

Sygn. akt III AUa 563/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 października 2012 r.

Sąd Apelacyjny - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w G.

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Maciej Piankowski (spr.)
Sędziowie:	SSA Jerzy Andrzejewski SSA Magdalena Budzyńska – Górecka
Protokolant:	Agnieszka Skwirowska- Schoeneck

po rozpoznaniu w dniu 9 października 2012 r. w Gdańsku

sprawy J. G. (1)

z udziałem zainteresowanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) w B.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T.

o składki na ubezpieczenie zdrowotne

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T.

od wyroku Sądu Okręgowego w Toruniu – IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w T.

z dnia 1 grudnia 2011 r., sygn. akt IV U 1694/11

zmienia zaskarżony wyrok i oddala odwołanie.

Sygn. akt III AUa 563/12

UZASADNIENIE

Ubezpieczony J. G. (2) odwołał się od decyzji pozwanego organu rentowego - Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. z dnia 01.06.2011 r., którą wymierzono mu – jako osobie prowadzącej działalność gospodarczą – składki na ubezpieczenie zdrowotne za okres od stycznia 1999 r. do grudnia 2000 r. w kwocie 1.806,22 zł i stwierdzono, że ubezpieczony jest zobowiązany do zapłaty składek na ubezpieczenie zdrowotne za okres od października 2000 r. do grudnia 2000 r. w kwocie 254,04 zł plus należne odsetki za zwłokę, które na dzień wydania decyzji wynoszą 437 zł. Zaznaczono jednocześnie, że okres dochodzenia należności z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego od 01.01.1999 r. do 30.09.2000 r. na dzień wydania decyzji uległ przedawnieniu.

W uzasadnieniu decyzji podano, że ubezpieczony w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą, nie dopełnił obowiązku przesyłania deklaracji rozliczeniowych i imiennych raportów miesięcznych oraz rozliczania i opłacania

składek na ubezpieczenia za każdy miesiąc wykonywania działalności gospodarczej w wyznaczonym ustawowo terminie. Ponadto ubezpieczony nie złożył deklaracji rozliczeniowej korygującej zawierającej wszystkie prawidłowe dane (art. 46 i 47 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Organ rentowy w dniu 17.06.2010 r. zwrócił się do Narodowego Funduszu Zdrowia o ustalenie obowiązku podlegania przez ubezpieczonego ubezpieczeniu zdrowotnemu w okresie od 01.01.1999 r. do 31.12.2000 r., który to organ w dniu 05.01.2011 r. wydał prawomocną decyzję o podleganiu przez ubezpieczonego obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu prowadzenia działalności w tym okresie. Ponadto organ rentowy wskazał, że zgodnie z art. 33 ust. 2 ustawy z dnia 23.01.2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ, należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat, licząc od dnia w którym składka stała się wymagalna. Nowelizacja tej ustawy wprowadziła od 01.07.2004 r. zasadę, zgodnie z którą powyższe należności ulegają przedawnieniu na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.

Kwestionując powyższą decyzję ubezpieczony domagał się jej zmiany w części dotyczącej zapłaty składek na ubezpieczenie zdrowotne za miesiące od października 2000 r. do grudnia 2000 r. w kwocie 254,04 zł i ustalenia, że nie ma on obowiązku ich zapłaty.

Uzasadniając odwołanie ubezpieczony podał, że już w dniu 14.10.1997 r. pozwany wydał decyzję o zwolnieniu go z płacenia składek ubezpieczeniowych w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą. Zdaniem ubezpieczonego w 1999 r. i w latach następnych organ rentowy miał wiedzę o tym, że prowadzi on działalność gospodarczą. Pozwany nie wyjaśnił też kwestii przedawnienia okresu dochodzenia należności. Zdaniem ubezpieczonego składki za okres od stycznia do maja 2004 r. uległy przedawnieniu po upływie 5 lat. Ponadto w zaskarżonej decyzji brakuje uzasadnienia faktycznego i prawnego w zakresie przedawnienia składek od 01.01.1999 r. do 30.09.2000 r.

Pozwany organ rentowy wniósł o odrzucenie odwołania w trybie art. 477⁹ § 3 k.p.c. oraz o oddalenie odwołania w razie nieuwzględnienia wniosku o jego odrzucenie.

Pozwany wskazał, że decyzja została ubezpieczonemu doręczona w dniu 16.06.2011 r., zaś odwołanie wpłynęło do organu rentowego w dniu 21.07.2011 r. Odnosząc się merytorycznie do odwołania pozwany przytoczył argumentację analogiczną jak w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Sąd Okręgowy wezwał do udziału w sprawie zainteresowanego - Narodowy Fundusz Zdrowia (...) w B..

Zainteresowany wniósł o oddalenie odwołania i wskazał, iż kwestia podlegania przez wnioskodawcę ubezpieczeniu zdrowotnemu za okres od stycznia 1999 r. do grudnia 2000 r. rozstała rozstrzygnięta jego decyzją z dnia 05.01.2011 r., która jest prawomocna i wiąże strony.

