

Sygn. akt III AUa 172/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 września 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Barbara Białecka
Sędziowie:	SSA Jolanta Hawryszko Urszula Iwanowska (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 5 września 2019 r. w S.

sprawy A. W.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K.

o zapłatę składek

na skutek apelacji ubezpieczonej

od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie

z dnia 8 marca 2019 r., sygn. akt IV U 491/14

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

SSA Jolanta Hawryszko	Barbara Białecka	Urszula Iwanowska
-----------------------	------------------	-------------------

Sygn. akt III AUa 172/19

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 20 lutego 2014 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. stwierdził, że A. W. jest dłużnikiem ZUS z tytułu nieopłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne, a dług w łącznej wysokości stanowi kwotę 29.815,04 zł, w tym z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne w ramach zakresów numerów deklaracji (...):

- za okres od lutego 2004 r. do stycznia 2013 r. w kwocie: 17.351,04 zł,

- odsetek za zwłokę: 12.464 zł.

W odwołaniu od powyższej decyzji A. W. wniosła o jej uchylenie wskazując, że w latach 2004-2010 nie prowadziła działalności gospodarczej, gdyż wówczas zatrudniona była na podstawie umowy o pracę. W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie oraz zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Na rozprawie w dniu 8 marca 2018 r. ubezpieczona działając przez pełnomocnika wskazała, że kwestionuje wyłącznie samą zasadę wydania zaskarżonej decyzji, ponieważ w okresie objętym sporem nie prowadziła ona działalności gospodarczej. Natomiast nie kwestionuje wysokości składek wyliczonych w zaskarżonej decyzji i jej załączniku.

Wyrokiem z dnia 8 marca 2019 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie (punkt I) oraz zasądził od A. W. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w K. kwotę 2.400 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (punkt II).

Powyższe orzeczenie Sąd Okręgowy oparł o następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

A. W. w dniu 12 marca 2002 r. dokonała zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, jako osoba prowadząca działalność gospodarczą od dnia 5 marca 2002 r. Ubezpieczona nie opłacała należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Dyrektor (...) Narodowego Funduszu Zdrowia decyzją z dnia 20 maja 2013 r. (nr (...)) stwierdził, że A. W., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegała obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w okresie od 5 marca 2002 r. do 5 marca 2013 r. W uzasadnieniu tej decyzji Dyrektor NFZ wskazał, że wskutek informacji uzyskanych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, A. W. prowadząc pozarolniczą działalność gospodarczą od marca 2002 r. podlegała obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. Dyrektor Oddziału NFZ wszczął postępowanie administracyjne i pismem z dnia 16 listopada 2012 r. powiadomił płatnika składek, że zgodnie z art. 10 § 1 k.p.a., ma ona prawo brać czynny udział w każdym jego stadium, a przed wydaniem decyzji wypowiedzieć się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. Jednocześnie wskazał 14-dniowy termin od dnia doręczenia pisma na przedstawienie dowodów mogących mieć wpływ na rozstrzygnięcie sprawy. Płatnik składek została również poinformowana, że w przypadku braku odpowiedzi, sprawa zostanie rozstrzygnięta w oparciu o zgromadzone w sprawie dokumenty i dowody. Powyższe pismo wysłane na adres płatnika składek zostało dwukrotnie awizowane i zostało zwrócone do NFZ z adnotacją „nie podjęto w terminie”. Na tej podstawie uznał, że pismo zostało skutecznie doręczone stronie postępowania. Dyrektor Oddziału NFZ wskazał następnie, że z informacji uzyskanych z CEiDG wynika, że płatnik składek zgłosiła prowadzenie działalności gospodarczej w przedmiocie „roboty budowlane związane ze wznoszenie budynków mieszkalnych i niemieszkalnych”, ze wskazaniem daty jej rozpoczęcia na dzień 5 marca 2002 r. Wpis został wykreślony z ewidencji 12 marca 2013 r., a ubezpieczona, jako datę zaprzestania prowadzenia działalności wskazała 30 września 2002 r. Jednakże płatnik składek nie przedłożyła żadnych dokumentów potwierdzających trwale zaprzestanie prowadzenia przedmiotowej działalności gospodarczej po dniu 30 września 2002 r. Na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego Dyrektor Oddziału NFZ ustalił, że płatnik składek A. W. w okresie do 5 marca 2002 r. do 5 marca 2013 r. prowadziła działalność gospodarczą pod firmą Przedsiębiorstwo (...) A. W. i w tym czasie podlegała obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą. Na tej podstawie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. w dniu 20 lutego 2012 r. wydał decyzję określającą wysokość zaległych składek na ubezpieczenie zdrowotne A. W. za okres od lutego 2004 r. do stycznia 2013 r. na łączną kwotę 29.815,04 zł (zaległości z tytułu składek w wysokości 17.351,04 zł, zaległości z tytułu odsetek za zwłokę w wysokości 12.464,00 zł).

