

Sygn. akt III AUa 368/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 czerwca 2022 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk (spr.)
-----------------	--

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 14 czerwca 2022 r. w S.

sprawy M. G.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o podleganie ubezpieczeniom społecznym

na skutek apelacji ubezpieczonej

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 24 czerwca 2021 r., sygn. akt VI U 941/20

1. oddała apelację,
2. zasądza od M. G. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. kwotę 240 zł (dwieście czterdzieści złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

	Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk	
--	----------------------------------	--

Sygn. akt III AUa 368/21

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 21 maja 2020 r. nr (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. stwierdził, że M. G. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 stycznia 2015 r.

Z decyzją nie zgodziła się ubezpieczona, która w odwołaniu z dnia 23 czerwca 2020 r. wniosła o zmianę decyzji poprzez przyznanie jej prawa do podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym tj. emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 stycznia 2015 r. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Nadto wniosła

o zasądzenie od organu rentowego na jej rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie w całości i zasądzenie od skarżącej na rzecz organu rentowego zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, podtrzymując dotychczasową argumentację.

Wyrokiem z 24 czerwca 2021 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie oddalił odwołanie oraz zasądził od ubezpieczonej M. N. (1) kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sąd Okręgowy oparł swoje rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:

M. G. rozpoczęła prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej w zakresie usług kosmetycznych od 1 lutego 2008 roku. Prowadzenie wskazanej działalności ubezpieczona zawiesiła z dniem 5 lipca 2013 roku. Działalność tę ubezpieczona prowadziła pod adresem: (...)-(...) G., ul. (...) (...) w lokalu wynajmowanym od E. K.. Umowę zawarto na czas określony do 20 listopada 2007 roku (27 września 2008 r. k. 93 akt ZUS – uwaga Sądu Apelacyjnego).

W całym powyższym okresie prowadzenia działalności gospodarczej, M. G. opłacała składki od najniższej możliwej do zadeklarowania podstawy wymiaru składek.

W okresie od 1 marca 2010 roku do 23 grudnia 2014 roku M. G. zatrudniona była w pełnym wymiarze czasu pracy w (...) sklepie (...), na stanowisku sprzedawcy. Ubezpieczona otrzymywała wynagrodzenie odpowiadające najniższemu wynagrodzeniu pracowników. Z tytułu wskazanego zatrudnienia M. G. była zgłoszona do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych.

M. G. wznowiła prowadzenie działalności gospodarczej od 1 stycznia 2015 roku.

Kolejno M. G. zawiesiła prowadzenie działalności gospodarczej na okres od 1 stycznia 2016 roku do 28 stycznia 2016 roku.

M. G. zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego, rentowych, wypadkowego i zdrowotnego oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od 1 stycznia 2015 roku.

Za styczeń 2015 roku M. G. opłaciła składki od podstawy wymiaru w wysokości 9 000 zł. Składki na ubezpieczenia społeczne naliczone od podstawy 9 000 zł wyniosły 2 871 zł.

Od dnia 6 lutego 2015 roku, tj. po 36 dniach od wznowienia wykonywania działalności gospodarczej, M. G. stała się niezdolna do pracy i rozpoczęła korzystanie z następujących po sobie zasiłków chorobowych, macierzyńskiego i świadczeń umowy rehabilitacyjnych, na których przebywała:

- od 6 lutego 2015 roku do 2 sierpnia 2015 roku - zasiłek chorobowy,
- od 7 września 2015 roku do 30 kwietnia 2016 roku - zasiłek chorobowy,
- od 1 maja 2016 roku do 29 kwietnia 2017 roku -zasiłek macierzyński,
- od 24 maja 2017 roku do 28 grudnia 2017 roku - zasiłek chorobowy,
- od 12 stycznia 2018 roku do 2 września 2018 roku - zasiłek chorobowy,
- od 3 września 2018 roku do 1 marca 2019 roku - świadczenie rehabilitacyjne.

Na dzień wydania decyzji M. G. pobrała świadczenia w łącznej wysokości 309 164 zł 99 gr.

Następnie M. G. złożyła wnioski o wypłatę kolejnych świadczeń:

- wniosek o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego od 2 marca 2019 roku, który decyzją z 6 maja 2019 roku został rozpatrzony negatywnie,
- wnioski o wypłatę zasiłku chorobowego od 9 maja 2019 roku do 8 listopada 2019 roku,
- wniosek o przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego od 8 listopada 2019 roku - świadczenie na okres 4 miesięcy po wyczerpaniu zasiłku chorobowego,
- wniosek o wypłatę zasiłku opiekuńczego od 14 marca 2020 roku do 3 kwietnia 2020 roku.

