

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 25 stycznia 2022 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. stwierdził, że za E. B. jako osobę prowadzącą działalność pozarolniczą występuje obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne z 2 przychodów uzyskiwanych z następujących rodzajów działalności:

1. działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki jawnej
2. inna pozarolnicza działalność gospodarcza prowadzona na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych.

(decyzja – k. 34 verte – 35 załączonych do sprawy akt organu rentowego)

E. B., reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika, odwołała się od powyższej decyzji, wnosząc o jej uchylenie i przekazanie organowi rentowemu do ponownego rozpoznania i zasądzenie od organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych prawem. (odwołanie – k. 3-5)

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie przytaczając argumentację jak z zaskarżonej decyzji. (odpowiedź na odwołanie – k. 8-9)

Na rozprawie w dniu 9 sierpnia 2022 roku pełnomocnik ZUS oświadczył, że nie ma żadnej wiedzy na temat tego czy Dyrektor NFZ wypowiedział się w przedmiocie podlegania przez wnioskodawczynię ubezpieczeniu zdrowotnemu. Ponadto wnioskodawczyni oświadczyła, że NFZ nigdy nie ustalał podlegania przez nią ubezpieczeniu zdrowotnemu. (rozprawa z dnia 9 sierpnia 2022 roku e-protokół (...):03:02-00:05:19 – płyta CD – k. 43)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

E. B., zgodnie z danymi zawartymi w (...), prowadziła od dnia 11 stycznia 1999 roku do dnia 25 grudnia 2019 roku pozarolniczą działalność gospodarczą, przy czym od dnia 30 września 2018 roku zawiesiła jej prowadzenie.

Do dnia 18 września 2012 roku wnioskodawczyni prowadziła trzy działalności w ramach jednego wpisu:

1. Przedsiębiorstwo Produkcyjno- Handlowo- Usługowe (...);
2. Aptekę (...);
3. Aptekę (...).

Do dnia 6 września 2018 roku ubezpieczona prowadziła dwie działalności w ramach jednego wpisu: Przedsiębiorstwo Produkcyjno- Handlowo- Usługowe (...); Aptekę (...). Natomiast do dnia 29 września 2018 roku ubezpieczona prowadziła jedną działalność Przedsiębiorstwo Produkcyjno- Handlowo- Usługowe (...).

(dane wynikające z powszechnie dostępnej w Internecie bazy przedsiębiorców (...).gov.pl – k. 4-18 załączonych do sprawy akt organu rentowego, książka przychodów i rozchodów, zeznania podatkowe – k. 46-136, zeznania podatkowe – k. 165-268, zeznania wnioskodawczyni na rozprawie w dniu 9 sierpnia 2022 roku e-protokół (...):09:15-00:28:01 – płyta CD – k. 43, zeznania świadka K. B. na rozprawie w dniu 11 października 2022 roku e-protokół (...):07:36-00:22:03 – płyta CD – k. 161)

Z danych zawartych w Krajowym Rejestrze Sądowym wynika, że E. B. wpisana była jako (...) spółki jawnej Apteka (...) od dnia 31 grudnia 2010 roku do dnia 15 grudnia 2011 roku, a od dnia 20 stycznia 2011 roku wpisana jako (...) spółki jawnej Apteka (...). (wypis z KRS – k. 19 verte – 26 załączonych do sprawy akt organu rentowego, zeznania wnioskodawczyni na rozprawie w dniu 9 sierpnia 2022 roku e-protokół (...):09:15-00:28:01 – płyta CD – k. 43)

Od grudnia 2009 roku do września 2010 roku ubezpieczona rozliczyła potrójną składkę na ubezpieczenie zdrowotne, od października 2010 roku do grudnia 2010 roku - poczwórną składkę, od stycznia 2011 roku do października 2011 roku - potrójną składkę, od grudnia 2011 roku do listopada 2013 roku - podwójną składkę, od grudnia 2014 roku do lipca 2016 roku - pojedynczą składkę, od sierpnia 2016 roku do sierpnia 2018 roku - podwójną składkę, od września 2018 roku - pojedynczą składkę. (okoliczności bezsporne)