Ubezpieczona pismem z dnia 15 stycznia 2014 r. złożyła wniosek do Prezesa NFZ o przywrócenie terminu do wniesienia odwołania od decyzji Dyrektora Oddziału NFZ z dnia 20 maja 2013 r. Postanowieniem z dnia 26 maja 2014 r. Prezes NFZ, odmówił przywrócenia terminu do wniesienia odwołania. Na powyższe postanowienie ubezpieczona wniosła skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Wyrokiem z dnia 5 maja 2015 r. Wojewódzki Sąd Administracyjny

w Warszawie wydanym w sprawie VI SA/Wa 2509/14, po rozpoznaniu skargi A. W. na postanowienie Prezesa NFZ z dnia 26 maja 2014 r., uchylił zaskarżone postanowienie oraz stwierdził, że uchylone postanowienie nie podlega wykonaniu.

Prezes NFZ postanowieniem z dnia 7 grudnia 2017 r. ponownie odmówił A. W. przywrócenia terminu do wniesienia odwołania od decyzji Dyrektora Oddziału NFZ z dnia 20 maja 2013 r. Na powyższe postanowienie płatnik składek wniosła skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 7 czerwca 2018 r., sygn. akt VI SA/Wa 338/18, oddalił skargę A. W. na postanowienie Prezesa NFZ z dnia 7 grudnia 2017 r. Powyższe orzeczenie jest prawomocne.

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego oraz na podstawie przepisów prawa niżej powołanych Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że w myśl art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t. j. Dz. U. z 2009 r., nr 205, poz. 1585; powoływana dalej jako: ustawa systemowa), płatnik składek jest obowiązany według zasad wynikających z przepisów ustawy obliczać, potrącać z dochodów ubezpieczonych, rozliczać oraz opłacać należne składki za każdy miesiąc kalendarzowy. Natomiast w myśl art. 32 tej ustawy do składek na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz na ubezpieczenie zdrowotne w zakresie: ich poboru, egzekucji, wymierzania odsetek za zwłokę i dodatkowej opłaty, przepisów karnych, dokonywania zabezpieczeń na wszystkich nieruchomościach, ruchomościach i prawach zbywalnych dłużnika, odpowiedzialności osób trzecich i spadkobierców oraz stosowania ulg i umorzeń stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące składek na ubezpieczenia społeczne.

Następnie Sąd Okręgowy podniósł, że w przedmiotowej sprawie A. W. kwestionowała wyłącznie samą zasadę wydania zaskarżonej decyzji podnosząc, że w spornym okresie nie prowadziła działalności gospodarczej. Nie kwestionowała natomiast wysokości składek na ubezpieczenie zdrowotne określonych przez organ rentowy w zaskarżonej decyzji.

