecznych/ubezpieczeniach społecznych rolników (z ewentualnym uwzględnieniem możliwości opóźnienia opłacenia składek do 14 dni), a dopiero w kolejnym dniu po opłaceniu składek złożyć wniosek o refundację składek (...). Złożenie wniosku o refundację w dniu opłacenia składek wiąże się z koniecznością wydania przez PFRON decyzji o odmowie wypłaty refundacji składek za dany miesiąc/kwartał, w związku z niespełnieniem warunku, o którym mowa w ww. przepisie ustawy. (...)” – patrz str. 22 niniejszego dodatku.

Przykład

Osoba legitymująca się umiarkowanym stopniem niepełnosprawności prowadzi działalność gospodarczą. Składki na ubezpieczenia społeczne opłaca od zadeklarowanej kwoty, nie niższej niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego.

W dniu 10 maja 2018 r. opłaciła za kwiecień 2018 r.:

- składki na ubezpieczenia społeczne w kwocie 843,45 zł, w tym: emerytalna 520,36 zł (2.665,80 zł x 19,52%), rentowe – 213,26 zł (2.665,80 zł x 8%), chorobowa – 65,31 zł (2.665,80 zł x 2,45%), wypadkowa – 44,52 zł (2.665,80 zł x 1,67%),
- składkę na ubezpieczenie zdrowotne w kwocie 319,94 zł (3.554,93 zł x 9%),
- składkę na Fundusz Pracy w kwocie 65,31 zł (2.665,80 zł x 2,45%).

*PFRON dokona refundacji zapłaconych składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w kwocie **440,17 zł**. W tym celu 28 maja 2018 r. ww. osoba przekazała do PFRON wniosek Wn-U-G.*

Przykład

Przedsiębiorca legitymujący się znacznym stopniem niepełnosprawności prowadzi działalność gospodarczą. Składki na ubezpieczenia społeczne opłaca od zadeklarowanej kwoty, nie niższej niż 30% minimalnego wynagrodzenia.

W dniu 10 maja 2018 r. opłacił za kwiecień 2018 r.:

- składki na ubezpieczenia społeczne w kwocie 199,34 zł, w tym: emerytalna 122,98 zł (630 zł x 19,52%), rentowe – 50,40 zł (630 zł x 8%), chorobowa – 15,44 zł (630 zł x 2,45%), wypadkowa – 10,52 zł (630 zł x 1,67%),

– składkę na ubezpieczenie zdrowotne w kwocie 319,94 zł (3.554,93 zł x 9%).

Składki na Fundusz Pracy nie opłaca.

*PFRON dokona refundacji zapłaconych składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w kwocie **173,38 zł**. W tym celu 28 maja 2018 r. przekazał do PFRON wniosek Wn-U-G.*

Od 1 stycznia 2018 r. należności z tytułu składek na wszystkie fundusze opłaca się jedną wpłatą na przydzielony przez ZUS numer rachunku składkowego. Na dokumencie płatniczym nie zamieszcza się już za jaki okres i na jaki fundusz jest dokonywana wpłata. Począwszy od stycznia br. ZUS rozlicza wpłaty proporcjonalnie na wszystkie ubezpieczenia i fundusze, pokrywając najpierw najstarsze zobowiązania. Tym samym przedsiębiorcy, którzy mają zaległości w opłacaniu składek mogą stracić prawo do otrzymania odpowiednio refundacji składek emerytalno-rentowych. Na zmianę zasad opłacania składek ZUS zwracał uwagę Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w komunikacie z 14 grudnia 2017 r., dostępnym na stronie internetowej www.pfron.org.pl. Wyjaśniając, że: „(...) *Przedmiotowa zmiana może mieć wpływ na możliwość ubiegania się o refundację składek na ubezpieczenia społeczne (...)*. Należy pamiętać, iż w świetle ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (...) refundacja składek wypłacana na podstawie art. 25a-c nie przysługuje, jeżeli składki zostały opłacone z uchybieniem terminów określonych w art. 40 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników lub art. 47 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych przekraczającym 14 dni. (...)

Niespełnienie powyżej wskazanych warunków w miesiącu wykazanym we wniosku składanym do PFRON uniemożliwi wypłatę bądź będzie przyczyną wezwania do zwrotu wypłaconych już (...) refundacji. (...)

Jednocześnie należy pamiętać, iż tylko pełna wpłata należnej kwoty składek ZUS za dany okres sprawozdawczy (w terminach określonych w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych lub z uchybieniem ich nieprzekraczającym 14 dni) daje prawo ubiegania się o refundację składek na ubezpieczenia społeczne (...).”

Termin do złożenia wniosku Wn-U-G przywraca się na prośbę wnioskodawcy, jeżeli uprawdopodobni, że uchybienie nastąpiło bez jego winy (§ 9 rozporządzenia w sprawie refundacji).

Wraz z pierwszym wnioskiem Wn-U-G przedsiębiorca przesyła:

- 1) kopie aktualnych dokumentów potwierdzających:
 - a) pełną i skróconą nazwę wnioskodawcy, o ile posiada,
 - b) imię i nazwisko wnioskodawcy,
 - c) numery PESEL, REGON i NIP wnioskodawcy, o ile ich nadanie wynika z przepisów prawa,
- 2) kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem,
- 3) upoważnienie osoby przysyłającej dokumenty, o których mowa w pkt 1 i 2, do występowania w imieniu wnioskodawcy, jeżeli wnioskodawca nie przesyła dokumentów osobiście.

Ponadto wraz z pierwszym wnioskiem Wn-U-G, składanym po ustanowieniu osoby odpowiedzialnej za kontakty z PFRON, wnioskodawca przesyła do PFRON zgłoszenie zawierające imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za kontakty z PFRON, a także jej numery telefonu i faksu oraz adres poczty elektronicznej, o ile z nich korzysta.

Osoba niepełnosprawna wykonująca działalność gospodarczą, która przekazuje wniosek o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne w formie dokumentu elektronicznego przez teletransmisję danych, pobiera drogą elektroniczną potwierdzenie wysłanego wniosku. Wnioskodawca może przekazać wniosek również w formie dokumentu pisemnego. Wniosek o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne w formie wydruku z oprogramowania informatycznego ZUS, osoba niepełnosprawna wykonująca działalność gospodarczą może nieodpłatnie sporządzić w terenowej jednostce organizacyjnej ZUS, na podstawie danych zgromadzonych w systemie informatycznym ZUS (art. 25c ust. 4 i 4a ustawy o rehabilitacji).

W terminie 14 dni od dnia otrzymania kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne PFRON przekazuje na rachunek bankowy wnioskodawcy kwotę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne oraz informuje wnioskodawcę o sposobie jej ustalenia, jeśli kwota ta różni się od kwoty wskazanej we wniosku. W przypadku nieterminowego przekazania przez PFRON kwoty refundacji składek na ubezpieczenia społeczne od kwoty należnej nalicza się odsetki, w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych.

Jeżeli wnioskodawca posiada zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON przekraczające ogółem kwotę 100 zł, Prezes Zarządu PFRON wydaje decyzję o wstrzymaniu refundacji składek na ubezpieczenia społeczne do czasu uregulowania zaległości przez wnioskodawcę. Decyzja podlega wykonaniu z dniem wydania. W przypadku nieuregulowania przez wnioskodawcę zaległości wobec PFRON do dnia 31 stycznia roku następującego po roku, za który wnioskodawcy przysługuje refundacja, Prezes Zarządu PFRON wydaje decyzję o odmowie wypłaty refundacji składek na ubezpieczenia społeczne za okres wskazany w decyzji.

W przypadku, gdy ustalona przez PFRON kwota refundacji składek na ubezpieczenia społeczne jest inna niż kwota refundacji wykazana we wniosku, Prezes Zarządu PFRON wydaje decyzję o wysokości refundacji, na wniosek złożony przez wnioskodawcę, w terminie 14 dni od dnia otrzymania informacji o ustaleniu wysokości przysługującej refundacji.

Ważne: Wnioskodawca korzystający z refundacji składek przechowuje dokumentację pozwalającą na sprawdzenie zgodności przyznanej pomocy z przepisami rozporządzenia przez okres 10 lat od dnia przyznania pomocy.

Prezes Zarządu PFRON może przeprowadzać kontrole wnioskodawcy w zakresie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne. W przypadku stwierdzenia w wyniku kontroli nieprawidłowości, Prezes Zarządu PFRON wydaje decyzję nakazującą zwrot wypłaconej refundacji składek na ubezpieczenia społeczne w zakresie stwierdzonych nieprawidłowości. Od decyzji Prezesa Zarządu PFRON przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego.

V. PODSTAWA WYMIARU SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

1. Ogólne zasady ustalania podstawy wymiaru składek

Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe przedsiębiorców opłacających składki na zasadach ogólnych stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia

kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (obecnie nie niższa niż 2.665,80 zł). Składka w nowej wysokości obowiązuje od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku.

Osoba prowadząca działalność gospodarczą na podstawie przepisów ustawy – Prawo przedsiębiorców lub innych przepisów szczególnych może w okresie pierwszych 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej składki na przedmiotowe ubezpieczenia opłacać od niższej podstawy (art. 18a ust. 1 ustawy o sus). Stanowi ją zadeklarowana kwota, nie niższa niż 30% minimalnego wynagrodzenia (obecnie kwota 630 zł). Z takiego uprawnienia może jednak skorzystać pod warunkiem, że:

- nie prowadzi lub w okresie ostatnich 60 miesięcy kalendarzowych przed dniem rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej nie prowadziła pozarolniczej działalności,
- nie wykonuje działalności gospodarczej na rzecz byłego pracodawcy, na rzecz którego przed dniem rozpoczęcia działalności gospodarczej w bieżącym lub w poprzednim roku kalendarzowym wykonywała w ramach stosunku pracy lub spółdzielczego stosunku pracy czynności wchodzące w zakres wykonywanej działalności gospodarczej (art. 18a ust. 1 ustawy o sus).

Uwaga: Przepis art. 18a ust. 1 ustawy o sus stosuje się również do przedsiębiorców będących osobami fizycznymi, którzy kontynuują działalność gospodarczą po upływie okresu, o którym mowa w art. 18 ust. 1 ustawy – Prawo przedsiębiorców, o czym piszemy na str. 11-13 niniejszego dodatku.

Ustawodawca w art. 18a ustawy o sus nie określa ściśle co należy rozumieć pod pojęciem byłego pracodawcy, w związku z tym ZUS w wydawanych interpretacjach precyzuje rozumienie tego pojęcia.

I tak, w interpretacji indywidualnej z 20 sierpnia 2014 r. (znak WPI/200000/43/919/2014), wyjaśnia, iż: „(...) Pod pojęciem »byłego pracodawcy« (...) należy rozumieć każdego pracodawcę, na rzecz którego praca była wykonywana dotychczas, tj. przed dniem rozpoczęcia prowadzenia działalności, w tym pracodawcę, z którym prowadzący działalność nie rozwiązał umowy o pracę. Zakres wykonywanych czynności na rzecz byłego lub obecnego pracodawcy na rzecz którego wykonywana jest działalność nie może pokrywać się z zakresem czynności wykonywanych w ramach stosunku pracy. Przez zwrot »czynności wchodzące w zakres wykonywanej działalności« należy rozumieć czynności powierzone przez pracodawcę i wykonywane przez pracownika w ramach stosunku pracy.

Konstrukcja powołanego powyżej przepisu ogranicza prawo do deklarowania do podstawy wymiaru składek kwoty nie niższej niż 30% minimalnego wynagrodzenia osobom podejmującym prowadzenie działalności gospodarczej i wykonującym działalność na rzecz pracodawcy, przy czym wystarczy że zakres wykonywanych czynności na rzecz byłego pracodawcy na rzecz którego wykonywana jest działalność tylko w części pokrywał się z zakresem czynności wykonywanych w ramach stosunku pracy lub spółdzielczego stosunku pracy. Zatem do utraty prawa do opłacania składek na ubezpieczenia społeczne od podstawy wymiaru składek nie niższej niż 30% minimalnego wynagrodzenia wystarczy, aby chociaż jedna czynność świadczona w ramach prowadzonej działalności na rzecz byłego pracodawcy była też sama z czynnościami świadczonymi w ramach stosunku pracy. (...)”.

Z kolei w interpretacji indywidualnej z 29 grudnia 2017 r. (znak WPI/200000/143/1484/2017), czytamy, że prawa: „(...) do deklarowania jako podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne kwoty nie niższej niż 30% minimalnego wynagrodzenia nie nabędzie (...) osoba podejmująca prowadzenie pozarolniczej działalności i wykonująca na rzecz swego byłego

pracodawcy czynności tożsamyh z tymi, które wchodziły w zakres jej obowiązków pracowniczych u tego pracodawcy. (...)". Analogiczne stanowisko zaprezentował ZUS w interpretacji indywidualnej z 20 grudnia 2017 r. (znak DI/100000/43/1325/2017) wyjaśniając, że: „(...) wystarczy, aby zakres wykonywanej przez daną osobę działalności gospodarczej na rzecz byłego pracodawcy tylko w części pokrywał się z czynnościami wykonywanymi w ramach łączącego ją uprzednio z tym pracodawcą stosunku pracy, żeby osoba rozpoczynająca prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej nie miała prawa do opłacania składek na ubezpieczenia społeczne od podstawy wymiaru składek nie niższej niż 30% minimalnego wynagrodzenia. Dopiero, gdy wykonywana praca w ramach prowadzonej działalności ma zupełnie inny charakter, niż zakres czynności wykonywanych w okresie zatrudnienia na podstawie umowy o pracę – osoba prowadząca działalność może skorzystać z preferencyjnej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne. (...)”.

Osoba rozpoczynająca działalność gospodarczą na podstawie przepisów ustawy – Prawo przedsiębiorców lub innych przepisów szczególnych ma prawo do opłacania składek na ubezpieczenia społeczne od 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia w okresie pierwszych 24 miesięcy, licząc od dnia rozpoczęcia działalności. Przy ustalaniu okresu 24 miesięcy bierze się pod uwagę pełne miesiące kalendarzowe. W tym okresie uwzględnia się również miesiące, w których działalność była zawieszona.

