

Sygn. akt III AUa 823/13

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 stycznia 2014 r.

Sąd Apelacyjny - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Gdańsku

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Jerzy Andrzejewski
Sędziowie:	SSA Iwona Krzeczowska - Lasoń SSO del. Lucyna Ramlo (spr.)
Protokolant:	sekr.sądowy Wioletta Błach

po rozpoznaniu w dniu 29 stycznia 2014 r. w Gdańsku

sprawy T. D.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o określenie wysokości składek

na skutek apelacji T. D.

od wyroku Sądu Okręgowego w Bydgoszczy VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 20 lutego 2013 r., sygn. akt VI U 47/12

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

**III AUa 823/13**

## UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 20 lutego 2013r. Sąd Okręgowy w Bydgoszczy Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił w pkt 1 decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. z dnia 9 listopada 2011r. i określił wysokość należności T. D. z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne za okres od października 2001r. do kwietnia 2011r. na kwotę 19.905,41 zł pozostawiając organowi rentowemu obliczenie należnych odsetek, natomiast w pkt 2 oddalił odwołanie w pozostałej części, w pkt 3 zniósł wzajemnie koszty postępowania.

Sąd Okręgowy odnotował treść decyzji organu rentowego i powołał stanowiska stron zawarte w pismach procesowych wskazując, że:

Decyzją z dnia 9 listopada 2011r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział

w B. ustalił dla T. D. należność z tytułu składek za okres od 10/2001 r. do 07/2011 r. w wysokości 20.635,58 z oraz odsetki

w kwocie 11.131,00 zł. W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, że zgodnie z art. 48 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych jeżeli płatnik składek nie złoży w terminie deklaracji rozliczeniowej, nie będąc z tego obowiązku zwolniony, Zakład dokonuje wymiaru składek z urzędu w wysokości wynikającej z ostatnio złożonej deklaracji rozliczeniowej, bez uwzględnienia wypłaconych zasiłków oraz zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych, zawiadamiając o tym płatnika. Wymiaru dokonano na podstawie decyzji (...) Narodowego Funduszu Zdrowia NR (...) stwierdzającej, że ubezpieczony podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej od

1 czerwca 1999 r. do nadal. Z uwagi na to, że ubezpieczony nie dokonał wyrejestrowania należy przyjąć, że jest zobowiązany do opłacenia należnych składek i składania deklaracji rozliczeniowych, W związku z dokonaniem wymiarem składek oraz brakiem wpłat na koncie.

Odwołanie od powyższej decyzji złożył ubezpieczony wnosząc o jej zmianę. W uzasadnieniu odwołania pełnomocnik ubezpieczonego wskazał, że decyzja organu rentowego wydana została wyłącznie w oparciu o decyzję Narodowego Funduszu Zdrowia bez uprzedniego zbadania istotnych

w sprawie faktów. W okresie czasu, którego dotyczy przedmiotowa decyzja ubezpieczony nie prowadził działalności gospodarczej i z tego tytułu nie osiągał żadnych dochodów. Okoliczność tę potwierdzają roczne zeznania podatkowe PIT -37. Za okresy, w których działalność była przez ubezpieczonego prowadzona składał on w Urzędzie Skarbowym stosowne

zeznania podatkowe, ale dotyczą one lat 1994 i 1995. Nadto ubezpieczony

w okresie od 1 lipca 2007 r. do 31 grudnia 2010 r. pozostawał w zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę, a od dnia 15 maja 2000 roku jest uprawniony do emerytury. Okoliczność, że za okres wskazana w decyzji ubezpieczony nie dokonał formalnego wyrejestrowania działalności gospodarczej mimo, że w istocie jej nie prowadził nie powinna prowadzić do takich poważnych konsekwencji jak obciążanie go składkami na ubezpieczenie zdrowotne. Aktualna sytuacja ubezpieczonego jest z uwagi przede wszystkim na stan zdrowia bardzo ciężka nie pozwala na pokrycie wskazanej należności.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł

o jego oddalenie przytaczając argumentację zawartą w zaskarżonej decyzji. Nadto Zakład podniósł, że decyzja (...) Narodowego Funduszu Zdrowia NR (...)