W odpowiedzi na powyższe sąd pierwszej instancji miał na uwadze, że decyzją Dyrektora (...) Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 maja 2013 r., wydaną na podstawie art. 109 ust. 1 w zw. z art. 66 ust. 1 lit. c oraz art. 69 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 ze zm.; powoływana dalej jako: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej) stwierdzono, że ubezpieczona A. W., jako osoba prowadząca działalność gospodarczą, podlegała w okresie od 5 marca 2002 r. do 5 marca 2013 r. obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. Decyzja wydana przez Dyrektora Oddziału NFZ w tym przedmiocie, była potwierdzeniem objęcia ubezpieczoną ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w formie i czasie w niej wskazanym. Natomiast do kompetencji Dyrektora Oddziału NFZ, zgodnie z art. 109 ust. 2 ostatnio powołanej ustawy, nie należą sprawy z zakresu wymierzania i pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne, gdyż kwestie te należą do właściwości organów ubezpieczeń społecznych.

Dalej sąd meriti wskazał, że Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z dnia 9 października 2012 r., III A Ua 563/12, stwierdził, że kompetencje do ustalania wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne i ich poboru posiada Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Do jego zadań nie należą natomiast sprawy dotyczące samego objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. W powyższym wyroku Sąd Apelacyjny zaznaczył, że kwestia objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym ma przesądzające znaczenie w zakresie obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne, ponieważ przed wydaniem zaskarżonej decyzji wymiarowej koniecznym jest uzyskanie przez ZUS prawomocnej decyzji dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu rozstrzygającej o tej kwestii. Podobne stanowisko zajął Sąd Apelacyjny w Krakowie, który w wyroku z dnia 21 marca 2013 r., III AUa 1288/12 wskazał, że czym innym jest kwestia objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a czym innym kwestia 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, gdyż należy to do kompetencji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, ale tylko on decyduje o kwestii podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Zatem w ocenie Sądu Okręgowego, w rozpoznawanej sprawie kluczowe znaczenie miało, że ubezpieczona kwestionowała wyłącznie samą podstawę (zasadę) wydania decyzji podnosząc, iż w spornym okresie nie prowadziła działalności gospodarczej. Kwestia ta została jednak prawomocnie rozstrzygnięta decyzją Dyrektora (...) Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 maja 2013 r. i nie mogła być ponownie przedmiotem rozpoznania w niniejszym postępowaniu.

Skoro decyzja wymiarowa ZUS z dnia 20 lutego 2014 r., była wyłącznie pochodną decyzji Dyrektora Oddziału NFZ z dnia 20 maja 2013 r. stwierdzającej, że A. W. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegała obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w okresie od 5 marca 2002 r. do 5 marca 2003 r. (winno być: 2013 r.), to – zdaniem sądu pierwszej instancji – zarzuty ubezpieczonej odnoszące się do kwestii podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu mogły być rozstrzygnięte wyłącznie w odwołaniu od decyzji z dnia 20 maja 2013 r.

Dalej Sąd Okręgowy podniósł, że decyzję ZUS z dnia 20 lutego 2014 r. ubezpieczona mogłaby zaskarżyć (zgodnie z art. 83 ust. 2 ustawy systemowej) tylko w zakresie wymierzania i pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne. Tymczasem ubezpieczona przyznała, że nie kwestionuje wysokości składek wyliczonych w zaskarżonej decyzji i jej załączniku.

Mając na uwadze powyższe okoliczności Sąd Okręgowy na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie.

O kosztach zastępstwa procesowego, sąd ten orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. w związku z § 6 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu, które obowiązywało w dniu wniesienia przez ubezpieczoną odwołania. Zgodnie z powyższym stawka minimalna przy wartości przedmiotu sprawy powyżej 10.000 zł do 50.000 zł wynosiła 2.400 zł.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Koszalinie w całości nie zgodziła się A. W., która działając przez pełnomocnika w wywiedzionej apelacji wniosła o:

- jego uchylenie i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia,

względnie

- zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zmianę zaskarżonej decyzji organu rentowego w całości i orzeczenie co do istoty sprawy tj. stwierdzenie braku podstaw do zapłaty przez ubezpieczoną składek na ubezpieczenie zdrowotne za okres luty 2004 r. - styczeń 2013 r. i określenie wymiaru składek za ten okres na poziomie 0 zł,