Przykładowo, osoba uprawniona prowadząca działalność gospodarczą:

- od 1 grudnia 2017 r. ma prawo do opłacania niższych składek na ubezpieczenia społeczne do 30 listopada 2019 r.,
- od 5 grudnia 2017 r. ma prawo do opłacania niższych składek na ubezpieczenia społeczne do 31 grudnia 2019 r.

Ważne: Warunek niewykonywania działalności na rzecz byłego pracodawcy dotyczy nie tylko pierwszego dnia prowadzenia działalności, ale całego 24-miesięcznego okresu.

Powyższe oznacza, że od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności na rzecz byłego pracodawcy (także wtedy, gdy moment ten wystąpi np. po upływie kilku miesięcy od rozpoczęcia prowadzenia działalności) następuje utrata prawa do deklarowania do podstawy wymiaru kwoty nie niższej niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia. Ponownie prawo to zyskuje się od dnia zaprzestania wykonywania działalności na rzecz byłego pracodawcy. Przy czym pamiętać należy, iż prawo do opłacania składek od podstawy wymiaru w wysokości nie niższej niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia, przysługuje jedynie w okresie pierwszych 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej. Jak wyjaśnił ZUS w interpretacji indywidualnej z 28 listopada 2017 r. (znak WPI/200000/43/1292/2017): „(...) warunek niewykonywania działalności na rzecz byłego pracodawcy, dotyczy nie tylko pierwszego dnia prowadzenia działalności, ale całego 24-miesięcznego okresu (...). Oznacza to, iż od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności na rzecz byłego pracodawcy, także wtedy (...) gdy nawiązanie współpracy z byłym pracodawcą nastąpi np. po upływie kilku lub kilkunastu miesięcy od rozpoczęcia prowadzenia działalności, następuje utrata prawa do deklarowania do podstawy wymiaru składek kwoty nie niższej niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia. Ponownie prawo to uzyskuje się od dnia zaprzestania wykonywania działalności na rzecz byłego pracodawcy pod warunkiem, że nastąpi to w okresie 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. (...)”. Stanowisko takie podał również w po-

radniku pt. „Zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz ustalania podstawy wymiaru składek osób prowadzących pozarolniczą działalność...”, dostępnym na stronie www.zus.pl. Z przytoczonego wyjaśnienia wynika więc, że osoba prowadząca działalność gospodarczą, opłacająca składki na ubezpieczenia społeczne na preferencyjnych warunkach, która przykładowo tylko przez część miesiąca wykonywała na rzecz byłego pracodawcy w ramach prowadzonej działalności te same czynności, które wcześniej na podstawie umowy o pracę, traci prawo do opłacania niższych składek tylko na okres wykonywania tej pracy. Zatem, taka osoba powinna od dnia rozpoczęcia wykonywania pracy w ramach prowadzonej działalności na rzecz byłego pracodawcy wyrejestrować się z ubezpieczeń z kodem 05 70 X X (odpowiednio 05 72 X X), a następnie zarejestrować z kodem 05 10 X X (odpowiednio 05 12 X X). Natomiast po zakończeniu wykonywania tej pracy ponownie wyrejestrować się z ubezpieczeń z kodem 05 10 X X i zarejestrować z kodem 05 70 X X.

Jak jednak należy rozliczyć i wykazać w dokumentach rozliczeniowych składki na ubezpieczenia społeczne, na ubezpieczenie zdrowotne i Fundusz Pracy za osobę, która pracę na rzecz byłego pracodawcy wykonywała tylko przez część miesiąca?

Z takim zapytaniem nasze Wydawnictwo zwróciło się do Rzecznika Prasowego ZUS. W dniu 25 października 2011 r. otrzymaliśmy odpowiedź, w której wyjaśniono, że: „(...) W przypadku, jeśli osoba prowadząca pozarolniczą działalność, opłacająca składki od preferencyjnej podstawy wymiaru składek, określonej w art. 18a powołanej ustawy, przestała spełniać warunki wynikające z tego przepisu z uwagi na podjęcie wykonywania tej działalności na rzecz byłego pracodawcy zastosowanie będzie miał tryb określony w art. 36 ust. 14 ustawy. Osoba prowadząca działalność, jako płatnik składek na własne ubezpieczenia, powinna wyrejestrować się z ubezpieczeń z dotychczasowym kodem tytułu ubezpieczenia, tj. rozpoczynającym się cyframi 05 70 oraz dokonać ponownego zgłoszenia z właściwym kodem – rozpoczynającym się cyframi 05 10. Analogiczny tryb należy zastosować w przypadku ustania przyczyn, o których mowa w art. 18a ust. 2 pkt 2 ustawy, z uwagi na zaprzestanie wykonywania pracy na rzecz pracodawcy (wyrejestrowanie z ubezpieczeń z kodem rozpoczynającym się cyframi 05 10 i zgłoszenie z kodem rozpoczynającym się cyframi 05 70).

Należy jednak pamiętać, że zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia stanowi podstawę wymiaru składek w okresie pierwszych 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej.

W odniesieniu do dokumentów rozliczeniowych, w przypadku jeśli zmiana, o której mowa wyżej, następuje w trakcie miesiąca, płatnik składek powinien za ten miesiąc sporządzić i przekazać do Zakładu odpowiednio:

- 1) w przypadku płatnika opłacającego składki wyłącznie na własne ubezpieczenia – dwie deklaracje rozliczeniowe odpowiednio z zakresem numeracji od 1 do 39 oraz od 40 do 49 z właściwymi kodami tytułu ubezpieczenia. W deklaracjach tych płatnik powinien wykazać składki na ubezpieczenia społeczne oraz na ubezpieczenie zdrowotne obliczone od zadeklarowanej podstawy nie niższej niż ustalona proporcjonalnie najniższa podstawa ich wymiaru ustalona dla części miesiąca, wobec której obowiązywała,
- 2) w przypadku pozostałych płatników – dwa raporty: jeden z kodem rozpoczynającym się cyframi 05 10, a drugi 05 70. Zasady ustalenia podstaw wymiaru powinny być analogiczne jak w pkt 1.

Zgodnie z art. 104 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (...) składki na Fundusz Pracy opłaca się za okres trwania obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego i rentowych, przy czym są one ustalane od kwot stanowiących podsta-

wę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe bez stosowania ograniczenia, o którym mowa w art. 19 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, wynoszących w przeliczeniu na okres miesiąca, co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę. W omawianym przypadku, jeśli łączna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za dany miesiąc (tj. suma kwot wykazanych do podstawy wymiaru składek na te ubezpieczenia w odpowiednio obu deklaracjach/raportach) wyniesie co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę, powstanie obowiązek opłacenia składki na Fundusz Pracy, o ile ubezpieczony nie osiągnął wieku wynoszącego co najmniej 55 lat dla kobiet i co najmniej 60 lat dla mężczyzn. W przypadku, o którym mowa w pkt 1, dopuszczalne jest wykazanie składek na Fundusz Pracy w obu deklaracjach, obliczonych od wykazanej w każdej z nich podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, jak i wykazanie obliczonej od łącznej kwoty podstawy wymiaru składek za dany miesiąc kwoty składki na Fundusz Pracy w jednej z deklaracji, składanej z kodem rozpoczynającym się cyframi 05 10.”.

Przykład

Osoba prowadząca samodzielnie działalność gospodarczą (w wieku 44 lat) ma prawo do opłacania składek na ubezpieczenia społeczne na preferencyjnych warunkach w okresie od 1 kwietnia 2018 r. do 31 marca 2020 r. Zgłoszenia do przedmiotowych ubezpieczeń oraz do ubezpieczenia zdrowotnego dokonała z kodem tytułu ubezpieczenia 05 70 0 0.

Od 6 czerwca 2018 r. wykonuje ona w ramach prowadzonej działalności pracę na rzecz pracodawcy, u którego pozostawała w zatrudnieniu do 28 lutego 2018 r. i są to takie same czynności jakie wcześniej wykonywała w ramach stosunku pracy. Zatem od tego dnia nie ma prawa do opłacania niższych składek na ubezpieczenia społeczne.

Wobec powyższego na druku ZUS ZWUA wyrejestrowała się z ubezpieczeń z kodem 05 70 0 0 z datą od 6 czerwca 2018 r. i z tą samą datą zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego na druku ZUS ZUA z kodem 05 10 0 0.

Za czerwiec 2018 r. osoba ta złoży dwie deklaracje rozliczeniowe, tj.:

- jedną oznaczoną identyfikatorem 01 06 2018, w której wpisze kod tytułu ubezpieczenia 05 70 0 0 oraz wykaże obliczone składki na ubezpieczenia społeczne od kwoty **105 zł** (630 zł : 30 dni x 5 dni), na ubezpieczenie zdrowotne od kwoty **592,49 zł** (3.554,93 zł : 30 dni x 5 dni), na Fundusz Pracy od kwoty **105 zł**,
- drugą oznaczoną identyfikatorem 40 06 2018, w której wpisze kod tytułu ubezpieczenia 05 10 0 0 oraz wykaże obliczone składki na ubezpieczenia społeczne od kwoty **2.221,50 zł** (2.665,80 zł : 30 dni x 25 dni), na ubezpieczenie zdrowotne od kwoty **2.962,44 zł** (3.554,93 zł : 30 dni x 25 dni), na Fundusz Pracy od kwoty **2.221,50 zł**.

Składka na Fundusz Pracy jest należna, ponieważ łączna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe jest wyższa (wystarczy, aby była równa) od minimalnego wynagrodzenia.

Przykład

Przyjmujemy założenia z poprzedniego przykładu oraz dodatkowo, że praca na rzecz byłego pracodawcy będzie wykonywana do 30 czerwca 2018 r.

Osoba ta od 1 lipca 2018 r. ponownie będzie korzystała z preferencyjnych zasad opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, zatem wyrejestruje się z ubezpieczeń na druku

ZUS ZWUA z kodem 05 10 0 0 z datą od 1 lipca 2018 r. i z tą samą datą zgłosi do ubezpieczeń na druku ZUS ZUA z kodem 05 70 0 0.

*W deklaracji rozliczeniowej sporządzonej za lipiec br. rozliczy więc składki na ubezpieczenia społeczne od kwoty **630 zł**, a na ubezpieczenie zdrowotne od kwoty **3.554,93 zł**. Osoba ta nie rozliczy składki na Fundusz Pracy, ponieważ podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe jest niższa od minimalnego wynagrodzenia (nie uzyskuje ona przychodu z innego tytułu podlegającego obowiązkowo oskładkowaniu).*

Uwaga: Osoby, które rozpoczynają prowadzenie działalności gospodarczej i podlegają obecnie ustawodawstwu polskiemu, a które uprzednio prowadziły taką działalność na terenie innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, EOG bądź Szwajcarii mogą również opłacać składki na ubezpieczenia społeczne od kwoty nie niższej niż 30% minimalnego wynagrodzenia, o ile dla działalności prowadzonej w państwie członkowskim UE/EOG lub Szwajcarii, przez cały okres jej prowadzenia, polskie ustawodawstwo nie było właściwe. Działalności tej nie uznaje się bowiem za działalność prowadzoną na terenie Polski.

Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe została ograniczona w skali roku i nie może być wyższa od kwoty odpowiadającej trzydziestokrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok kalendarzowy. W 2018 r. kwota ta wynosi **133.290 zł** (Mon. Pol. z 2017 r. poz. 1174).

Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe stanowi natomiast podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe. Zatem, jeżeli przedsiębiorca podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym np. od początku miesiąca, a do ubezpieczenia chorobowego przystępuje w trakcie tego miesiąca – nie dokonuje zmniejszenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe.

Osoby objęte dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym muszą mieć również na uwadze miesięczne ograniczenie podstawy wymiaru składki na to ubezpieczenie. Zgodnie z art. 20 ust. 3 ustawy o sus, podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe osób, które ubezpieczeniu chorobowemu podlegają dobrowolnie (czyli m.in. przedsiębiorców), nie może przekraczać miesięcznie 250% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 19 ust. 10 ustawy o sus. Wynagrodzenie to w 2018 r. wynosi **4.443 zł**. W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2018 r. miesięczna podstawa wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe nie może być wyższa od kwoty **11.107,50 zł** (Mon. Pol. z 2017 r. poz. 1214).

Przykład

*Przedsiębiorca z tytułu prowadzonej działalności podlega ubezpieczeniom społecznym, w tym chorobowemu i ubezpieczeniu zdrowotnemu. Składki na ubezpieczenia społeczne opłaca od kwoty wyższej niż najniższa podstawa. I tak za maj br. opłacił składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz na ubezpieczenie wypadkowe od kwoty **15.000 zł**, a na ubezpieczenie chorobowe od kwoty **11.107,50 zł**.*

Przy ustalaniu podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe nie stosuje się także ograniczenia do rocznej podstawy wymiaru składek, które obowiązuje jedynie dla podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe.

2. Zmniejszanie najniższej podstawy wymiaru składek w razie objęcia (ustania) ubezpieczeniem w trakcie miesiąca oraz w razie choroby

Dla omawianej grupy ubezpieczonych kwota najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne podlega zmniejszeniu za miesiąc, w którym nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami lub ich ustanie i jeżeli trwały one tylko przez część miesiąca. Wówczas kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie, dzieląc ją przez liczbę dni kalendarzowych tego miesiąca i mnożąc przez liczbę dni podlegania ubezpieczeniom.

Przykład

Najniższa podstawa wymiaru składek w 2018 r. dla przedsiębiorcy opłacającego składki na ubezpieczenia społeczne na zasadach ogólnych wynosi 2.665,80 zł. Działalność gospodarcza rozpoczęta 8 maja 2018 r. była prowadzona przez 24 dni, czyli dla ustalenia najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne należy dokonać następujących wyliczeń: $2.665,80 \text{ zł} : 31 \text{ dni (liczba dni kalendarzowych maja)} \times 24 \text{ dni (liczba dni podlegania ubezpieczeniom)} = 2.063,85 \text{ zł}$.

Przykład

Osoba uprawniona do opłacania składek na ubezpieczenia społeczne od 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia rozpoczęła działalność od 15 maja 2018 r. Działalność gospodarcza była prowadzona przez 17 dni maja, czyli dla ustalenia najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne za maj br. należało dokonać następujących wyliczeń: $630 \text{ zł} : 31 \text{ dni (liczba dni kalendarzowych maja)} \times 17 \text{ dni (liczba dni podlegania ubezpieczeniom)} = 345,48 \text{ zł}$.