z dnia 11 kwietnia 2011 r. wydana w oparciu o art. 109 ust. 1 i 3, art. 66 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164 póź. 1027 ze zm.) jest ostateczna. Zgodnie z art. 68 ust. 1 pkt. c do zakresu działania zakładu należy m.in. wymierzanie i pobieranie składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenia zdrowotne. Sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym nie należą do kompetencji Zakładu, dom którego zgodnie z art. 109 ust. 1 ustawy o świadczeniach z opieki zdrowotnej uprawniony jest dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ. Jednakże w kompetencji Zakładu jest wymierzanie i pobieranie składek.

W piśmie procesowym z dnia 15 czerwca 2012 r. i następnie 27 czerwca 2012 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych poinformował, że konto płatnika T. D. do dnia 11 kwietnia 2011 r., tj. dnia wydania decyzji przez dyrektora NFZ oraz do dnia 26 kwietnia 2011 r. w tj. dnia wykreślenia z ewidencji działalności gospodarczej wykazuje zaległość na Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego w łącznej kwocie 19.905,41 zł. za okres od 10/2001 do 04//2011 oraz odsetki wyliczone an dzień 6 czerwca 2012 r.

w kwocie 12.708,00 zł. Składka za miesiąc kwiecień 2011 nie jest podzielna.

W piśmie z dnia 8 października 2012 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych poinformował, że w sprawie z wniosku ubezpieczonego z dnia 18 lipca 2012 r. o umorzenie należności składkowych postanowieniem

z dnia 27 sierpnia 2012 r. postępowanie zostało zawieszono do czasu prawomocnego rozstrzygnięcia w przedmiocie odwołania od decyzji z dnia

9 listopada 2011 r.

Pełnomocnik powoda w piśmie z dnia 12 grudnia 2012 r. podniósł, iż skoro organem właściwym w przedmiocie umorzenia należności jest organ rentowy, wniosek o umorzenie tychże należności winien zostać rozstrzygnięty w postępowaniu sądowym.

Pomijając ustalenie stanu faktycznego Sąd Okręgowy przeszedł do rozważań prawnych.

Przystępując do rozważań dotyczących zasadności odwołania w ocenie Sądu I instancji przede wszystkim należało wskazać, iż zakres kognicji Sądu wyznaczała w niniejszej sprawie decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 9 listopada 2011 r. Nr (...) - (...). Nie mogła zatem podlegać merytorycznej ocenie decyzja Dyrektora (...) Narodowego Funduszu Zdrowia NR (...) z dnia 11 kwietnia 2011 r., która jest decyzją ostateczną i jako taka była wiążąca dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W niniejszym postępowaniu, wbrew żądaniu zawartemu w odwołaniu, nie było więc możliwe badanie materialnych podstaw decyzji organu rentowego albowiem zarzuty materialno - prawne zawarte w odwołaniu dotyczyły

w istocie decyzji Dyrektora (...) Narodowego Funduszu Zdrowia. Ta zaś decyzja jak już wyżej odnotowano jest decyzją ostateczną. Tym samym w niniejszym postępowaniu kontroli podlegała wyłącznie decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia

9 listopada 2011 r. i tylko w zakresie w jakim decyzja ta ustalała wysokość należności z tytułu nieopłaconych składek. Zakres rozstrzygania Sądu jest bowiem determinowany zakresem kompetencji organu rentowego, ten zaś wyznaczony został art. 109 ustawy z dnia 27 lipca 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164 póź. 1027 ze zm.). Potwierdzeniem powyższego jest stanowisko wyrażone w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie dnia 21 sierpnia 2012 r. (sygn. akt II GSK 781/11) zgodnie z którym decyzja, o której stanowi art. 38 ust. 1 u.s.u.s., wydawana jest przez ZUS i dotyczy ona wymierzania, pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne i prowadzenia rozliczeń z płatnikiem składek. Oznacza to, że decyzja ta, zgodnie z art. 83 ust. 2 tej ustawy, może być zaskarżana tylko w zakresie wymierzania i pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne. Do kompetencji ZUS nie należą bowiem sprawy dotyczące samego objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Skoro więc art. 109 ust. 1 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma charakter przepisu kompetencyjnego, regulującego kwestie uprawnień dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ do wydawania decyzji w sprawach w nim wymienionych, zaś przepisy art. 109 ust. 5 i art. 110 powołanej ustawy określają tryb odwoławczy od takich decyzji, to niewątpliwie decyzja dyrektora oddziału NFZ jest decyzją ostateczną