W piśmie procesowym z dnia 28.09.2011 r. ubezpieczony wskazał, że skarżoną decyzję odebrał w dniu 17.06.2011 r., co potwierdza widniejąca na kopercie pieczętka powtórnego awiza z tego dnia, zaś odwołanie złożył 18.07.2011 r. albowiem 17.07.2011 r. była to niedziela i termin uległ przesunięciu stosownie do art. 115 k.c. Nie przekroczył zatem ustawowego terminu do wniesienia odwołania, a w przypadku odmiennej oceny Sądu ubezpieczony wniósł o nieodrżucenie odwołania albowiem ewentualne przekroczenie nie było nadmierne. Ubezpieczony zwrócił uwagę, że decyzja zainteresowanego z dnia 05.01.2011 r. została mu doręczona w dniu 21.01.2011 r. Nie mogła zatem, jak twierdzi pozwany, stać się prawomocna w dniu 12.01.2011 r.

W piśmie procesowym z dnia 20.10.2011 r. organ rentowy wskazał, że bieg 10-letniego terminu przedawnienia należności składkowych ulega - zgodnie z art. 24 ust. 5e ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych - zawieszeniu, jeżeli wydanie decyzji uzależnione jest od rozstrzygnięcia zagadnienia wstępnego przez inny organ lub sąd. W niniejszym przypadku bieg ten uległ zawieszeniu w związku ze zwróceniem się przez ZUS w dniu 17.06.2010 r. do NFZ o określenie obowiązku podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu przez ubezpieczonego, który przeprowadził na tą okoliczność trwające 209 dni postępowanie zakończone uprawomocnieniem się decyzji z dnia 05.01.2010 r. Okres tego postępowania przedłuża okres przedawnienia. Organ rentowy zwrócił również uwagę, że nowelizacja ustawy z dnia 05.07.2011 r. rozszerzyła katalog podstaw zawieszenia m.in. o sytuację wydania przez ZUS decyzji określającej

zadłużenie, która powoduje zawieszenie biegu przedawnienia od dnia wszczęcia postępowania do dnia, w którym decyzja stała się prawomocna. Tym samym bieg 10-letniego terminu przedawnienia został również przerwany przez niniejsze postępowanie.

W piśmie procesowym z dnia 26.10.2011 r. ubezpieczony podał, że przepis art. 24 ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych dla określenia katalogu wyjątków od 10-letniego biegu terminu przedawnienia odsyła do art. 24 ust. 5-5d, nie zaś powoływanego przez organ rentowy art. 24 ust. 5e. Ten oraz inne przepisy ustawy zmieniającej nie znajdują zastosowanie w niniejszej sprawie, co wprost wynika z jej art. 5 ust. 1 i 2. Ubezpieczony zgodził się, że kwestia w jakiej organ rentowy zwrócił się do NFZ posiadała cechy „zagadnienia wstępnego”, niemniej wobec nie dopełnienia przez organ rentowy procedury zawieszenia postępowania - art. 100 § 1 k.p.a. w zw. z art. 97 § 1 pkt. 4 k.p.a. - do zawieszenia takiego w rzeczywistości nie doszło, a więc powoływanie się na nie dla celów niniejszego postępowania nie można uznać za skuteczne.

Wyrokiem z dnia 01.12.2011 r. Sąd Okręgowy Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Toruniu zmienił zaskarżoną decyzję i stwierdził, że ubezpieczony nie jest zobowiązany do zapłaty składek na ubezpieczenie zdrowotne za okres od października 2000 r. do grudnia 2000 r. w kwocie 254,04 zł plus należne odsetki za zwłokę, które na dzień wydania decyzji wynoszą 437 zł.

Powyższe rozstrzygnięcie Sąd Okręgowy oparł na następujących ustaleniach i rozważaniach.

Ubezpieczony od 25.08.1997 r. prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą pod firmą Zakład (...) w C.. Jednocześnie m.in. w okresie od 01.01.1999 r. do 28.02.2002 r. ubezpieczony pozostawał w stosunku pracy z (...) S.A. w C. i z tego tytułu był zgłoszony do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego.

Ubezpieczony z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej do ubezpieczenia zdrowotnego zgłosił się pierwszorazowo od 01.01.1999 r. Od 01.01.1999 r. do 31.12.2000 r. nie był zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego, nie składał deklaracji rozliczeniowych ani nie opłacał składek na przedmiotowe ubezpieczenie.

Pismem z dnia 17.06.2010 r. pozwany zwrócił się do (...) Narodowego Funduszu Zdrowia Oddział w B. celem ustalenia obowiązku podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu w okresie od 01.01.1999 r. do 31.12.2000 r. przez ubezpieczonego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

Zainteresowany wszczął postępowanie wyjaśniające, o którym poinformowano ubezpieczonego (pismo z dnia 06.07.2010 r. odebrane osobiście przez ubezpieczonego w dniu 12.07.2010 r.), w efekcie którego wydał w dniu 05.01.2011 r. decyzję stwierdzającą, że ubezpieczony w okresie od dnia 01.01.1999 r. do dnia 31.12.2000 r. podlegał obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

Decyzja doręczona ubezpieczonemu w dniu 21.01.2011 r. nie została przez niego zaskarżona i stała się prawomocna z dniem 28.01.2011 r.