Przedstawiona wyżej zasada zmniejszania najniższej podstawy wymiaru składek ma zastosowanie także w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku.

Jeśli jednak przedsiębiorca w dokumentach rozliczeniowych składanych za siebie wykaże jako podstawę wymiaru składek za dany miesiąc kwotę wyższą od najniższej podstawy (np. 5.000 zł) i od niej opłaci składki, to taką kwotę ZUS przyjmuje jako podstawę wymiaru składek, także gdy w tym miesiącu przedsiębiorca był niezdolny do pracy, spełniając warunki do przyznania zasiłku.

Takie stanowisko potwierdza ZUS w interpretacji indywidualnej z 18 czerwca 2014 r. (znak DI/100000/43/643/2014) wskazując, iż: „(...) Przepisy te (art. 18 ust. 9 i 10 ustawy o sus – przypis redakcji) odbierają osobom prowadzącym pozarolniczą działalność gospodarczą, którzy zadeklarowali podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w rozmiarze przekraczającym ustawowe minimum, prawa do proporcjonalnego zmniejszania podstawy wymiaru składek w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca. Uprawnienie przewidziane w art. 18 ust. 10 powyższej ustawy znajduje jedynie zastosowanie w sytuacji, gdy osoba prowadząca pozarolniczą działalność zadeklarowała podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w minimalnej wysokości (...)”. Także Sąd Apelacyjny w Lublinie w wyroku z 11 czerwca 2014 r. (sygn. akt III AUa 361/14) uznał, że: „(...) możliwość korekty występuje tylko w przypadku, gdy podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia spo-

łeczne osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą była ustalona (zadeklarowana) w wysokości 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego (...).”

Przykład

Przedsiębiorca prowadzi działalność gospodarczą i z tego tytułu podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz przystąpił do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Składki na ubezpieczenia społeczne opłaca od zadeklarowanej podstawy wymiaru w wysokości **10.000 zł**. W okresie od 4 do 10 czerwca br. (7 dni) był niezdolny do pracy z powodu choroby i za ten okres nabył prawo do zasiłku chorobowego. Przedsiębiorca za czerwiec br. obowiązany jest opłacić składki na ubezpieczenia społeczne od kwoty nie niższej niż **2.043,78 zł** ($2.665,80 \text{ zł} : 30 \text{ dni} \times 23 \text{ dni}$).

VI. ZASADY FINANSOWANIA I OPŁACANIA SKŁADKI ZDROWOTNEJ

1. Ustalanie wysokości składki zdrowotnej

Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne przedsiębiorcy stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Składka w nowej wysokości obowiązuje od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku. Tak stanowi art. 81 ust. 2 ustawy zdrowotnej.

Ważne: Składka zdrowotna wynosi 9% podstawy wymiaru. Jest ona miesięczna i niepodzielna (art. 79 ustawy zdrowotnej).

Tym samym podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne nie ulega zmniejszeniu w razie, gdy ubezpieczenie to trwało przez część miesiąca (a także w razie pobierania przez część miesiąca zasiłków).

Przykład

Przedsiębiorca rozpoczął prowadzenie działalności gospodarczej od 2 maja 2018 r. Z tego tytułu podlega obowiązkowo tylko ubezpieczeniu zdrowotnemu. Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale 2017 r., włącznie z wypłatami z zysku, czyli **3.554,93 zł**.

Przedsiębiorca za maj i kolejne miesiące 2018 r. obowiązany jest opłacić składkę na ubezpieczenie zdrowotne w kwocie nie niższej niż **319,94 zł** ($3.554,93 \text{ zł} \times 9\%$).

Przykład

Przedsiębiorca w okresie od 16 do 30 maja 2018 r. (15 dni) miał prawo do zasiłku chorobowego. Za maj br. jego podstawa wymiaru składek wynosi odpowiednio:

- na ubezpieczenia społeczne: $2.665,80 \text{ zł} : 31 \text{ dni} \times 16 \text{ dni} = \mathbf{1.375,90 \text{ zł}}$,
- na ubezpieczenie zdrowotne: **3.554,93 zł**.

Przykład

*Osoba prowadząca działalność gospodarczą podlega z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym, w tym chorobowemu oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu. W maju 2018 r. przez 10 dni sprawowała osobistą opiekę nad chorym dzieckiem. Z tytułu ubezpieczenia jako osoba prowadząca działalność spełniła warunki do przyznania zasiłku opiekuńczego. Składki na ubezpieczenia społeczne opłaca od kwoty stanowiącej 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego (w 2018 r. jest to miesięcznie kwota 2.665,80 zł). Za maj 2018 r. najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne tej osoby wynosi **1.805,86 zł**, zgodnie z wyliczeniem: $2.665,80 \text{ zł} : 31 \text{ dni maja} \times 21 \text{ dni}$. Podstawę wymiaru składki zdrowotnej stanowi zaś pełna kwota, czyli **3.554,93 zł**.*

2. Zasady opłacania składki zdrowotnej

Przedsiębiorca odprowadza składkę na ubezpieczenie zdrowotne z własnych środków. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego powstaje od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności (z wyłączeniem okresu, w którym działalność była zawieszona na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej).

Jeżeli przedsiębiorca uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca z każdego z tych tytułów odrębnie (art. 82 ust. 1 ustawy zdrowotnej). Przykładowo, gdy przedsiębiorca jednocześnie jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę czy umowy zlecenia, składkę zdrowotną opłaca z każdego tytułu.

Zgodnie z art. 82 ust. 3 ustawy zdrowotnej, jeżeli ubezpieczony prowadzący działalność pozarolniczą uzyskuje przychody z więcej niż jednego z rodzajów działalności określonych poniżej, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana odrębnie od każdego rodzaju działalności (art. 82 ust. 3 ustawy zdrowotnej). Przy czym, w sytuacji gdy uzyskuje przychody z więcej niż jednej spółki w ramach tego samego rodzaju działalności, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest odrębnie od każdej prowadzonej spółki (art. 82 ust. 4 ustawy zdrowotnej).

Rodzajami działalności, o których mowa wyżej są:

- 1) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki cywilnej,
- 2) działalność gospodarcza prowadzona w formie jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością,
- 3) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki jawnej,
- 4) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki komandytowej,
- 5) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki partnerskiej,
- 6) wykonywanie działalności twórczej lub artystycznej jako twórca lub artysta,
- 7) wykonywanie wolnego zawodu w rozumieniu przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
- 8) wykonywanie wolnego zawodu, z którego przychody są przychodami z działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych,
- 9) inna niż określona w pkt 1-8 pozarolnicza działalność gospodarcza prowadzona na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych.

Składkę na ubezpieczenie zdrowotne należy opłacać oddzielnie od każdego z wymienionych wyżej rodzajów działalności, a także od każdej spółki, nawet jeżeli są to spółki tego samego rodzaju.

Przykład

Przedsiębiorca prowadzi działalność gospodarczą na podstawie wpisu do CEIDG – usługi transportowe oraz punkt skupu. Przedsiębiorca opłaca jedną składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

Przykład

Przedsiębiorca prowadzi działalność na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej w ramach dwóch spółek cywilnych (jedna – usługi transportowe, a druga – punkt skupu). Przedsiębiorca opłaca dwie składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Przykład

Przedsiębiorca prowadzi działalność na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej na własny rachunek – usługi transportowe oraz w ramach spółki cywilnej – punkt skupu. Przedsiębiorca opłaca dwie składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Odrębną podstawę do opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi wykonywanie wolnego zawodu w ramach prowadzonej działalności oraz prowadzenie innej działalności niż np. wolny zawód na podstawie odrębnych przepisów. Oznacza to, że osoba posiadająca jeden wpis do ewidencji, z którego wynika, że jednocześnie wykonuje ona wolny zawód i prowadzi działalność gospodarczą w innym zakresie, jest obowiązana do zapłacenia dwóch składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Przykład

Lekarz wykonuje zawód w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej. Dodatkowo wykonuje zawód w ramach grupowych praktyk lekarskich, tj. w formie spółki cywilnej oraz spółki partnerskiej. Lekarz zobowiązany jest do opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne z trzech odrębnych działalności.

3. Prezentacja ulg w opłacaniu składki zdrowotnej dla przedsiębiorców

Zwolnienie z opłacania składki zdrowotnej emeryta/rencisty

Zgodnie z art. 82 ust. 8 ustawy zdrowotnej, składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności przez osobę, której świadczenie emerytalne lub rentowe nie przekracza miesięcznie kwoty minimalnego wynagrodzenia, w przypadku gdy osoba ta:

- uzyskuje dodatkowe przychody z tego tytułu w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury lub
- opłaca podatek dochodowy w formie karty podatkowej.

Pod pojęciem świadczenie emerytalne oraz świadczenie rentowe, o których mowa wyżej, należy rozumieć kwotę odpowiednio emerytury lub renty wraz z dodatkiem pielęgnacyjnym, a w przypadku renty rodzinnej, także z dodatkiem dla sieroty zupełnej. W kwocie świadczenia nie uwzględnia się innych dodatków, zasiłków, świadczeń pieniężnych i ryczałtu energetycznego, ekwiwalentu pieniężnego z tytułu prawa do bezpłatnego węgla oraz deputatu

węglowego. Tak wyjaśnił ZUS w piśmie z 1 marca 2005 r. (znak FUu 400-894/03). Na podstawie powołanego przepisu, zwolniony z opłacania składki zdrowotnej może być emeryt lub rencista prowadzący pozarolniczą działalność, którego świadczenie emerytalne lub rentowe nie przekracza miesięcznie kwoty 2.100 zł (tj. kwoty minimalnego wynagrodzenia), jeżeli:

- uzyskuje przychody z działalności w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie kwoty 514,90 zł (50% z kwoty najniższej emerytury, która obecnie wynosi 1.029,80 zł) lub
- z działalności opłaca podatek dochodowy w formie karty podatkowej.

Przykład

Emeryt prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłaca podatek dochodowy w formie ryczaftu od przychodów ewidencjonowanych. Otrzymuje świadczenie emerytalne w wysokości 1.750 zł, a z prowadzonej działalności w maju 2018 r. uzyskał przychody w kwocie 500 zł.

Z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej emeryt jest zwolniony z obowiązku opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne za maj 2018 r., ponieważ:

- *pobiera świadczenie emerytalne w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie kwoty minimalnego wynagrodzenia,*
- *w maju 2018 r. z działalności pozarolniczej uzyskał przychody w kwocie nieprzekraczającej 50% kwoty najniższej emerytury, tj. kwoty 514,90 zł.*

Przyjmijmy, że w czerwcu 2018 r. z tytułu prowadzonej działalności emeryt uzyska przychody w kwocie 650 zł, a więc w kwocie wyższej niż 50% kwoty najniższej emerytury, zatem za czerwiec 2018 r. zobowiązany będzie do opłacenia składki zdrowotnej.

Przykład

Rencista prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą opodatkowaną w formie karty podatkowej. Otrzymuje świadczenie rentowe w kwocie 1.850 zł (co istotne – bez znaczenia jest tutaj osiągnięty przychód z pozarolniczej działalności).

Z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej rencista jest zwolniony z obowiązku opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, ponieważ:

- *pobiera świadczenie rentowe w wysokości nieprzekraczającej kwoty minimalnego wynagrodzenia,*
- *działalność opodatkowana jest w formie karty podatkowej.*

Wspomnijmy, że osoba mająca ustalone prawo do emerytury lub renty, prowadząca działalność gospodarczą, w przypadku spełnienia warunków, o których mowa w art. 82 ust. 8 ustawy zdrowotnej, podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu, natomiast jest zwolniona z opłacania składki na to ubezpieczenie. Oznacza to, że jest ona zobowiązana do dokonania zgłoszenia do tego ubezpieczenia, jak również ma obowiązek składać dokumenty rozliczeniowe, w których wykazuje podstawę wymiaru składki w wysokości, o której mowa w art. 81 ust. 2 ustawy zdrowotnej, tj. zadeklarowanej kwoty, nie niższej niż 75% przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale poprzedniego roku (w 2018 r. nie niższej niż 3.554,93 zł) oraz składkę w wysokości „0”. Jeśli w danym miesiącu nie zostały spełnione warunki uprawniające do nieopłacania składki zdrowotnej, to za ten miesiąc przedsiębiorca zobowiązany jest ją uregulować.

Zwolnienie z opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne lub jej obniżenie osoby niepełnosprawnej

Z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osobę zaliczoną do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności w przypadku, gdy osoba ta:

- uzyskuje przychody z tego tytułu w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury (tj. obecnie kwoty 514,90 zł) lub
- opłaca podatek dochodowy w formie karty podatkowej (art. 82 ust. 9 ustawy zdrowotnej).

Przykład

Przedsiębiorca legitymujący się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą opodatkowaną zryczałtowanym podatkiem od przychodów ewidencjonowanych. Z prowadzonej działalności w maju 2018 r. osiągnął przychód w wysokości 490 zł.

Z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej przedsiębiorca jest zwolniony z obowiązku opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne za maj 2018 r., ponieważ:

- jest osobą zaliczoną do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności,
- w tym miesiącu z działalności uzyskał przychód w wysokości nieprzekraczającej 50% kwoty najniższej emerytury, tj. kwoty 514,90 zł.

Przyjmijmy, że w czerwcu 2018 r. z tytułu prowadzonej działalności przedsiębiorca uzyska przychód w kwocie 550 zł. Ponieważ jest on wyższy niż 50% kwoty najniższej emerytury, za czerwiec 2018 r. będzie zobowiązany do opłacenia składki zdrowotnej.

Przykład

Przedsiębiorca zaliczony do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą opodatkowaną w formie karty podatkowej.

Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej przedsiębiorca jest zwolniony z obowiązku opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, ponieważ:

- jest osobą zaliczoną do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności,
- działalność opodatkowana jest w formie karty podatkowej.

Obniżenie składki zdrowotnej do wysokości zaliczki na podatek dochodowy

Zgodnie z art. 82 ust. 10 ustawy zdrowotnej, składka na ubezpieczenie zdrowotne z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności jest opłacana w wysokości nieprzekraczającej kwoty należnej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych, w przypadku gdy osoba zaliczona do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności uzyskuje przychód jedynie z tego tytułu.