w rozumieniu art. 16 k.p.a zgodnie z którym decyzje, od których nie służy odwołanie w administracyjnym toku instancji są ostateczne. Uchylenie lub zmiana takich decyzji, stwierdzenie ich nieważności oraz wznowienie postępowania może nastąpić tylko w przypadkach przewidzianych w kodeksie lub ustawach szczególnych. Tym samym decyzja dyrektora oddziału NFZ jako wiążąca dla organu rentowego stanowiła podstawę wydania decyzji określającej wysokość należności za okres od 10/2001. Wyłącznym kryterium oceny przez Sąd była zatem zgodność decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 9 listopada 2011 r. z decyzją Dyrektora K. - (...) Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia NR (...) z dnia 11 kwietnia 2011 r.

W powyższym zakresie Sąd zważył, iż skoro decyzja dyrektora oddziału NFZ wydana została w dniu 11 kwietnia 2011 r. i stwierdzała podleganie ubezpieczonego T. D. obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego

z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej w okresie od

1 stycznia 1999 r. do nadal, to decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 9 listopada 2011 r. określająca wysokość należności nie mogła obejmować okresu dłuższego, aniżeli do dnia wydania decyzji przez dyrektora oddziału NFZ, czyli do dnia 11 kwietnia 2011 r. tymczasem decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określała należność z tytułu składek za okres od 10/2001 do 07/2011.

Mając powyższe na względzie, jak też fakt, że składka za miesiąc kwiecień 2011 r. jest niepodzielna, Sąd stwierdził, iż możliwe było objęcie decyzją organu rentowego wyłącznie okresu od października 2001 r. do kwietnia 2011 r. Należność główna za ten okres wynosiła 19 905,41 zł.

W tej sytuacji należało na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c. we wskazanym zakresie uwzględnić odwołanie, co znalazło swoje odzwierciedlenie w pkt. I wyroku, w którym zmieniono zaskarżoną decyzję ZUS poprzez stwierdzenie, że należność z tytułu składek za okres od października 2001 r. do kwietnia 2011 r. wynosi kwotę 19905,41 zł., pozostawiając organowi rentowemu obliczenie wysokości należnych odsetek.

W pozostałym zakresie, z przyczyn opisanych wyżej, w punkcie 2 wyroku odwołanie należało oddalić w oparciu o treść art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c.

Rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów wydano w oparciu o treść art. 100 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wniósł ubezpieczony, zaskarżając jego punkt drugi i trzeci. Wyrokowi zarzucił naruszenie prawa materialnego tj. art. 68 ust. 1 pkt. 1 lit. c) ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w zw. z art. 82 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przez uznanie zasadności wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku braku osiągnięcia przychodu z tytułu działalności gospodarczej oraz uznanie, iż fakt stwierdzenia podlegania ubezpieczeniu odrębną decyzją przesądza o obowiązku uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne, z pominięciem okoliczności braku osiągnięcia przychodu.

Powołując się na powyższe wniósł o zmianę punktu drugiego wyroku poprzez ustalenie, iż wymiar składki na ubezpieczenie zdrowotne z tytułu działalności gospodarczej T. D. wynosi 0 zł oraz, że ubezpieczony nie ma obowiązku uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne za okres od października 2001 r. – kwietnia 2011r. Nadto, skarżący wniósł o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego wraz z kosztami zastępstwa procesowego.

