

Sygn. akt III AUa 703/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 grudnia 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Urszula Iwanowska (spr.)
Sędziowie:	SSA Anna Polak SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 19 grudnia 2018 r. w Szczecinie

sprawy S. K.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w P.

o ustalenie obowiązku ubezpieczenia społecznego

na skutek apelacji organu rentowego

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

z dnia 13 września 2017 r. sygn. akt VI U 528/15

uchyla zaskarżony wyrok oraz poprzedzającą go decyzję i sprawę przekazuje Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w P. do ponownego rozpoznania.

SSA Anna Polak SSA Urszula Iwanowska SSO del. Gabriela Horodnicka

- Stelmaszczuk

Sygn. akt III AUa 703/17

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 4 marca 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w P. stwierdził, że S. K. jest dłużnikiem ZUS z tytułu nieopłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne, a zadłużenie wraz z należnymi odsetkami za zwłokę naliczonymi na dzień wydania decyzji wynosi łącznie 17.009,58 zł, w tym: z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne w ramach zakresów numerów deklaracji 01-39 za okres od sierpnia 2005 r. do listopada 2008 r. 8.399,58 zł oraz odsetek za zwłokę w kwocie 8.610 zł. Jednocześnie ZUS wskazał, że odsetki będą naliczane nadal do dnia zapłaty, włącznie z tym dniem. Organ rentowy wskazał, że S. K. prowadził działalność gospodarczą w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 4 września 2012 r. na podstawie uprawnienia wydanego przez Urząd Miejski w S. z dnia 31 marca 1995 r.

pod numerem (...) (z późniejszą zmianą z dnia 31 grudnia 2011 r. na podstawie uprawnienia wydanego przez Ministra Gospodarki, numer (...)). Organ rentowy wskazał, że w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 30 czerwca 1999 r. S. K. został zgłoszony do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, natomiast w okresie od 1 lipca 1999 r. do 4 września 2012 r. do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i do ubezpieczenia zdrowotnego. Organ rozliczył konto ubezpieczonego na podstawie złożonych dokumentów rozliczeniowych ZUS DRA za okresy od stycznia do lipca 1999 r., od grudnia 1999 r. do kwietnia 2004 r., od czerwca 2004 r. do lipca 2005 r., od listopada 2007 r. do września 2012 r. Wskazując, że za okresy od sierpnia do października 1999 r., za maj 2004 r. i od sierpnia 2005 r. do października 2007 r. S. K. był zwolniony z obowiązku składania deklaracji rozliczeniowych, ZUS poinformował, że za miesiąc listopad 1999 r. z uwagi na brak złożonej deklaracji, został dokonany wymiar składek z urzędu. Za miesiące lipiec 2005 r., lipiec 2006 r., grudzień 2006 r., sierpień i wrzesień 2012 r. organ rentowy sporządził z urzędu korekty dokumentów bez wykazywania składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe zgodnie z pismem z dnia 19 stycznia 2015 r.