Ulgi tej nie stosuje się do osób, które opłacają podatek w formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych lub w formie karty podatkowej.

Na podstawie tego przepisu, osoba prowadząca pozarolniczą działalność, może opłacać składkę na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości obniżonej do wysokości należnej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych, w przypadku gdy:

- została zaliczona do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności,
- uzyskuje przychód jedynie z tytułu działalności.

Przykład

*Przedsiębiorca jest zaliczony do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. Uzyskuje on przychody jedynie z działalności gospodarczej opodatkowanej według skali podatkowej. W maju 2018 r. należna zaliczka na podatek dochodowy od uzyskanych przychodów z tej działalności wyniosła 250 zł. Z tytułu prowadzonej działalności za maj 2018 r. przedsiębiorca opłaca składkę na ubezpieczenie zdrowotne w kwocie obniżonej do wysokości zaliczki, czyli w wysokości **250 zł** (a nie w wysokości 319,94 zł), ponieważ:*

- *działalność pozarolnicza stanowi dla niego jedyne źródło przychodów,*
- *jest osobą zaliczoną do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności.*

Przyjmujemy, że w czerwcu 2018 r. należna zaliczka od przychodów z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności wyniesie 400 zł. Należna zaliczka jest zatem wyższa niż obowiązująca składka zdrowotna, dlatego za czerwiec br. osoba ta obowiązana jest opłacić składkę zdrowotną w pełnej wysokości, czyli w kwocie 319,94 zł.

Zwolnienie z opłacania składki zdrowotnej osoby pobierającego zasiłek macierzyński w wysokości nieprzekraczającej świadczenia rodzicielskiego

Z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osobę, której zasiłek macierzyński nie przekracza miesięcznie kwoty świadczenia rodzicielskiego, o którym mowa w przepisach o świadczeniach rodzinnych (art. 82 ust. 9a ustawy zdrowotnej). Zwolnienie z opłacania składki zdrowotnej dotyczy osób prowadzących pozarolniczą działalność, pobierających zasiłek macierzyński w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 1.000 zł, bez względu na to z jakiego tytułu ubezpieczenia nabyły one prawo do tego zasiłku. Oznacza to, że osoba pobierająca zasiłek macierzyński (np. z ubezpieczenia pracowniczego lub jako zleceniobiorca albo osoba prowadząca pozarolniczą działalność), która w tym okresie prowadzi pozarolniczą działalność jest zwolniona z opłacania składki zdrowotnej, o ile zasiłek macierzyński nie przekracza miesięcznie 1.000 zł. Jak wyjaśnił ZUS w dniu 27 stycznia 2016 r. na stronie internetowej www.zus.pl: „(...) W przypadku, gdy osoba prowadząca pozarolniczą działalność lub współpracująca przy jej prowadzeniu, nabywa prawo do zasiłku macierzyńskiego w trakcie miesiąca (bez względu z jakiego tytułu), zwolnienie z obowiązku opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne przysługuje począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstało prawo do zasiłku macierzyńskiego i wygasa z końcem ostatniego dnia miesiąca, za który w całości przysługiwało prawo do zasiłku macierzyńskiego. Jedynie w przypadku nabycia prawa do zasiłku od pierwszego dnia miesiąca, zwolnienie przysługuje już od tego miesiąca. Wynika to z tego, że zgodnie z art. 79 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest miesięczna i niepodzielna, co oznacza, iż za część miesiąca poprzedzającą nabycie prawa do zasiłku macierzyńskiego, składka ta powinna być opłacona w pełnej wysokości. Natomiast w sytuacji, gdy pozarolnicza działalność lub współpraca jest podejmowana w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego, do którego prawo zostało nabyte z innego tytułu (w miesięcznej wysokości nieprzekraczającej 1.000 zł), zwolnienie to przysługuje już od dnia, w którym nastąpiło objęcie obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu rozpoczęcia wykonywania pozarolniczej działalności lub współpracy. (...)”.

Osoby prowadzące pozarolniczą działalność, spełniające warunki do zwolnienia z opłacania składki zdrowotnej, powinny być zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego z kodem tytułu ubezpieczenia 05 80 X X.

VII. SKŁADKA NA FUNDUSZ PRACY

Przedsiębiorca opłacający składki na ubezpieczenia społeczne na zasadach ogólnych, tj. od zadeklarowanej kwoty, nie niższej niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, opłaca za siebie także składkę na Fundusz Pracy. Zgodnie bowiem z art. 104 ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 z późn. zm.), składkę tę opłaca się od kwot stanowiących podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (bez stosowania rocznego ograniczenia), wynoszących w przeliczeniu na okres miesiąca co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę.

Ważne: Przedsiębiorca opłaca za siebie składkę na Fundusz Pracy, o ile nie osiągnął wieku wynoszącego co najmniej 55 lat dla kobiet i co najmniej 60 lat dla mężczyzn (art. 104b ust. 2 ustawy o promocji zatrudnienia...).

Składka ta jest należna za okres trwania obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego i rentowych. Jeżeli więc przedsiębiorca podlega przedmiotowym ubezpieczeniom dobrowolnie, nie opłaca za siebie składki na Fundusz Pracy.

Przykład

Przedsiębiorca w wieku 52 lat, który jest dodatkowo zatrudniony na podstawie umowy o pracę, z tytułu zatrudnienia osiąga przychód podlegający oskładkowaniu w kwocie co najmniej minimalnego wynagrodzenia za pracę. Z działalności podlega ubezpieczeniom społecznym, ale wyłącznie dobrowolnie. Osoba ta z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności nie opłaca składki na Fundusz Pracy.

Składka na Fundusz Pracy wynosi 2,45% podstawy wymiaru. Podstawę jej wyliczenia stanowi kwota podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (bez stosowania ograniczenia do rocznego limitu) wynosząca w przeliczeniu na okres miesiąca co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę.

Przykład

*Przedsiębiorca w wieku 49 lat, który rozpoczął prowadzenie działalności gospodarczej od 8 maja 2018 r., podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu. Za maj 2018 r. najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne wynosi **2.063,85 zł** (2.665,80 zł : 31 dni x 24 dni), a na ubezpieczenie zdrowotne – **3.554,93 zł**.*

*Przedsiębiorca obowiązany jest także opłacić składkę na Fundusz Pracy od podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, tj. od kwoty **2.063,85 zł**.*

Osoba prowadząca działalność gospodarczą na podstawie przepisów ustawy – Prawo przedsiębiorców lub innych przepisów szczególnych, która opłaca składki na własne ubezpieczenia społeczne od obniżonej podstawy wymiaru, nie opłaca za siebie składki na Fundusz Pracy. Należy jednak podkreślić, że jeśli osoba prowadząca działalność, opłacająca składki na ubezpieczenia społeczne od obniżonej podstawy, ma jeszcze inny tytuł do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych (np. jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę

w niepełnym wymiarze czasu pracy), to składka na Fundusz Pracy może być należna. Składkę tę opłaca się bowiem także, jeśli łączny przychód z kilku tytułów, stanowiący podstawę wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia emerytalne i rentowe, wynosi co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę.

Przykład

*Osoba (45 lat) z ustalonym prawem do renty z tytułu niezdolności do pracy (z tzw. systemu powszechnego) rozpoczęła prowadzenie działalności gospodarczej od 22 maja 2018 r. Nie spełnia warunków do opłacania składek na ubezpieczenia społeczne od obniżonej podstawy. Za maj 2018 r. składki na ubezpieczenia społeczne opłaci od zadeklarowanej kwoty, nie niższej niż **859,94 zł**, tj. $2.665,80 \text{ zł} : 31 \text{ dni} \times 10 \text{ dni}$ maja. Podstawę wymiaru składki zdrowotnej stanowi kwota **3.554,93 zł**. Od kwoty **859,94 zł** opłaci za siebie również składkę na Fundusz Pracy.*

Przykład

*Osoba w wieku 31 lat prowadząca działalność gospodarczą jest jednocześnie zatrudniona na podstawie umowy o pracę w niepełnym wymiarze czasu pracy i uzyskuje miesięczne wynagrodzenie w wysokości 1.900 zł. Zarówno z umowy o pracę, jak i z działalności podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym. Z działalności składki na ubezpieczenia społeczne opłaca od kwoty 30% minimalnego wynagrodzenia (czyli od kwoty 630 zł). Osoba ta z działalności zobowiązana jest opłacać też składkę na Fundusz Pracy, ponieważ łączna kwota podstawy wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia emerytalne i rentowe jest wyższa (wystarczy aby była równa) od minimalnego wynagrodzenia i wynosi **2.530 zł** ($1.900 \text{ zł} + 630 \text{ zł}$). Także pracodawca jest obowiązany do opłacania tej składki.*

Z każdego tytułu obowiązkowa jest też składka zdrowotna.

VIII. ROZLICZANIE I OPŁACANIE SKŁADEK

1. Termin opłacania składek

Przedsiębiorca zobowiązany jest do opłacania składek za dany miesiąc nie później niż:

- do 10. dnia następnego miesiąca – jeżeli opłaca składki wyłącznie za siebie,
- do 15. dnia następnego miesiąca – w pozostałych przypadkach (np. w przypadku opłacania składek za siebie oraz za osobę współpracującą, czy za zatrudnionych pracowników).

Zgodnie z art. 31 ustawy o sus, do należności z tytułu składek stosuje się odpowiednio m.in. art. 12 § 5 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2018 r. poz. 800). Na mocy powołanego przepisu, jeżeli ostatni dzień terminu opłacania składek przypada na sobotę lub dzień ustawowo wolny od pracy, za ostatni dzień terminu uważa się następny dzień po dniu lub dniach wolnych od pracy.

Przykład

Osoba prowadząca działalność gospodarczą opłaca składki na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne za siebie i pracownika w terminie za dany miesiąc nie później niż

do 15. dnia następnego miesiąca. Za maj 2018 r. składki opłaci do 15 czerwca br., natomiast za czerwiec br. – nie później niż do 16 lipca 2018 r. (15 lipca br. wypada w niedzielę).

2. Sporządzanie i przekazywanie dokumentacji do ZUS

Jeżeli przedsiębiorca opłaca składki na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne oraz na Fundusz Pracy wyłącznie za siebie, to przesyła do ZUS tylko deklarację rozliczeniową ZUS DRA, nie składa natomiast imiennych raportów miesięcznych. Natomiast, jeżeli rozlicza składki za siebie, osobę współpracującą lub inne osoby ubezpieczone (np. pracowników, zleceniobiorców), przekazuje do ZUS odpowiednio następujące formularze:

- **ZUS RCA** – imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach,
- **ZUS RZA** – imienny raport miesięczny o należnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne,
- **ZUS RSA** – imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacie składek,
- **ZUS DRA** – deklarację rozliczeniową.

Dokumenty rozliczeniowe przekazuje do ZUS po upływie każdego miesiąca kalendarzowego, w terminie ustalonym dla opłacania składek (art. 41 ust. 1 ustawy o sus). W tym samym terminie przekazuje dokumenty rozliczeniowe, jeśli obowiązek ubezpieczeń społecznych wygaś w trakcie miesiąca kalendarzowego (art. 41 ust. 2 ustawy o sus). Twórcy i artyści przesyłają dokumenty rozliczeniowe oraz opłacają składki za okres wykonywania działalności twórczej lub artystycznej przed dniem wydania decyzji Komisji do Spraw Zaopatrzenia Emerytalnego Twórców w terminie opłacania składek za miesiąc, w którym otrzymali decyzję (art. 47 ust. 1a ustawy o sus).

Osoby prowadzące pozarolniczą działalność, opłacające składki wyłącznie za siebie lub osoby z nimi współpracujące, są zwolnione z obowiązku składania deklaracji rozliczeniowej lub imiennych raportów miesięcznych za kolejny miesiąc, jeżeli w ostatnio złożonej deklaracji rozliczeniowej lub imiennym raporcie miesięcznym zadeklarowały do podstawy wymiaru składek:

- na ubezpieczenia społeczne – kwotę w wysokości najniższej podstawy wymiaru składek dla osób prowadzących pozarolniczą działalność, obowiązującej je i osoby z nimi współpracujące,
- na ubezpieczenie zdrowotne – kwotę w wysokości najniższej podstawy wymiaru określonej w art. 81 ust. 2 ustawy zdrowotnej, obowiązującej je i osoby z nimi współpracujące,

i nie nastąpiła żadna zmiana w stosunku do miesiąca poprzedniego.

Zwolnienie z obowiązku składania dokumentów rozliczeniowych za kolejny miesiąc dotyczy też osób prowadzących pozarolniczą działalność, opłacających wyłącznie składki na ubezpieczenie zdrowotne za siebie lub osoby z nimi współpracujące, jeżeli w ostatnio złożonej deklaracji rozliczeniowej lub w imiennym raporcie miesięcznym zadeklarowały do podstawy wymiaru składki kwotę w wysokości najniższej podstawy wymiaru, określonej w art. 81 ust. 2 ustawy zdrowotnej, i nie nastąpiła żadna zmiana w stosunku do miesiąca poprzedniego.

Osoby, o których mowa wyżej, są zwolnione z obowiązku składania deklaracji rozliczeniowej lub imiennych raportów miesięcznych za kolejny miesiąc także wówczas, gdy zmiana w stosunku do miesiąca poprzedniego jest spowodowana wyłącznie zmianą minimalnego wynagrodzenia lub przeciętnego wynagrodzenia (art. 47 ust. 2c ustawy o sus).

Sporządzanie dokumentów rozliczeniowych korygujących

Imienne raporty miesięczne korygujące i deklarację rozliczeniową korygującą przedsiębiorca sporządza i przekazuje do ZUS w każdym przypadku, gdy po złożeniu w ZUS dokumentów rozliczeniowych:

- występuje konieczność korekty danych wykazanych w imiennym raporcie miesięcznym w związku z zawiadomieniem o stwierdzeniu nieprawidłowości przez ZUS; czynności tej dokonuje w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia,
- występuje konieczność korekty danych wykazanych w imiennym raporcie miesięcznym w związku z wydaniem przez ZUS decyzji; czynności tej dokonuje w terminie 7 dni od dnia uprawomocnienia się decyzji,
- przedsiębiorca sam stwierdzi podanie błędnych danych w złożonym miesięcznym raporcie; czynności tej dokonuje w terminie 7 dni od dnia stwierdzenia nieprawidłowości,
- nieprawidłowości w opłacaniu składek zostały ustalone w drodze kontroli przez ZUS; czynności tej dokonuje w terminie 30 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli.