- zasądzenie zwrotu kosztów procesu za I i II instancję, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Zaskarżonemu wyrokowi apelująca zarzuciła naruszenie:

1. art. 82 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 83 ust. 2 ustawy systemowej poprzez brak weryfikacji przez sąd pierwszej instancji, czy ubezpieczona podlegała obowiązkowi opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne, zwłaszcza w kontekście zbiegu tytułów prawnych w tym zakresie;

2. art. 227 w związku z art. 240 § 1 k.p.c. poprzez brak przeprowadzenia dowodu z zeznań świadka A. T., wnioskowanego pismem z dnia 25 maja 2014 r. i brak wydania przez Sąd stosownego postanowienia dowodowego w tym zakresie;

3. art. 233 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie i brak odniesienia się do dowodów w postaci dokumentów przedłożonych przez stronę na potwierdzenia braku obowiązku zapłaty składek na ubezpieczenie społeczne.

W uzasadnieniu skarżąca między innymi podniosła, że nawet istnienie prawomocnej decyzji NFZ nie zwalnia Sądu orzekającego z obowiązku badania, czy ubezpieczona rzeczywiście jest zobowiązana do zapłaty składki w ramach ubezpieczenia zdrowotnego - gdy zachodzi zbieg tytułów podlegania tego typu ubezpieczeniu, a ubezpieczona nie uzyskała żadnych dochodów z tytułu działalności gospodarczej. Zgodnie bowiem z art. 82 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie.

Ubezpieczona podkreśliła przy tym, że w dalszym ciągu kwestionuje okoliczność prowadzenia przez nią w spornym okresie działalności gospodarczej i jej stanowisko w tym zakresie nie ulega zmianie. A na potwierdzenie swojego stanowiska zwróciła uwagę na wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 29 stycznia 2014 r., III AUa 823/13, który rozstrzygał spór w stanie faktycznym analogicznym jak w niniejszej sprawie. W powołanej sprawie ubezpieczony kwestionował okoliczność prowadzenia działalności gospodarczej, zarzucając jednocześnie, że nie osiągnął przy tym żadnego dochodu z tego tytułu. Sąd Apelacyjny, uwzględniając apelację ubezpieczonego od niekorzystnego dla niego wyroku, wskazał przede wszystkim, że decyzje odnoszące się do podlegania ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu mają charakter rozstrzygnięć deklaratoryjnych i są wydawane dla stwierdzenia konkretnej sytuacji faktycznej. Decyzje takie, w odróżnieniu od decyzji konstytutywnych, nie tworzą stanów prawnych, które powinny być uwzględniane przez sądy powszechne przy rozpatrywaniu spraw (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2012 r., II BU 2/12, sejsmometr.pl). W związku z tym Sąd Apelacyjny uznał, że sąd pierwszej instancji był uprawniony do badania czy działalność pozarolnicza przynosiła przychód, albowiem ustalenie to zważywszy na zbieg tytułów do ubezpieczenia zdrowotnego było niezbędne dla rozstrzygnięcia sprawy. Sąd Okręgowy nie dokonał natomiast jakichkolwiek ustaleń faktycznych i nie poczynił żadnych rozważań prawnych w zakresie obowiązku opłacenia składki na ubezpieczenie zdrowotne. W szczególności sąd pierwszej instancji nie odniósł się do przepisów prawa materialnego dotyczących opłacania składek w przypadku osiągania przychodów z więcej niż jednego tytułu oraz nie dokonał oceny materiału dowodowego przedstawionego przez ubezpieczonego na okoliczność braku przychodu z działalności pozarolniczej.