W odwołaniu od powyższej decyzji S. K. wniósł o jej zmianę decyzji poprzez ustalenie prawidłowej wysokości zadłużenia z tytułu składek pobieranych przez ZUS oraz poprzez częściowe umorzenie naliczonych odsetek od ustalonej zaległości zarzucając nieprawidłowe ustalenie kwoty nadwyżki z tytułu wpłat na ubezpieczenia społeczne i tym samym potrącenie jej w nieprawidłowej kwocie z zaległości powstałej z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne oraz nieuwzględnienie faktu beczynności organu, który nie powiadomił go przez okres 8 lat o zaległości z tytułu składek naliczając jednocześnie odsetki. Zdaniem ubezpieczonego prócz miesięcy wskazanych przez ZUS w pismach z dnia 19 stycznia 2015 r. oraz 3 marca 2015 r., w których powstała nadpłata z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne (lipiec 2005 r., lipiec 2006 r. i grudzień 2006 r.) nadpłata wystąpiła również w miesiącach od sierpnia 2005 r. do czerwca 2006 r., od sierpnia do listopada 2006 r. i od stycznia do października 2007 r. z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Ubezpieczony wskazał, że za sporządzanie i składanie deklaracji, jak również wykonywanie płatności w spółce osobowej, w której zobowiązany był współnikiem odpowiedzialny był współnik L. W.. Z niezrozumiałych dla ubezpieczonego przyczyn i wbrew jego woli L. W. nie złożył deklaracji rozliczeniowych i jednocześnie opłacił składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe nie płacąc składek na ubezpieczenie zdrowotne. Wskazując na treść wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 9 lutego 2012 r., III AUa 765/11 ubezpieczony podkreślił, że nie złożył deklaracji za okres od sierpnia 2005 r. do października 2007 r., nieprawidłowo zatem ZUS stwierdził podleganie ubezpieczeniu chorobowemu za większość miesięcy z tego okresu, wyłączając losowo wybrane trzy miesiące, w których stwierdzono nadwyżkę. Odnosząc się do drugiego zarzutu ubezpieczony stwierdził, że nie wiedział od momentu powstania zaległości z tytułu składek zdrowotnych w 2004 r. do momentu wszczęcia postępowania w 2012 r., że posiada jakiegokolwiek zaległości wobec ZUS. Upoważniony do tego współnik nie poinformował zobowiązanego, że składki opłacał w nieprawidłowej wysokości. Przez okres 8 lat organ nie wysłał ani jednego pisma celowo czekając aż narosną bardzo wysokie odsetki, a takie postępowanie organu państwowego jest sprzeczne z art. 5 k.c., stanowi wykorzystywanie swojego prawa w sposób sprzeczny ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem i zasadami współżycia społecznego. W związku z tym, zdaniem odwołującego wniosek o umorzenie chociaż w części odsetek od pozostałej do zapłaty kwoty jest zasadny z zgodny z zasadami współżycia społecznego.

W piśmie procesowym z dnia 22 czerwca 2017 r. ubezpieczony podtrzymał swoje stanowisko wskazując, że od dnia 1 sierpnia 2005 r. do 31 lipca 2012 r. nie był objęty dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym, wobec czego ZUS winien dokonać potrącenia za cały okres od sierpnia 2005 r. do lipca 2012 r. i skorygować wydaną decyzję, a następnie w przypadku stwierdzenia nadwyżki kwotę tę zwrócić.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł o jego oddalenie w całości z argumentacją jak w zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 13 września 2017 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję przez wskazanie, że organ rentowy ponownie ustalił stan konta składek na ubezpieczenia zdrowotne prowadzonego dla ubezpieczonego S. K. przy przyjęciu, że ubezpieczony w okresie od sierpnia 2005 r. do września

2012 r. nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w związku z prowadzoną działalnością pozarolniczą i w konsekwencji składki uiszczone z tego tytułu zaliczy na należne składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

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

S. K. prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie uprawnienia wydanego przez Urząd Miejski w S. z dnia 31 marca 1995 r. pod numerem (...) (z późniejszą zmianą z dnia 31 grudnia 2011 r. - uprawnienie wydane przez Ministra Gospodarki, numer (...)).

Ponadto ubezpieczony był wspólnikiem:

- (...) S.C. z siedzibą w P. działającej w okresie od 8 grudnia 1998 r. do 31 grudnia 2011 r., której wspólnikami byli w latach 1998-1999 S. K. i L. W., w latach 2000-2002 S. K., L. W. i J. U., w latach 2003-2011 - S. K., L. W. i M. R.,

- (...) S.C. z siedzibą w P. (spółka założona w dniu 25 lutego 2000 r. pod nazwą (...) S.C. rozwiązana 1 października 2007 r.), której wspólnikami byli S. K. i R. J., po zmianie nazwy spółki i składu wspólników od listopada 2000 r. do końca 2002 r. S. K. i L. W., w latach 2003-2004 - S. K., L. W. i M. W., w latach 2004-2007 - S. K. i L. W.,

- (...) Spółka Jawna (spółka założona w dniu 16 listopada 2001 r. pod nazwą (...) Spółka Jawna, której działalność została zawieszona w dniu 5 września 2012 r., z dniem 4 września 2014 r. spółka została rozwiązana i wykreślona z rejestru), której wspólnikami byli w latach 2001-2002 S. K., L. W. i J. D., w latach 2003-2008 S. K. i L. W., w latach 2009-2011 S. K., L. W. i M. R., od stycznia 2012 r. do września 2012 r. S. K. i L. W..