Do grudnia 2010 roku oraz od października 2018 roku ubezpieczona rozliczała w dokumentach rozliczeniowych prawidłową ilość składek na ubezpieczenie zdrowotne. (okoliczności bezsporne)

Narodowy Fundusz Zdrowia nie wydał wobec E. B. żadnej decyzji

określającej okres podlegania przez nią ubezpieczeniu zdrowotnemu, jak również - przed wydaniem zaskarżonej decyzji - nie prowadził postępowania w tym zakresie. (okoliczność bezsporna)

Powyższych ustaleń Sąd dokonał na podstawie powołanych dokumentów znajdujących się w aktach ZUS oraz aktach sprawy, a nadto na podstawie danych wynikających z powszechnie dostępnych publicznych rejestrów przedsiębiorców.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Zgodnie z treścią art.477¹⁴§2¹ k.p.c. jeżeli decyzja nakładająca na ubezpieczonego zobowiązanie, ustalająca wymiar tego zobowiązania lub obniżająca świadczenie została wydana z rażącym naruszeniem przepisów o postępowaniu przed organem rentowym, sąd uchyla tę decyzję i przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania organowi rentowemu.

Dzięki takiemu unormowaniu sąd może badać wady wynikające z naruszenia nie tylko prawa materialnego, lecz także procesowego.

Jak wynika z uzasadnienia projektu k.p.c. z 2019 roku, niezależnie od tego, czy wady te dotyczą formy, czy treści decyzji, ich wspólną cechą jest to, że naruszają przepisy o postępowaniu przed organem rentowym w takim stopniu, że ich konwalidacja jest niemożliwa. Naprawienie takich decyzji przez sąd polega w istocie na wydaniu ich na nowo, to zaś wymaga ponownego przeprowadzenia całego postępowania - tyle że przed sądem (zob. uzasadnienie projektu k.p.c. z 2019 roku).

W uzasadnieniu projektu k.p.c. z 2019 roku podano przykłady wad decyzji, które projektodawca określił jako rażące. Należą do nich:

- w zakresie treści: brak oznaczenia stron, niewskazanie sposobu obliczenia świadczenia lub składki;
- w zakresie sposobu wydania: wydanie przez osobę nieuprawnioną;
- w zakresie postępowania je poprzedzającego: bez podstawy prawnej lub przedwcześnie - bez zachowania terminów lub przesłanek wydania.

(por. J. May, Kodeks postępowania cywilnego. Koszty sądowe w sprawach cywilnych. Dochodzenie roszczeń w postępowaniu grupowym. Przepisy przejściowe. Komentarz do zmian, WKP 2020).

W niniejszej sprawie sporne jest ustalenie podlegania wnioskodawczyni ubezpieczeniu zdrowotnemu w kwestionowanym przez ZUS okresie z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej i działalności gospodarczej prowadzonej w formie spółki jawnej, a nie tylko kwestia wysokości składek ubezpieczenia zdrowotnego z tego tytułu, czy ich rozliczania (por. postanowienia SN: z dnia 14 maja 2013 r. w sprawie II UZ 17/13, z dnia 19 lutego 2013 r. w sprawie II UZ 129/12 oraz z dnia 14 maja 2013 r. w sprawie II UZ 19/13; niepublikowane).

Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych nie jest uprawniony do rozpoznania i rozstrzygnięcia kwestii ustalenia podlegania przez skarżącą ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Wskazać należy, że zgodnie z dyspozycją art.476 § 2 k.p.c. w związku z art. 2 k.p.c. przez sprawy z zakresu ubezpieczeń społecznych rozumie się sprawy, w których wniesiono odwołanie od decyzji organów rentowych dotyczących ubezpieczenia społecznego i kategorii spraw wymienionych w pkt 1-5 § 2 art. 476 k.p.c.

Przypomnieć także wypada, że zgodnie z treścią art. 68 ust. 1 c) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 1009), do zakresu działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należy między innymi wymierzanie i pobieranie składek na ubezpieczenie zdrowotne. Nie należą natomiast do jego kompetencji sprawy dotyczące samego objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. W tym zakresie właściwym jest - zgodnie z art. 109 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej - dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu (por. wyrok S.A. w Katowicach z dnia 24 czerwca 2008 r. w sprawie III AUa 1880/07, publik. Biul. SA Ka 2009/2/34-35).