Płatnik składek nie koryguje danych podanych w imiennym raporcie miesięcznym, jeśli różnica w podstawie wymiaru składek nie przekracza 2,20 zł (art. 41 ust. 6a ustawy o sus). Regulacja ta nie ma jednak zastosowania, gdy podstawę wymiaru składek stanowi zadeklarowana kwota. Oznacza to, że obowiązek korygowania podstawy wymiaru składek wykazanej w deklaracji lub raporcie (bez względu na kwotę różnicy podstawy) mają m.in. przedsiębiorcy w stosunku do siebie i do osób z nimi współpracujących.

W przypadku stwierdzenia błędów w imiennych raportach miesięcznych, płatnik składek zobowiązany jest do sporządzenia za dany miesiąc i przekazania do ZUS kompletu dokumentów rozliczeniowych korygujących. Jeśli korekta dotyczy danych wykazanych wyłącznie w deklaracji rozliczeniowej, należy sporządzić i przekazać do ZUS tylko deklarację rozliczeniową korygującą (bez raportów miesięcznych korygujących).

Kopie przekazanych do ZUS dokumentów rozliczeniowych oraz dokumentów korygujących płatnik składek (przedsiębiorca) jest zobowiązany przechowywać przez okres 5 lat od dnia ich przekazania do ZUS, w formie dokumentu pisemnego lub elektronicznego (art. 47 ust. 3c ustawy o sus).

Zasady przekazywania dokumentów ubezpieczeniowych

Płatnicy składek rozliczający składki nie więcej niż za 5 osób mogą przekazywać dokumenty ubezpieczeniowe w formie:

- dokumentu pisemnego według ustalonego wzoru bądź
- wydruku z oprogramowania, którego zgodność z wymaganiami określonymi przez ZUS na podstawie art. 13 ust. 2 pkt 2 lit. a ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 570) została potwierdzona w sposób określony w art. 21 i 22 tej ustawy.

Natomiast płatnicy składek rozliczający składki za więcej niż 5 osób, mają obowiązek przekazywania dokumentów poprzez teletransmisję danych w formie dokumentu elektronicznego. W uzasadnionych przypadkach ZUS może upoważnić płatnika składek rozliczającego składki za więcej niż 5 osób do przekazywania dokumentów ubezpieczeniowych w formie

dokumentu pisemnego według ustalonego wzoru albo w formie wydruku lub na informatycznych nośnikach danych z oprogramowania, o którym mowa wyżej. Dokumenty przekazywane w sposób niezgodny z wymogami określonymi powyżej nie są przez ZUS przyjmowane, co jest równoznaczne z nieprzekazaniem dokumentów. ZUS nie przyjmuje dokumentów, które nie mogą być przetworzone przy użyciu technologii automatycznego odczytu stosowanej przez ZUS, co traktuje się jak nieprzekazanie dokumentów.

3. Tryb dokonywania wpłat z tytułu składek

Płatnicy składek są zobowiązani opłacać należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy (ewentualnie na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych) jedną wpłatą na przydzielony przez ZUS numer rachunku składkowego. ZUS generuje i przydziela numer rachunku składkowego dla płatnika składek niezwłocznie po utworzeniu konta płatnika składek, w celu opłacania należności z tytułu składek.

Składki te płatnik składek opłaca przy użyciu:

- dokumentów płatniczych składanych za pośrednictwem dostawcy usług płatniczych według wzorów określonych przez dostawcę usług płatniczych,
- dokumentu elektronicznego z oprogramowania, którego zgodność z wymaganiami określonymi przez ZUS na podstawie ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne została potwierdzona w sposób określony w art. 21 i 22 tej ustawy lub wydruku z tego oprogramowania,
- dokumentu elektronicznego z programu informatycznego udostępnianego płatnikom składek przez dostawcę usług płatniczych,
- dokumentu w postaci uzgodnionej z instytucją obsługującą wpłaty składek na ubezpieczenia społeczne.

W myśl art. 47 ust. 4b ustawy o sus, płatnik składek jest obowiązany opłacać należności z tytułu składek w formie bezgotówkowej w drodze obciążenia rachunku bankowego płatnika składek lub obciążenia rachunku płatniczego płatnika w instytucji płatniczej w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2003 z późn. zm.). Tego przepisu nie stosuje się do płatników składek będących osobami fizycznymi, jeżeli nie prowadzą pozarolniczej działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych.

Płatnik składek będący mikroprzedsiębiorcą w rozumieniu ustawy – Prawo przedsiębiorców może opłacać należności z tytułu składek również w formie przekazu pocztowego lub w formie przekazu pieniężnego za pośrednictwem instytucji płatniczej lub biura usług płatniczych w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych.

Za mikroprzedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

- zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz
- osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro.

Pod pojęciem rachunek bankowy należy rozumieć rachunek bankowy lub rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej przedsiębiorcy będącego jej członkiem.

Za termin dokonania zapłaty należności składkowych uważa się:

- przy zapłacie gotówką – dzień dokonania wpłat należności z tytułu składek w banku lub placówce pocztowej w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe, w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej, biurze usług płatniczych lub w instytucji płatniczej,
- w obrocie bezgotówkowym – dzień obciążenia rachunku bankowego płatnika lub rachunku płatnika w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej, lub rachunku płatniczego płatnika w instytucji płatniczej na podstawie polecenia przelewu.

W przypadku, gdy płatnik opłaca składki w formie bezgotówkowej, wpłata z tytułu należnych składek może zostać uznana za terminową, jeżeli obciążenie rachunku bankowego płatnika nastąpiło najpóźniej w obowiązującym tego płatnika terminie płatności.

Ważne: Od nieopłaconych w terminie składek należne są od płatnika składek odsetki za zwłokę, na zasadach i w wysokości określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa.

Odsetki za zwłokę naliczane są:

- od dnia następującego po dniu upływu terminu płatności składek,
- do dnia (włącznie z tym dniem) wpłacenia składek w banku lub w placówce pocztowej albo obciążenia rachunku bankowego płatnika składek lub rachunku płatnika w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej na podstawie polecenia przelewu.

Podlegają one zaokrągleniu do pełnych złotych w ten sposób, że końcówki kwot wynoszące: mniej niż 50 groszy pomija się, a 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych. Przykładowo, jeżeli wyliczone odsetki za zwłokę wynoszą 8,473 zł, to po zaokrągleniu do pełnych złotych wynoszą 8 zł. Powyższe wynika z art. 63 § 1 Ordynacji podatkowej i art. 23 ust. 1 ustawy o sus.

Odsetki za zwłokę są naliczane według wzoru określonego przepisami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 sierpnia 2005 r. w sprawie naliczania odsetek za zwłokę oraz opłaty prolongacyjnej, a także zakresu informacji, które muszą być zawarte w rachunkach (Dz. U. nr 165, poz. 1373 z późn. zm.), tj.:

$$\frac{Kz \times L \times O}{365} = On = Opz$$

gdzie poszczególne symbole i liczby oznaczają:

Kz – kwotę zaległości,

L – liczbę dni zwłoki,

O – stawkę odsetek za zwłokę w stosunku rocznym,

365 – liczbę dni w roku,

On – kwotę odsetek,

Opz – kwotę odsetek po zaokrągleniu.

W przypadku zaległości podatkowej (także składkowej) istniejącej w okresach, w których obowiązywały różne stawki odsetek za zwłokę od zaległości podatkowych (składkowych),

odsetki są naliczane według wzoru określonego wyżej, odrębnie za każdy z tych okresów. Zaokrągleniu podlega suma odsetek za poszczególne okresy. Kalkulator odsetek od zaległości składkowych dostępny jest w serwisie www.kalkulatory.gofin.pl.

Uwaga: Nie nalicza się odsetek za zwłokę, jeżeli ich wysokość nie przekraczałaby kwoty 6,60 zł (art. 23 ust. 1a ustawy o sus). Powyższe stosuje się także do składek na ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Emerytur Pomostowych. Tak wynika z art. 32 ustawy o sus oraz wyjaśnienia ZUS z 19 marca 2014 r., będącego odpowiedzią na zapytanie naszego Wydawnictwa.

W przypadku, gdy naliczone odsetki za zwłokę przed zaokrągleniem do pełnych złotych nie przekraczają 6,60 zł, wówczas pomija się je, a jeżeli przekraczają tę kwotę (przykładowo wynoszą 6,62 zł) – zaokrągla się je do pełnych złotych i przekazuje do ZUS.

Wspomnijmy, że od 9 października 2014 r. stopa procentowa odsetek za zwłokę wynosi 8% w stosunku rocznym. W razie nieopłacenia składek lub opłacenia ich w zaniżonej wysokości, ZUS może wymierzyć płatnikowi składek dodatkową opłatę do wysokości 100% nieopłaconych składek (art. 24 ust. 1a ustawy o sus).

IX. ŚWIADCZENIA DLA OSÓB PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ POZAROLNICZĄ

Prawo do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ich wysokość, sposób obliczania i wypłaty regulują przepisy ustawy zasiłkowej.

Świadczenia te przysługują osobom prowadzącym działalność gospodarczą, podlegającym ubezpieczeniom społecznym, w tym ubezpieczeniu chorobowemu. Osobom, które przystąpiły do ubezpieczenia chorobowego, po spełnieniu warunków określonych przepisami ustawy zasiłkowej, przysługują:

- zasiłek chorobowy,
- świadczenie rehabilitacyjne,
- zasiłek macierzyński,
- zasiłek opiekuńczy.

Jeżeli niezdolność do pracy zostanie spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, to świadczenia przysługują osobom podlegającym ubezpieczeniu wypadkowemu. Zasady przyznawania prawa do tych świadczeń, ich obliczania i wypłaty określają przepisy ustawy wypadkowej. Z tytułu tego ubezpieczenia osoby prowadzące działalność mogą ubiegać się o wypłatę zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego.

1. Zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego

Okres wyczekiwania na prawo do zasiłku chorobowego

Ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie wymaganego okresu ubezpieczenia. Dla osób podlegających dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu wynosi on 90 dni nieprzerwanego okresu tego ubezpieczenia. Zalicza się do niego poprzednie okresy podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, zarówno obowiązkowo, jak i dobrowolnie, o ile przerwa w tym ubezpieczeniu nie przekracza 30 dni.

Przykład

Osoba rozpoczęła prowadzenie działalności gospodarczej od 2 maja 2018 r. i od tego dnia podlega ubezpieczeniom społecznym, w tym ubezpieczeniu chorobowemu. Wcześniej, do 20 kwietnia 2018 r. przez 5 lat była zatrudniona na podstawie umowy o pracę.

W okresie od 8 do 15 maja 2018 r. była niezdolna do pracy z powodu choroby. Nabyła prawo do zasiłku chorobowego, ponieważ posiada wymagany 90-dniowy okres ubezpieczenia chorobowego (przerwa między obecnym a poprzednim ubezpieczeniem nie przekroczyła 30 dni).

Przykład

Osoba prowadząca działalność gospodarczą od 2 maja 2018 r., podlega od tego dnia ubezpieczeniom społecznym. Do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego przystąpiła od 1 czerwca 2018 r. Wcześniej, do 30 kwietnia 2018 r. była zatrudniona przez 2 lata na podstawie umowy o pracę.

W okresie od 6 do 16 czerwca 2018 r. jest niezdolna do pracy z powodu choroby. Nie nabyła prawa do zasiłku chorobowego, ponieważ przerwa w ubezpieczeniu chorobowym przekroczyła 30 dni, a tym samym nie posiada nieprzerwanego 90-dniowego okresu tego ubezpieczenia.

Do okresu ubezpieczenia chorobowego zalicza się także poprzednie okresy ubezpieczenia, nawet gdy przerwa między nimi jest dłuższa niż 30 dni, jeżeli została spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym lub odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego.

Przykład

Osoba prowadząca działalność gospodarczą od 15 maja 2018 r. podlega z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym, w tym chorobowemu.

Wcześniej, z końcem kwietnia br. rozwiązała umowę o pracę po trwającym 2 lata urlopie wychowawczym (przed tym urlopem była zatrudniona przez 1,5 roku).

Ubezpieczona była niezdolna do pracy z powodu choroby od 1 do 10 czerwca 2018 r. Nabyła prawo do zasiłku chorobowego, bowiem przerwa w ubezpieczeniu chorobowym była krótsza niż 30 dni (trwała 14 dni). Do okresu wyczekiwania został zaliczony okres ubezpieczenia (zatrudnienia) poprzedzający urlop wychowawczy.

W określonych przypadkach prawo do zasiłku chorobowego przysługuje bez okresu wyczekiwania. Chodzi tu o:

- absolwentów szkół lub szkół wyższych, którzy zostali objęci ubezpieczeniem chorobowym lub przystąpili do tego ubezpieczenia w ciągu 90 dni od dnia ukończenia szkoły lub uzyskania dyplomu ukończenia studiów wyższych (w odniesieniu do absolwentów szkół dniem ukończenia szkoły jest data podana na świadectwie, natomiast w przypadku absolwentów szkół wyższych generalnie przyjmuje się datę złożenia egzaminu dyplomowego),
 - ubezpieczonych, których niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy,
 - ubezpieczonych, którzy zostali objęci ubezpieczeniem chorobowym po zakończeniu sprawowania mandatu posła lub senatora, jeżeli przystąpili do ubezpieczenia chorobowego w ciągu 90 dni od ukończenia kadencji.
-

Zasiłek chorobowy po ustaniu tytułu ubezpieczenia

Prawo do zasiłku chorobowego przysługuje także w sytuacji, gdy ubezpieczony choruje po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego. Przy czym warunkiem jest, aby niezdolność do pracy powstała:

- w czasie ubezpieczenia chorobowego i trwała nieprzerwanie po jego ustaniu,
- nie później niż w ciągu 14 dni od ustania tytułu ubezpieczenia i trwała nieprzerwanie co najmniej 30 dni,
- nie później niż w ciągu 3 miesięcy od ustania tytułu ubezpieczenia i trwała nieprzerwanie co najmniej 30 dni, jeżeli została spowodowana chorobą zakaźną, której okres wylegania jest dłuższy niż 14 dni, lub inną chorobą, której objawy chorobowe ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od początku choroby (choroby te są oznaczane w zaświadczeniu lekarskim kodem literowym „E”).