Z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej S. K. podlegał:

- w okresie od dnia 1 stycznia 1999 r. do 30 czerwca 1999 r. obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu,

- w okresie od 1 lipca 1999 r. do 4 września 2012 r. obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym i obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu.

W związku z prowadzoną działalnością gospodarczą za S. K. złożone zostały następujące dokumenty ubezpieczeniowe:

- zgłoszenie płatnika składek ZUS ZFA na podstawie uprawnienia nr (...) z datą obowiązku opłacania składek 1 stycznia 1999 r.,

- zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego ZUS ZZA od 1 stycznia 1999 r.,

- wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego ZUS ZWUA od 1 lipca 1999 r.,

- zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego ZUS ZUA od 1 lipca 1999 r.,

- wyrejestrowanie z ubezpieczeń ZUS ZWUA od 5 września 2012 r.,

- wyrejestrowanie płatnika składek ZUS ZWPA od 5 września 2012 r.,

- dokumenty rozliczeniowe ZUS DRA za miesiące od stycznia do czerwca 1999 r. z wykazaną podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne,

- dokumenty rozliczeniowe ZUS DRA za okres od stycznia do kwietnia 2004 r., od czerwca do grudnia 2004 r., od stycznia do lipca 2005 r., od listopada do grudnia 2007 r., od stycznia do grudnia 2008 r., od stycznia do grudnia 2009 r., od stycznia do grudnia 2010 r., od stycznia do grudnia 2011 r., od stycznia do września 2012 r.

W okresie od marca 2002 r. do września 2004 r. i od listopada 2007 r. do grudnia 2011 r. złożone dokumenty rozliczeniowe wykazywały podwójną składkę na ubezpieczenie zdrowotne, natomiast w okresie od października

2004 r. do października 2007 r. złożone dokumenty rozliczeniowe wykazywały potrójną składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

Składki za miesiące lipiec 2005 r., lipiec 2006 r., grudzień 2006 r., sierpień i wrzesień 2012 r. opłacone zostały po terminie.

Dokumenty rozliczeniowe ZUS DRA za miesiące maj 2004 r., od sierpnia do grudnia 2005 r., od stycznia do grudnia 2006 r., od stycznia do października 2007 r. za ubezpieczonego zostały sporządzone przez organ rentowy.

W okresie od 1 lipca 1999 r. do 30 czerwca 2005 r. ubezpieczony podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

W związku z opłaceniem po terminie składki za lipiec 2005 r. ubezpieczony został wyłączony - w trybie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych - z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Z wyjątkiem dokumentu ZUS ZUA dotyczącego przystąpienia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, w tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1 lipca 1999 r., nie zostały za ubezpieczonego złożone dokumenty zgłoszeniowe ZUS ZUA z przystąpieniem do ubezpieczeń społecznych w tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w pozostałych okresach. Dokumenty zgłoszeniowe zostały za te okresy sporządzone przez ZUS z urzędu.

Po dniu 1 lipca 2005 r. ubezpieczony nie wyrażał woli przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Organ rentowy nie wydając w tym zakresie decyzji, uwzględniając w tym względzie propozycję starszego inspektora A. T. zawartą w piśmie z dnia 29 grudnia 2014 r., na potrzeby rozliczenia konta płatnika, zgodnie z treścią pisma z dnia 19 stycznia 2015 r. uznał, że S. K. z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie:

- od 1 lipca 1999 r. do 30 czerwca 2005 r.,
- od 1 sierpnia 2005 r. do 30 czerwca 2006 r.,
- od 1 sierpnia 2006 r. do 30 listopada 2006 r.,
- od 1 stycznia 2007 r. do 31 lipca 2012 r.