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy apelująca wskazała, że od początku postępowania podnosiła, iż nie uzyskiwała żadnych dochodów z tytułu pozarolniczej działalności gospodarczej (vide: pismo procesowe ubezpieczonej z dnia 25 maja 2014 r.). Nadto ubezpieczona przedstawiała również dokumenty (np. zaświadczenie Naczelnika (...) US w (...)z dnia 9 stycznia 2014 r.), z których wynikało, że w latach 2004-2010 dochody rozliczane były jedynie zeznaniami rocznymi PIT-37, co świadczy o tym, że nie uzyskiwała innych przychodów poza wynikającymi z umowy o pracę (dokumenty dotyczące stosunku pracy również zostały złożone przez ubezpieczoną). Tymczasem okoliczność braku uzyskiwania przychodów nie została zweryfikowana przez sąd pierwszej instancji. Natomiast jak wskazano w powołanym już wyroku z dnia 29 stycznia 2014 r. cały art. 82 ustawy o świadczeniach z opieki zdrowotnej 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 odprowadzenia 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 (J. Nowak-Kubiak, B Łukasik, Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Wolters Kluwer, komentarz do art. 82; wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 7 lipca 2009 r., III A Ua 281/09, Biul. SA Sz 2011/1/144-151).

Następnie skarżąca podniosła, że sąd pierwszej instancji zaznaczył w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia, iż ubezpieczona kwestionowała samą zasadę wydania decyzji - a nie wysokość składek z niej wynikających i powołał się w tym zakresie na oświadczenie pełnomocnika ubezpieczonej złożone na rozprawie w dniu 8 marca 2019 r. Natomiast

w ocenie apelującej złożenie takiego oświadczenia nie zwolniło Sądu z obowiązku badania (powołanych wyżej) przesłanek materialnoprawnych przewidzianych w art. 82 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W związku z tym z zdaniem skarżącej - zachodzi podstawa do uznania, że sąd pierwszej instancji nie rozpoznał istoty sprawy, a w konsekwencji - że powstała przesłanka do uchylenia wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia.

W powiązaniu z podniesioną argumentacją ubezpieczona zarzuciła również naruszenie art. 233 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie i brak odniesienia się do dowodów w postaci dokumentów przedłożonych przez stronę na potwierdzenia braku obowiązku zapłaty składek na ubezpieczenie społeczne.

Ponadto ubezpieczona zarzuciła, że sąd pierwszej instancji nie przeprowadził dowodu z zeznań świadka A. T., wnioskowanego pismem procesowym z dnia 25 maja 2014 r. i mimo, że świadek stawił się na rozprawę w dniu 31 lipca 2014 r., to Sąd odstąpił od jego przesłuchania z uwagi na zawieszenie postępowania. Po podjęciu postępowania kwestia wspomnianego wniosku dowodowego nie została rozstrzygnięta. Jednocześnie apelująca wyjaśniła, że wprawdzie strona na rozprawie w dniu 8 marca 2019 r. wskazała, iż nie zgłasza nowych wniosków dowodowych, jednak dotyczyło to wniosków na przyszłość, natomiast przedmiotowy wniosek był zgłoszony już wcześniej - w związku czym oświadczenie to nie powinno wywrzeć skutków prawnych. Tymczasem sąd pierwszej instancji nie odniósł się w żaden sposób do spornego wniosku dowodowego tj. nie uwzględnił go, ale też nie dokonał jego oddalenia.

W ocenie skarżącej dowód z zeznań tego świadka był istotny dla sprawy właśnie z tego względu, że jak wynika z uzasadnienia pisma procesowego ubezpieczonej z dnia 25 maja 2014 r. świadek miał zostać przesłuchany m. in. na okoliczność braku osiągnięcia przez ubezpieczoną przychodu z działalności gospodarczej.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w instancji odwoławczej według norm przepisanych podzielając stanowisko przedstawione przez Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Jednocześnie podkreślając, że postępowanie zostało wywołane zaniechaniem samej ubezpieczonej z ostrożności procesowej organ wniósł o odstąpienie od obciążenia go kosztami postępowania apelującej.

Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:

Apelacja okazała się uzasadniona.

