

Sygn. akt III AUa 21/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 listopada 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Anna Polak
Sędziowie:	SSA Jolanta Hawryszko (spr.) SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk
Protokolant:	St. sekr. sąd. Edyta Rakowska

po rozpoznaniu w dniu 30 listopada 2017 r. w Szczecinie

sprawy A. W.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o zaległości z tytułu nieopłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne

na skutek apelacji ubezpieczonego

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 26 października 2016 r. sygn. akt VI U 1605/16

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

del. SSO Gabriela Horodnicka- SSA Anna Polak SSA Jolanta Hawryszko

Stelmaszczuk

Sygn. akt III AUa 21/17

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. decyzją z 24 sierpnia 2010 r. stwierdził, że wysokość należności z tytułu nieopłaconych składek płatnika A. W. na koncie Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego za okres od lutego 2006 do grudnia 2011 na dzień wydania decyzji wynosi łącznie z należnymi odsetkami 26.798,72 zł.

A. W. złożył odwołanie od decyzji i wniósł o jej uchylenie.

Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z 26 października 2016 r. oddalił odwołanie oraz zasądził od ubezpieczonego 2400 zł zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Okręgowy ustalił, że (...) wszczął na wniosek Zakładu Ubezpieczeń Społecznych postępowanie w sprawie ustalenia okresu podlegania A. W. obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Decyzją z 31.07.2012 Narodowy Fundusz Zdrowia (...) w S. stwierdził, że A. W. podlegał obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w okresie od 1.01.1999 do 30.12.2012. A. W. prowadził działalność gospodarczą pod nazwą: „A. W.. Zakład Usług (...)”. Sąd Okręgowy ustalił, że Urząd Skarbowy w G. odnotował powiązania ubezpieczonego z działalnością gospodarczą w okresach: - 23.02.1993 / 27.02.1998 rejestracja w US w G. dokonana na podstawie zgłoszenia NIP-1 z 13.02.1997; 27.02.1998 / 5.02.2004 (wpis do (...) Burmistrza P.); 27.02.1998 (wpis do (...) Burmistrza G.). Urząd Skarbowy w G. odnotował informacje o zawieszeniu działalności gospodarczej: - NIP-1 z 30.10.2003– zawieszenie działalności od 30.10.2003 roku, nie zgłoszono wznowienia; - (...)1 z 30.12.2011– zawieszenie działalności od 30.12.2011 do nadal. Ubezpieczony osiągał dochody z prowadzonej działalności gospodarczej.

Za podstawę prawną rozstrzygnięcia sąd pierwszej instancji przyjął przepisy z art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c w zw. z pkt 16 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz.U. 2008 nr 164 poz. 1027- dalej jako ustawa z 2004 roku), art. 13 pkt 4, art. 23 ust. 1, art. 32, art. 46 ust. 1, art. 47 ust. 1 pkt 1 oraz ust. 2a, 2b, 2c ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t. j. Dz. U. z 2009 r., Nr 205, poz. 1585 ze zm.-dalej jako ustawa systemowa). Sąd I instancji zważył, że przepisy z zakresu ubezpieczeń społecznych, jak i zdrowotnych mają charakter norm bezwzględnie obowiązujących, stąd obowiązek ubezpieczenia osoby prowadzącej działalność gospodarczą wynika z przepisów prawa. Jakakolwiek decyzja administracyjna w tym zakresie ma charakter jedynie deklaracyjny, potwierdzający zaistnienie pewnego stanu faktycznego, od którego ustawa uzależniała obowiązek objęcia ubezpieczeniem. Obowiązek podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu powstaje z mocy samej ustawy w przypadku zaistnienia określonych w niej warunków, zaś jego konsekwencją jest obowiązek opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne. W ocenie Sądu faktyczne niewykonywanie działalności gospodarczej w czasie oczekiwania na kolejne zamówienie lub w czasie ich poszukiwania nie oznacza zaprzestania prowadzenia działalności i nie powoduje uchylecia obowiązku ubezpieczenia społecznego. Sąd Okręgowy uznał, że na odwołującym spoczywał obowiązek wykazania, że w okresie wskazanym w zaskarżonej decyzji nie prowadził działalności gospodarczej oraz nie osiągał z tytułu jej prowadzenia żadnych przychodów. Tymczasem jak wynika z pisma Naczelnika Urzędu Skarbowego w G. z 10.02.2012 A. W. wprawdzie nie w każdym roku uzyskiwał przychody z prowadzonej działalności, jednak niezaprzeczalne jest, że dochody te choć stosunkowo niskie, jednak uzyskiwał. Sąd Okręgowy podkreślił, że podstawą wydania zaskarżonej decyzji były zapisy zaewidencjonowane na koncie wnioskodawcy, prowadzonym dla niego jako płatnika składek; w aktach organu rentowego znajdują się wydruki z systemu informatycznego. Zgodnie zaś z art. 34 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, informacje zawarte na koncie ubezpieczonego i koncie płatnika składek prowadzonych w formie elektronicznej, które przekazane zostały w postaci dokumentu pisemnego albo elektronicznego, są środkiem dowodowym w postępowaniu administracyjnym i sądowym z zakresu ubezpieczeń społecznych. Dokument tego typu, który znajduje się w aktach organu rentowego, korzysta nadto z waloru dokumentu urzędowego, a więc – stosownie do treści art. 244 ust. 1 k.p.c. – stanowi dowód tego co zostało w nim urzędowo stwierdzone.