ZUS przyjął, że fakt opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne w terminie stanowi wyrażenie woli przystąpienia i pozostania w dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym, na zasadzie wniosku dorozumianego.

Za miesiące, w których ZUS przyjął, że ubezpieczony nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu tj. za miesiące lipiec 2005 r., lipiec 2006 r., grudzień 2006 r., sierpień i wrzesień 2012 r. ZUS sporządził z urzędu korekty dokumentów bez wskazywania składki na to ubezpieczenie.

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego oraz na podstawie przepisów prawa niżej powołanych Sąd Okręgowy uznał odwołanie za uzasadnione.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że stan faktyczny w niniejszej sprawie ustalił na podstawie dokumentów zgromadzonych przed organem rentowym oraz przedłożonych w toku postępowania przez ubezpieczonego, których autentyczność nie była przez strony kwestionowana i nie budziła wątpliwości tego sądu. Zostały one sporządzone w sposób zgodny z przepisami prawa, przez uprawnione do tego osoby, w ramach ich kompetencji oraz w sposób rzetelny, stąd też sąd ocenił je jako wiarygodne.

Następnie Sąd Okręgowy podniósł, że zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 968 ze zm.; powoływana dalej jako: ustawa systemowa) obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej

Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność. Natomiast dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10 (art. 11 ust. 2 ustawy systemowej).

Z kolei art. 14 ust. 1 tej ustawy stanowi, że objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z zastrzeżeniem ust. 1a. Zaś w myśl art. 14 ust. 1a ustawy objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4.

I dalej sąd meriti wskazał, że zgodnie z art. 14 ust. 2 ustawy systemowej ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają:

- 1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony;
- 2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a;
- 3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

We wszystkich przypadkach do powstania stosunku prawnego dobrowolnego ubezpieczenia niezbędny jest wniosek ubezpieczonego. W przypadku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wymagany jest dodatkowy warunek, by wniosek został zgłoszony w terminie 7 dni od powstania obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowych (art. 36 ust. 4 ustawy systemowej).

Dalej sąd pierwszej instancji podkreślił, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego, jak i Sądów Apelacyjnych ugruntowane jest już wykładnia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej. Z przepisu tego wynika, że opóźnienie w opłaceniu składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe powoduje ustanie ubezpieczenia, a więc dobrowolny tytuł ubezpieczenia społecznego ustaje z mocy prawa od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie należnej na to ubezpieczenie składki. Ustanie ubezpieczenia następuje wskutek wyraźnego uznania przez ustawodawcę, że nieopłacenie przez ubezpieczonego w terminie należnej składki stanowi jego rezygnację z tego rodzaju ubezpieczenia. Dokonując wykładni powołanych wyżej przepisów, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00 (OSNP 2003/10/257), wydanym w stanie faktycznym, w którym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego ustało z mocy prawa wskutek niedotrzymania ustawowego terminu zapłaty należnych składek na ten rodzaj ubezpieczenia, wyjaśnił, że ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga złożenia w tym zakresie ponownego wniosku przez zainteresowanego. Wykładnia językowa art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej wskazuje bowiem na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Pogląd ten został następnie podtrzymany w wyroku z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11 (OSNP 2013/5-6/68), w uzasadnieniu którego Sąd Najwyższy podkreślił, że w każdym przypadku ustania tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu (art. 14 ust. 2 ustawy systemowej), ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego, natomiast samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia społecznego. Nie można przyjąć dorozumianego oświadczenia zainteresowanego o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, gdyż brak do tego podstaw. Do stosunków ubezpieczenia społecznego - jako stosunków regulowanych prawem publicznym - nie ma zastosowania art. 60 k.c., zgodnie z którym wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny. Przepis ten reguluje składanie oświadczeń woli per facta concludentia w

stosunkach cywilnych (regulowanych prawem prywatnym). Nie ma podstaw do odpowiedniego stosowania przepisów Kodeksu cywilnego do wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym. Przystąpienie do ubezpieczenia społecznego nie jest czynnością prawną prawa cywilnego, do której można stosować wymieniony przepis oraz inne przepisy Kodeksu cywilnego. Nie jest również czynnością prawa pracy, jak np. umowa o pracę, do której można byłoby na podstawie art. 300 k.p. stosować odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego. Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny i jednoznaczny, nie jest wystarczające samo opłacanie przez zainteresowanego składek na to ubezpieczenie oraz przyjmowanie tych składek przez organ rentowy. Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności, a objęcie tym ubezpieczeniem realizuje się przez zgłoszenie stosownego wniosku (art. 11 ust. 2 i art. 36 ust. 5 ustawy systemowej).