W art. 109 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2021 r. , poz.1285) postanowiono bowiem, że indywidualne sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego rozpatruje dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Do indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego zalicza się sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

Natomiast według ust. 2 art. 109 tej ustawy, do spraw, o których mowa w ust. 1 art. 109, nie należą sprawy z zakresu wymierzania i pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne należące do właściwości organów ubezpieczeń społecznych.

Zgodnie z ust. 5-6, odwołanie od decyzji wydanej w sprawach, o których mowa w ust.1, wnosi się do Prezesa Funduszu w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania, zaś w zakresie nieregulowanym powyższą ustawą, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

Należy zauważyć, że przepis art. 109 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, według którego organy Narodowego Funduszu Zdrowia - dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu i Prezes Funduszu - wydają indywidualne decyzje w sprawach ubezpieczenia zdrowotnego, są przepisami ustrojowymi i kompetencyjnymi, upoważniającymi te organy do rozpatrywania indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego i wydawania decyzji administracyjnych w tych sprawach (por. wyrok NSA z dnia 29 maja 2007 r. w sprawie II GSK 40/07, publik. LEX nr 377383).

Właściwym do ustalenia czy wnioskodawczyni podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu i do wydania decyzji w tym przedmiocie pozostaje zatem - w świetle przytoczonych wyżej regulacji pozostaje - wyłącznie dyrektor właściwego oddziału NFZ.

Decyzja dyrektora właściwego oddziału NFZ dotycząca rozstrzygnięcia o stanie prawnym odwołującej w przedmiocie ustalenia jej podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu w okresie objętym zaskarżeniem, będzie miała pierwotne znaczenie dla kwestii wtórnej samego naliczania i rozliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne (por. wyrok Sądu Najwyższego z 29 stycznia 2008 r., I UK 173/07, OSNP 2009/5-6/78), która była przedmiotem spornych decyzji.

Wskazać należy także, że powszechną zasadą jest uwzględnianie przez sądy skutków prawnych orzeczeń organów administracyjnych. Ma to swoje źródło w prawnym rozgraniczeniu drogi sądowej i drogi administracyjnej, czego wyrazem są art. 2 § 3 k.p.c. oraz art. 16 i art. 97 § 1 pkt 4 k.p.a., a także określona w Konstytucji RP idea podziału władz (art.10). Znajduje tu bowiem zastosowanie zasada domniemania prawidłowości aktów administracyjnych, zgodnie z którą wywołują one skutki prawne i wiążą inne organy państwowe, w tym także sądy.

Reasumując - z treści cytowanych przepisów wynika, że objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego należy do właściwości dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zaś do właściwości organów rentowych zastrzeżone jest tylko wymierzanie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Z niespornych w sprawie ustaleń wynika natomiast, że pozwany organ rentowy, nie będąc uprawnionym, wydał sporną decyzję ustalającą obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne (a zatem ustalającą podleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu), sprzecznie z regulacją art.109 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a zatem rażąco naruszył prawo.

Jeżeli bowiem istnieje spór co do obowiązku podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu, organ emerytalny nie może doprowadzać do obejścia prawa przez „domyślne” ustalenie podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu poprzez wydanie decyzji wymiarowej. Takiej decyzji ZUS nie może wydać dopóki NFZ nie wyda decyzji o ustaleniu podleganiu temu ubezpieczeniu.

Przepis art. 477¹⁴ § 2¹ k.p.c. służy eliminacji z obrotu wadliwych decyzji, jednak wadliwość ta musi być rażąca. W istocie wydając zaskarżoną decyzję organ rentowy przejął kompetencje NFZ, a brak jest do tego podstaw prawnych.

Dlatego też uznać należy, że decyzja została wydana przez organ nieuprawniony – a zatem z rażącym naruszeniem prawa.

W związku z tym sporna decyzja podlegała uchyleniu w trybie art. 477¹⁴ § 2¹ k.p.c.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z § 9 ust.2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. z 2015 r., poz.1800 ze zm.).