Mając na uwadze powyższą decyzję pozwany wydał w dniu 01.06.2011 r. zaskarżoną decyzję wymierzając ubezpieczonemu jako osobie prowadzącej działalność gospodarczą składki na ubezpieczenie zdrowotne za okres od stycznia 1999 r. do grudnia 2000 r. w kwocie 1.806,22 zł i stwierdzając, że jest on zobowiązany do zapłaty składek na ubezpieczenie zdrowotne za okres od października 2000 r. do grudnia 2000 r. w łącznej kwocie 254,04 zł plus należne odsetki za zwłokę, które na dzień wydania decyzji wynoszą 437 zł. Okres dochodzenia należności za okres od 01/1999 do 09/2000 organ rentowy uznał za przedawniony.

Decyzja została przez ubezpieczonego odebrana w dniu 16.06.2011 r.

Sąd Okręgowy zważył, że stan faktyczny został ustalony w oparciu o okoliczności bezsporne oraz dokumenty znajdujące się w załączonych aktach organu rentowego, którym Sąd ten przyznał walor wiarygodności. Nie wzbudziły

one zastrzeżeń Sądu Okręgowego, a i strony nie kwestionowały ich autentyczności oraz prawdziwości zawartych w nich informacji.

Sąd Okręgowy stwierdził, że dla ustalenia tego stanu nieprzydatne okazały się zeznania ubezpieczonego, który w zakresie meritum sprawy, wskazując na niepamięć, odwołał się wyłącznie do informacji przekazanych już w pismach procesowych. Za niewiarygodne uznano natomiast twierdzenia ubezpieczonego na okoliczność daty otrzymania zaskarżonej decyzji. Przedstawiona na tą okoliczność kserokopia koperty z adnotacją o powtórnym awizo w dniu 17.06.2011 r. była dla ustaleń tych niewystarczająca, jako jednocześnie nieprzedstawiająca przodu koperty, a tym samym możliwości ustalenia, że chodzi właśnie o ten a nie inny list polecony i czy w ogóle jest to list adresowany do ubezpieczonego. Pozwany przedstawił natomiast oryginał zwrotnego poświadczenia odbioru decyzji z wyraźną datą jej odebrania 16.06.2011 r. (w aktach rentowych). Uwaga ta miała jednak jedynie znaczenie porządkujące niniejsze rozważania albowiem ostatecznie Sąd Okręgowy przyjął odwołanie do merytorycznego rozpoznania uznając, że zaszyły przesłanki do tego uprawniające w świetle art. 477⁹ § 3 k.p.c.

Sąd Okręgowy ustalił, że ubezpieczony prowadzący od 1997 r. zarejestrowaną pozarolniczą działalność gospodarczą i pozostający jednocześnie w stosunku pracy w okresie m.in. od 01.01.1999 r. do 31.12.2000 r. nie opłacał za ten okres składek na ubezpieczenia zdrowotne z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej.

Przechodząc rozważań prawnych Sąd Okręgowy wskazał, że obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne w omawianym okresie został ukształtowany ustawą z dnia 06.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. nr 28, poz. 153 ze zm.), która weszła w życie z dniem 01.01.1999 r. W art. 8 pkt 1 lit. c ustawy wskazano, że ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają osoby objęte ubezpieczeniem społecznym będące osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność lub osobami z nimi współpracującymi. Obowiązek ten, zgodnie z art. 8a ust. 1, uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi w kasie chorych, zgodnie z przepisami art. 16, i opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych ustawą. Sam obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego powstawał natomiast i wygasał, w myśl art. 11 ust. 1 ustawy w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniu społecznym.

Zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy, w przypadku spełnienia warunków do objęcia ubezpieczeniu zdrowotnemu z kilku tytułów składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie. Także obowiązująca następnie ustawa z dnia 23.01.2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.) w art. 9 ust. 1 lit. c obejmowała obowiązkiem podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu osoby prowadzące działalność pozarolniczą lub osobami z nimi współpracującym. Obowiązek ten powstawał i wygasał, w myśl art. 12 ust. 1 ustawy, w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniu społecznym. Aktualnie kwestię tą na tożsamy sposób reguluje art. 66 ust. 1 pkt 1 c i art. 69 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 210, poz. 2135 ze zm.).

