

Sygn. akt III AUa 564/19

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 marca 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

| | |
|-----------------|--|
| Przewodniczący: | Sędzia Barbara Białecka (spr.) |
| Sędziowie: | Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk Anna Polak |
| | |

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 26 marca 2020 r. w S.

sprawy K. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w L.

o ustalenie braku obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne

na skutek apelacji ubezpieczonego

od wyroku Sądu Okręgowego w Gorzowie Wlkp.

z dnia 30 września 2019 r., sygn. akt VI U 54/19

1. oddala apelację,

2. zasądza od ubezpieczonego K. S. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w L. kwotę 2700 zł (dwa tysiące siedemset złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

| | | |
|------------|------------------|----------------------------------|
| Anna Polak | Barbara Białecka | Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk |
|------------|------------------|----------------------------------|

III AUa 564/19

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 5.11.2018 roku, znak: (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w L. stwierdził, że K. S. jest zobowiązany opłacać składki na ubezpieczenie zdrowotne za okres: od 4/2011 do 2/2014, 4/2014, 5/2014, od 7/2014 do 3/2017.

Ubezpieczony K. S. odwołując się od tej decyzji wniósł o jej zmianę poprzez ustalenie, że nie jest zobowiązany do opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne za sporne okresy.

Pozwany Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w L. wniósł o oddalenie odwołania i zasądzenie na jego rzecz kosztów postępowania.

Wyrokiem z dnia 30 września 2019r. Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim- Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie i orzekł o kosztach zastępstwa procesowego organu rentowego.

Ustalenia faktyczne i rozważania prawne Sądu I instancji znajdują się na k. 69 do 72 verte akt niniejszej sprawy.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł ubezpieczony, zaskarżając wyrok w całości.

Zaskarżonemu orzeczeniu zarzucił naruszenie:

1. art. 233 k.p.c. poprzez poczynienie przez Sąd I instancji dowolnej oceny materiału dowodowego i dokonanie ustaleń faktycznych sprzecznych ze zgromadzonym materiałem dowodowym tj. przyjęcie, że:

a) ubezpieczony K. S. jako (...) Sp. z o.o. w okresie od 14.01.2011 roku do 31.05.2017r. podlegał ubezpieczeniu zdrowotnemu,

b) ubezpieczony K. S. był w okresie od 14.01.2011 roku do 31.05.2017r. współnikiem (...) Sp. z o.o.,

c) brak udziału współnika w działalności spółki świadczy, że jego udział nie istnieje,

2. art. 365 w zw. z art. 366 k.p.c., poprzez uznanie przez Sąd I instancji, że wyrokiem z dnia 19.04.2017 roku Sąd Okręgowy w Gorzowie Wlkp., sygn. akt VI U 646/16 przesądził, że K. S. jest współnikiem (...) Sp. z o.o., w sytuacji, gdy przedmiotowe orzeczenie dotyczyło wyłączenia ubezpieczonego z ubezpieczeń społecznych jako pracownika, a więc zupełnie innego zagadnienia,

3. art. 20 k.s.h., art. 159 k.s.h., art. 174 k.s.h., poprzez błędną wykładnię i uznanie, że współnik ma obowiązek świadczenia pracy, usług oraz współdziała przy prowadzeniu spraw spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, w sytuacji, gdy współnik nie ma żadnych obowiązków w stosunku do spółki ponad te wynikające z umowy spółki,

4. art. 17 o k.r.s., poprzez poczynienie ustaleń sprzecznych z wpisem w Krajowym Rejestrze Sądowym,

5. art. 7 Konstytucji RP i art. 6 k.p.a. w związku art. 140 k.c., oraz art. 21 ust. 1 Konstytucji RP i art. 64 ust. 2 Konstytucji RP, poprzez przyznanie organowi rentowemu kompetencji do kształtowania prawa własności udziałów w spółce, pomimo braku przepisu dającego organowi rentowemu takie uprawnienie,

6. art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 8 ust. 6 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, poprzez jego błędną wykładnię i zastosowanie do ubezpieczonego, pomimo, że ubezpieczony w spornym okresie nie posiadał wszystkich udziałów w spółce,

7. art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c, art. 81 ust. 2 oraz art. 82 ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez błędną wykładnię i przyjęcie, że dochód spółki z o.o. jest jednoznaczny z dochodem współnika,

8. art. 109 ust. 1 w zw. z art. 102 ust. 5 pkt 24 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez niezastosowanie i w konsekwencji nie przeprowadzenie przez Prezesa NFZ postępowania w sprawie dotyczącej objęcia skarżącego ubezpieczeniem zdrowotnym.

Na podstawie powyższego apelujący wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku w pkt. I, poprzez zmianę decyzji organu z dnia 05 listopada 2018 r., nr decyzji: (...) - (...) poprzez uznanie, że ubezpieczony K. S. nie jest zobowiązany do zapłaty składek na ubezpieczenie zdrowotne w spornych okresach,
2. zasądzenie od organu rentowego na rzecz ubezpieczonego kosztów postępowania za obie instancje.

Uzasadnienie zarzutów apelacyjnych znajduje się na k. 76 do 78 akt niniejszej sprawy.

Organ rentowy w odpowiedzi na apelację wniósł o oddalenie apelacji w całości i zasądzenie od ubezpieczonego kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja, jako bezzasadna, podlegała oddaleniu.

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie wobec nie tylko braku uzasadnionych podstaw, ale nade wszystko w świetle motywów orzeczenia Sądu I instancji, w których w wyczerpujący i drobiazgowy sposób wskazano przyczyny, dla których zapadło zaskarżone orzeczenie, dokonując wszechstronnej oceny zebranego w sprawie materiału. Motywy te zasługują na aprobatę i jako takie uznane zostały przez Sąd Apelacyjny za własne. Stwierdzenie to jest konsekwencją nie tylko oceny samego środka odwoławczego, ale i oceny sprawy przez Sąd Apelacyjny. Zawarte w apelacji wywody były już prezentowane w postępowaniu pierwszoinstancyjnym, a Sąd Okręgowy celnie się do nich odniósł, co nie wymaga szerokiego powtarzania argumentacji.

Wobec postawienia przez apelującego zarzutu naruszenia art. 233 k.p.c. poprzez poczynienie przez Sąd I instancji dowolnej oceny materiału dowodowego i dokonanie ustaleń faktycznych sprzecznych ze zgromadzonym materiałem, a szczególnie ustalenie, że ubezpieczony jako (...) Sp. z o. o. w okresie od 14.01.2011r. do 31.05.2017 r. podlegał ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz, że był współnikiem jednoosobowej spółki z o.o., szczególnego wyjaśnienia wymagało zagadnienie tzw. „wspólnika dominującego”/”wspólnika większościowego” w spółce z o.o. Z poczynionych ustaleń wynika, że od dnia 11.04.2011 r. w spółce (...): 98% udziałów posiada ubezpieczony i 2 udziały S. S. (1) (siostra ubezpieczonego). Przy czym zasadne są argumenty apelacji, że ustalenie Sądu Okręgowego, iż S. S. (1) de facto nie wykazywała żadnej aktywności w bieżącym zarządzaniu spółką, nie powinno mieć wpływu na rozstrzygnięcie, a to z uwagi na fakt, iż wspólnik spółki z o.o. nie ma obowiązku świadczenia usług na rzecz spółki, ani współdziałania przy prowadzeniu jej spraw (art. 20 k.s.h., art. 159 k.s.h., art. 174 k.s.h.). Niezależnie od powyższego przypomnieć należało, iż z jednolitego i utrwalonego orzecznictwa wynika, że na użytek prawa ubezpieczeń społecznych wspólnika większościowego należy traktować jako jedynego wspólnika spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. Z perspektywy norm prawa ubezpieczeń społecznych, tego rodzaju spółkę należy traktować jako spółkę jednoosobową. Dzieje się tak, ponieważ przyjęcie literalnej wykładni art. 8 ust. 6 pkt 4 ustawy systemowej prowadziłoby do naruszenia zasady powszechności ubezpieczeń społecznych i konstytucyjnej gwarancji każdego obywatela do zabezpieczenia społecznego. Wypełnieniem zaś tych gwarancji jest objęcie ubezpieczeniami społecznymi wspólnika właśnie dominującego - traktowanego na użytek prawa ubezpieczeń społecznych, jako jedynego udziałowca (tak SA w Katowicach w wyroku z dnia 15.11.2018 r., III AUa 916/18, legalis nr 1880407 wraz z uzasadnieniem, por. też wyrok SN z dnia 3.08.2011 r , I UK 8/11, lex nr 458996).