Na podstawie umowy zawartej w dniu 1 października 2013 roku E. K. – właścicielka lokalu znajdującego się pod adresem: 2-100 G., ul. (...) (...) – wynajęła ten lokal E. P., prowadzącej działalność gospodarczą w zakresie fotografii. Rozwiązanie umowy najmu nastąpiło w dniu 28 marca 2014 roku.

Na podstawie umowy zawartej w dniu 2 kwietnia 2014 roku E. K. – właścicielka lokalu znajdującego się pod adresem: 2-100 G., ul. (...) (...) – wynajęła ten lokal M. K. i A. W. (1), prowadzącym działalność gospodarczą - salon urody. Na pierwszej stronie umowy wskazano najemców: M. K. i A. W. (2) prowadzące salon urody oraz dopisano w okresie późniejszym M. N. (1), prowadzącą (...). Umowa powyższa została zawarta w okresie, kiedy M. G. zawiesiła działalność gospodarczą.

Na stronach 1-6 umowy znajdują się parafowane podpisy M. K., A. W. (2) i M. G..

Podpis M. G. został dopisany na kserokopii pierwotnej umowy.

E. K. w dniu 2 kwietnia 2014 roku zawarła umowę najmu wyłącznie z A. W. (2) i M. K.. Umowę wydrukowano w dwóch egzemplarzach. M. G. dopisała w późniejszym okresie na swojej kopii umowy, ponieważ ubezpieczona bardzo ją o to prosiła i twierdziła, że dzięki temu będzie spokojniejsza. E. K. co miesiąc przychodzi do lokalu, spisuje liczniki na klatce schodowej i wystawia faktury M. K. i A. W. (2).

Ubezpieczona M. G. w 2015 roku nie płaciła E. K. za czynsz, zapłaciła jeden raz w styczniu 2015 roku. E. K. nie wystawiła faktury dla M. G. oraz nie odliczyła części kosztów mediów za styczeń 2015 roku od faktury wystawionej M. K. i A. W. (2).

M. R. zaczęła korzystać z usług ubezpieczonej w 2009 roku. Regularnie co trzy tygodnie chodziła „na paznokcie”. Ostatni raz z zabiegu korzystała w styczniu 2015 roku.

K. P. z usług kosmetycznych świadczonych przez ubezpieczoną korzystała z przerwami od 2009 roku. Ostatni raz była w styczniu 2015 roku.

E. R. z usług świadczonych przez ubezpieczoną korzystała w latach 2010 - 2013 i raz w styczniu 2015 roku.

S. M. zaczęła korzystać z usług ubezpieczonej w 2009 roku a na zabiegi chodziła średnio raz w miesiącu (z wyłączeniem okresu przerwy w wykonywaniu przez ubezpieczoną zabiegów).

M. D. była klientką ubezpieczonej od 2010 roku. Z zabiegu korzystała także na początku 2015 roku.

A. A. prowadzi hurtownię kosmetyczną od 2009 roku. Ubezpieczona była jej klientką przez cały okres prowadzenia działalności.

Na podstawie tak dokonanych ustaleń Sąd Okręgowy uznał odwołanie za nieuzasadnione podnosząc, iż zgodnie z treścią art. 6 ust.1 pkt 5 i art. 12 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998 roku (t.j.

Dz.U. z 2020 roku, poz. 266), obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym, wypadkowym - podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność oraz osobami z nimi współpracującymi.

Stosownie zaś do treści art. 8 ust. 6 pkt 1ww. ustawy, za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność uważa się osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych. Na mocy art. 13 pkt 4 analizowanej ustawy, osoby prowadzące działalność pozarolniczą podlegają obowiązkowym ubezpieczeniom od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej. Okres podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom określa przepis art. 13 pkt 4 zgodnie, z którym osoby prowadzące pozarolniczą działalność obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu podlegają w okresie od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej.

Z mocy art. 11 ust. 2 ww. ustawy, ubezpieczeniu chorobowemu osoby prowadzące pozarolniczą działalność podlegają dobrowolnie na swój wniosek.

Na podstawie art. 36 ust. 1, ust. 3 i ust. 4 cytowanej ustawy, każda osoba objęta obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi podlega zgłoszeniu do ubezpieczeń społecznych, w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia. Obowiązek zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych osób prowadzących działalność gospodarczą należy do tych osób.