Sąd Okręgowy podniósł nadto, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego już wcześniej przyjmowano (tak np. w wyroku z dnia 22 lipca 2009 r., I UK 70/09, LEX nr 529763, dotyczącym ubezpieczenia społecznego rolników), że samo faktyczne opłacanie składek na ubezpieczenie społeczne nie jest wystarczające do objęcia tym ubezpieczeniem. Także w wyroku z dnia 28 listopada 2002 r., II UK 93/02 (LEX nr 577471) Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że sam fakt opłacania składek na ubezpieczenie społeczne przez osobę wyłączonej z możliwości objęcia tym ubezpieczeniem nie może rodzić skutków prawnych odmiennych od wyraźnej regulacji ustawowej. Realizacja zasady demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji RP) polega między innymi na tym, aby osoba nieuprawniona nie otrzymała świadczenia jej nienależnego; zakres i formy zabezpieczenia społecznego określa ustawa (art. 67 ust. 1 zdanie drugie Konstytucji). Również w najnowszych orzeczeniach, to jest w wyrokach z dnia 6 września 2012 r., II UK 36/12 i z dnia 26 listopada 2014 r., II UK 56/14, Sąd Najwyższy przyjmował, że co do zasady, ubezpieczenie społeczne powstaje nie wcześniej niż z chwilą zgłoszenia wniosku, a wyjątek może stanowić jedynie równoczesne objęcie obowiązkiem ubezpieczeń społecznych emerytalnego i rentowych (o czym niżej będzie jeszcze mowa). Tożsame stanowisko zawarł Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 9 lipca 2015 r., I UK 376/14 przyjmując, że opłacenie składki nie jest tożsame ze złożeniem wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym (art. 14 ust. 1 ustawy systemowej).

Podzielając w pełni przedstawione wyżej poglądy judykatury oraz odnosząc je do okoliczności faktycznych rozpoznawanej sprawy, sąd pierwszej instancji uznał, że wyłączenie skarżącego na podstawie art. 14 ust. 2 ustawy systemowej z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, będące konsekwencją opłacenia przez niego składki za miesiąc lipiec 2005 r. na to ubezpieczenie po terminie, nie można uznać za reaktywowane od dnia 1 sierpnia 2005 r. poprzez przyjęcie przez organ rentowy, że fakt opłacenia składki na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej wysokości stanowi wyrażenie woli przystąpienia i pozostania w dobrowolnym ubezpieczeniu chorobowym, na zasadzie wniosku dorozumianego. Organ rentowy nie wydając w tym zakresie decyzji, uwzględniając w tym względzie jedynie propozycję starszego inspektora A. T. zawartą w piśmie z dnia 29 grudnia 2014 r., na potrzeby rozliczenia konta płatnika uznał, że S. K. z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu również w okresie od 1 sierpnia 2005 r. do 30 czerwca 2006 r., od 1 sierpnia 2006 r. do 30 listopada 2006 r. oraz od 1 stycznia 2007 r. do 31 lipca 2012 r. Tymczasem wbrew stanowisku ZUS ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, po dniu 30 czerwca 2005 r. wymagało od ubezpieczonego złożenia stosownego wniosku, który potwierdziłby zamiar ponownego przystąpienia do tego ubezpieczenia.