Zasiłek chorobowy po ustaniu ubezpieczenia chorobowego przysługuje prowadzącemu działalność, pod warunkiem że ustał tytuł tego ubezpieczenia. Musi on ustać w związku z zaprzestaniem prowadzenia działalności gospodarczej lub zawieszeniem wykonywania działalności na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej. Jeżeli tytuł ubezpieczenia chorobowego trwa nadal (działalność jest prowadzona), a ustało tylko ubezpieczenie chorobowe, np. z powodu opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne po terminie, to prawo do zasiłku chorobowego nie przysługuje.

Przykład

Osoba prowadziła działalność gospodarczą od 1 lutego 2017 r. do 31 maja 2018 r. Z tego tytułu przystąpiła do ubezpieczenia chorobowego.

Po zakończeniu prowadzenia działalności osoba stała się niezdolna do pracy z powodu choroby od 9 czerwca do 8 lipca 2018 r. (30 dni). Nabyła ona prawo do zasiłku chorobowego po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, ponieważ niezdolność do pracy powstała w ciągu 14 dni od ustania tytułu ubezpieczenia i trwa nieprzerwanie 30 dni.

Zasiłek chorobowy za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego nie przysługuje, gdy osoba niezdolna do pracy:

- ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy,
- kontynuuje działalność zarobkową lub podjęła działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającą prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby,
- nie nabyła prawa do zasiłku chorobowego w czasie ubezpieczenia (tj. gdy ubezpieczenie chorobowe trwało krócej niż 91 dni),
- jest uprawniona do zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego lub nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego,
- podlega obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu rolników określonego w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Dodajmy, że w przypadku posiadania gospodarstwa rolnego o powierzchni przekraczającej 1 ha przeliczeniowy zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli niezdolność do pracy z powodu choroby powstała już po ustaniu tytułu tego ubezpieczenia, po co najmniej 1-dniowej przerwie. Osoba ta podlega wówczas z mocy ustawy ubezpieczeniu społecznemu rolników. Jeżeli jednak niezdolność do pra-

cy powstanie jeszcze w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego (i trwa nieprzerwanie nadal po jego ustaniu) lub bezpośrednio po dacie ustania tytułu tego ubezpieczenia, to zasiłek chorobowy będzie przysługiwał (o ile nie zajdą wymienione wyżej okoliczności wykluczające prawo do zasiłku). Objęcie ubezpieczeniem społecznym rolników nastąpi dopiero po okresie pobierania zasiłku chorobowego (lub świadczenia rehabilitacyjnego).

Utrata prawa do zasiłku

Ubezpieczonemu nie przysługuje prawo do zasiłku chorobowego za cały okres trwania niezdolności do pracy spowodowanej w wyniku umyślnego przestępstwa lub wykroczenia popełnionego przez tego ubezpieczonego. Okoliczność tą ustala się na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu.

W sytuacji, gdy niezdolność do pracy została spowodowana nadużyciem alkoholu (na zaświadczeniu lekarskim lekarz wpisał kod literowy „C”), ubezpieczony traci prawo do zasiłku chorobowego za okres pierwszych 5 dni tej niezdolności.

Natomiast, gdy w czasie zwolnienia od pracy ubezpieczony wykonuje pracę zarobkową albo wykorzystuje zwolnienie lekarskie w sposób niezgodny z jego celem, traci prawo do zasiłku za cały okres zwolnienia lekarskiego. Okoliczności te ustalane są w trakcie kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy. W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą kontrole te przeprowadza ZUS.

Zasiłek chorobowy nie przysługuje także, gdy niezdolność do pracy przypada na okres pobytu w areszcie tymczasowym lub w okresie odbywania kary pozbawienia wolności.

Okres płatności zasiłku chorobowego

Zasiłek chorobowy jest wypłacany za każdy dzień orzeczonej niezdolności do pracy z powodu choroby, nie wyłączając dni wolnych od pracy. Przysługuje przez czas trwania niezdolności do pracy, nie dłużej niż przez okres 182 dni, zwany okresem zasiłkowym. Jeżeli niezdolność do pracy jest spowodowana gruźlicą (kod literowy „D” w zaświadczeniu lekarskim) albo przypada w czasie ciąży (kod literowy „B” w zaświadczeniu lekarskim), okres zasiłkowy wynosi 270 dni.

Do jednego okresu zasiłkowego wlicza się:

- wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, nawet gdy zostały spowodowane różnymi chorobami,
- okresy poprzedniej niezdolności do pracy, spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa między ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekroczyła 60 dni,
- okresy orzeczonej niezdolności do pracy bez prawa do zasiłku chorobowego, jeśli została ona spowodowana umyślnym przestępstwem lub wykroczeniem popełnionym przez ubezpieczonego albo nadużyciem alkoholu
- okresy, za które ubezpieczony utracił prawo do zasiłku z powodu wykonywania w czasie choroby pracy zarobkowej albo wykorzystywania zwolnienia lekarskiego w sposób niezgodny z jego celem.

Natomiast do okresu zasiłkowego nie wlicza się dni niezdolności do pracy przypadającej w czasie:

- wyczekiwania na prawo do świadczeń chorobowych, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy zasiłkowej,
- tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności, z wyjątkiem przypadków, w których prawo do zasiłku wynika z ubezpieczenia choro-

bowego osób wykonujących odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania,

- za który zasiłek chorobowy nie przysługuje z uwagi na wydane przez lekarza orzecznika ZUS (w wyniku kontroli) zaświadczenie o wcześniejszym ustaniu niezdolności do pracy niż data końcowa wskazana na zwolnieniu lekarskim albo z powodu uniemożliwienia przez ubezpieczonego przeprowadzenia badania lub niedostarczenia przez niego posiadanych wyników badań lekarskich.

Wysokość zasiłku chorobowego

Miesięczny zasiłek chorobowy wynosi 80% kwoty stanowiącej podstawę jego wymiaru, a za okres pobytu w szpitalu – 70% tej podstawy.

W przypadku, gdy niezdolność do pracy:

- powstała wskutek wypadku w drodze do pracy lub z pracy,
- przypada na okres ciąży,
- powstała wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów lub poddania się zabiegowi ich pobrania,

zasiłek chorobowy przysługuje w wysokości 100% podstawy wymiaru.

Zasiłek w wysokości 100% podstawy wymiaru przysługuje także, gdy niezdolność do pracy wynika z późniejszych następstw zaistniałych w związku z wcześniej stwierdzonym wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy. Związek tej niezdolności do pracy z wypadkiem powinien być potwierdzony przez lekarza odrębnym zaświadczeniem lekarskim.

W sytuacji, gdy zachodzą okoliczności uzasadniające wypłatę zasiłku w wysokości 100% (np. ciąży), to zasiłek chorobowy w tej wysokości przysługuje także za czas pobytu w szpitalu.

Dokumentowanie prawa do zasiłku chorobowego

Przy ustalaniu prawa do zasiłków i ich wysokości dowodem stwierdzającym czasową niezdolność do pracy z powodu choroby jest:

- zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 55 ust. 1 i art. 55a ust. 7 ustawy zasiłkowej, tj. wystawione w formie dokumentu elektronicznego (e-ZLA), a gdy jego wystawienie w tej formie nie jest możliwe (np. w razie braku możliwości dostępu do internetu) – zaświadczenie wystawione na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z systemu teleinformatycznego, albo
- wydruk wystawionego zaświadczenia lekarskiego z systemu teleinformatycznego, wydany przez lekarza na żądanie ubezpieczonego oraz w przypadku gdy z informacji udostępnionych na profilu informacyjnym wystawiającego zaświadczenie lekarskie wynika, że płatnik składek nie posiada profilu informacyjnego płatnika składek,
- zaświadczenie lekarskie wystawione na „starym” druku ZUS ZLA – do 30 listopada 2018 r.

2. Świadczenie rehabilitacyjne

Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu okresu płatności zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy z powodu choroby, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie tej zdolności. O konieczności przyznania

świadczenia rehabilitacyjnego orzeka lekarz orzecznik ZUS. Ubezpieczonemu przysługuje prawo wniesienia sprzeciwu od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS do komisji lekarskiej ZUS, w ciągu 14 dni od daty otrzymania tego orzeczenia. Po uprawomocnieniu się orzeczenia lekarza orzecznika (odpowiednio komisji lekarskiej) ZUS wydaje decyzję wskazującą okres, na który przyznano świadczenie, określając w niej jednocześnie procentową jego wysokość.

Prawo do świadczenia rehabilitacyjnego jest przyznawane na okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej jednak niż na 12 miesięcy (360 dni).

Wypłaca się je za każdy dzień okresu wskazanego w decyzji ZUS, także za dni ustawowo wolne od pracy.

Prawo do świadczenia nie przysługuje osobie uprawnionej do:

- emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy (ubezpieczony pobierający rentę rodzinną może nabyć prawo do świadczenia),
- zasiłku dla bezrobotnych,
- zasiłku lub świadczenia przedemerytalnego,
- nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego,
- urlopu dla poratowania zdrowia, udzielonego na podstawie odrębnych przepisów.

Jeśli niezdolność do pracy przypada po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje osobie, która kontynuuje lub podjęła działalność zarobkową albo podlega obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu rolników.

Ponadto świadczenie nie przysługuje w okresach, w których ubezpieczony przebywa w areszcie tymczasowym albo odbywa karę pozbawienia wolności, a także w przypadkach, w których niezdolność do pracy została spowodowana przez ubezpieczonego w wyniku umyślnego przestępstwa lub wykroczenia.

Ubezpieczony traci prawo do świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli w okresie jego pobierania wykonuje pracę zarobkową lub wykorzystuje okres, na który zostało przyznane świadczenie, w sposób niezgodny z jego celem. Ponieważ świadczenie rehabilitacyjne jest wypłacane w systemie miesięcznym, to utrata prawa do jego pobierania obejmuje cały miesiąc, w którym stwierdzono nieprawidłowości (choćby miało to miejsce tylko w jednym dniu tego miesiąca).

Wysokość świadczenia rehabilitacyjnego

Świadczenie rehabilitacyjne za okres pierwszych trzech miesięcy (90 dni) wypłaca się w wysokości 90% kwoty stanowiącej podstawę wymiaru zasiłku chorobowego wypłacanego przed przyznaniem tego świadczenia, a za pozostały okres – 75% tej podstawy.

W sytuacji, gdy niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży, świadczenie rehabilitacyjne przysługuje w wysokości 100% podstawy wymiaru.

Dla celów wypłaty świadczenia rehabilitacyjnego podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przyjęta do jego obliczenia podlega waloryzacji od pierwszego dnia okresu, na który świadczenie zostało przyznane. Waloryzacja polega na pomnożeniu faktycznej podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przez wskaźnik waloryzacji obowiązujący w kwartale, w którym przypada pierwszy dzień świadczenia, o ile wskaźnik ten przekracza 100%.

3. Zasiłek macierzyński

Ustalanie prawa do zasiłku

Osoby prowadzące działalność gospodarczą nie są uprawnione do urlopu macierzyńskiego, jest on bowiem przywilejem pracowników. Pomimo tego, jeśli podlegają ubezpieczeniu

chorobowemu, mogą otrzymywać zasiłek macierzyński. Jest on wypłacany za okres odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego, rodzicielskiego i ojcowskiego, a także urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego.

Zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej (odpowiednio ubezpieczonemu), która w okresie ubezpieczenia chorobowego:

- urodziła dziecko,
- 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 z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie jego przysposobienia,
- 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.

Po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego przez okres co najmniej 14 tygodni po porodzie, ubezpieczona-matka dziecka może zrezygnować z pobierania zasiłku macierzyńskiego za pozostały okres, jeżeli bezpośrednio po terminie rezygnacji o zasiłek macierzyński za niewykorzystany okres wystąpi ubezpieczony-ojciec dziecka, który w tym celu przerwał działalność zarobkową.

Ubezpieczona-matka dziecka, legitymująca się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym, może zrezygnować z pobierania zasiłku macierzyńskiego po wykorzystaniu co najmniej 8 tygodni po porodzie, o ile o zasiłek macierzyński wystąpi ubezpieczony-ojciec dziecka albo ubezpieczony-inny członek najbliższej rodziny, który przerwie działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem. Jeżeli niezdolność do samodzielnej egzystencji lub niepełnosprawność w stopniu znacznym powstała po upływie 8 tygodni po porodzie, ubezpieczona może zrezygnować z zasiłku macierzyńskiego nie wcześniej niż od dnia następnego po dniu ustalonym jako dzień powstania tej niezdolności lub niepełnosprawności.

W przypadku niemożności sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem przez nieubezpieczoną-matkę dziecka, legitymującą się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, prawo do zasiłku macierzyńskiego przysługuje ubezpieczonemu-ojcu dziecka albo innemu ubezpieczonemu członkowi najbliższej rodziny, który w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem przerwał działalność zarobkową, za okres przypadający po dniu zaistnienia tych okoliczności.

W razie śmierci matki dziecka, zarówno podlegającej ubezpieczeniu chorobowemu, jak i niepodlegającej temu ubezpieczeniu, lub porzucenia przez nią dziecka, ubezpieczonemu-ojcu dziecka lub innemu ubezpieczonemu członkowi najbliższej rodziny przysługuje prawo do zasiłku macierzyńskiego za okres przypadający po dniu śmierci lub porzucenia dziecka, do wyczerpania pełnego wymiaru tego zasiłku (o ile przerwał działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem).

Jeżeli dziecko wymaga opieki szpitalnej ubezpieczona może, po wykorzystaniu zasiłku macierzyńskiego za okres co najmniej 8 tygodni po porodzie (56 dni), przerwać pobieranie zasiłku, a pozostałą jego część wykorzystać w terminie późniejszym, po wypisaniu dziecka ze szpitala.