Ubezpieczeniu chorobowemu osoby prowadzące pozarolniczą działalność podlegają dobrowolnie na swój wniosek (art.11 ust.2 ww. ustawy). Obowiązkowo ubezpieczeniu wypadkowemu podlegają osoby podlegające ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym (art.12 ust.1 ww. ustawy).

Sąd pierwszej instancji wskazał, iż dla prawidłowego rozpoznania niniejszej sprawy istotne znaczenie ma zdefiniowanie pojęcia działalności gospodarczej. Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (t.j. Dz.U. z 2017 roku poz. 2168), działalnością gospodarczą jest zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa oraz poszukiwanie, rozpoznawanie i wydobywanie kopalin ze złóż, a także działalność zawodowa, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły. Obecnie podobną definicję – choć nieco zmodyfikowaną - zawiera ustawa z dnia 6 marca 2018 roku Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2018 roku poz. 646) w której w art. 3 wskazano, iż działalnością gospodarczą jest zorganizowana działalność zarobkowa wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły.

Sąd meriti podkreślił, iż w orzecznictwie (np. uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z 6 grudnia 1991 roku, sygn. III CZP 117/91) przyjmuje się, że cechami działalności gospodarczej są:

- 1) zawodowy (a więc stały) charakter,
- 2) związana z nią powtarzalność podejmowanych działań,
- 3) podporządkowanie zasadzie racjonalnego gospodarowania
- 4) uczestnictwo w obrocie gospodarczym.

Podkreśla się także, iż dla uznania określonej przedmiotowo działalności, za działalność gospodarczą konieczne jest łączne zaistnienie trzech jej cech funkcjonalnych: zarobkowości, zorganizowania i ciągłości. Brak którejkolwiek z nich oznacza, że dana działalność nie może być zakwalifikowana do kategorii działalności gospodarczej.

Sąd Okręgowy wskazał, iż podjęcie działalności gospodarczej przez osoby fizyczne i jednostki organizacyjne niemające osobowości prawnej, wymaga zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, przy czym istnienie wpisu do

ewidencji działalności gospodarczej nie przesądza o faktycznym prowadzeniu tej działalności, ale prowadzi do domniemania prawnego (art. 234 k.p.c.), według którego osoba wpisana do ewidencji jest traktowana jako osoba prowadząca działalność gospodarczą. Domniemanie takie może być obalone, ale wymaga to przeprowadzenia przeciwdowodu. W wyroku z dnia 14 września 2007 roku (III UK 35/07, Lex nr 483284) Sąd Najwyższy wskazał, iż obowiązek ubezpieczenia osoby prowadzącej pozarolniczą działalność - w tym działalność gospodarczą - wynika z faktycznego prowadzenia tej działalności, a zatem o zaprzestaniu prowadzenia działalności gospodarczej, powodującym wyłączenie z tego ubezpieczenia, decyduje faktyczne zaprzestanie tej działalności, zaś kwestie związane z formalnym zarejestrowaniem, wyrejestrowaniem, czy zgłaszaniem przerw w tej działalności mają ewentualne znaczenie w sferze dowodowej, nie przesądzając same w sobie o podleganiu obowiązkowi ubezpieczenia społecznego. Tożsame stanowisko Sąd Najwyższy zaprezentował również w wyroku z dnia 11 lutego 2010 roku (I UK 221/09, Lex nr 585715) oraz z dnia 19 lutego 2010 roku (II UK 186/09, Lex nr 590235) Innymi słowy prowadzenie działalności gospodarczej o tyle stanowi tytuł podlegania ubezpieczeniom, o ile faktycznie ubezpieczony działalność tę wykonuje, choć stopień natężenia jego aktywności może być różny.

Sąd pierwszej instancji stwierdził również, że działalność gospodarcza z założenia jest działalnością wykonywaną w sposób zorganizowany i nastawioną na nieokreślony z góry okres, a ponadto związana jest z nią konieczność ponoszenia przez przedsiębiorcę ryzyka gospodarczego. Nie uznaje się, więc, za działalność gospodarczą: działalności okresowej i sporadycznej. Przesłanka wykonywania działalności gospodarczej w sposób ciągły, nie jest rozumiana jako konieczność jej wykonywania bez przerwy, lecz jako zamiar powtarzalności, określonych czynności, w odróżnieniu od ich przypadkowości, sporadyczności lub okazjonalności.