Zatem sąd meriti ponownie podkreślił, że wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny i jednoznaczny, nie jest wystarczające samo opłacanie przez zainteresowanego składek na to ubezpieczenie oraz przyjmowanie tych składek przez organ rentowy. Taki wniosek zaś nie został przez skarżącego złożony, co więcej w spornym okresie ubezpieczony nie wyrażał woli objęcia go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Zdaniem tego sądu istotnym przy tym pozostaje, że z wyjątkiem dokumentu ZUS ZUA dotyczącego przystąpienia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, w tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1 lipca 1999 r., nie zostały za ubezpieczonego złożone dokumenty zgłoszeniowe ZUS ZUA z przystąpieniem do ubezpieczeń społecznych, w tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w pozostałych okresach. Dokumenty zgłoszeniowe zostały za te okresy sporządzone przez ZUS z urzędu, podobnie jak korekty dokumentów za miesiące lipiec 2005 r., lipiec 2006

r., grudzień 2006 r., sierpień i wrzesień 2012 r., w których ZUS przyjął, że ubezpieczony nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu, w związku z nieopłaceniem składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania sąd pierwszej instancji na mocy art. 477⁽¹⁴⁾ § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że zobowiązał organ rentowy do ponownego ustalenia stanu konta składek na ubezpieczenia zdrowotne prowadzonego dla ubezpieczonego S. K. przy przyjęciu, że ubezpieczony w okresie od sierpnia 2005 r. do września 2012 r. nie podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w związku z prowadzoną działalnością pozarolniczą i w konsekwencji składki uiszczone z tego tytułu zaliczy na należne składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Szczecinie w całości nie zgodził się Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który w wywiedzionej apelacji zarzucił mu naruszenie:

- przepisu - art. 83 ust. 2 ustawy systemowej poprzez przekroczenie granic wyznaczonych zaskarżoną decyzją i orzeczeniem w zakresie niepodlegania przez odwołującego z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w okresie od 2 sierpnia 2005 r. do września 2012 r. podczas, gdy decyzja z dnia 4 marca 2015 r. obejmowała swym zakresem wysokość zadłużenia odwołującego z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego,

- przepisu prawa procesowego, tj. art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. poprzez przekazanie sprawy organowi rentowemu do ponownego ustalenia stanu konta (tj. ponownego rozpoznania sprawy) mimo, że w niniejszej sprawie takie rozstrzygnięcie Sądu nie jest przewidziane przepisami prawa.

Z uwagi na powyższe apelujący wniósł o:

- zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania

ewentualnie o:

- uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez sąd pierwszej instancji

- zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje.

W uzasadnieniu skarżący między innymi podkreślił, że decyzja z dnia 4 marca 2015 r. obejmowała jedynie rozstrzygnięcie dotyczące wysokości zadłużenia odwołującego z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne i nie rozstrzygała kwestii podlegania przez odwołującego dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od sierpnia 2005 r. do września 2012 r. Tymczasem Sąd rozstrzygając odwołanie odnośnie przedmiotowej decyzji, przeprowadził postępowanie dowodowe na okoliczność podlegania przez S. K. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od sierpnia 2005 r. do września 2012 r. (czemu dał wyraz w uzasadnieniu wyroku), co w konsekwencji doprowadziło do uznania, że nadpłacone z tego tytułu składki winny być rozliczone na poczet należności z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

Następnie organ rentowy podniósł, że wprawdzie Sąd wydając zaskarżony wyrok użył stwierdzenia, iż zmienia zaskarżoną decyzję, niemniej jednak druga część sentencji tego wyroku jednoznacznie wskazuje, iż Sąd jedynie przekazał organowi rentowemu całość sprawy celem ponownego ustalenia stanu konta, tj. przekazał sprawę do ponownego rozpoznania. Powyższe jest sprzeczne przepisami k.p.c. stosowanymi w tego typu sprawach.