Ustalony przez Sąd Okręgowy stan faktyczny sprawy, praktycznie bezsporny, oraz przedstawione w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku rozważania prawne mogły stanowić jedynie wstęp do rozpoznania przedmiotowej sprawy. Błędnie sąd pierwszej instancji uznał, że ubezpieczona kwestionowała wyłącznie samą zasadę wydania zaskarżonej decyzji podnosząc, że w spornym okresie nie prowadziła działalności gospodarczej nie kwestionując natomiast ustalonej wysokości składek i poprzestał na tym stwierdzeniu rozstrzygając sprawę. Zaś uwadze tego sądu umknęło, że z uwagi podstawę prawną decyzji ustalającej wymiar składek na ubezpieczenie zdrowotne ubezpieczonej z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej za sporny okres okolicznością istotną dla rozstrzygnięcia sporu jest ustalenie czy z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej ubezpieczona uzyskała przychód. W myśl bowiem art. 82 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, 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 Apelacyjny podziela stanowisko, że organ rentowy nie jest uprawniony do ustalenia podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu bowiem takie uprawnienie w myśl art. 109 ust. 1 powołanej wyżej ustawy przysługuje dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Odwołanie od takiej decyzji przysługuje do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (art. 109 ust. 5 cytowanej ustawy), zaś od decyzji Prezesa Funduszu w indywidualnych

sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje skarga do sądu administracyjnego (art. 11 cytowanej ustawy). Dopiero w razie stwierdzenia, że dana osoba podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu, np. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, możliwe jest wydanie w innym postępowaniu, prowadzonym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, na podstawie do art. 68 ust. 1 pkt 1 lit. c ustawy systemowej decyzji wymierzającej należną składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

Wobec takiego rozwiązania, należy zatem odróżnić kwestię objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, i kwestię obowiązku płacenia składki na ubezpieczenie zdrowotne. Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest instytucją władną do orzekania o obowiązku odprowadzania składek na jakiekolwiek ubezpieczenie ani też do pobierania tych składek, gdyż należy to do kompetencji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych obowiązuje zasada, że przedmiot rozpoznania sprawy sądowej wyznacza treść (zakres) decyzji administracyjnej organu rentowego, od której wniesiono odwołanie, i tylko w tym zakresie podlega ona kontroli sądu zarówno pod względem formalnej, jak i merytorycznej poprawności.

Skoro jednak podstawą prawną naliczenia składek przez organ rentowy na ubezpieczenie zdrowotne A. W. stanowi art. 82 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, a ubezpieczona kwestionowała nie tylko fakt prowadzenia działalności, ale także uzyskania przychodu z tego tytułu za okres objęty zaskarżoną decyzją, to obowiązkiem sądu pierwszej instancji było dokonanie ustaleń w zakresie uzyskiwania przychodu przez apelującą z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w okresie objętym zaskarżoną decyzją. Należy przy tym zwrócić uwagę, że ustalenia wymaga także jaką działalność gospodarczą ubezpieczona prowadziła (przedmiot tej działalności) i w jakim okresie, bowiem już z samych wyjaśnień złożonych na rozprawie w dniu 19 maja 2014 r. (k. 13) wynika, że apelująca rejestrowała i prowadziła różne działalności gospodarcze, a decyzja nr (...) Dyrektora (...) Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczyła okresu prowadzenia działalności gospodarczej przez ubezpieczoną pod firmą Przedsiębiorstwo (...) (...)’ A. W..

Sąd Okręgowy nie dokonał natomiast jakichkolwiek ustaleń faktycznych i nie poczynił żadnych rozważań prawnych w zakresie istnienia po stronie apelującej obowiązku opłacenia składki na ubezpieczenie zdrowotne. W szczególności sąd pierwszej instancji nie odniósł się do przepisów prawa materialnego dotyczących opłacania składek w przypadku osiągnięcia przychodów z więcej niż jednego tytułu oraz nie dokonał oceny materiału dowodowego przedstawionego przez ubezpieczoną na okoliczność braku przychodu z działalności pozarolniczej.