W uzasadnieniu apelujący kwestionował obowiązek podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu w spornym okresie. Podnosił, że w toku postępowania przez Sądem I instancji zostało wykazane, że w latach 2001-2011 ubezpieczony nie prowadził działalności gospodarczej i nie osiągał z tego tytułu żadnych przychodów. Natomiast obowiązek opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, powstaje wyłącznie w momencie osiągnięcia przychodu z prowadzonej działalności.

Podczas rozprawy apelacyjnej pełnomocnik ubezpieczonego oświadczył, że skarży wyrok Sądu Okręgowego w całości.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie złożył odpowiedzi na apelację.

### **Sąd Apelacyjny – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych**

#### **zważył, co następuje:**

Apelacja ubezpieczonego jest zasadna i zasługiwała na uwzględnienie w sposób skutkujący uchYLENIEM zaskarżonego wyroku.

Sąd Okręgowy uznał, że stan faktyczny konieczny dla rozstrzygnięcia sprawy wynikał z zaprezentowanych przez strony stanowisk procesowych, a przynajmniej nie dał wyrazu czynienia jakichkolwiek ustaleń faktycznych w pisemnym uzasadnieniu wyroku. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, powołując się na ostateczną decyzję NFZ (...) Oddziału Wojewódzkiego w B., decyzją

z dnia 9 listopada 2011 r. dokonał wymiaru należności z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne za okres od października 2001 r. do kwietnia 2011 r.

w kwocie 20.635,58 zł wraz z odsetkami za zwłokę. Ubezpieczony przyznał, iż rzeczywiście nie uiszczał składek we wskazanym okresie, jednakże kwestionował sam obowiązek ich uiszczania powołując się na fakt, że nie uzyskiwał w tym czasie przychodu.

Istota sporu w przedmiotowej sprawie sprowadzała się zatem do ustalenia, czy ubezpieczony był zobowiązany do zapłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne od października 2001 r. do lipca 2011 r. a na etapie postępowania apelacyjnego do kwietnia 2011r. Argumentacja zaprezentowana w apelacji sprowadzała się w zasadzie do podważenia

decyzji Dyrektora NFZ (...) w B. w przedmiocie podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz do kwestionowania zasadności pominięcia braku osiągnięcia przychodu z działalności pozarolniczej, co skutkowało wadliwym rozstrzygnięciem.

Odnosząc się do pierwszego zarzutu stwierdzić należy, iż Sąd I instancji trafnie wskazał, że do kompetencji organu rentowego nie należą sprawy dotyczące samego objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. (por. wyrok NSA w Warszawie z dnia 21 sierpnia 2012 r. II GSK 781/11, Biul. SAKa 2012/1/33-34). W obowiązującym aktualnie stanie prawnym rozpatrywanie indywidualnych spraw w zakresie podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu należy do właściwości dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie bowiem z art. 109 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jedn. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu 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 (ust. 1). Do spraw, o których mowa w ust. 1, nie należą sprawy z zakresu wymierzania i pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne należące do właściwości organów ubezpieczeń społecznych (ust. 2). Od decyzji wydanej w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wnosi się do Prezesa Funduszu (ust 5). Przy czym wniosek

o rozpatrzenie sprawy, o której mowa w ust. 1, zgłasza ubezpieczony,

a w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wniosek może zgłosić

w szczególności, min. Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ust 3). Cytowana ustawa wprowadziła również zasadę, że od decyzji Prezesa Funduszu

w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje skarga do sądu administracyjnego (art. 11 cyt. ustawy).

Analiza przytoczonych przepisów wskazuje, że w zakresie regulacji dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego istnieje swoisty dualizm, przejawiający się w tym, iż jeden organ decyduje o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym (obecnie dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ) z prawem kontroli odwoławczej, wykonywanej obecnie przez sąd administracyjny, zaś z drugiej strony realizacją przydzielonych zadań dotyczących kontroli i poboru składek na ubezpieczenie zdrowotne zajmuje się Zakład Ubezpieczeń Społecznych, co

z kolei wiąże się z wydawaniem decyzji i prawem ich kontroli przez sąd ubezpieczeń społecznych (art. 83 ustawy z dnia 13 października 1998 r.

o systemie ubezpieczeń społecznych). Najpierw bowiem w odrębnym postępowaniu, prowadzonym przed dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ, rozstrzygana jest kwestia podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu, a 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 z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jedn.: Dz. U.