Apelację od wyroku złożył ubezpieczony stawiając: 1. zarzut faktyczny polegający na niezgodności ustaleń z materiałem dowodowym zebrany w sprawie, w szczególności przez: - ustalenie, że powód w okresie od lutego 2006 do grudnia 2011 wykonywał działalność gospodarczą, jak również uznanie wbrew przedstawionym dowodom i oświadczeniu ubezpieczonego, że zawiesił działalność gospodarczą dopiero w roku 2011; - przyjęcie jako ustaleń hipotez, że zaprzestanie działalności przez ubezpieczonego miało charakter tymczasowy; - przyjęcie za prawdziwe nieudokumentowanych twierdzeń organu, mimo braku przesłanek uprawdopodobniających te twierdzenia; - nieuzasadnione przyjęcie jako założeń aksjomatycznych tezy, że wpisy w systemie informatycznym ZUS mają wartość dowodu w sprawie przy jednoczesnym zignorowaniu dowodów i oświadczeń, wskazujących na błąd w tych informacjach, - nieuzasadnione założenie, że podstawą odwołania jest twierdzenie ubezpieczonego o faktycznym

zaprzestaniu prowadzenia działalności i pominięcie wskazania faktu, że w roku 2003 doszło do trwałego i sformalizowanego zawieszenia działalności gospodarczej, której ubezpieczony już nigdy później nie podjął, - błędne ustalenie, że ubezpieczony prowadził działalność gospodarczą po 2003 roku.

2. zarzuty naruszenia prawa procesowego: a) art. 233 §1 k.p.c. przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów przez: - nieuzasadnioną odmowę wiarygodności oświadczenia ubezpieczonego w zakresie faktu zaprzestania przez niego prowadzenia działalności gospodarczej; - nieuwzględnienie faktów, potwierdzonych dokumentem urzędowym w zakresie zawieszenia działalności gospodarczej przez ubezpieczonego w roku 2003; b) art. 328 §2 k.p.c. - wadliwe uzasadnienie wyroku przez niewskazanie, dlaczego sąd odmówił wiarygodności dowodom wskazanym przez ubezpieczonego, jak również niewskazanie podstaw faktycznych i prawnych dla wydanego wyroku; c) art. 232 k.p.c. oraz art. 6 k.c. - naruszenie zasady rozkładu ciężaru dowodowego przez nieuwzględnienie, że to organ rentowy w drodze przeciwdowodu winien wykazać, iż oświadczenie ubezpieczonego udokumentowane w trakcie procesu dokumentami urzędowymi jest niezgodne ze stanem faktycznym; d) 468 §2 pkt 4 k.p.c. - niespełnienie wymogu wyjaśnienia okoliczności, mających znaczenie dla prawidłowego rozstrzygnięcia sprawy, a w szczególności niewyjaśnienia faktu, czy w okresie objętym odwołaniem ubezpieczony prowadził działalność gospodarczą oraz czy po roku 2003 doszło do sformalizowanego odwieszenia przez ubezpieczonego działalności gospodarczej;

3. zarzut nierozpoznania istoty sprawy, którą było ustalenie braku obowiązku ubezpieczeniowego w okresie objętym odwołaniem;

4. zarzuty naruszenia prawa materialnego: a) art. 13 pkt 4 ustawy systemowej przez nieuwzględnienie, że ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, chorobowemu i wypadkowemu nie podlegają osoby w okresie, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona oraz podlegają wyłącznie osoby, które faktycznie prowadzą tę działalność, b) art. 2 ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. nr 173, poz. 1808 ze zm.) przez przyjęcie definicji działalności gospodarczej niezgodnej z definicją zawartą w ww. artykule ustawy.

Ubezpieczony domagał się zmiany zaskarżonego wyroku przez uwzględnienie odwołania w całości, ewentualnie uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania, przy uwzględnieniu kosztów dotychczasowego postępowania.