W okresie objętym sporem kwestia składek na ubezpieczenie zdrowotne uregulowana była w następujących przepisach:

W ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. nr 28, poz. 153 z zm.) obowiązującej do dnia 1 kwietnia 2004 r., w okresie objętym sporem czyli od lutego 2004 r. w art. 22 ust. 1 przewidziano, że jeżeli są spełnione przesłanki do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia z więcej niż jednego tytułu składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tytułów odrębnie.

W przypadku obowiązującej do dnia 1 października 2004 r. ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. nr 45, poz. 391 z zm.), art. 24 ust. 1 przewidywał analogiczny obowiązek. Wreszcie obecnie obowiązująca ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawiera regulację z art. 82 ust. 1 przywołaną na wstępie tych rozważań. Nie tylko ust. 1 art. 82 ustawy o świadczeniach z opieki zdrowotnej, ale cały ten przepis konsekwentnie odnosi się do przychodów, dlatego – w utrwalonym orzecznictwie sądów powszechnych – przyjmuje się, że dopiero ich osiągnięcie wywołuje skutek w postaci zapłaty składki. Jeżeli zatem powstanie zbieg tytułów, to obowiązek odprowadzenia 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 (J. Nowak-Kubiak, B. Łukasik, Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Wolters Kluwer, komentarz do art. 82; wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 7 lipca 2009 r., III AUa 281/09 Biul. SA Sz 2011/1/144-151; wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 29 stycznia 2014 r., III AUa 823/13, LEX nr 1428031 i z dnia 7 grudnia

2017 r., III AUa 469/17, LEX nr 2427758). Odmienne kształtuje się obowiązek opłacenia składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku, gdy prowadzenie działalności pozarolniczej jest jedynym tytułem do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, osiąganie przychodu w takiej sytuacji jest dla opłacania składki zdrowotnej nieistotne. W myśl art. 81 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej stanowi, że podstawę składki tych osób stanowi nie osiągnięty przychód, ale zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, ogłoszonego przez prezesa GUS.

Ubezpieczona konsekwentnie podnosi w niniejszej sprawie, że w spornym okresie nie prowadziła działalności pozarolniczej i nie uzyskiwała z tego tytułu jakichkolwiek przychodów, a jednocześnie posiadała inny tytuł ubezpieczenia zdrowotnego – ubezpieczenie z tytułu wykonywanych umów o pracę. Sąd Okręgowy twierdzeń tych nie zweryfikował.

Mając na uwadze powyższe Sąd Apelacyjny uznał, że skoro Sąd Okręgowy nie dokonał ustaleń faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy i nie rozważył obowiązujących przepisów prawa, nie odnosząc się w jakikolwiek sposób do przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, to przyjąć trzeba, że sąd pierwszej instancji nie rozpoznał istoty sprawy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 lipca 2006 r., V CSK 140/06 czy postanowienie tego Sądu z dnia 22 lutego 2017 r., IV CZ 112/16, LEX nr 2269093). Zaniechanie tego obowiązku w oczywisty sposób mogło istotnie wpłynąć na wynik sprawy poprzez pozbawienie skarżącej postępowania dwuinstancyjnego oraz brak dokonania ustaleń i oceny prawnej w zakresie zasadniczej dla wyniku sprawy kwestii – uzyskiwanego przychodu z działalności gospodarczej.

Dlatego przy ponownym rozpoznaniu sprawy sąd pierwszej instancji dokona ustaleń faktycznych na podstawie dowodów zaofiarowanych przez strony na okoliczność uzyskiwania przez ubezpieczoną przychodów z działalności pozarolniczej, zbiegu tytułów ubezpieczenia zdrowotnego i przełożenia ustaleń na obowiązujący w spornym okresie stan prawny.

W tych okolicznościach Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 386 § 4 k.p.c., uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Koszalinie IV Wydziałowi Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, na podstawie art. 108 § 2 k.p.c. pozostawiając temu sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

Urszula Iwanowska Barbara Białecka Jolanta Hawryszko