Natomiast, gdy to ubezpieczona (matka dziecka) wymaga opieki szpitalnej, po wykorzystaniu przez nią zasiłku macierzyńskiego w wymiarze co najmniej 8 tygodni (56 dni) po porodzie, może ona na ten czas przerwać pobieranie zasiłku macierzyńskiego. Wówczas ubezpieczony-ojciec dziecka albo inny ubezpieczony członek najbliższej rodziny mają prawo

do części zasiłku macierzyńskiego odpowiadającej okresowi pobytu ubezpieczonej w szpitalu. Łączny wymiar zasiłku macierzyńskiego wykorzystanego przez ubezpieczoną-matkę dziecka i ubezpieczonego-ojca dziecka nie może przekraczać pełnego okresu jego wypłaty. Zasada ta dotyczy również ubezpieczonej, która przyjęła dziecko na wychowanie.

Zasiłek macierzyński nie przysługuje za okres pobytu w areszcie tymczasowym bądź w czasie odbywania kary pozbawienia wolności.

W przypadku urodzenia dziecka w czasie przerwy w ubezpieczeniu spowodowanej zawieszeniem wykonywania działalności gospodarczej, na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, prawo do zasiłku macierzyńskiego nie przysługuje, zarówno w okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej, jak i po wznowieniu jej wykonywania.

Okres płatności zasiłku macierzyńskiego

Wymiar okresu płatności zasiłku macierzyńskiego odpowiada okresom urlopów związanych z rodzicielstwem. Prezentujemy go w tabeli poniżej.

zasiłek macierzyński po urodzeniu dziecka (dzieci)

za okres odpowiadający okresowi	okres wypłaty	osoba uprawniona
urlopu macierzyńskiego	– 20 tygodni w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie – 31 tygodni w przypadku urodzenia dwojga dzieci przy jednym porodzie – 33 tygodnie 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	– co najmniej pierwsze 14 tygodni zasiłku wykorzystuje matka dziecka – pozostałą część (odpowiednio: do 6, 17, 19, 21 lub 23 tygodni) może wykorzystać ojciec dziecka – w tym samym czasie z zasiłku może korzystać tylko jedno z uprawnionych rodziców
urlopu rodzicielskiego	– do 32 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie – do 34 tygodni – w przypadku urodzenia dwóch i więcej dzieci przy jednym porodzie	– rodzice mogą podzielić się okresem zasiłku, przy czym każdy powinien wykorzystać część obejmującą wielokrotność pełnych tygodni, nie mniej niż 8 tygodni – rodzice mogą korzystać z zasiłku w tym samym czasie
urlopu ojcowskiego (nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 24. miesiąca życia)	2 tygodnie	ojciec wychowujący dziecko

Przy ustalaniu okresu wypłaty zasiłku macierzyńskiego, tydzień odpowiada 7 dniom kalendarzowym. Przed przewidywaną datą porodu może przypadać nie więcej niż 6 tygodni zasiłku macierzyńskiego. Jeżeli ubezpieczona nie korzysta z zasiłku macierzyńskiego przed przewidywaną datą porodu, pierwszym dniem, za który przysługuje zasiłek, jest dzień porodu.

W razie urodzenia martwego dziecka lub zgonu dziecka przed upływem 8 tygodni życia, ubezpieczonej przysługuje zasiłek macierzyński w wymiarze 8 tygodni (56 dni) po porodzie, nie krócej jednak niż przez 7 dni od dnia zgonu dziecka. Jeśli w czasie porodu urodziło się więcej niż jedno dziecko, zasiłek macierzyński przysługuje w wymiarze stosownym do liczby dzieci pozostałych przy życiu.

W przypadku zgonu dziecka po upływie 8 tygodni życia, ubezpieczona zachowuje prawo do zasiłku macierzyńskiego nie dłużej niż przez okres 7 dni od śmierci dziecka.

Wysokość zasiłku macierzyńskiego

Zasiłek macierzyński w wysokości 100% podstawy wymiaru przysługuje za okres wypłaty odpowiadający okresowi urlopu macierzyńskiego oraz urlopu rodzicielskiego w wymiarze:

- do 6 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie lub przyjęcia jednego dziecka,
- do 8 tygodni – w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie lub jednoczesnego przyjęcia więcej niż jednego dziecka,
- do 3 tygodni – w przypadku przyjęcia dziecka w wieku do 7. roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, do 10. roku życia.

Natomiast za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego przypadającego odpowiednio od 7., 9., 4. tygodnia tego urlopu zasiłek macierzyński wynosi 60% podstawy jego wymiaru.

Ważne: Jeśli wniosek o wypłatę zasiłku macierzyńskiego za okres urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze zostanie złożony w ciągu 21 dni od porodu, to wysokość zasiłku, za cały okres jego wypłaty, wynosi 80% podstawy wymiaru.

Zasiłek macierzyński za okres urlopu ojcowskiego wynosi 100% podstawy wymiaru.

W sytuacji, gdy ubezpieczona otrzymująca zasiłek macierzyński w wysokości 80% podstawy wymiaru zrezygnuje z jego pobierania za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze albo za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego w wymiarze odpowiednio 6, 8, 3 tygodni, przysługuje jej jednorazowe wyrównanie pobranego zasiłku macierzyńskiego do 100% podstawy jego wymiaru. Jednorazowe wyrównanie zasiłku przysługuje pod warunkiem niepobrania tego zasiłku za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego przez ojca dziecka. Wypłata wyrównania następuje w terminie 30 dni od daty złożenia wniosku w sprawie rezygnacji z zasiłku za dalszy okres.

Jeżeli ubezpieczona pobierająca zasiłek macierzyński w wysokości 80% podstawy wymiaru zrezygnuje z jego wypłaty za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego w pełnym wymiarze albo za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego w wymiarze odpowiednio 6, 8, 3 tygodni na rzecz ojca dziecka, ubezpieczonej nie przysługuje wyrównanie zasiłku macierzyńskiego. Ubezpieczony-ojciec dziecka otrzyma w takim przypadku zasiłek macierzyński również w wysokości 80% podstawy jego wymiaru.

4. Zasiłek opiekuńczy

Prawo do zasiłku opiekuńczego

Osobom prowadzącym działalność gospodarczą, podlegającym ubezpieczeniu chorobowemu, przysługuje prawo do zasiłku opiekuńczego z tytułu konieczności osobistego sprawowania opieki nad:

- zdrowym dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat w razie:
 - nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których uczęszcza dziecko (tj. o którym ubezpieczony został zawiadomio-

ny w terminie krótszym niż 7 dni przed ich zamknięciem), a także choroby niani, z którą rodzice zawarli umowę uaktywniającą, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2018 r. poz. 603 ze zm.), lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem,

- porodu lub choroby małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki,
- pobytu małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
- chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat,
- innym chorym członkiem rodziny (w tym nad dzieckiem w wieku powyżej 14 lat).

Zasiłek opiekuńczy przysługuje od pierwszego dnia podlegania ubezpieczeniu chorobowemu, tj. bez okresu wyczekiwania. Przysługuje on zarówno matce, jak i ojcu dziecka. Z tym jednak, że jeśli oboje wystąpią o jego wypłatę za ten sam okres, zasiłek wypłaca się tylko jednemu z rodziców.

W przypadku, gdy ubezpieczona-matka dziecka, pobierająca zasiłek macierzyński w wymiarze 8 tygodni po porodzie, przebywa w szpitalu, ubezpieczonemu-ojcu dziecka przysługuje za ten okres dodatkowy zasiłek opiekuńczy z tytułu osobistego sprawowania opieki nad noworodkiem w wymiarze do 8 tygodni (56 dni), nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 8 tygodni życia. Powyższe ma zastosowanie także do innego ubezpieczonego członka najbliższej rodziny, jeżeli przerwie działalność zarobkową w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem.

Świadczenie to wypłaca się nie tylko z tytułu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem własnym, ale również nad dzieckiem małżonka, dzieckiem przysposobionym, a także dzieckiem przyjętym na wychowanie i utrzymanie. Do innych członków rodziny, nad którymi opieka – w razie ich choroby – daje prawo do zasiłku opiekuńczego, zalicza się: dzieci w wieku powyżej 14 lat, małżonka, rodziców, rodzica dziecka, ojczyma, macochę, teściów, dziadków, wnuki oraz rodzeństwo, pod warunkiem jednak, że pozostają oni z osobą sprawującą opiekę we wspólnym gospodarstwie domowym. Zasiłek z tytułu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny przysługuje także wówczas, gdy pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą sprawującą opiekę tylko przez okres choroby.

Prawo do zasiłku opiekuńczego nie przysługuje, jeśli we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje inny członek rodziny, mogący zapewnić opiekę. Za członka rodziny, o którym mowa, nie uważa się:

- osoby całkowicie niezdolnej do pracy,
- osoby chorej (np. przebywającej na zwolnieniu lekarskim),
- osoby, która ze względu na swój wiek jest niesprawna fizycznie lub psychicznie,
- osoby prowadzącej gospodarstwo rolne,
- pracownika odpoczywającego po pracy na nocnej zmianie,
- osoby prowadzącej działalność pozarolniczą,
- osoby niezobowiązanej do sprawowania opieki na podstawie przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, jeśli odmawia ona sprawowania opieki (np. babcia).

Ważne: Zasiłek opiekuńczy z tytułu sprawowania osobistej opieki nad chorym dzieckiem w wieku do 2 lat przysługuje nawet wówczas, gdy we wspólnym gospodarstwie domowym są inni członkowie rodziny mogący zapewnić tę opiekę.

Ubezpieczony traci prawo do zasiłku opiekuńczego, jeśli w czasie zwolnienia od pracy z powodu konieczności sprawowania opieki wykonuje pracę zarobkową lub wykorzystuje to zwolnienie do innych celów niż opieka. Okoliczności te ustalane są podczas kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy przeprowadzanej przez ZUS. W drodze kontroli sprawdzane jest także, czy nie ma innych członków rodziny mogących zaopiekować się dzieckiem lub chorym członkiem rodziny (nie dotyczy to sprawowania opieki nad chorym dzieckiem do 2 lat).

Zasady przeprowadzania kontroli określają przepisy rozporządzenia 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).

Jeżeli w trakcie kontroli zostanie stwierdzone, że ubezpieczony wykonuje pracę zarobkową albo wykorzystuje zwolnienie w sposób niezgodny z jego celem, lub we wspólnym gospodarstwie domowym przebywają inni członkowie rodziny mogący zapewnić opiekę, kontrolujący sporządzają w tej sprawie protokół, przedkładając go osobie kontrolowanej w celu wniesienia przez nią ewentualnych uwag. W razie sporu ZUS wydaje decyzję, od której ubezpieczonemu przysługuje odwołanie do Sądu Rejonowego – Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych.

Okres wypłaty zasiłku opiekuńczego

Zasiłek opiekuńczy jest wypłacany przez okres zwolnienia od pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki w wymiarze:

- 60 dni w roku kalendarzowym, jeśli opieka jest sprawowana nad zdrowym dzieckiem w wieku do 8 lat lub chorym dzieckiem w wieku do 14 lat,
- 14 dni w roku kalendarzowym, jeżeli opieka jest sprawowana nad innym chorym członkiem rodziny (w tym nad chorym dzieckiem w wieku powyżej 14 lat).

Łącznie okres pobierania zasiłku opiekuńczego nie może przekroczyć 60 dni w roku kalendarzowym, niezależnie od liczby osób uprawnionych do zasiłku opiekuńczego oraz bez względu na liczbę dzieci i innych członków rodziny wymagających opieki.

Przykład

Ubezpieczony przedłożył zaświadczenie lekarskie ZUS ZLA orzekające o konieczności sprawowania przez niego osobistej opieki nad chorym dzieckiem w wieku 5 lat w okresie od 15 do 23 maja 2018 r. (9 dni). Żona ubezpieczonego od 13 do 24 kwietnia 2018 r. (12 dni) sprawowała osobistą opiekę nad chorym dzieckiem w wieku 3 lat. Natomiast w okresie od 24 do 30 maja 2018 r. (7 dni) ubezpieczony sprawował osobistą opiekę nad chorą żoną.

Z limitu 60 dni w roku kalendarzowym rodzice wykorzystali łącznie 28 dni (9 dni + 12 dni + 7 dni), z czego 7 dni na opiekę nad chorym członkiem rodziny. W 2018 r. rodzina może jeszcze otrzymać zasiłek opiekuńczy za okres nie dłuższy niż 32 dni (60 dni – 28 dni), w tym na opiekę nad chorym członkiem rodziny pozostało tylko 7 dni.

Wysokość zasiłku opiekuńczego

Miesięczna wysokość zasiłku wynosi 80% podstawy jego wymiaru. Za każdy dzień niezdolności do pracy z powodu konieczności sprawowania opieki (w tym również za dni wolne od pracy, objęte zaświadczeniem lekarskim) przysługuje 1/30 część tej kwoty.

Wysokość zasiłku nie ulega obniżeniu, gdy konieczność sprawowania osobistej opieki nad chorym dzieckiem przypada na czas pobytu dziecka w szpitalu.

5. Ustalanie podstawy wymiaru zasiłków

Okres, za który przychód przyjmuje się do podstawy wymiaru

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego osobom podlegającym ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Jeżeli powstała przed upływem 12 miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia, podstawę wymiaru zasiłku stanowi przeciętny miesięczny przychód z faktycznego okresu ubezpieczenia – za pełne kalendarzowe miesiące tego ubezpieczenia.

Przychodem, w rozumieniu przepisów ustawy zasiłkowej, jest kwota stanowiąca podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego niebędącego pracownikiem, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe.

Ważne: Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się z uwzględnieniem przychodu uzyskanego w okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, z tytułu którego przysługuje zasiłek.

Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia, to podstawę wymiaru zasiłku stanowi najniższa miesięczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% tej podstawy.

W sytuacji, gdy niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, a okres tego ubezpieczenia rozpoczął się nie później niż 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, przy ustaleniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego stosuje się odpowiednio przepis art. 37 ust. 1 ustawy zasiłkowej. Oznacza to, że podstawę wymiaru zasiłków dla osób prowadzących działalność gospodarczą, którzy stali się niezdolni do pracy z powodu choroby przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, stanowi „uzupełniona” podstawa wymiaru składki. Chodzi tu o pełną zadeklarowaną przez ubezpieczonego kwotę podstawy wymiaru składek (po odliczeniu 13,71%), nieograniczoną do faktycznego okresu podlegania ubezpieczeniu w tym miesiącu kalendarzowym.

Kwota uzupełnionego przychodu, która zostanie przyjęta jako podstawa wymiaru zasiłku, nie może przekraczać 250% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia, po pomniejszeniu o kwotę odpowiadającą 13,71%.