Uwzględnieniu nie podlegał także i kolejny zarzut apelacji naruszenia art. 365 k.p.c. w zw. z art. 366 k.p.c. Z lektury uzasadnienia Sądu Okręgowego nie wynika bowiem, by Sąd I instancji wyrok Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 19.04.2017r. (sygn. akt VI U 646/16) traktował jako rozstrzygnięcie przesądzające w niniejszej sprawie. Rozważania wspomnianego Sądu stanowiły jedynie dodatkowe wsparcie argumentacji w zakresie rozważań dotyczących pozycji wspólnika dominującego w systemie ubezpieczeń społecznych.

Skarżący błędnie też przyjmuje jakoby organ uzurpował sobie prawo do ustalania prawa własności udziałów w spółce. Przypomnieć trzeba, że decyzja organu rentowego została wydana w oparciu o art. 83 ust. 1 pkt 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz art. 81 ust. 2 i art. 79 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych. Zgodnie z tymi unormowaniami Zakład Ubezpieczeń Społecznych posiada kompetencje do ustalania wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne i ich poboru. Zgodnie z art. 109 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpatruje indywidualne sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Do indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego zalicza się sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń. Jednakże według ust. 2, do wskazanych spraw nie należą sprawy z zakresu wymierzania i pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne, gdyż one należą do właściwości organów ubezpieczeń społecznych. Z art. 68 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wynika zaś, że do zakresu działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należy między innymi wymierzanie i pobieranie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych (pkt 1 lit. c). W niniejszej sprawie ZUS procedował na podstawie ww. przepisów i w żadnym zakresie nie przekroczył swych uprawnień. W spornej decyzji ustalił jedynie zobowiązanie ubezpieczonego do opłacenia składki. Jednocześnie upada i kolejny argument apelacji jakoby kompetencja ta należała do Prezesa NFZ, nie zaś do ZUS. Wyjaśnić trzeba, że o ile do kompetencji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych nie należą sprawy dotyczące samego objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, o tyle Zakład Ubezpieczeń Społecznych może wydawać decyzje dotyczące wymierzania, pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne i powadzenia rozliczeń z płatnikami składek. Decyzje te mogą być zaskarżane zgodnie z art. 83 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 9 października 2012 r., III AUa 563/12, Legalis nr 607805; wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 21 marca 2013 r., III AUa 1288/12, Legalis nr 734028; wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w W. z dnia 9 listopada 2009 r., (...) SA/Wa (...), Legalis nr 313991). Należy również zwrócić uwagę, że sam obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uznał ubezpieczony składając deklaracje na ubezpieczenie zdrowotne za sporne okresy, jedynie wysokość składki zadeklarował na o zł. Apelacja w tej części nie jest zasadna, ponieważ w istocie ubezpieczony stawiając zarzut naruszenia art. 109 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zmierza do zmiany przedmiotu sporu. Jak wskazano wyżej sam obowiązek podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu przyznał ubezpieczony, zaś przedmiotem sporu był obowiązek opłacenia składek zdrowotnych. W toku postępowania tak przed organem, jak i przed Sądem Okręgowym ubezpieczony usiłował zwolnić się z tego obowiązku.

Wspomnianego zwolnienia skarżący upatruje w treści art. 82 ust. 8 ww. ustawy, zgodnie z którym 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, lub tytułu, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1a, w przypadku gdy osoba ta:

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

W sytuacji zatem gdy powstanie zbieg tytułów, to obowiązek odprowadzenia składki na ubezpieczenie zdrowotne zaistnieje z chwilą, gdy z obu tytułów zostanie osiągnięty przychód. Słuszny jest też wniosek, że w sytuacji, gdy osoba zarejestruje działalność gospodarczą, lecz nie osiągnie z jej tytułu przychodu, obowiązek zapłaty składki nie powstanie. Bezsporne pozostawało, że ubezpieczony w spornym okresie pobierał rentę rodzinną po zmarłej żonie w wysokości niższej niż kwota minimalnego wynagrodzenia. Sporna zaś pozostawała wysokość przychodu osiąganego z tytułu pozostawania wspólnikiem spółki z o. o.

Apelujący forsuje wersję jakoby przychód spółki z o. o. nie stanowił przychodu wspólnika. Przy czym apelujący operuje wyłącznie pojęciem „przychód”, pomija zaś należące do zakresu rachunkowości pojęcia „przychód” i „dochód” oraz fakt, że mają one różny zakres znaczeniowy. Dochód stanowi przychód pomniejszony o koszty jego uzyskania. W art. 82 ust. 8 mamy do czynienia z pojęciem „przychodu”. Na gruncie ustawy o świadczeniach zdrowotnych nawet gdyby w danym roku rozliczeniowym ubezpieczony nie osiągnął dochodu, a prowadzona przez niego działalność gospodarcza wygenerowała stratę, nie oznaczałoby, iż przychód, o którym mowa w art. 82 ust. 8 ww. ustawy, nie przekracza miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury. Utożsamianie pojęcia „dochód” z pojęciem „przychodu”,

nie jest uprawnione (tak Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 10 lipca 2013 r. III AUa 10/13 publ. L.). Tym bardziej, że twierdzenie wnioskodawcy, iż nie uzyskiwał on z prowadzonej działalności gospodarczej żadnego przychodu wcale nie wynika ze złożonych w toku postępowania apelacyjnego dokumentów. Zgodnie z pismami Naczelnika Urzędu Skarbowego w G. przychód za rok 2011 (z tytułu udziału w spółce cywilnej) wyniósł 88.106, 06 zł, zaś za lata prowadzenia sp. z o. o. wynosił za rok 2012 1.436.810, 47 zł, za rok 2013 1.729.488,16 zł, za rok 2014 2.044.324, 43 zł, za rok 2015 2.270.673, 52 zł, za rok 2016 2.282.530, 54 zł, za rok 2017 2.401.520, 04 zł.

Zatem w każdym z przypadków przychód został przekroczony o graniczną kwotę, innymi słowy osiągnięty z prowadzonej działalności gospodarczej przychód wnioskodawcy znacznie odbiegał i zdecydowanie przekraczał miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury (art. 82 ust. 8 pkt 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych). Z akt sprawy wynika jednoznacznie i nie budzi żadnych wątpliwości, że z działalności wnioskodawca osiągał znaczne przychody. Zgadza się zatem z poglądami wyrażonymi m.in. w wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 7 lipca 2009 r. (III AUa 281/09), iż ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, uzależnia powstanie obowiązku opłacenia składek na ubezpieczenie zdrowotne od uzyskania „przychodu” należało - wobec osiągnięcia wskazanego przychodu przez wnioskodawcę – uznać apelację ubezpieczonego za niezasadną.

Powyższe sprawia, że zarzuty apelacji nie są słuszne. Rozstrzygnięcie Sądu I instancji jest prawidłowe, zatem Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. apelację ubezpieczonego oddalił.

O kosztach zastępstwa procesowego orzeczono na podstawie art. 108 § 1 k.p.c., zgodnie z wyrażoną w art. 98 § 1 k.p.c. zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania. Wysokość kosztów zastępstwa procesowego należnych organowi rentowemu ustalono na podstawie § 2 pkt 5 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2018.265 j.t.).

Anna Polak Barbara Białecka Gabriela Horodnicka – Stelmaszczuk