Powoływana w powyższych przepisach ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2009 r., nr 205, poz. 1585 ze zm.) wskazuje natomiast, że obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym podlegają - w myśl art. 6 ust. 1 pkt 5 - osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są m.in. osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność. Obowiązek ten zaś, zgodnie z art. 13 pkt. 4 omawianej ustawy trwa w okresie od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania jej wykonywania (przepis w wersji obowiązującej do 19.09.2008 r., przed zmianą dokonaną ustawą z dnia 10.07.2008 r. o zmianie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej oraz o zmianie niektórych innych ustaw; Dz. U. Nr 141, poz. 888). Z kolei na podstawie art. 46 ust. 1 tej ustawy płatnik składek jest obowiązany według zasad wynikających z przepisów ustawy obliczać, potrącać z dochodów ubezpieczonych, rozliczać oraz opłacać należne składki za każdy miesiąc kalendarzowy. Niewywiązanie się z powyższych obowiązków rodzi, w myśl art. 23 ustawy, konieczność uiszczenia odsetek za zwłokę oraz dalszych ewentualnych kosztów upomnienia i kosztów egzekucyjnych (art. 24 ust. 2 ustawy).

Zgodnie z art. 24 ust. 4 ustawy należności z tytułu składek ulegają przedawnieniu po upływie 10 lat, licząc od dnia, w którym stały się wymagalne, z zastrzeżeniem ust. 5-5d. Brzmienie tego przepisu zostało nadane ustawą z dnia

18.12.2002 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. nr 241, poz. 2074) i obowiązywało do 20.07.2011 r. (dnia wejścia w życie ustawy z dnia 28.04.2011 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw; Dz. U. nr 138, poz. 808). Pierwotnie natomiast od dnia 25.11.1998 r. do dnia 31.12.2002 r. przepis ten stanowił, że należności z tytułu składek ulegają przedawnieniu po upływie 5 lat, a w przypadku przerwania biegu przedawnienia, o którym mowa w ust. 5, po upływie 10 lat licząc od dnia, w którym stały się wymagalne. Analogiczny, 5 letni okres przedawnienia przewidywała ustawa z dnia 06.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (art. 28 ust. 2), wskazując, że bieg przedawnienia przerywa odroczenie terminu płatności, rozłożenie spłaty należności na raty i każda inna czynność zmierzająca do ściągnięcia należności, jeżeli o czynności tej został zawiadomiony dłużnik. Należności z tytułu składek nie można jednak dochodzić, jeżeli od terminu ich wymagalności upłynęło 10 lat (art. 28 ust. 3).

Wprost do uregulowań ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych odnosiła się ustawa z dnia 23.01.2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w NFZ wskazując w art. 33 ust. 2, że należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne ulegają przedawnieniu na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych. Nieprzedawnione w chwili wejścia w życie ustawy z dnia 23.01.2003 r. nowej ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym, tj. w dniu 01.04.2003 r., składki zostały zatem objęte tożsamym okresem przedawnienia wynikającym wówczas z ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Wprowadzona w tej ustawie zmiana wydłużająca okres przedawnienia do 10 lat, objęła zatem również składki na ubezpieczenie zdrowotne. W orzecznictwie ukształtowano pogląd, że termin przedawnienia należności nieprzedawnionych w chwili wejścia w życie ustawy zmieniającej z dnia 18.12.2002 r. uległ przedłużeniu do aktualnie obowiązującego okresu przedawnienia (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12.11.2007 r., I UK 147/07).

Do spornych należności składkowych ubezpieczonego (za okres 10/2000 do 12/2000) zastosowanie znajdzie zatem 10 letni okres przedawnienia. Okres ten jednak, jak słusznie podnosił ubezpieczony, na chwilę wydania zaskarżonej decyzji, upłynął, co uniemożliwia skuteczne domaganie się spełnienia świadczenia składkowego. Przeciwne argumenty organu rentowego nie znalazły uznania Sądu Okręgowego.

W szczególności za nietrafne Sąd Okręgowy uznał powoływanie się na instytucje zawieszenia biegu przedawnienia w związku z rozstrzygnięciem kwestii wstępnej przez NFZ, którą to możliwość daje art. 24 ust. 5e ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wskazując na zawieszeniem postępowania, jeżeli wydanie decyzji jest uzależnione od rozstrzygnięcia zagadnienia wstępnego przez inny organ lub sąd na czas do dnia, w którym decyzja innego organu stała się ostateczna lub orzeczenie sądu uprawomocniło się, nie dłużej jednak niż przez 2 lata. Pomijając naruszenie przepisów postępowania administracyjnego, którymi sąd powszechny się co do zasad nie zajmuje (por. teza 2 wyroku Sądu Najwyższego z dnia 09.02.2010 r., I UK 151/09) Sąd Okręgowy wskazał, że organ rentowy błędnie ocenił, iż wydanie zaskarżonej decyzji musiało zostać poprzedzone wydaniem decyzji wstępnej.

Należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne wynikają ze zobowiązania powstającego z dniem zaistnienia zdarzenia, z którym przepisy prawa łączą powstanie takiego zobowiązania. Obowiązek samoobliczania i opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne powstaje z mocy samego prawa za każdy okres ubezpieczenia (miesiąc kalendarzowy), a tym samym ewentualne zaległości w opłacaniu tych składek powstają - również z wykorzystaniem tego samego prawnego automatyzmu - każdorazowo w datach zaktualizowania się obowiązku ich samoobliczania i opłacania w terminach określonych odpowiednimi przepisami prawa. Jak wprost ujmuje to Sąd Najwyższy (uzasadnienie do wyroku z dnia 23.10.2006 r., I UK 126/06) nieopłacone w ustawowo określonym terminie składki na ubezpieczenia społeczne (tożsamo zdrowotne - przyp. Sądu) powodują powstanie od tej daty zaległości składkowej z mocy samego prawa. Ewentualna decyzja w zakresie obowiązkowego podlegania tym ubezpieczeniom jest wyłącznie decyzją deklaratoryjną, na podstawie której strona nie nabywa żadnych praw, bowiem objęcie ubezpieczeniem następuje z mocy prawa, z chwilą ziszczenia się jego ustawowych warunków (por. teza 3 wyroku Sądu Najwyższego z dnia 09.02.2010 r., I UK 151/09).

Ubezpieczony, prowadzący od 1997 r. pozarolniczą działalność gospodarczą, od dnia 01.01.1999 r., w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 06.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, był od tego momentu z mocy

prawa zobowiązany do samoobliczania i opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne na zasadach określonych ustawą o systemie ubezpieczeń społecznych. Ubezpieczony z obowiązku tego bezspornie się w okresie od 01/1999 do 12/2000 nie wywiązał, a zatem, również z mocy powyższych przepisów powstały na tym tle zaległości składkowe wraz z towarzyszącymi im należnościami odsetkowymi, które odpowiednio od 11.02.1999 r. do 11.01.2001 r. rozpoczęły swój indywidualny bieg przedawnienia. Stwierdzenie tej kwestii - w sensie konstytucyjnym - nie wymagało wydania oddzielnej decyzji.

Wydanie decyzji deklaratoryjnej nie miało dla obowiązku tego znaczenia, a tym samym postępowanie w tym zakresie nie wpływało na bieg przedawnienia, który ostatecznie zakończył się 11.01.2011 r. Do tego dnia organ rentowy nie wszczął zaś postępowania zmierzającego do wyegzekwowania należności, co spowodowało ostatecznym spełnieniem się przesłanek z art. 24 ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

W tym stanie rzeczy dalsze rozważania na temat nowych, wprowadzonych ustawą zmieniającą z dnia 28.04.2011 r., podstaw zawieszenia były bezcelowe.

Resumując, Sąd Okręgowy stanął na stanowisku, że o ile wymierzenie ubezpieczonemu składek na ubezpieczenie zdrowotne za okres 01/1999 - 12/2000 było prawnie i faktycznie uzasadnione wobec spełnienia w tym okresie podstaw do objęcia przedmiotowymi ubezpieczeniami na podstawie art. 8 pkt 1 lit. c i art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 06.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w zw. z art. 13 pkt. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Natomiast już stwierdzenie w zaskarżonej decyzji zaleganie przez wnioskodawcę z opłaceniem należności z tytułu tych składek za okres 10/2000 - 12/2000 było nieprawidłowe jako spóźnione; zgłoszony przez ubezpieczonego zarzut przedawnienia okazał się zasadny.

W sprawie nie zaistniały przesłanki z art. 24 ust. 5e ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, bieg przedawnienia składek upłynął odpowiednio 11.11.2010 r. oraz 11.01.2011 r. i 11.02.2011 r., a zatem w każdym jednostkowym wypadku przed wydaniem skarżonej decyzji.

W tym stanie sprawy Sąd Okręgowy zmienił zaskarżoną decyzję stwierdzając, że ubezpieczony nie jest zobowiązany do zapłaty składek na ubezpieczenie zdrowotne za okres 10/2000 - 12/2000 w łącznej kwocie 254,04 zł plus należne odsetki za zwłokę, które na dzień wydania decyzji wynoszą 437 zł, o czym orzeczono na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c.

Apelację od powyższego orzeczenia wywiódł pozwany organ rentowy, który zaskarżył wyrok Sądu Okręgowego w całości zarzucając błędną wykładnię art. 24 ust. 5e ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009 r., nr 205, poz. 1585 ze zm.) poprzez zmianę zaskarżonej decyzji i zwolnienie ubezpieczonego z obowiązku zapłaty składek na ubezpieczenia zdrowotne za okres od października 2000 r. do grudnia 2000 r. w kwocie 245,04 zł plus należne odsetki za zwłokę, które na dzień wydania decyzji wynoszą 437 zł.

Pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania.