Rozpoczęcie wykonywania takiej działalności stanowi zdarzenie, które skutkuje objęciem obowiązkowo ubezpieczeniami społecznymi. Podejmując pozarolniczą działalność gospodarczą ubezpieczony co do zasady zostaje objęty obowiązkiem ubezpieczeń społecznych. W związku z tym działalność ta powinna odpowiadać wszystkim cechom ją definiującym, tj. być prowadzona w sposób zorganizowany i ciągły, a także zmierzać do osiągnięcia zysku. Ubezpieczenie społeczne oraz osiągnięcie z tego tytułu określonych świadczeń nie jest natomiast i nie może być głównym celem prowadzenia działalności gospodarczej. Celem tym jest zarobek, czyli przychód pokrywający w pełni koszty tej działalności, w tym ubezpieczenia społecznego, a ponadto wystarczający na utrzymanie oraz rozwój przedsiębiorcy.

Sąd meriti podkreślił, iż w sytuacji, gdy przy niskim przychodzie, bądź stracie, następuje zgłoszenie wysokiej podstawy wymiaru składek należy uznać, iż ma to na celu wyłącznie uzyskiwanie wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego, tym samym stanowi niczym nieuzasadnioną nierównowagę i odbywa się kosztem innych ubezpieczonych, wbrew zasadzie solidaryzmu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 października 2018 roku, II UK 302/17, Lex nr 2583085; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 9 maja 2019 roku, III AUa 784/18, Lex nr 2679334).

Sąd Okręgowy wskazał, iż za utrwalony w orzecznictwie sądów powszechnych i Sądu Najwyższego należy uznać pogląd, że ubezpieczenie społeczne oraz osiągnięcie z tego tytułu określonych świadczeń nie jest głównym celem prowadzenia działalności gospodarczej. Celem tym jest zarobek, w znaczeniu jak wyżej wskazano. Zarobkowego charakteru działalności gospodarczej nie przekreśla co prawda generowanie strat, ale tylko wówczas jeśli środki finansowe wydatkowane są w celach inwestycyjnych, rozwoju podmiotu, które ze swej natury mają z założenia przynieść zysk. Nie jest jednak uzasadnione pomnażanie tych kosztów o deklarowanie wysokiej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, w tym generowanie starty, oceniając to w perspektywie rozwoju przedsiębiorstwa. Takie działanie prowadzi bowiem do wniosku, że z założenia wynik finansowy prowadzonej działalności jest nieistotny, a jedynym celem podejmowanych działań jest uzyskanie wysokich świadczeń z ubezpieczeń. Uwypukla się to szczególnie w sytuacji, gdy osoba prowadząca działalność i deklarująca wysoką podstawę wymiaru składki ma świadomość, że stan zdrowia czyni ją wkrótce niezdolną do jej prowadzenia.

Sąd pierwszej instancji podkreślił, iż w przypadku stwierdzenia przedstawionych wyżej okoliczności należy dokonać ich oceny pod kątem intencjonalnego zamiaru obejścia lub nadużycia norm prawa materialnego wyłącznie w celu nabycia prawa do nienależnych lub co najmniej zawyżonych świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Nie można

bowiem zapewnić ochrony prawnej działaniom zmierzającym do uzyskania radykalnie zawyżonych świadczeń z ubezpieczenia społecznego w związku z manipulacyjnymi deklaracjami i krótkookresowym opłaceniem składek w maksymalnej wysokości przed okresami zamierzonego, czy pewnego skorzystania ze świadczeń z tego ubezpieczenia. Tego typu działania pozostają *prima facie* w sprzeczności z zasadami równego traktowania wszystkich ubezpieczonych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 września 2018 roku, I UK 208/17, Lex nr 2541912). Innymi słowy, jeśli ktoś twierdzi, że prowadzi działalność gospodarczą, ale czyni to tylko po to, by uzyskać świadczenia z ubezpieczenia społecznego, w istocie stwarza pozory tej działalności, bowiem nie zmierza do pozyskania zarobku z działalności to wypacza sens ustawowy tej instytucji (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 8 września 2017 roku, III AUa 869/16). Uwypukla się to, szczególnie, w sytuacji, gdy osoba rozpoczynająca działalność, ma świadomość, że, z uwagi na stan zdrowia, nie będzie prowadzić działalności.

Taka sytuacja, zdaniem Sądu Okręgowego, wystąpiła w sprawie niniejszej.