Sąd Apelacyjny rozważył sprawę i uznał, że apelacja jest zasadna.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w postępowaniu pierwszoinstancyjnym nie dokonano ustalenia najistotniejszej w sprawie okoliczności, mianowicie czy ubezpieczony faktycznie - w rozumieniu przepisu art. 2 ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. nr 173, poz. 1808 ze zm.) - w spornym okresie podejmował czynności związane z formalnie zarejestrowaną pozarolniczą działalnością gospodarczą, a zatem dokonano niewłaściwej subsumpcji, co skutkuje błędnym rozstrzygnięciem

Należy podkreślić, że w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych przedmiot rozpoznania sprawy sądowej wyznacza treść decyzji organu rentowego, od której wniesiono odwołanie a to oznacza, że kontroli Sądu podlega decyzja w jej aspekcie materialnym. W sprawie zarzuty apelacyjne sprowadzają się do wykazania błędnej oceny Sądu I instancji zasadniczo w sferze ustaleń, ale też w konsekwencji w zakresie subsumpcji. Apelujący zarzuca brak oceny pism informacyjnych o zawieszeniu działalności gospodarczej, przez co pośrednio zmierza też do skorygowania błędów w prawomocnej decyzji NFZ. Decyzją z 31.07.2012 Dyrektor (...) Narodowego Funduszu Zdrowia ustalił bowiem, że A. W. podlegał obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w okresie od 1.01.1999 do 30.12.2011. Z uzasadnienia decyzji wynika, że ubezpieczony w postępowaniu administracyjnym nie złożył dowodów na poparcie twierdzeń, że nie prowadził działalności gospodarczej po dacie 1 lutego 2000 oraz, że nie uzyskiwał w tym czasie przychodów; zatem organ wnioskuje, że okres faktycznego prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej przez A. W. jest tożsamy z okresem wskazanym w ewidencji działalności gospodarczej.

Wymaga przypomnienia, że przed wejściem w życie ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, kwestia podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu była regulowana w następujących aktach prawnych: w okresie 1.01.1999 / 31.03.2003 w ustawie z 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153, ze zm.), w okresie 1.04.2003 / 23.01.2003 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.). Ustawa z 27.01.2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art. 109 i 110 wprowadziła zasadę że odwołanie od decyzji o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym wnosi się do sądu administracyjnego. Zachodzi zatem swoisty dualizm, mianowicie jeden organ (NFZ) decyduje o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym, z prawem kontroli odwoławczej wykonywanej przez sąd administracyjny, zaś z drugiej strony realizacją przydzielonych zadań dotyczących kontroli i poboru składek na ubezpieczenie zdrowotne zajmuje się Zakład Ubezpieczeń Społecznych. W sytuacji prawnej jaka zaistniała w sprawie ubezpieczonego Zakład, w oparciu o stwierdzenie podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu, wyliczył należności z tytułu niezapłaconych z tego tytułu składek za okres od lutego 2006 r. do grudnia 2011r.

Sąd Apelacyjny mając powyższe na uwadze uznał, że w aktualnym postępowaniu sądowym treść decyzji organu quasi-administracyjnego nie przesądza w sposób prawnie wiążący co do okresu, w którym odwołujący podlegał ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej i nie wiąże sądu. Każdy sąd powszechny dysponuje władzą sądowniczą, w ramach której sprawuje wymiar sprawiedliwości, zatem w zakresie realizacji tej funkcji jest związany orzeczeniami innych podmiotów stosujących prawo tylko wtedy, gdy przepis prawa wyraźnie o tym stanowi (art. 11 k.p.c.). Żaden przepis prawa nie wiąże sądu decyzją organu administracji państwowej w zakresie ustaleń i oceny prawnej. Zgodnie bowiem z art. 110 k.p.a. Organ administracji publicznej, który wydał decyzję, jest nią związany od chwili jej doręczenia lub ogłoszenia, o ile kodeks nie stanowi inaczej. W przekonaniu Sądu Apelacyjnego, przepis ten oznacza związanie organu wydaną przez siebie decyzją w znaczeniu proceduralnym nie oznacza natomiast związania treścią decyzji sądu rozpoznającego przedmiotowo inne roszczenie.

Należy zatem mieć na uwadze, że przedmiotem aktualnego postępowania jest obowiązek zapłaty przez A. W. należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne za okres od lutego 2006 do grudnia 2011. W postępowaniu tym strona zobowiązana może więc kwestionować istnienie tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, ponieważ to ten tytuł stanowi podstawę rozliczania należności publicznej, a rzeczą sądu jest tę okoliczność zweryfikować. W konsekwencji, do sądu rozpoznającego odwołanie od spornej decyzji Zakładu należy ocena faktycznego prowadzenia działalności. Ubezpieczony może skutecznie prawnie bronić się twierdzeniem, że nie prowadził faktycznie działalności gospodarczej w spornym okresie i w związku z tym nie miał obowiązku opłacania składek, a rzeczą sądu jest zweryfikować jego twierdzenia w kontekście przedstawionych dowodów i przywołanych okoliczności.