Uzasadniając apelację organ rentowy podał, że do właściwości Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należą sprawy z zakresu wymierzania i pobierania 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 z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) - dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu (tak: wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 24.06.2008 r., III AUa 1880/07). Mając powyższe na względzie należy stwierdzić, że organ rentowy wbrew stanowisku zaprezentowanemu przez Sąd I instancji prawidłowo wszczął postępowanie oraz wystąpił do właściwej jednostki Narodowego Funduszu Zdrowia celem ustalenia okresu podlegania przez wnioskodawcę ubezpieczeniom zdrowotnym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą możliwe jest, że ubezpieczony zawiesił jej prowadzenie, bądź nawet zaprzestał jej prowadzenia nie dokonując jej wyrejestrowania z ewidencji. Samo zgłoszenie i wpis do ewidencji działalności gospodarczej stanowi tylko podstawę rozpoczęcia działalności gospodarczej w rozumieniu jej legalizacji i nie jest zdarzeniem ani czynnością utożsamianą z podjęciem takiej działalności. Dlatego też w orzecznictwie sądów powszechnych przyjmuje

się, że wpisowi do ewidencji nadaje się charakter deklaratoryjny, a nie konstytutywny. W konsekwencji w trakcie postępowania administracyjnego okres prowadzenia działalności gospodarczej wynikający z wpisu do ewidencji może być korygowany ze względu na dowody przedstawione przez osobę, która z tego faktu wywodzi skutki prawne. Ponieważ ZUS nie posiada kompetencji do ustalania okresu podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu, ustalając czy płatnik składek zalega i w jakiej wysokości z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne, w pierwszej kolejności musi ustalić, w jakim okresie podlega tym ubezpieczeniom. W związku z powyższym w niniejszej sprawie organ rentowy prawidłowo wystąpił do Narodowego Funduszu Zdrowia o ustalenie obowiązku podlegania przez skarżącego ubezpieczeniu zdrowotnemu. NFZ w dniu 05.01.2011 r. wydał decyzję na podstawie której stwierdził, że wnioskodawca od 01.01.1999 r. do 31.12.2000 r. podlegał obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Dopiero prawomocna decyzja NFZ dała podstawy do wymierzania przez Zakład składek na ubezpieczenia zdrowotne za okres od 01/1999 r. do 12/2000 r. oraz do stwierdzenia, że ubezpieczony jest zobowiązany do opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne za okres od 10/2000 r. do 12/2000 r. w kwocie wskazanej w zaskarżonej decyzji.

Zgodnie z treścią art. 24 ust. 5e ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych bieg przedawnienia zawiesza się, jeżeli wydanie decyzji jest uzależnione od rozstrzygnięcia zagadnienia wstępnego przez inny organ lub sąd. Zawieszenie biegu przedawnienia trwa do dnia, w którym decyzja innego organu stała się ostateczna lub orzeczenie sądu uprawomocniło się, nie dłużej jednak niż przez 2 lata. Mając powyższe na uwadze w przypadku ubezpieczonego przedawnienie należności z tytułu składek po upływie 10 lat zostało zawieszona, ponieważ 17.06.2010 r. ZUS wystąpił do NFZ o określenie obowiązku podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu. W związku z powyższym należy stwierdzić, że organ rentowy prawidłowo ustalił obowiązek opłacania przez wnioskodawcę należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Ubezpieczony wniósł o oddalenie apelacji i wskazał, że apelacja jest całkowicie bezzasadna. Ubezpieczony w pełni podzielił stanowisko Sądu Okręgowego oraz podtrzymał swoje argumenty przedstawiane podczas postępowania przed Sądem Okręgowym. Ponadto ubezpieczony wskazał, że przepisy prawa należy interpretować w taki sposób, żeby były jednoznaczne, nie mogą tworzyć luk. Należy przyjąć, że ustawodawca jest racjonalny i nie tworzy przepisów, których nie da się zastosować. Przepisem, którego nie da się zastosować samodzielnie jest art. 24 ust. 5e ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Przepis ten nie może być stosowany bez odniesienia do przepisów o zawieszeniu postępowania zawartych w k.p.a., ponieważ nie reguluje w żaden sposób terminu od którego liczy się okres zawieszenia, reguluje natomiast w sposób wyraźny termin końcowy zawieszenia terminu. Czy terminem rozpoczęcia zawieszenia jest termin w którym organ zdecydował się skierować pismo z prośbą o rozstrzygnięcie sprawy, czy terminem tym jest dzień sporządzenia pisma z prośbą o rozstrzygnięcie sprawy, jak tego chce ZUS między innymi w piśmie z dnia 20.10.2011 r., czy terminem tym jest dzień otrzymania pisma przez rozstrzygający organ, a może tym początkowym terminem jest dzień w którym organ rozstrzygający dokonał pierwszej czynności w tej sprawie, może jeszcze inny termin. A jaki będzie termin rozpoczęcia zawieszenia w przypadku gdy organ rozstrzygający odmówi rozstrzygnięcia zagadnienia wstępnego, czy w tym przypadku zawieszenie nastąpi, czy też nie będzie miało miejsca? W takich przypadkach pomocne są przepisy k.p.a. regulujące kwestię zawieszania postępowania. Zawieszając postępowanie ZUS ma obowiązek sporządzenia postanowienia i doręczenia go stronie, strona natomiast ma prawo do złożenia zażalenia na to postanowienie. Jest to o tyle istotne, że organy administracyjne mogą być zainteresowane przedłużeniem okresu przedawnienia, na przykład z tego powodu, że nie zdołały rozstrzygnąć sprawy w terminie. Strona nie może być zaskakiwana faktem, że postępowanie wcześniej zostało zawieszona, a tak było w tym przypadku. Ubezpieczony powoływał się na sprawę przedawnienia, ZUS jednak w tej sprawie się nie wypowiadał w pismach. Dopiero w dniu 25.10.2011 r., stawiając się na rozprawę ubezpieczony otrzymał pismo ZUS próbujące wyjaśnić sprawę okresu przedawnienia. Gdyby pozwany przestrzegał przepisy prawa i w lipcu 2010 r. wydał postanowienie o zawieszeniu postępowania nie byłoby tej sprawy. Prawo do wniesienia zażalenia na postanowienie jest gwarancją dla strony, że jej prawa nie zostaną arbitralnie naruszone.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Apelacyjny podziela ustalenia faktyczne jakie zostały przyjęte przez Sąd Okręgowy, ale nie w pełni akceptuje rozważania prawne tego Sądu.

Podzielić należy stanowisko Sądu I instancji, że decyzje organu rentowego w zakresie stwierdzenia podlegania danej osoby określonym ubezpieczeniom należy zaliczyć do decyzji deklaratoryjnych, czyli ustalających, a nie konstytutywnych, czyli kreujących dane stosunki prawne. Jednakże nie wszystkie decyzje w tym zakresie władny jest podjąć Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

W niniejszej sprawie sporne pozostawało, czy za miesiące od października 2000 r. do grudnia 2000 r. zostały przez ubezpieczonego opłacone składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, ale okoliczność ta wymagała uprzedniego stwierdzenia podlegania temu ubezpieczeniu, co jednak nie należało do właściwości pozwanego organu rentowego.

W powyższym okresie ubezpieczony prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą (Zakład (...) w C.), ale nie był zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego oraz nie składał deklaracji rozliczeniowych i nie opłacał składek na to ubezpieczenie. Równocześnie ubezpieczony podlegał ubezpieczeniu zdrowotnemu w związku z pozostawaniem w stosunku pracy.

W przedmiotowym okresie obowiązywała ustawa z dnia 06.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. nr 28, poz. 153 ze zm.), która w art. 22 ust. 1 przewidywała, że jeżeli spełnione są przesłanki do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia, o którym mowa w art. 8 (czyli dana osoba jest pracownikiem oraz prowadzącym pozarolniczą działalność gospodarczą), z więcej niż jednego tytułu, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie. Obowiązek ten - zgodnie z art. 8a ust. 1 w/w ustawy - uważało się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi w kasie chorych i opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych ustawą. Sam obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego powstawał natomiast i wygaszał w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniu społecznym (art. 11 ust. 1 ustawy).

Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych stanowiła, że obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są m.in. osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność (art. 6 ust. 1 pkt 5). Obowiązek ten trwał od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania jej wykonywania (art. 13 pkt. 4 ustawy w brzmieniu obowiązującym do dnia 19.09.2008 r.). Ubezpieczony, jako płatnik składek, był obowiązany obliczać, rozliczać oraz opłacać należne składki za każdy miesiąc kalendarzowy (art. 46 ust. 1 tej ustawy). Niewywiązanie się z powyższych obowiązków powodowało konieczność uiszczenia odsetek za zwłokę oraz dalszych ewentualnych kosztów upomnienia i kosztów egzekucyjnych (art. 24 ust. 2 ustawy).

Zgodnie z art. 109 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 ze 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. Według ust. 2, do powyższych spraw nie należą sprawy z zakresu wymierzania i pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne, gdyż one należą do właściwości organów ubezpieczeń społecznych.

Wniosek w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym może zgłosić m.in. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w tym także w zakresie dotyczącym objęcia ubezpieczeniem w okresie poprzedzającym złożenie wniosku (art. 109 ust. 3 cyt. ustawy).

Z powyższych przepisów wynika zatem, że do kompetencji ZUS nie należą sprawy dotyczące samego objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. W tym zakresie właściwym jest dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Decyzje, o których stanowi art. 38 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, a zatem dotyczące obowiązku ubezpieczeń społecznych, wydawane są przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i, jak wynika z art. 68 ust. 1 pkt 1

lit. c tej ustawy, dotyczą one wymierzania, pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne i powadzenia rozliczeń z płatnikami składek. Decyzje te mogą być zaskarżane zgodnie z art. 83 ust. 2 tej ustawy tylko w zakresie wymierzania i pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne. Do kompetencji ZUS nie należą natomiast sprawy dotyczące samego objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

Skoro istotą sporu między stornami dotyczącego obowiązku odprowadzenia składek na ubezpieczenie zdrowotne pozostawała kwestia występowania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego wnioskodawcy, to przed wydaniem zaskarżonej decyzji wymiarowej koniecznym było uzyskanie przez organ rentowy prawomocnej decyzji dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu rozstrzygającej o tej kwestii (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 24.06.2008 r., III AUa 1880/07, LEX nr 504167). Inaczej rzecz ujmując, kwestia objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym ma znaczenie „przesądzające” o obowiązku opłacenia składek na ubezpieczenie zdrowotne (tak też Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 31.01.2012 r., II GSK 1418/10, LEX nr 1113700).

Według stanu prawnego obowiązującego na dzień wydania zaskarżonej decyzji przepis art. 24 ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych stanowił, że należności z tytułu składek ulegają przedawnieniu po upływie 10 lat, licząc od dnia, w którym stały się wymagalne, z zastrzeżeniem ust. 5-5d. Brzmienie tego przepisu zostało nadane ustawą z dnia 18.12.2002 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. nr 241, poz. 2074) i obowiązywało do 20.07.2011 r. (dnia wejścia w życie ustawy z dnia 28.04.2011 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw; Dz. U. nr 138, poz. 808). Pierwotnie natomiast od dnia 25.11.1998 r. do dnia 31.12.2002 r. przepis ten stanowił, że należności z tytułu składek ulegają przedawnieniu po upływie 5 lat, a w przypadku przerwania biegu przedawnienia, o którym mowa w ust. 5, po upływie 10 lat licząc od dnia, w którym stały się wymagalne. Analogiczny, 5 letni okres przedawnienia przewidywała ustawa z dnia 06.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (art. 28 ust. 2), wskazując, że bieg przedawnienia przerywa odroczenie terminu płatności, rozłożenie spłaty należności na raty i każda inna czynność zmierzająca do ściągnięcia należności, jeżeli o czynności tej został zawiadomiony dłużnik. Należności z tytułu składek nie można jednak dochodzić, jeżeli od terminu ich wymagalności upłynęło 10 lat (art. 28 ust. 3).

W ocenie Sądu Apelacyjnego błędnie Sąd Okręgowy przyjął, że nie doszło do zawieszenia biegu przedawnienia w związku z rozstrzygnięciem kwestii wstępnej przez NFZ.

Według art. 24 ust. 5e ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych bieg terminu przedawnienia zawiesza się, jeżeli wydanie decyzji jest uzależnione od rozstrzygnięcia zagadnienia wstępnego przez inny organ. Zawieszenie biegu terminu przedawnienia trwa do dnia, w którym decyzja innego organu stała się ostateczna, nie dłużej jednak niż przez 2 lata.

Zagadnieniem wstępnym w rozumieniu tego przepisu mogą być kwestie (zagadnienia) prawne, które albo ujawniły się w toku postępowania i dotyczą istotnej dla sprawy przesłanki decyzji, albo z przepisów prawa materialnego wynika wprost konieczność rozstrzygnięcia danej kwestii prawnej. Obowiązek wyjaśnienia sprawy pod względem faktycznym i prawnym należy do organu prowadzącego postępowanie. Należy zatem przyjąć, że zagadnieniem wstępnym w rozumieniu powyższego przepisu może być tylko zagadnienie prawne, którego rozstrzygnięcie należy do właściwości innego organu i zagadnienie to może być odrębnym przedmiotem postępowania przed takim organem. Zagadnienie to nie było jeszcze przedmiotem postępowania przed właściwymi organami albo w toczącym się postępowaniu nie zapadło prawomocne (ostateczne) rozstrzygnięcie w tej kwestii. Należy ponadto przyjąć, że istnieje konieczność rozstrzygnięcia zagadnienia wstępnego przez inny organ, co należy rozumieć w ten sposób, że dana kwestia prawna stała się sporna w toku postępowania administracyjnego lub przepisy prawa wymagają ustalenia stanu prawnego w danej kwestii mającej znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, a w toku postępowania okaże się, że ustalenie tego stanu może nastąpić tylko w drodze rozstrzygnięcia ZUS (por. wyrok NSA z dnia 28.05.2008 r., II OSK 1698/07, LEX nr 489631). Innym organem w rozumieniu omawianego przepisu nie musi być organ administracji publicznej, lecz każdy inny, z wyłączeniem sądów powszechnych, organ upoważniony do rozstrzygania kwestii prawnych..

W ocenie Sądu Apelacyjnego zaskarżona decyzja mogła zostać wydana dopiero po ustaleniu przez dyrektora Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podlegania przez wnioskodawcę ubezpieczeniu zdrowotnemu w okresie objętym sporem, co wynika z treści powołanych wcześniej przepisów prawa materialnego.

Zatem, okres między wystąpieniem przez pozwanego do (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) pismem z dnia 17.06.2010 r. a datą wydania przez ten organ ostatecznej decyzji z dnia 05.01.2011 r. był okresem zawieszenia biegu przedawnienia należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Biorąc powyższe pod uwagę, a także uwzględniając treść art. 27 ustawy z dnia 16.09.2011 r. o redukcji niektórych obowiązków obywateli i przedsiębiorców (Dz. U. nr 232, poz.1378) Sąd Apelacyjny stwierdził, że przedmiotowe należności nie uległy przedawnieniu i zaskarżona decyzja odpowiadała prawu.

Z tych względów Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. w zw. z art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok i oddalił odwołanie.