Sąd ten wskazał, iż wykonywanie (prowadzenie) działalności gospodarczej w rozumieniu art. 13 pkt 4 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych, obejmuje nie tylko faktyczne wykonywanie czynności należących do zakresu tej działalności, lecz także czynności zmierzające do zaistnienia takich czynności gospodarczych (czynności przygotowawczych). Na przykład, prowadzenie działalności gospodarczej występuje zarówno w okresach faktycznego wykonywania usług, jak też w okresach wykonywania innych czynności związanych z działalnością - takich jak poszukiwanie nowych klientów, zamieszczanie ogłoszeń w prasie, załatwianie spraw urzędowych. Wszystkie te czynności pozostają w ścisłym związku z działalnością usługową, bowiem zmierzają do stworzenia właściwych warunków do jej wykonywania (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 17 grudnia 2003 roku, III AUa 1531/03, OSA w B. 2004 nr 1, s. 51; por. też postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 lipca 2003 roku, II UK 111/03, Monitor Prawa Pracy-wkładka 2004 nr 7, poz. 16).

Sąd pierwszej instancji przypomniał, że w przedmiotowej sprawie organ rentowy wskazał, iż wnioskodawczyni wznowiła działalność gospodarczą po dwóch latach przerwy, wyłącznie w celu uzyskania kolejnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego wypłacanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych od zadeklarowanej podstawy wymiaru. Organ zakwestionował przy tym fakt prowadzenia działalności gospodarczej podnosząc, iż wnioskodawczyni nie wykazała w toku postępowania wyjaśniającego, że faktycznie rozpoczęła działalność gospodarczą po jej wznowieniu.

W ocenie Sądu *meriti*, z poczynionych ustaleń faktycznych, wynika, że stanowisko organu rentowego w kwestii faktycznego niewykonywania przez skarżącą działalności gospodarczej od 1 stycznia 2015 roku, której podjęcie miało na celu jedynie uzyskanie świadczeń z ubezpieczenia społecznego jest uzasadnione. Świadczy o tym całokształt okoliczności faktycznych sprawy.

Sąd Okręgowy nie dał wiary twierdzeniom ubezpieczonej, że od momentu wznowienia działalności gospodarczej, czyli od stycznia 2015 roku, rzeczywiście zamierzała prowadzić działalność gospodarczą, jak też twierdzeniom, iż w okresie poprzedniego prowadzenia działalności ubezpieczona osiągała z tego tytułu dochód rzędu 5 000 - 6 000 zł.

Sąd ten zauważył, iż M. G. rozpoczęła prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej w zakresie usług kosmetycznych od 1 lutego 2008 roku. Prowadzenie wskazanej działalności ubezpieczona zawiesiła z dniem 5 lipca 2013 roku. Równocześnie w okresie od 1 marca 2010 roku do 23 grudnia 2014 roku M. G. zatrudniona była w pełnym wymiarze czasu pracy w (...) sklepie (...), na stanowisku sprzedawcy. Ubezpieczona otrzymywała wynagrodzenie odpowiadające najniższemu wynagrodzeniu pracowników.

Zestawienie tych faktów, zdaniem Sądu pierwszej instancji, oznacza, iż ubezpieczona osiągała z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej tego rodzaju dochód, że opłacało się jej świadczyć równoległe pracę w innej miejscowości, w pełnym wymiarze czasu pracy i za najniższym wynagrodzeniem. Jednocześnie w sytuacji, gdy godzenie obu rodzajów aktywności staje się uciążliwe, ubezpieczona zawiesiła prowadzenie działalności gospodarczej, a kontynuowała

zatrudnienie pracownicze, choć z jej twierdzeń wynika, iż działalność ta przynosiła znacznie większy dochód (i to przy mniejszym - choćby czasowo - nakładzie pracy).

Sąd meriti wskazał, iż w świetle zasad doświadczenia życiowego i realizmu sytuacyjnego wyżej nazwane twierdzenia faktyczne ubezpieczonej nie mogą być uznane za wiarygodne. Logicznym natomiast jest wniosek, iż rzeczywisty dochód z prowadzonej działalności gospodarczej był niewielki i stanowił dopełnienie dochodu osiąganego z zatrudnienia pracowniczego.

W tej sytuacji wznowienie prowadzenia działalności gospodarczej od 1 stycznia 2015 roku przy jednoczesnym zgłoszeniu się do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego, rentowych, wypadkowego i zdrowotnego oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z podstawą wymiaru składek w wysokości 9 000 zł nie może być, w ocenie Sądu Okręgowego, traktowane jako wyraz zamiaru rozpoczęcia działalności zorganizowanej i nastawionej na zysk, lecz jako wyraz zamiaru uzyskania tytułu do korzystania ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego w maksymalnej możliwej wysokości. Wniosek ten potwierdzają informacje o zgłaszaniu przez ubezpieczoną M. G. w okresie bezpośrednio poprzedzającym wznowienie działalności problemów ze zdrowiem.