2009 r. Nr 205, poz. 1585 z późn. Zm.) decyzji wymierzającej należną składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

Wobec takiego rozwiązania, należy 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 jakiegokolwiek 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 .

Należy w tym miejscu zaznaczyć należy, 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 sady powszechne przy rozpatrywaniu spraw( wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2012r., II BU 2/12, sejsmometr.pl ).

W niniejszej sprawie w dacie wydania zaskarżonej decyzji jak i wyroku Sądu I instancji, istniała prawomocna decyzja NFZ z dnia 11 kwietnia 2011 r., obejmująca T. D. ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej za okres: od 1 stycznia 1999 do dnia wydania decyzji, uznać jednak należy, że brak jest podstaw do uznania, że sąd powszechny nie był uprawniony do badania okoliczności faktycznego niewykonywania działalności. Z całą pewnością Sąd Okręgowy 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 I 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.

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. 1997 r., Nr 28, poz. 153 z zm.) obowiązującej do 1 kwietnia 2004 r., w okresie objętym sporem czyli od października 2001r.

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 1 października 2004 r. ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. 2003 r., 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 (j.t. Dz. U. 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z zm.) stanowi w art. 82 ust. 1, że w przypadku gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego o którym mowa w art. 66 ust. 1 (czyli także z tytułu prowadzenia działalności pozarolniczej i emerytury) , składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana od każdego z uzyskanych przychodów odrębnie.

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 2009r., III AUa 281/09 Biul. SA Sz 2011/1/144-151 ). Odmienne kształtuje się obowiązek opłacenia składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku, gdy prowadzenie działalności pozarolniczej jest jedynym tytułem do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, osiągnięcie przychodu w takiej sytuacji jest dla opłacania składki zdrowotnej nieistotne. Ustawa 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 (D.E. Lach Zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej Wolter Kluwer str. 295).

Ubezpieczony konsekwentnie podnosił przed Sądem Okręgowym, iż w spornym okresie nie prowadził działalności pozarolniczej i nie uzyskiwał z tego tytułu jakichkolwiek przychodów, a jednocześnie posiadał inny tytuł ubezpieczenia zdrowotnego , albowiem pobierał emeryturę. Sąd Okręgowy twierdzeń tych nie zweryfikował .

Sąd Apelacyjny uznał, że skoro Sąd Okręgowy nie dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych i nie rozważył obowiązujących przepisów prawa, nie odnosząc się w jakikolwiek sposób do przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, to niewątpliwie można mówić o nierozpoznanie przez ten Sąd istoty sprawy (orzecz. Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 1998r. III CKN 411/97 i z dnia 16 lipca 1998r., I CKN 804/97 nipubl. ). Nierozpoznanie istoty sprawy przez sąd pierwszej instancji stanowi zaś przeszkodę do wydania przez sąd odwoławczy orzeczenia reformatoryjnego .

Skoro zatem Sąd pierwszej instancji zaniechał zbadania materialnej podstawy będącej przedmiotem postępowania, to powinnością Sądu Apelacyjnego było uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania. Zaniechanie tego obowiązku w oczywisty sposób mogło istotnie wpłynąć na wynik sprawy poprzez pozbawienie skarżącego postępowania dwuinstancyjnego oraz brak dokonania ustaleń i oceny prawnej w zakresie zasadniczej dla wyniku sprawy kwestii .

Przy ponownym rozpoznaniu sprawy konieczne będzie dokonanie ustaleń faktycznych na podstawie dowodów zaoferowanych przez strony na okoliczność uzyskiwania przychodów z prowadzenia działalności pozarolniczej, zbiegu tytułów ubezpieczenia zdrowotnego i przełożenia ustaleń na obowiązujący w spornym okresie stan prawny.

Z powyższych względów na podstawie art. 386 § 4 k.p.c. i art. 108 § 2 k.p.c. orzeczono jak w sentencji wyroku.