Należy przy tym podkreślić, że dla zasadności ww. zarzutu nie ma znaczenia prawnej okoliczność, że nie złożył odwołania od decyzji NFZ z 31 lipca 2012 r. W momencie, gdy sprawa będąca przedmiotem decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w tym przypadku obowiązek zapłaty składek, trafia z odwołaniem do sądu, odwołujący ma prawo i obowiązek procesowy dowodzić swoich racji wszelkimi możliwymi środkami dowodowymi. Fakt, że analogiczne przedmiotowo postępowanie prowadzono przed organem quasi-administracyjnym, nie ma dla Sądu znaczenia prawnie wiążącego. Sąd ma bowiem kompetencję by samodzielnie rozstrzygać w zakresie wszystkich przesłanek roszczenia będącego przedmiotem postępowania, a ustalenia i ocena prawna organu administracyjnego nie wiążą sądu.

Rzeczą Sądu Okręgowego przy ponownym rozpoznaniu sprawy będzie więc ustalenie wszystkich istotnych dla sprawy okoliczności, w tym w pierwszej kolejności zweryfikowanie przesłanki faktycznego prowadzenia pozarolniczej działalności, co stanowi tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego. W tym celu Sąd Okręgowy przeprowadzi dowód z zeznań świadków zawnioskowanych przez odwołującego, zażąda i przeprowadzi dowód z akt NFZ prowadzonych dla sprawy zakończonej decyzją z 31 lipca 2012 r. Sąd weźmie też pod uwagę dokumentację Urzędu Skarbowego znajdującą się w aktach sprawy – co w dotychczasowym postępowaniu zostało pominięte - z której wynika w jakim okresie i z jakich tytułów prawnych odwołujący uzyskiwał przychody. Po przeprowadzeniu postępowania dowodowego Sąd Okręgowy ponownie rozważy zebrane dowody, jak też dalsze dowody dopuszczone na wniosek lub z urzędu oraz

ustali, czy odwołujący w spornym okresie prowadził pozarolniczą działalność uzasadniającą objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym. Wymaga też podkreślenia, że dla tej oceny, jak to słusznie argumentował skarżący, istotne jest uwzględnienie praktyki orzeczniczej wynikającej z interpretacji definicji działalności gospodarczej, sformułowanej w art. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z 2 lipca 2004 r. t. j. z 12 października 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 1829): Działalnością gospodarczą jest zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa oraz poszukiwanie, rozpoznawanie i wydobywanie kopalin ze złóż, a także działalność zawodowa, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły. W wyroku z 5.04.2016-04-05, I UK 196/15 Sąd Najwyższy zamieścił tezę : 1. Skoro obowiązek ubezpieczenia osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą (art. 13 ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) wynika z faktycznego prowadzenia tej działalności, to w konsekwencji o wyłączeniu z tego ubezpieczenia decyduje faktyczne zaprzestanie tej działalności. O istnieniu obowiązku ubezpieczenia decydują konkretne okoliczności sprawy, w których dokonywana jest ocena, czy w danym okresie działalność rzeczywiście była wykonywana. 2. Istotne znaczenie dla oceny, czy dana działalność może być zakwalifikowana jako działalność gospodarcza, ma podporządkowanie się zasadom racjonalnego gospodarowania (regułom opłacalności i zysku). Za takie podporządkowanie się zasadom racjonalnego gospodarowania w prowadzonej działalności gospodarczej nie sposób uznać incydentalnej sprzedaży używanych rzeczy po członkach rodziny za kilkadziesiąt złotych rocznie. Przy wykładni art. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej istotne jest, że brak którejkolwiek z cech funkcjonalnych działalności gospodarczej wymienionych w tym przepisie pozbawia daną działalność charakteru gospodarczego.

Biorąc pod uwagę powyższe, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 §4 k.p.c. uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania mając przy tym na uwadze, że postępowanie dowodowe wymaga przeprowadzenia w całości zważywszy, że Sąd Okręgowy w ogóle nie odniósł się do istotnego zarzutu skarżącego, że w spornym okresie faktycznie nie wykonywał żadnej działalności gospodarczej.

del. SSO Gabriela Horodnicka- SSA Anna Polak SSA Jolanta Hawryszko

Stelmaszczuk