Ponadto Sąd pierwszej instancji zauważył, iż aktywność zawodowa ubezpieczonej trwała niewiele ponad miesiąc, a następnie przez wiele lat pobierała ona zasiłki chorobowe, macierzyński czy też przebywała na świadczeniu rehabilitacyjnym.

Co prawda świadkowie wskazywali na okoliczności mające potwierdzić fakt prowadzenia przez wnioskodawczynię działalności, to w przekonaniu Sądu meriti, zeznania te nie dowodzą tego. Sąd ten zwrócił uwagę, że przesłuchani świadkowie wskazywali wprawdzie, że korzystali z usług kosmetycznych oferowanych przez odwołującą, jednakże z zeznań tych wynika, że miało to miejsce regularnie od 2009 roku do 2013 roku a zatem w okresie prowadzenia działalności gospodarczej, niekwestionowanym przez organ rentowy. Natomiast co do 2015 roku świadkowie M. R., E. R. i S. M. zeznały, że korzystały z usług ubezpieczonej tylko raz. Przy czym świadek E. R. zeznała, że ubezpieczona zadzwoniła do niej z informacją, że będzie sprawa w sądzie i że świadek była u niej na wizycie w salonie w styczniu 2015 roku. Świadek podała, że to ubezpieczona przypomniała jej tę datę i uwierzyła ubezpieczonej.

Pomijając nawet możliwość dokładnego zapamiętania - po upływie pięciu lat - przez każdego ze świadków dokładnego okresu poddania się zabiegowi kosmetycznemu, Sąd pierwszej instancji zauważył, iż powyższe informacje bardziej każą interpretować okazjonalne usługi świadczone przez ubezpieczoną w styczniu 2015 roku, jako chęć wywarcia na osobach postronnych wrażenia, iż zamierza ona wznowić prowadzenie działalności gospodarczej niż jako dowód rzeczywistego zamiaru prowadzenia działalności gospodarczej - nastawionej na zysk - w sposób zorganizowany i ciągły.

Sąd meriti podniósł, iż głównym dowodem mającym świadczyć o wznowieniu przez ubezpieczoną działalności gospodarczej, miała być umowa podnajmu lokalu z dnia 2 kwietnia 2014 roku. Jednakże w czasie kontroli przeprowadzanej przez organ rentowy, która dotyczyła kwestii podlegania ubezpieczeniom wnioskodawczyni, jak również w toku niniejszego postępowania sądowego, wykazano szereg nieścisłości, które powodują, że nie sposób na jej podstawie uznać twierdzeń odwołującej o prowadzeniu działalności od stycznia 2015 roku.

W pierwszej kolejności Sąd Okręgowy podkreślił, iż wprawdzie na pierwszej stronie umowy wskazano jako najemców Panią M. K., A. W. (2) i M. G., a jako wynajmującą E. K., jednakże Sąd ten zwrócił uwagę, że umowa została zawarta w czasie, gdy M. G. miała zawieszoną działalność gospodarczą (od 5 lipca 2013 roku do 31 grudnia 2014 roku). E. K. zeznała natomiast, że wynajmowała lokal w G. przy ul. (...) na podstawie pisemnej umowy najmu M. G. od 7 września 2007 roku do 31 lipca 2013 roku, a następnie pani fotograf E. P. (od 1 października 2013 roku do 28 marca 2014 roku). Natomiast w 2014 roku zawarła umowę najmu wyłącznie z A. W. (2) i M. K..

Sąd pierwszej instancji zwrócił uwagę, że na stronach 1-6 umowy z 2 kwietnia 2014 roku znajdowały się parafki podpisów M. K., A. W. (2) i M. G., przy czym umowa ta zawierała trzy strony (...) Na jednej ze stron widniały wyłącznie

podpisy E. K. jako wynajmującej oraz podpisy M. K. i A. W. (2), jako najemców. Kolejne dwie strony o numerze(...), poza wskazanymi powyżej podpisami zawierały podpis M. G..

E. K. zeznała przed sądem, że zgodziła się na dopisanie M. G. w późniejszym okresie na swojej kopii umowy najmu z 2 kwietnia 2014 roku, ale zdenerwowała się gdy zobaczyła, że odwołująca oprócz tego, że dopisała siebie, złożyła nadto swój podpis na innym egzemplarzu umowy bez zgody i wiedzy wynajmującej, ponieważ na oryginalnej umowie najmu nigdy nie było podpisów M. G.. Nadto świadek podała, że nie pamięta, kiedy ubezpieczona była u niej po egzemplarz umowy z 2 kwietnia 2014 roku.

Z kolei podczas postępowania kontrolnego przed organem rentowym E. K. podała, że dopisała M. G., ponieważ ubezpieczona bardzo ją o to prosiła i twierdziła, że dzięki temu będzie spokojniejsza. Oświadczyła, że była u ubezpieczonej przed urodzeniem dziecka chyba w 2015 roku i wówczas M. G. poprosiła ją o dopisanie jej do umowy najmu.

Mając na uwadze powyższe zeznania Sąd meriti zauważył, że zeznania świadka E. K. są sprzeczne co do okoliczności dopisania ubezpieczonej do umowy najmu z 2 kwietnia 2014 roku. Nadto zauważył, że ubezpieczona urodziła dziecko w dniu 1 maja 2016 roku, jeżeli zatem prosiła E. K. o dopisanie jej do umowy przed porodem, to sytuacja ta nie mogła mieć miejsca w styczniu 2015 roku.

Świadek zeznała również, że ubezpieczona informowała ją, że w 2015 roku chce ponownie korzystać z lokalu E. K., jednakże mimo tego świadek i M. G., nie podpisały odrębnej umowy najmu lokalu przy ul. (...) w G., a poprzestały na umowie ustnej.

W ocenie Sądu Okręgowego, dopisanie ubezpieczonej na umowie najmu z 2 kwietnia 2014 roku w bliżej nieokreślonym czasie, które miało na celu uwiarygodnić, że wynajmowała ona od E. K. lokal na działalność gospodarczą od 1 stycznia 2015 roku, nie przyniosło rezultatu oczekiwanego przez odwołującą. Nie było żadnych przeszkód ku temu, aby M. G. - tak jak w okresie od 2007 do 2013 roku - zawarła z E. K. odrębną umowę najmu, obowiązującą właśnie od 1 stycznia 2015 roku.

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że ubezpieczona przed wznowieniem działalności gospodarczej skarżyła się na różne choroby i dolegliwości, następnie miała odzyskać zdolność do pracy w styczniu 2015 roku, by już po okresie zaledwie 36 dni rozpocząć korzystanie z zasiłków chorobowych.

W odniesieniu do powyższego Sąd meriti w pełni podzielił stanowisko organu rentowego, który zestawiając opłacenie jednej składki na ubezpieczenia społeczne za styczeń 2015 roku, naliczone od podstawy 9 000 zł. w kwocie 2 871 zł, z łączną kwotą wypłaconych wnioskodawczyni świadczeń w wysokości 309 164 zł 99 gr. uznał, że rzeczywistym celem formalnie wznowionej działalności, było uzyskanie niewielkim kosztem wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

W dacie wznowienia działalności gospodarczej wnioskodawczyni miała, w przekonaniu Sądu Okręgowego, świadomość, że stan zdrowia w niedługim czasie będzie jej uniemożliwiał wykonywanie pracy i w związku z tym skorzysta ze sposobności uzyskania wysokich świadczeń. Nieprzypadkowo zatem jeszcze przed uzyskaniem jakiegokolwiek dochodu, M. G. zapłaciła składkę na ubezpieczenia społeczne, w wysokości, gwarantującej jej w bliskiej przyszłości wysokie świadczenia. Taką ocenę dodatkowo uzasadnia okoliczność, że w okresie faktycznego prowadzenia działalności gospodarczej od 2008 do 2013 roku, ubezpieczona opłacała składki od najniższej podstawy, choć mogła je ponosić w wyższej wysokości, ponieważ osiągała przychody z działalności gospodarczej i jednocześnie z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę (od 1 marca 2010 roku do 23 grudnia 2014 roku).

Biorąc powyższe pod uwagę, Sąd pierwszej instancji na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., uznając zaskarżoną decyzję za prawidłową, oddalił odwołanie wniesione przez ubezpieczoną, o czym orzekł w punkcie I wyroku. Powyższe rozstrzygnięcie implikowało konieczność orzeczenia o kosztach procesu - wobec złożenia przez stronę wygrywającą sprawę (organ rentowy) odnośnego wniosku. O wskazanych kosztach Sąd meriti orzekł w punkcie II wyroku na

podstawie art. 98 k.p.c., zasądzając od wnioskodawczyni na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. kwotę 180 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego. Wysokość wynagrodzenia pełnomocnika organu rentowego sąd ustalił zgodnie z dyspozycją § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2018 roku, poz.265).