W podobny sposób ustala się podstawę wymiaru zasiłku, gdy niezdolność do pracy powstała w drugim kalendarzowym miesiącu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli pierwszy miesiąc jest niepełnym kalendarzowym miesiącem tego ubezpieczenia (a okres tego ubezpieczenia rozpoczął się nie później niż 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu).

Przykład

Osoba prowadzi działalność gospodarczą i z tego tytułu od 2 maja 2018 r. podlega ubezpieczeniu chorobowemu. Osoba ta do 25 kwietnia 2018 r. była zatrudniona na podstawie umowy o pracę i obligatoryjnie podlegała ubezpieczeniom społecznym wszystkich ryzyk.

W maju 2018 r. przez 5 dni sprawowała osobistą opiekę nad chorym dzieckiem. Jako podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne za maj 2018 r. zadeklarowała kwotę

3.200 zł. Podstawę wymiaru zasiłku opiekuńczego stanowiła kwota 3.313,54 zł, według wyliczenia: $3.200 \text{ zł} - 438,72 \text{ zł} = 2.761,28 \text{ zł}$; $2.761,28 \text{ zł} : 25 \text{ dni} \times 30 \text{ dni} = 3.313,54 \text{ zł}$.

Zasiłek opiekuńczy wyniósł **441,80 zł**, tj.: $3.313,54 \text{ zł} \times 80\% : 30 \text{ dni} = 88,36 \text{ zł}$ (stawka dzienna); $88,36 \text{ zł} \times 5 \text{ dni} = 441,80 \text{ zł}$.

Dla ubezpieczonych, dla których składkę na ubezpieczenie chorobowe stanowi kwota zadeklarowana (jak dla osób prowadzących działalność pozarolniczą), podlegających ubezpieczeniu chorobowemu przez okres krótszy niż 12 miesięcy kalendarzowych (ale dłuższy niż 1 pełny miesiąc kalendarzowy), podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi suma:

- przeciętnej miesięcznej najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniu 13,71% tej podstawy, za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, z których przychód podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku, oraz
- kwoty stanowiącej iloczyn jednej dwunastej przeciętnej kwoty zadeklarowanej jako podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniu 13,71% tej podstawy, za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, z których przychód podlega uwzględnieniu w podstawie wymiaru zasiłku, oraz liczby tych miesięcy.

Jeżeli okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, w liczbie pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia, o której mowa wyżej, uwzględnia się również pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia z poprzedniego tytułu. Liczba pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia uwzględnionych z poprzedniego i aktualnego tytułu nie może przekraczać 12. Gdy okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się po przerwie dłuższej niż 30 dni, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjmuje się przeciętną miesięczną najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz przeciętną kwotę zadeklarowaną jako podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia, w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za okres pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia z aktualnego tytułu.

Za pełny miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia chorobowego dla ubezpieczonych niebędących pracownikami uważa się miesiąc, w którym ubezpieczenie rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca. Zatem jako niepełny kalendarzowy miesiąc ubezpieczenia traktuje się miesiąc, w którym przed datą objęcia ubezpieczeniem przypada sobota lub dzień ustawowo wolny od pracy.

W sytuacji, gdy przerwa w ubezpieczeniu chorobowym, nieprzekraczająca 30 dni, nie będzie związana z ustaniem tytułu do ubezpieczeń społecznych, a jedynie z nieopłaceniem składki na ubezpieczenie chorobowe w terminie bądź we właściwej wysokości, w podstawie wymiaru zasiłku zostanie uwzględniony również przeciętny miesięczny przychód za miesiące przed przerwą.

Przykład

Przedsiębiorca prowadzi działalność od 2 stycznia 2018 r. i z tego tytułu podlega ubezpieczeniom społecznym, w tym chorobowemu, oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu. Od stycznia br. jako podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe deklaruje maksymalną

kwotę, tj. 11.107,50 zł (najniższa obowiązująca go podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w 2018 r. wynosi 2.665,80 zł). Osoba ta w okresie od 1 listopada do 31 grudnia 2017 r. wykonywała umowę zlecenia (i podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu). Niezdolność do pracy przypada na okres od 1 do 10 czerwca 2018 r. (10 dni).

Przy ustaleniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, w liczbie pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia chorobowego należy uwzględnić 6 miesięcy, tj. 4 miesiące z tytułu prowadzonej działalności i 2 miesiące z tytułu wykonywania umowy zlecenia. Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowić więc będzie kwota **5.942,50 zł**, zgodnie z wyliczeniem:

- przeciętna miesięczna najniższa podstawa wymiaru składek:
 $[(2.665,80 \text{ zł} - 365,48 \text{ zł}) \times 4 \text{ m-ce}] : 4 \text{ m-ce} = \mathbf{2.300,32 \text{ zł}}$,
- 1/12 przeciętnej kwoty zadeklarowanej jako podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek: $11.107,50 \text{ zł} - 2.665,80 \text{ zł} = 8.441,70 \text{ zł}$; $8.441,70 \text{ zł} - 1.157,36 \text{ zł} = 7.284,34 \text{ zł}$; $7.284,34 \text{ zł} : 12 = \mathbf{607,03 \text{ zł}}$,
- kwota stanowiąca podstawę wymiaru zasiłku:
 $2.300,32 \text{ zł} + (607,03 \text{ zł} \times 6) = \mathbf{5.942,50 \text{ zł}}$.

Za 10 dni choroby trwającej w czerwcu 2018 r. przedsiębiorca otrzyma zasiłek chorobowy w wysokości **1.584,70 zł**, tj. $5.942,50 \text{ zł} \times 80\% : 30 = 158,47 \text{ zł}$ (stawka dzienna); $158,47 \text{ zł} \times 10 \text{ dni} = 1.584,70 \text{ zł}$.

Podstawa wymiaru zasiłku w razie powstania ponownej niezdolności do pracy

W przypadku ponownego powstania prawa do zasiłku chorobowego, podstawy wymiaru nie oblicza się na nowo, jeżeli przerwa między okresami jego pobierania trwała krócej niż 3 miesiące kalendarzowe. Zasada ta ma zastosowanie również w sytuacji, gdy ubezpieczony pobierał np. zasiłek opiekuńczy, a po przerwie zasiłek chorobowy. Wówczas do podstawy wymiaru zasiłku przysługującego po przerwie jest przyjmowana podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe z okresu poprzedzającego poprzednią niezdolność do pracy (oczywiście po pomniejszeniu o 13,71%). Dla ubezpiezonego, który podlega ubezpieczeniu wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, podstawy wymiaru zasiłku z ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego mogą się różnić. Wynika to z faktu, że podstawa wymiaru składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe podlega ograniczeniu do 250% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, natomiast podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe takiemu ograniczeniu nie podlega oraz że okresy podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu i ubezpieczeniu wypadkowemu mogą być różne.

Jeżeli w wyniku kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy ma miejsce przerwa w pobieraniu zasiłku, przyjmuje się ustaloną wcześniej podstawę wymiaru zasiłku (tak, jakby nie było przerwy w jego pobieraniu).

6. Termin wypłaty zasiłków

Zasiłki przysługujące osobom prowadzącym działalność gospodarczą ZUS wypłaca nie później niż w ciągu 30 dni od złożenia przez ubezpieczonego wszystkich dokumentów niezbędnych do stwierdzenia uprawnień do zasiłku. Jednym z elementów jest opłacenie przez osobę prowadzącą działalność składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku.

Przykład

Osoba podlegająca ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej była niezdolna do pracy z powodu choroby od 2 do 12 maja 2018 r. Zaświadczenie lekarskie ZUS ZLA oraz wypełniony druk Z-3b złożyła w ZUS 8 maja 2018 r.

Dla celów ustalenia uprawnień do zasiłku niezbędne było opłacenie przez ubezpieczoną składek na ubezpieczenia społeczne (w tym chorobowe) za „przepracowane” dni maja 2018 r., tj. za 1 maja i od 13 do 31 maja 2018 r.

Ubezpieczona opłaciła składki za maj 2018 r. w dniu 11 czerwca 2018 r. (10 czerwca br. przypadał w niedzielę). Data wpływu składek do ZUS będzie potraktowana jako dzień złożenia ostatniego dokumentu o wypłatę zasiłku chorobowego (od tego dnia liczony będzie termin 30 dni).

Jeżeli ZUS nie dotrzyma ww. terminu jest zobowiązany do wypłaty odsetek za zwłokę, w wysokości określonej przepisami Kodeksu cywilnego. Odsetki liczy się od dnia następującego po dniu, w którym upływa termin wypłaty zasiłku.

7. Przedawnienie roszczeń o wypłatę zasiłków

Prawo do zasiłku przedawnia się po upływie sześciu miesięcy od ostatniego dnia okresu, za który przysługuje zasiłek. Jeżeli niezgłoszenie roszczenia o wypłatę zasiłku nastąpiło z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego, termin ten liczy się od dnia, w którym ustała przeszkoda uniemożliwiająca zgłoszenie roszczenia.

W przypadku, gdy ZUS wydał decyzję odmawiającą ubezpieczonemu prawa do zasiłku z powodu ustania ubezpieczenia chorobowego (np. na skutek opłacenia składki na ubezpieczenie chorobowe po terminie lub w niewłaściwej wysokości), a ubezpieczony wystąpił o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie, to wniosek taki jest traktowany jako ponowne zgłoszenie roszczenia o wypłatę zasiłku. Po wyrażeniu zgody na opłacenie składek po terminie, ZUS ponownie rozpatrzy wniosek o wypłatę zasiłku i dokona jego wypłaty, jeśli prawo do niego nie uległo przedawnieniu.

Przykład

Osoba prowadząca działalność pozarolniczą podlega z tego tytułu ubezpieczeniu chorobowemu od 2 lat. Składka na ubezpieczenie chorobowe za luty 2018 r. została opłacona po obowiązującym terminie, w związku z czym ubezpieczenie to ustało od 1 lutego 2018 r.

Prowadzący działalność gospodarczą był niezdolny do pracy z powodu choroby od 12 do 19 marca 2018 r. Nie nabył prawa do zasiłku chorobowego, ponieważ nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu.

W dniu 21 maja 2018 r. wystąpił on do dyrektora oddziału ZUS z wnioskiem o wyrażenie zgody na opłacenie składek za luty 2018 r. po terminie. Otrzymał taką zgodę na początku czerwca 2018 r. Ponieważ od ostatniego dnia choroby (19 marca 2018 r.) do dnia złożenia wniosku o przywrócenie ciągłości ubezpieczenia (21 maja 2018 r.) upłynął okres krótszy niż 6 miesięcy, ZUS ponownie rozpatrzył prawo do zasiłku chorobowego.

Jeżeli niewypłacenie zasiłku w całości lub w części zostanie spowodowane błędem oddziału ZUS, prawo do zasiłku przedawnia się po upływie trzech lat.

UBEZPIECZENIA I PRAWO PRACY. DODATEK

Redakcja: Redaktor Naczelna: Małgorzata Kozłowska
Dodatek opracowała: Redakcja UiPP
adres: 66-400 Gorzów Wlkp., ul. Owocowa 8
e-mail: ubezpieczenia@gofin.pl

Wydawca: Wydawnictwo Podatkowe GOFIN sp. z o.o.
adres: 66-400 Gorzów Wlkp., ul. Owocowa 8
tel.: 95 720 85 40, faks 95 720 85 60

NAKLAD **19 350**



PRENUMERATA 2018 szczegóły na www.sklep.gofin.pl

Numer kompletu	Komplety promocyjne z nagrodami na IV-XII 2018 r.	Cena promocyjna
KOMPLET nr 1	Komplet czasopism (tab. 2 poz. 6) + Gazeta Podatkowa	1781,25 zł
KOMPLET nr 2	Komplet czasopism (tab. 2 poz. 6)	1482,75 zł
KOMPLET nr 3	Biuletyn Informacyjny (tab. 2 poz. 1) + Gazeta Podatkowa	710,25 zł

Lp.	Tytuł czasopisma	Cykl wydawniczy	PRENUMERATA 2018		
			IV-XII	II półrocze	III kwartał
1.	Biuletyn Informacyjny dla Służb Ekonomiczno-Finansowych z comiesięcznym dodatkiem Serwis Podatkowy + on-line	co 10 dni	411,75 zł	274,50 zł	137,25 zł
2.	Ubezpieczenia i Prawo Pracy + on-line	dwutygodnik	274,50 zł	183,00 zł	91,50 zł
3.	Poradnik VAT + on-line	dwutygodnik	265,50 zł	177,00 zł	88,50 zł
4.	Zeszyty Metodyczne Rachunkowości + on-line	dwutygodnik	270,00 zł	180,00 zł	90,00 zł
5.	Przegląd Podatku Dochodowego + on-line	dwutygodnik	261,00 zł	174,00 zł	87,00 zł
6.	KOMPLET CZASOPISEM (poz. 1-5) + Serwis Głównego Księgowego + on-line	patrz poz. 1-5	1482,75 zł	988,50 zł	494,25 zł
7.	Biuletyn Informacyjny dla Służb Ekonomiczno-Finansowych bez dodatku Serwis Podatkowy + on-line	co 10 dni	344,25 zł	229,50 zł	114,75 zł

Warunkiem prenumeraty jest złożenie zamówienia (np. na www.sklep.gofin.pl) oraz **jednoczesne dokonanie wpłaty** na konto: Wydawnictwo Podatkowe GOFIN, BH w Warszawie S.A. nr: 14 1030 1133 0000 0000 3533 0000.
 Po otrzymaniu wpłaty wystawiamy fakturę.

Informacje o innych produktach: Internetowy Serwis Głównego Księgowego, Czasopisma Księgowych on-line, Gazeta Podatkowa, Program DRUKI Gofin, segregatory i boksy, dostępne są na stronie internetowej:

www.sklep.gofin.pl

Informacji udziela także **Biuro Obsługi Klienta** - tel. **95 720 85 40**, infolinia **800 162 732**

Publikacje zamieszczone w czasopiśmie nie stanowią opinii prawnych, urzędowej interpretacji przepisów ani innego oficjalnego stanowiska organów państwowych.

Wszelkie prawa zastrzeżone: kopiowanie, przedruk i rozpowszechnianie zabronione.