W odpowiedzi na apelację S. K. wniósł o jej oddalenie wskazując, że organ rentowy mija się z prawdą twierdząc, iż postępowanie w sprawie dotyczyło jedynie ustalenia wysokości zadłużenia w obszarze składek na ubezpieczenia zdrowotne. Ubezpieczony podniósł, że w trakcie toczącego się postępowania administracyjnego wystąpił do ZUS o rozliczenie nadwyżki powstałej na koncie ubezpieczeń społecznych na zaległość z tytułu ubezpieczeń zdrowotnych. W ramach toczącego się postępowania administracyjnego organ rozliczył nadpłatę za okresy 07/2005, 07/2006, 12.2006, 08/2012 i 09/2012 uznając, iż w pozostałych okresach ubezpieczony podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu

chorobowemu i zaliczył nadpłatę na to ubezpieczenie. Zatem, w ocenie ubezpieczonego, ZUS na jego wniosek w ramach tego postępowania ustalał, czy i w jakich okresach podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Zdaniem ubezpieczonego nietrafny jest również drugi z zarzutów, bowiem Sąd zmienił decyzję ZUS pozostawiając organowi rentowemu jedynie kwestie rachunkowe czyli ponowne, poprawne rozliczenie konta z uwzględnieniem zapadłego orzeczenia. Sąd nie przekazał sprawy do ponownego rozpatrzenia, a rozstrzygnął sprawę merytorycznie.

Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:

Apelacja organu rentowego doprowadziła do uchylenia zaskarżonego wyroku, a także zaskarżonej decyzji z dnia 4 marca 2015 r.

Sąd Apelacyjny w całości podziela stanowisko sądu pierwszej instancji oparte o utrwalone orzecznictwo Sądu Najwyższego w zakresie braku podstaw do ponownego objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osoby, która opłaciła składkę na to ubezpieczenie po terminie, a w następnych miesiącach składkę taką opłacała w terminie jednak bez wniosku o ponowne objęcie tym ubezpieczeniem.

W tej sytuacji zaskarżoną decyzję organu rentowego w niniejszej sprawie należy uznać za przedwczesną.

Organ rentowy winien bowiem ustalić okresy podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu przez S. K., następnie dokonać rozliczenia konta składkowego tego ubezpieczonego, aby ostatecznie ustalić czy istnieje na nich nadpłata czy niedopłata i w jakiej wysokości.

W sprawie nie można także pomijać okoliczności, że ubezpieczony składał wniosek w tym przedmiocie, w piśmie z dnia 2 lutego 2015 r. (k. 141 plik II akt ZUS) wnosząc o zaliczenie nadpłaty na koncie 51 na zaległości wobec ZUS, a także w odwołaniu w niniejszej sprawie. Organ rentowy jednak nie wyjaśnił tej sytuacji, bo nie można uznać na podstawie dokumentacji organu i treści zaskarżonej decyzji, że dokonano kompleksowej oceny zobowiązań i uiszczonych należności składkowych od ubezpieczonego.

Ponadto, skutkiem takiego postępowania organu - braku kompleksowego wyjaśnienia stanu zobowiązań, zadłużenia i nadpłaty na koncie składkowym ubezpieczonego - jest wydanie w dniu 23 października 2017 r. decyzji stwierdzającej, że S. K. podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w szczegółowo wymienionych okresach oraz nie podlega temu ubezpieczeniu w kolejnych szczegółowo wymienionych okresach. Ubezpieczony złożył odwołanie od tej decyzji a sprawa zawisła przed Sądem Okręgowym w Szczecinie pod sygn. akt VI U 118/18.

W sprawie trzeba także mieć na uwadze, że ustawodawca określając sposoby rozliczenia wpłat składkowych dokonywanych przez ubezpieczonych z tytułu podlegania poszczególnym ubezpieczeniom również wskazał na ich kompleksowe rozliczenie formułując zasady określone w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. nr 78, poz. 465 ze zm.).

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny uznał, że organ rentowy winien dokonać rozliczenia wszystkich należności składkowych, dokonać rozliczenia nadpłaty i dopiero wówczas ustalić czy i w jakiej wysokości z jakiego tytułu pozostały nieuiszczone należności składkowe przez S. K..

Dlatego na podstawie art. 477^{14a} k.p.c. uchylił zaskarżony wyrok i poprzedzającą go decyzję przekazując sprawę do ponownego rozpoznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w P..

SSA Anna Polak SSA Urszula Iwanowska del. SSO Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk