

Sygn. akt III AUa 1729/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 czerwca 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Alicja Podlewska
Sędziowie:	SSA Iwona Krzeczowska-Lasoń (spr.) SSO del. Tomasz Koronowski
Protokolant:	sekr. sądowy Sylwia Gruba

po rozpoznaniu w dniu 26 czerwca 2018 r. w Gdańsku

sprawy M. Al (...)

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o składki na ubezpieczenie zdrowotne

na skutek apelacji M. Al (...)

od wyroku Sądu Okręgowego w Bydgoszczy VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 12 lipca 2017 r., sygn. akt VI U 1383/16

uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Bydgoszczy VI Wydziałowi Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

SSA Iwona Krzeczowska-Lasoń SSA Alicja Podlewska SSO del. Tomasz Koronowski

Sygn. akt III AUa 1729/17

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 6.04.2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. stwierdził, że ubezpieczony M. Al (...) jest dłużnikiem Zakładu z tytułu nieopłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne za okres od stycznia 2006 r. do lipca 2013 r.

W odwołaniu od decyzji ubezpieczony wskazał, że jest na rencie z KRUS, a ponadto zaskarżona decyzja z 2016 r. dotyczy składki naliczonej za 2006 r., tj. decyzję wydano

po dziesięciu latach. Ponadto ubezpieczony stwierdził, że po odliczeniu kosztów działalność przynosi stratę, a więc przychód, na który powołuje się ZUS jako dodatkowe źródło dochodu nie jest równoznaczny z dochodem.

W odpowiedzi na odwołanie pozwany organ rentowy wniósł o jego oddalenie.

Sąd Okręgowy w Bydgoszczy VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 12 lipca 2017 r. oddalił odwołanie (pkt 1) i nie obciążył powoda kosztami postępowania (pkt 2), sygn. akt VI U 1383/16.

Sąd Okręgowy ustalił i zważył, co następuje.

Decyzją z dnia 7.08.2012 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ustalił, że M. Al (...) od dnia 3.04.2000 r. do dnia 30.06.2002 r. nie podlegał obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej i że od dnia 1.07.2002 r. do dnia wydania tejże decyzji, podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tego samego. Decyzja została doręczona m.in. Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., który przeprowadził postępowanie wyjaśniające.

Po dokonaniu stosownych ustaleń w KRUS, w dniu 6.04.2016 r. wydano zaskarżoną decyzję.

Ubezpieczony – M. Al (...) od dnia 3.04.2000 r. do dnia 1.08.2013 r. wykonywał pozarolniczą działalność gospodarczą polegającą na prowadzeniu sklepu w miejscowości N. – pod firmą (...).

Od dnia 13.03.2002 r. ubezpieczony pobiera rentę rolniczą z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym. Z tym dniem zaprzestał osobistego świadczenia pracy w swoim sklepie. Zatrudniał pracowników, a ponadto pomagała mu żona. Jednakże swoją działalność nadal wykonywał.

Stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił na podstawie dokumentów, np. ksiąg przychodów i rozchodów, akt rentowych KRUS, zeznań świadków E. Z., I. S. oraz przesłuchania ubezpieczonego.

Przechodząc do rozważań merytorycznych Sąd Okręgowy przytoczył, że zgodnie z treścią art. 66 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015r., poz. 581 ze zm.), obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi, które są m.in. pracownikami w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (art. 66 ust. 1 pkt 1 lit.a) i osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą lub osobami z nimi współpracującymi z wyłączeniem osób, które zawiesiły wykonywanie działalności gospodarczej na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej (art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c), a obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego powstaje i wygasa w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniach społecznych (art. 69 ust. 1).

Stosownie do art. 5 pkt 2 cyt. ustawy, użyte w jej art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c, określenie „osoba prowadząca działalność pozarolniczą” oznacza osobę określoną w art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz. U.

z 2015 r. poz. 121 ze zm.), to m.in. osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych.

Ponadto Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że należy odróżnić kwestię objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym od kwestii obowiązku płacenia składki na ubezpieczenie zdrowotne. Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest instytucją władną do orzekania o obowiązku odprowadzania składek na jakiegokolwiek ubezpieczenie ani też do pobierania tych składek, albowiem należy to do kompetencji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Przedmiotem sporu pomiędzy stronami była właśnie ta ostatnia kwestia.

Zgodnie z art. 82 ust. 1 cyt. ustawy z 27.08.2004 r. w przypadku, gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 66 ust. 1, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie.

Sąd Okręgowy podzielił stanowisko reprezentowane w orzecznictwie, że posłużenie się w art. 82 ust. 1 w/w ustawy, pojęcie „przychód” ma znaczenie dla określenia momentu powstania obowiązku opłacania składki z kilku tytułów.

Dopiero osiągnięcie przychodu

z prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej, wywołuje skutek w postaci obowiązku zapłaty składki (vide: wyrok WSA w Warszawie z dnia 8 marca 2010 r., VI SA/Wa 2150/09 Lex nr 960186; wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 8 kwietnia 2014 r.,

III AUa 532/13, LEX nr 1477326). Podobne stanowisko zaprezentował Sąd Apelacyjny

w Szczecinie w wyroku z dnia 7 lipca 2009 r. w sprawie III AUa 281/09, stwierdzając,

że „zarówno ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu

w Narodowym Funduszu Zdrowia, jak i ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, uzależniają powstanie obowiązku opłacenia składek na ubezpieczenie zdrowotne od uzyskania przychodu”.

Cały art. 82 cyt. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych konsekwentnie odnosi się do przychodów, dlatego należy uznać,

że dopiero ich osiągnięcie wywołuje skutek w postaci zapłaty składki. Jeżeli zatem powstanie zbieg tytułów, to obowiązek odprowadzania składki na ubezpieczenie zdrowotne powstanie

z chwilą, gdy z obu tytułów zostanie osiągnięty przychód. W przypadku więc, gdy osoba zarejestruje działalność gospodarczą, lecz nie osiągnie z jej tytułu przychodu, obowiązek zapłaty składki nie powstanie do momentu uzyskania pierwszego przychodu (vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 29 stycznia 2014 r., III AUa 823/13, LEX nr 1428031).

Tylko ubocznie Sąd I instancji wskazał, że odmiennie kształtuje się obowiązek opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku, gdy powadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej jest jedynym tytułem do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, osiąganie przychodu w takiej sytuacji jest nieistotne. Według ustawy bowiem, podstawę składki tych osób stanowi nie osiągnięty przychód, ale zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw

w IV kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, ogłoszonego przez prezesa GUS.

Sąd Okręgowy stwierdził, że wbrew stanowisku ubezpieczonego - który konsekwentnie podnosił, iż w spornym okresie nie uzyskiwał satysfakcjonujących go przychodów z tytułu wykonywania działalności, a prowadzenie sklepu odbywało się

na granicy ekonomicznej opłacalności, co oznacza, że nie powinien opłacać składek

na ubezpieczenie zdrowotne - brak było podstaw do zwolnienia go z opłacania składki

na ubezpieczenie zdrowotne za okres wskazany w zaskarżonej decyzji. Powyższe rozważania prawne i analiza zgromadzonego materiału dowodowego pozwoliła natomiast

na uznanie, że po jego stronie powstał obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne.

W tym stanie rzeczy – na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. – Sąd I instancji orzekł,

jak w pkt 1 sentencji wyroku.

Organ rentowy był reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika, co oznacza, że po złożeniu stosownego wniosku i oddaleniu odwołania, obowiązkiem Sądu było dokonanie rozstrzygnięcia o kosztach zastępstwa procesowego. Jednakże Sąd I instancji uznał, że w niniejszej sprawie mamy do czynienia ze szczególnie uzasadnionym wypadkiem, uzasadniającym nieobciążanie ubezpieczonego kosztami postępowania sądowego, w tym kosztami zastępstwa procesowego, w całości – na podstawie art. 102 k.p.c. W tym zakresie Sąd miał na uwadze, że przedmiotem sporu pomiędzy stronami było zadłużenie M. Al (...) (lat 60) z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne w łącznej

wysokości ponad 30.000 zł Jest on trwale całkowicie niezdolny do pracy w gospodarstwie rolnym i z tego tytułu od wielu lat pobiera rentę rolniczą w wys. ok. 830 zł. Ma na utrzymaniu żonę oraz wnuczkę. W ocenie Sądu, przedmiot sporu określony w zaskarżonej decyzji, co dla ubezpieczonego było tożsame z uregulowaniem bardzo wysokiego zadłużenia, o którego istnieniu dowiedział się dopiero po wszczęciu postępowania administracyjnego przez NFZ, było dostatecznym usprawiedliwieniem do wystąpienia do sądu i poddania decyzji określającej wysokość tego zadłużenia weryfikacji sądowej. W ocenie Sądu, posiadanie przez powoda i jego żonę gospodarstwa rolnego o obszarze ok. 10 ha oraz samochodu, nie wpłynęło w zasadniczy sposób na negatywną weryfikację jego sytuacji rodzinnej i majątkowej.

W tych okolicznościach Sąd Okręgowy uznał, że zastosowanie wobec ubezpieczonego art. 102 k.p.c. jest uzasadnione i dlatego orzekł, jak w pkt 2 sentencji wyroku.

Apelację od wyroku wywiódł ubezpieczony, zaskarżając go w części - w pkt 1 oddalającym odwołanie i zarzucając:

1. naruszenie przepisu prawa procesowego poprzez niewłaściwe zastosowanie art. 233 § 1 k.p.c. polegające na braku wszechstronnego rozważenia zebranego materiału i braku dokonania oceny wiarygodności dowodu w postaci ksiąg przychodów i rozchodów,

co skutkowało brakiem ustaleń, w jakiej wysokości M. Al (...) uzyskiwał przychody w poszczególnych miesiącach w latach 2006-2013 z prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej, pomimo że okoliczność ta miała znaczenie dla ustalenia, w jakich miesiącach M. Al (...) nie był zobowiązany do odprowadzania składek na ubezpieczenie zdrowotne z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej;

2. naruszenie przepisu prawa materialnego, tj. art. 82 ust. 8 pkt 1 ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U.2004.210.2135 ze zm.) poprzez jego niezastosowanie i nieprawidłowe uznanie, że M. Al (...) był zobowiązany do zapłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne w miesiącach od stycznia 2006 do czerwca 2013 r.;

3. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 5 k.c. poprzez nieuwzględnienie faktu wydania decyzji organu rentowego po ponad 9 latach od obowiązku zapłacenia pierwszych składek na ubezpieczenie zdrowotne, co doprowadziło do wzrostu odsetek do wartości 13.190,00 zł, czyli wartości zbliżonej do całej sumy niezapłaconych składek, co powinno być traktowane jako uczynienie z prawa do odsetek użytku sprzecznego z gospodarczo-społecznym przeznaczeniem tego prawa i zasadami współżycia społecznego;

4. naruszenie przepisów prawa procesowego, tj. art. 328 § 2 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie i sporządzenie uzasadnienia wyroku niezawierającego wskazania dowodów, na których oparł się Sąd i przyczyn, dla których odmówił wiarygodności i mocy dowodowej innym dowodom.

Wobec powyższego ubezpieczony wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i uznanie, że M. Al (...) nie jest zobowiązany do zapłaty kwoty 19.872,85 zł z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne za okres od stycznia 2006 r. do lipca 2013 r. oraz kwoty 13.190,00 zł z tytułu odsetek za zwłokę wynikających z zaskarżonej decyzji organu rentowego; ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji lub organowi rentowemu oraz o zasądzenie od Skarbu Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu za postępowanie przez Sądem II instancji według norm przepisanych lub zestawienia kosztów.

Ponadto ubezpieczony wniósł o: zobowiązanie organu rentowego do przedłożenia informacji, czy pisma organu rentowego z dnia 30.03.2009 r., 29.06.2009 r., 17.12.2009 r., 13.12.2010 r., 7.12.2015 r., 4.01.2016 r. wysyłane do M. Al (...) były wysyłane listami poleconymi lub za zwrotnym poświadczeniem odbioru i zobowiązanie do przedłożenia do akt sprawy dowodów nadania pism lub zwrotnych potwierdzeń odbioru; wyznaczenie

dla M. Al (...) tłumacza przysięgłego języka arabskiego (egipskiego) na potrzeby przesłuchania oraz przeprowadzenie dowodów powołanych w apelacji na okoliczności wskazane w uzasadnieniu.

Apelujący podniósł zarzut przedawnienia składek na ubezpieczenie zdrowotne za miesiące styczeń, luty i marzec 2006 r.

Strona apelująca zastrzegła sobie nadto zgłoszenie nowych wniosków dowodowych lub twierdzeń w przypadku ujawnienia się nowych okoliczności, ze względu na fakt, że ubezpieczony do dnia wniesienia apelacji - pomimo wezwania wysłanego listem poleconym - nie skontaktował się ze swoim pełnomocnikiem.

W uzasadnieniu apelacji podniesiono, że Sąd I instancji zaniechał wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego, co skutkowało ustaleniem stanu faktycznego w sposób nie uwzględniający istotnych okoliczności. Odwołujący się przedłożył do akt sprawy oryginały ksiąg przychodów i rozchodów prowadzonych w latach objętych decyzją organu rentowego, tj. 2006-2013. Sąd przeprowadził dowód z tych ksiąg, jednak w uzasadnieniu wyroku nie wskazał, jakie treści tych ksiąg wpłynęły na ustalenie stanu faktycznego sprawy i jakie elementy w ogóle podlegały ocenie Sądu meriti. Naruszenie przepisu art. 233 § 1 k.p.c. skutkowało niezastosowaniem odpowiedniego przepisu prawa materialnego i uznaniem,

że decyzja organu rentowego jest zgodna z prawem, a odwołanie jest niezasadne. Prawidłowe, wszechstronne rozważenie materiału dowodowego w postaci ksiąg przychodów i rozchodów powinno polegać na ustaleniu, w jakiej wysokości przychody uzyskiwał odwołujący się w poszczególnych miesiącach w okresie 2006 - 2013 r. z prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej. Ponadto, Sąd powinien ustalić wysokość otrzymywanej przez niego w poszczególnych miesiącach wyżej wymienionego okresu renty z KRUS. Tak ustalony w rozbiciu na kolejne miesiące stan faktyczny pozwoliłby na prawidłową subsumcję stanu faktycznego do obowiązujących przepisów prawnych.

Od dnia 1 października 2004 r. obowiązywała ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U.2004.210.2135 ze zm.), której art. 82 ust. 8 pkt i brzmi: „(...) 8. Składka

na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osobę, której świadczenie emerytalne lub rentowe nie przekracza miesięcznie kwoty minimalnego wynagrodzenia, od tytułu

do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1

lit. c, w przypadku gdy osoba ta: 1) uzyskuje dodatkowe przychody z tego tytułu

w: wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury lub (...)”.

Przepisy powołanej wyżej ustawy dotyczą sytuacji tzw. zbiegu tytułów do opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne. Przepisy te przewidują brak konieczności opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku, gdy osoba uzyskująca rentę nieprzekraczającą miesięcznie kwoty minimalnego wynagrodzenia w przypadku, gdy osoba ta uzyskuje co prawda przychody z pozarolniczej działalności (np. działalności gospodarczej), ale nie przekraczają one miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury.

Sąd Okręgowy nie ustalił tych wszystkich okoliczności, które mają pierwszorzędne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy. Książki przychodów i rozchodów prowadzone

przez M. Al (...) zostały w oryginale dołączone do akt sprawy. Z treści uzasadnienia nie wynika jednak, w jakim zakresie Sąd meriti oparł się na nich wydając wyrok i uznał je za wiarygodne.

Apelujący wskazał, że z treści ksiąg przychodów i rozchodów wynika, iż:

- w roku 2010 w lutym uzyskał przychód w wysokości 400,00 zł, w marcu uzyskał przychód w wysokości 0 zł, we wrześniu uzyskał przychód w wysokości 0 zł,

- w roku 2011 w listopadzie uzyskał przychód w wysokości 0 zł,

- w roku 2012 w październiku uzyskał przychód w wysokości 0 zł, w grudniu uzyskał przychód w wysokości 80,00 zł,
- w roku 2013 w marcu, kwietniu, maju i czerwcu uzyskał przychód w wysokości 0 zł.

Najniższa emerytura w poszczególnych latach wynosiła :

1.03.2004 - 28.02.2006 : 562,58 zł

1.03.2006 - 29.02.2008 : 597,46 zł

1.03.2008 - 28.02.2009 : 636,29 zł

1.03.2009 - 28.02.2010 : 675,10 zł (50% tej kwoty wynosi 337,55 zł)

1.03.2010 - 28.02.2011 : 706,29 zł (50% tej kwoty wynosi 353,14 zł)

1.03.2011 - 29.02.2012 : 728,18 zł (50% tej kwoty wynosi 364,09 zł)

1.03.2012 - 28.02.2013 : 728,18 zł (50% tej kwoty wynosi 364,09 zł)

1.03.2013 - 28.02.2014 : 831,15 zł (50% tej kwoty wynosi 415,52 zł)

Minimalne miesięczne wynagrodzenie w poszczególnych latach wynosiło (brutto):

w roku 2006 : 899,10 zł, w roku 2007 : 936,00 zł, w roku 2008 : 1126,00 zł,

w roku 2009 : 1276,00 zł, w roku 2010 : 1317,00 zł, w roku 2011: 1386,00 zł,

w roku 2012 : 1500,00 zł, w roku 2013 : 1600,00 zł

Renta uzyskiwana przez M. Al (...) w żadnym miesiącu w latach 2006-2013 nie przekroczyła wskazanego wyżej minimalnego miesięcznego wynagrodzenia (dowód: zaświadczenie KRUS O. (...) w B. z dnia 4 maja 2016 r. znak (...) - k. 10 akt sprawy).

Przedstawione wyżej zestawienie pozwala stwierdzić że M. Al (...) zgodnie z obowiązującymi przepisami nie był zobowiązany do odprowadzania składek z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej w następujących miesiącach: luty 2010, marzec 2010, wrzesień 2010, listopad 2011, październik 2012, grudzień 2012, marzec 2013, kwiecień 2013, maj 2013 oraz czerwiec 2013.

Organ rentowy sporządził dokumenty rozliczeniowe służące do obliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne za M. S. argumentując to brakiem odpowiedzi na wcześniejsze pisma ZUS (pismo ZUS O. w B. Inspektorat w Ż. z dnia

11 marca 2016 r. nr (...)71/ (...), k. 18). Organ rentowy nie wykazał, że pisma z dnia 30.03.2009 r., 29.06.2009 r., 17.12.2009 r., 13.12.2010 r., 7.12.2015 r., 4.01.2016 r. zostały doręczone odwołującemu się.

Sąd meriti z urzędu powinien jednak - na podstawie dowodu w postaci ksiąg przychodów i rozchodów - wziąć pod uwagę okoliczność uzyskiwania miesięcznego przychodu w kwocie niższej niż 50% najniższej emerytury. Odwołujący także powoływał się na ten fakt w odwołaniu. Ustalenie tych okoliczności stanowiących element stanu faktycznego powinno zaś skutkować zastosowaniem wobec odwołującego się przepisu

art. 82 ust. 8 pkt 1 ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U.2004.210.2135 ze zm.) i uznaniu, że składki

za miesiące luty 2010, marzec 2010, wrzesień 2010, listopad 2011, październik 2012, grudzień 2012, marzec 2013, kwiecień 2013, maj 2013 oraz czerwiec 2013 nie są należne. W tym zakresie decyzja organu rentowego nie była zgodna z prawem, co nie zostało zauważone przez Sąd I instancji.

Wyrok Sądu meriti nie uwzględnił także szczególnej sytuacji odwołującego się, której ten nie mógł samodzielnie wykazać w postępowaniu ze względu na brak dostatecznej znajomości języka polskiego oraz brak pełnomocnika.

Apelujący podniósł również zarzut przedawnienia składek na ubezpieczenie zdrowotne za miesiące styczeń, luty i marzec 2006 r. Zgodnie z art. 24 ust. 4 ustawy

o systemie ubezpieczeń społecznych w brzmieniu z dnia 01.01.2003 r. termin przedawnienia składek wynosił 10 lat. Decyzja na podstawie, której ZUS domaga się zapłaty została wydana 6 kwietnia 2016 r., co oznacza, że w przypadku składek za trzy pierwsze miesiące roku 2006 termin ich dochodzenia uległ przedawnieniu. Zarzut ten nie jest spóźniony,

gdyż odwołujący się działając w postępowaniu przed Sądem I instancji nie miał pełnomocnika, jak również zgodnie z przyjętym orzecznictwem zarzut ten może być podniesiony również na etapie postępowania apelacyjnego.

Także pozostałym zakresie odwołujący zakwestionował zasadność dochodzenia przez ZUS składek na ubezpieczenie zdrowotne. M. Al (...) ma obywatelstwo egipskie, od 13 marca 2002 roku otrzymuje z KRUS rentę z tytułu całkowitej niezdolności

do pracy. Jednocześnie ubezpieczony od 1992 r. do momentu zawieszenia w dniu 1.08.2013 r. prowadził działalność gospodarczą w postaci sklepu (...). M. Al (...) był przekonany, że wobec faktu, iż posiada podwójne obywatelstwo (egipskie i polskie) oraz otrzymuje rentę z KRUS nie jest on zobowiązany do opłacania składek zdrowotnych z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Powodem takiego przekonania były głównie wyjaśnienia uzyskane z treści decyzji ZUS O. w B. z dnia 27.01.1998 r. informujące, że posiadanie obywatelstwa innego niż polskie oznacza, że osoba ta podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym kraju i w związku z tym nie jest zobowiązana do opłacania z tego tytułu składek w Polsce. Dlatego też w okresie późniejszym do ubezpieczenia zgłosił jedynie zatrudnianych pracowników (dowód: decyzja organu rentowego (...) z dnia 27.01.1998., k. 4-5 akt sprawy o sygn. VI U 408/10).

Ponadto, M. Al (...) nie miał świadomości, że pomimo otrzymywania renty z KRUS zobowiązany jest do płacenia składek w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą. Przekonanie to jest tym bardziej usprawiedliwione, że M. Al (...) nie zna języka polskiego w stopniu umożliwiającym rozumienie pojęć języka prawnego, takich jak np. „przychód”, „dochód” lub „zbieg tytułów do opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne” oraz w ogólnym zakresie całego skomplikowanego systemu prawnego dotyczącego ubezpieczeń społecznych (dowód: przesłuchanie stron z ograniczeniem do odwołującego się).

Już w piśmie do ZUS z dnia 30 maja 2016 r. ubezpieczony prosił o wyznaczenie tłumacza i pełnomocnika z urzędu. Tłumacz został przez Sąd wyznaczony, ale nie wydano postanowienia o wyznaczeniu pełnomocnika aż do momentu sporządzenia apelacji. Wszystkie przytoczone okoliczności świadczą o tym, że szczególna sytuacja odwołującego się polega na niezrozumieniu wysyłanych do niego pism, co skutkowało po jego stronie powstaniem istotnego błędu co do istnienia obowiązku płacenia składek na ubezpieczenie zdrowotne z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej.

M. Al (...) wielokrotnie zwracał się z prośbą do organu rentowego o wyjaśnienie wysyłanych do niego w roku 2010 pism, a także o ich przetłumaczenie na język arabski - pismo z 10.03.2016 r. (k.16), pismo z 18.02.2016 r. (k. 15), odwołanie z dnia 28.04.2016 r. - z pisma wynika, że ubezpieczony nie zna znaczenia pojęć „dochód” i „przychód” zakładając, że skoro nie uzyskał zarobku, to nie musiał odprowadzać składek (k. 2)

Organ rentowy wydał zaskarżoną przez odwołującego się decyzję w sposób zbiorczy, tzn. domagając się zapłaty składek za lata 2006-2013 po wielu latach, pół roku przed okresem ich przedawnienia. Doprowadziło to do naliczenia odsetek w wysokości sięgającej niemal wartości roszczenia głównego (19.872,85 zł zaległych składek;

13.190,00 zł odsetek). Takie spóźnione działanie organu rentowego w kontekście usprawiedliwionego istotnego błędu odwołującego się, powinno skutkować uznaniem dochodzenia całości odsetek jako nadużycie prawa. Zgodnie z art. 5 k.c. nie można czynić ze swojego prawa użytku, który byłby sprzeczny ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem tego prawa lub z zasadami współżycia społecznego.

Powołanie wskazanych dowodów nie było możliwe wcześniej, ponieważ odwołujący się nie był reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika. Zakres zaskarżenia wyroku w pkt 1 w całości wynika z żądania klienta, sformułowanego w piśmie procesowym nazwanym apelacją z dnia 31.07.2017 r.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jest zasadna w zakresie w jakim prowadzi do uchylenia wyroku i przekazania sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania.

W pierwszej kolejności Sąd Apelacyjny za zasadne uznał odniesienie się do kwestii ewentualnej nieważności postępowania. Choć zarzutu takiego nie podniesiono w wywiedzionej apelacji, Sąd drugiej instancji w granicach zaskarżenia jest obowiązany z urzędu brać pod uwagę nieważność postępowania (art. 378 § 1 k.p.c.).

Nie uszedł uwadze Sądu odwoławczego przytaczany w uzasadnieniu apelacji fakt, iż nie został rozpoznany przez Sąd Okręgowy wniosek ubezpieczonego o ustanowienie dla niego pełnomocnika z urzędu. Należy jednak podkreślić, że na rozprawie odbywającej się z udziałem tłumacza przysięgłego języka arabskiego ubezpieczony, na pytania Sądu I instancji, czy podtrzymuje wniosek o adwokata z urzędu, odpowiedział przecząco. Jednocześnie, udział w postępowaniu tłumacza gwarantował właściwe zrozumienie przez M. Al (...) wypowiedzi Sądu, pełnomocnika organu rentowego czy też świadków. Na rozprawie poprzedzającej wydanie wyroku, na którą tłumacz nie stawiał się, ubezpieczony oświadczył, że rozumie język polski, gdy mówi się do niego powoli. W tym stanie rzeczy, Sąd Apelacyjny nie widzi podstaw do stwierdzenia nieważności postępowania z powodu pozbawienia strony możliwości obrony swych praw. Ubezpieczony jednoznacznie wycofał wniosek o ustanowienie pełnomocnika z urzędu w postępowaniu przed Sądem I instancji. Również stopień posługiwania się przez niego językiem polskim, co potwierdziło jego własne oświadczenie, nie powodował konieczności reprezentowania go przez adwokata lub radcę prawnego.

W rozpoznawanej przez Sąd Okręgowy sprawie sporna była okoliczność faktyczna - czy wnioskodawca jest dłużnikiem pozwanego z tytułu nieopłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne i czy za okres i w wysokości wskazanej w zaskarżonej decyzji. Sąd nie rozstrzygnął tej wątpliwości.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego wielokrotnie wskazywano, że nieprzeprowadzenie pełnych ustaleń faktycznych, koniecznych do rozstrzygnięcia sporu jest nie tylko mankamentem uzasadnienia, ale usprawiedliwia także zarzuty materialnoprawne. Nie jest bowiem możliwe prawidłowe zastosowanie prawa materialnego (dokonanie prawidłowej subsumpcji) bez zgodnego z prawem (procesowym) ustalenia podstawy faktycznej rozstrzygnięcia (por. np. wyroki SN z dnia: 7 sierpnia 1997 r., I CKN 261/97, niepublikowany; 26 czerwca 2001 r., III CKN 400/00, LEX nr 52360; 9 grudnia 2004 r., I UK 119/04, 28 lutego 2006 r., III CSK 135/05, LEX nr 201033; 11 kwietnia 2006 r., I PK 164/05, Monitor Prawa Pracy 2006 nr 10, s. 541; 9 lutego 2007 r., I PK 222/06, OSNP 2008 nr 11-12, poz. 159; niepublikowany; 19 marca 2008 r., I PK 256/07, OSNP 2009 nr 15-16, poz. 192; 9 maja 2008 r., II PK 316/07, OSNP 2009 nr 19-20, poz. 250; 4 listopada 2008 r., II PK 100/08, OSNP 2010 nr 9-10, poz. 108; 10 marca 2011 r., II PK 241/10, LEX nr 81752; 16 czerwca 2011 r., I PK 272/10, LEX nr 1001283, 19 lutego 2014 r., II PK 130/13, LEX nr 1460978). Kwestia ta ma wyjątkowe znaczenie w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, w których ubezpieczony musi się zmierzyć z wyspecjalizowanym organem rentowym, mającym zapewniona fachową pomoc prawną.

Mając na względzie powyższe, stwierdzić należy, że Sąd I instancji nie przeprowadził właściwego postępowania dowodowego, a konsekwencji nie ustalił stanu faktycznego sprawy w zgodzie z art. 233 § 1 k.p.c. Wyniki postępowania dowodowego Sądu I instancji nie pozwalają bowiem na rozstrzygnięcie spornych kwestii materialnoprawnych.

Stwierdzić należy, że w istocie konieczność przeprowadzenia w rozpoznawanej sprawie postępowania dowodowego w całości wynika z nierozpoznania przez Sąd I instancji istoty sprawy.

„Rozpoznanie istoty sprawy” jest pojęciem węższym niż rozpoznanie i rozstrzygnięcie sprawy w ogóle. Nie może być też utożsamiane ani kojarzone z rozpoznaniem tylko kwestii formalnoprawnych. Może ono bowiem oznaczać wyłącznie zbadanie materialnej (istotnej) podstawy żądania pozwu oraz, ewentualnie, merytorycznych zarzutów pozwanego; a zatem, a contrario, nierozpoznanie istoty sprawy to zaniechanie przez sąd tego właśnie badania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 września 1998 r., II CKN 897/97, OSNC 1999 Nr 1, poz. 22).

Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 11 maja 2017 r. (II UZ 13/17, LEX nr 2312029) do nierozpoznania istoty sprawy dochodzi wówczas, gdy rozstrzygnięcie sądu pierwszej instancji nie odnosi się do tego, co było przedmiotem sprawy, gdy zaniechał on zbadania materialnej podstawy żądania albo merytorycznych zarzutów strony, bezpodstawnie przyjmując, że istnieje przesłanka materialnoprawna lub procesowa unicestwiająca roszczenie. W klasycznych sytuacjach ma to miejsce wtedy, gdy sąd odmówił dalszego prowadzenia sprawy, przyjmując brak legitymacji procesowej stron, skuteczność twierdzenia lub zarzutu wygaśnięcia bądź umorzenia zobowiązania, upływ terminów zawitych, terminu przedawnienia, przedwczesność powództwa czy też nie rozpoznał żądań w aspekcie wszystkich twierdzeń powoda lub zarzutów pozwanego, bezpodstawnie przyjmując, że nie zostały one zgłoszone lub zostały zgłoszone, ale są objęte prekluzją procesową.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny zwraca uwagę, że Sąd Okręgowy co prawda odwołał się do regulacji art. 66 ust. 1 oraz art. 82 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, niemniej jednak należy przyznać rację apelującemu, iż Sąd ten nie dokonał wszechstronnej analizy materiału dowodowego i nie poczynił ustaleń faktycznych możliwych do subsumowania

pod ww. normy prawne, zwłaszcza w sytuacji, gdy Sąd w ogóle nie poddał analizie, czy miały miejsce okoliczności wyłączające obowiązek opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, co ubezpieczony sygnalizował w odwołaniu, wskazując na wysokość otrzymywanego świadczenia rentowego oraz ponoszenie straty z prowadzonej działalności gospodarczej. Sąd pierwszej instancji nie wyjaśnił całości sprawy na płaszczyźnie ustaleń faktycznych, jak przyjętej wykładni przepisu art. 82 ust. 8 cyt. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

W tym zakresie ustalenia Sądu I instancji ograniczają się do stwierdzenia, że ubezpieczony od 3 kwietnia 2000 r. do 1 sierpnia 2013 r. prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą (sklep). Od dnia 13 marca 2002 r. pobiera rentę rolniczą z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i z tym dniem zaprzestał osobistego świadczenia pracy w sklepie. Zatrudniał pracowników i pomagała mu żona. Sąd Okręgowy stwierdził także, że brak było podstaw do zwolnienia ubezpieczonego z opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne za okres wskazany w zaskarżonej decyzji, co - jak należy domniemywać, w braku powołania przez Sąd stosownych przepisów - odnosi się do możliwości zastosowania art. 82 ust. 8 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Sąd Okręgowy nie poczynił jednak żadnych ustaleń faktycznych w przedmiocie wysokości przychodów uzyskiwanych przez ubezpieczonego z działalności gospodarczej w poszczególnych miesiącach spornego okresu, co oznacza, że twierdzenie o braku podstaw do zwolnienia ubezpieczonego z opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne było bezpodstawne. Przedmiotowej okoliczności Sąd w ogóle nie badał.

Sąd Okręgowy przeprowadził natomiast postępowanie dowodowe w zakresie nie mającym znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Przesłuchani świadkowie zeznawali

na okoliczność prowadzenia działalności gospodarczej przez ubezpieczonego w okresie poprzedzającym o kilka lat okres sporny w niniejszej sprawie. E. Z. pracowała bowiem w sklepie ubezpieczonego przez okres około jednego roku, począwszy od 1998 r. Natomiast I. S. rozpoczęła pracę w sklepie w roku 1999. Zaskarżona decyzja obejmuje zaś lata 2006 - 2013. Wątpliwe jest - wbrew stwierdzeniu Sądu Okręgowego

- aby Sąd ten dokonał ustaleń faktycznych na podstawie dowodów w postaci ksiąg przychodów i rozchodów, skoro - jak już wyżej wskazano - w uzasadnieniu orzeczenia brak jest jakiegokolwiek odniesienia się do wysokości przychodów uzyskiwanych

przez ubezpieczonego w okresie objętym zaskarżoną decyzją. Sąd I instancji nie wyjaśnił również, w jakim zakresie przeprowadził dowód z dokumentów zgromadzonych w aktach rentowych ubezpieczonego. O ile wydedukować z treści uzasadnienia można, że Sąd przeprowadził dowód z decyzji w przedmiocie przyznania ubezpieczonemu prawa do renty rolniczej, o tyle stwierdzić należy, że pominął on np. dokument w postaci informacji Naczelnika Urzędu Skarbowego w Ż. o wysokości przychodów M. Al (...), sporządzony na podstawie złożonych przez niego deklaracji VAT-7 (k. 103 - 104) czy też deklaracji podatkowych za lata 2006 - 2013.

Sąd I instancji nie analizował również ani w ogóle nie odniósł się do podniesionej już w odwołaniu kwestii przedawnienia składek. W myśl art. 93 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne również ulegają przedawnieniu na zasadach określonych w przepisach ustawy systemowej. Ubezpieczony wskazywał, że decyzja odnosi się m. in. do składek należnych za rok 2006, a wydana została w roku 2016, tj. po dziesięciu latach. Ani organ rentowy, ani Sąd Okręgowy nie ustosunkowały się jednak do zarzutu przedawnienia - sformułowanego co prawda nieporadnie - odwołujący się działał samodzielnie, bez pomocy profesjonalnego pełnomocnika - ale jednak dostatecznie czytelnie.

W tym stanie rzeczy, w ocenie Sądu odwoławczego, nie sposób uznać, aby Sąd Okręgowy rozpoznał istotę sprawy. Jak wynika z powyższej analizy, przyjęcie przez Sąd,

że brak było podstaw do zwolnienia M. Al (...) z opłacania składki

na ubezpieczenie zdrowotne za okres wskazany w zaskarżonej decyzji - co, wobec stanowiska ubezpieczonego, zignorowanego przez Sąd I instancji - stanowi właśnie istotę sporu w rozpoznawanej sprawie, nie zostało wyprowadzone przez Sąd ani z adekwatnych ustaleń faktycznych, ani stosownej analizy prawnej. Stwierdzić wręcz należy, że Sąd Okręgowy, dysponując materiałem dowodowym pozwalającym na dokonanie ustaleń faktycznych w zakresie niezbędnym do prawidłowego rozstrzygnięcia sprawy, zaniechał

w zasadzie przeprowadzenia postępowania dowodowego co do merytorycznych zarzutów ubezpieczonego. W konsekwencji, uzasadnienie zaskarżonego orzeczenia Sądu I instancji pozbawione jest też jakiegokolwiek wyводу prawnego odnoszącego się do tychże zarzutów. Podkreślić przy tym należy, że w sytuacji, gdy sąd rozpoznający sprawę w I instancji pominął w zupełności stanowisko ubezpieczonego i podnoszone przez niego argumenty, nie jest rzeczą sądu odwoławczego, pomimo że jest on sądem merytorycznym, przeprowadzanie postępowania dowodowego w całości.

Przy ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd Okręgowy dopuści i przeprowadzi dowody ze złożonych przez ubezpieczonego podatkowych ksiąg przychodów i rozchodów,

jak również z umożliwiających ich weryfikację dowodów w postaci informacji Naczelnika Urzędu Skarbowego w Ż. z dnia 3 grudnia 2013 r. o wysokości przychodów M. Al (...) (k. 103 - 104 akt KRUS) oraz deklaracji podatkowych ubezpieczonego za lata 2006 - 2013. Na ich podstawie Sąd dokona konkretnych ustaleń faktycznych co do wysokości przychodów uzyskiwanych przez M. Al (...) z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w okresie objętym sporem. Sąd Okręgowy dokona także ustaleń

co do wysokości otrzymywanej przez ubezpieczonego w poszczególnych miesiącach tego okresu renty rolniczej (vide: zaświadczenie z dnia 4 maja 2016 r. - k. 10 a.s.). Za wskazane Sąd odwoławczy uznaje również przeprowadzenie dowodu z zeznań ubezpieczonego M. Al (...) na okoliczność prowadzonej przez niego działalności gospodarczej oraz regulowania zobowiązań składkowych.

Sąd Okręgowy dopuści też inne dowody, których potrzeba powołania wyniknie w toku postępowania, a następnie na podstawie wszystkich zebranych w sprawie dowodów dokona pełnej i wszechstronnej oceny zgromadzonego materiału

dowodowego. Dopiero taka analiza pozwoli bowiem Sądowi Okręgowemu na prawidłową ocenę merytorycznej zasadności zaskarżonej decyzji organu rentowego.

Po rzetelnym ustaleniu okoliczności faktycznych, rzeczą Sądu Okręgowego będzie dokonanie ich subsumcji pod właściwe normy prawa materialnego, w którym to zakresie niewątpliwie rozważenia wymagają przepisy art. 82 ust. 1, jak również art. 82 ust. 8 ustawy

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Sąd I instancji konkretne odniesie się do zarzutów ubezpieczonego podnoszonych już w odwołaniu

od decyzji z dnia 6 kwietnia 2016 r. - tak w zakresie istnienia obowiązku opłacenia

przez ubezpieczonego składek na ubezpieczenie zdrowotne w spornym okresie,

w szczególności w kontekście art. 82 ust. 8 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak i w zakresie przedawnienia części zobowiązania z tytułu nieopłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne, tj. za styczeń i luty 2006 r., która to kwestia również została pominięta przez Sąd, pomimo zarzutu ubezpieczonego,

przy pierwszorazowym rozpoznaniu sprawy.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny, działając na podstawie art. 386 § 4 k.p.c. oraz art. 108 § 2 k.p.c. uchylił zaskarżony wyrok i sprawę przekazał do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Bydgoszczy, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego, jak w sentencji wyroku.

SSA Iwona Krzeczowska - Lasoń SSA Alicja Podlewska SSO del. Tomasz Koronowski