Z powyższym rozstrzygnięciem nie zgodziła się ubezpieczona zaskarżając je w całości i zarzucając mu:

1. naruszenia przepisów postępowania cywilnego poniżej wskazanych, co miało wpływ na wynik postępowania, tj.:

- art. 233 par. 1 Kodeksu postępowania cywilnego (dalej: k.p.c.) poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny materiału dowodowego w zakresie niezdolności powódki do wykonywania pracy, co miało wpływ na ustalenie stanu faktycznego sprawy, na którym Sąd pierwszej instancji oparł rozstrzygnięcie, w konsekwencji skutkowało wydaniem wadliwego rozstrzygnięcia, poprzez uznanie, że Ubezpieczona od dnia 1 stycznia 2015 r. nie wykazała okoliczności faktycznego prowadzenia działalności gospodarczej, w przypadku gdy powódka w spornym okresie wykonywała faktycznie pozarolniczą działalność gospodarczą co potwierdzają dokumenty w szczególności kalendarz spotkań (k. 16 - 25), dokonywanie rozliczeń z Urzędem Skarbowym (PIT-37) (k. 12 - 15), nabywanie towarów w celu należytego świadczenia usług (k. 94, protokół rozprawy z dnia 20.04.2021 r.- 00:07:17)

- art. 233 par. 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny materiału dowodowego, co miało wpływ na ustalenie stanu faktycznego sprawy, na którym Sąd pierwszej instancji oparł rozstrzygnięcie, w konsekwencji skutkowało wydaniem wadliwego rozstrzygnięcia, poprzez uznanie, że ubezpieczona po dniu 01.01.2015 r. nie prowadziła działalności gospodarczej, gdy powódka tę działalność w sposób ciągły i nieprzerwany prowadziła, co wynika z całości materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie, w tym z przesłuchania strony, zeznań świadków,

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny materiału dowodowego w zakresie uznania, że celem ubezpieczonej nie było faktyczne prowadzenie działalności gospodarczej, a jedynie uzyskanie tytułu do ubezpieczeń, w przypadku, gdy ubezpieczona faktycznie prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą, która miała charakter zorganizowany i ciągły,

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny materiału dowodowego w zakresie uznania, że działalność prowadzona przez ubezpieczoną nie miała charakteru zarobkowego, która związana jest z prowadzeniem działalności gospodarczej, gdy prowadzona przez powódkę działalność gospodarcza miała charakter zarobkowy i nakierowana była na zysk od samego początku, a ponadto należy wskazać, iż powódka prowadziła działalność od 01.02.2008 r., wobec czego rok 2015 nie był momentem jej zarejestrowania co mogłoby wskazywać na chęć korzystania z długoletnich świadczeń finansowanych z ubezpieczeń społecznych,

- art. 233 par. 1 k.p.c. poprzez sprzeczne z zasadami logiki i doświadczenia życiowego przyjęcie, że przypadku faktycznego nieświadczenia usług w okresie niezdolności do pracy orzekanej przez lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie o niezdolności do pracy powódka utraciła przymiot przedsiębiorcy, gdy zgodnie z zasadami logiki i doświadczenia życiowego powódka nadal była przedsiębiorcą zaś niezdolność do pracy uniemożliwiała jej faktyczne świadczenie usług,

- art. 233 par. 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny materiału dowodowego, w tym zeznań świadków — M. R. (k. 49-50, protokół rozprawy z dnia 17.11.2020 r. - 00:06:26), K. P. (k.50-51 protokół rozprawy z dnia 17.11.2020 r. - 00:30:53), S. M. (k. 52 - 53, protokół rozprawy z dnia 17.11.2020 r. - 01:11:37), co miało wpływ na ustalenie stanu faktycznego sprawy, na którym Sąd pierwszej instancji oparł rozstrzygnięcie, w konsekwencji skutkowało wydaniem wadliwego rozstrzygnięcia, poprzez uznanie, że ubezpieczona po dniu 01.01.2015 r. nie prowadziła działalności gospodarczej, gdy w prawidłowo ustalonym stanie faktycznym Ubezpieczona prowadziła działalność gospodarczą w sposób zorganizowany i ciągły, co potwierdzają w szczególności zeznania w/w świadków,

- art. 233 par. 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny materiału dowodowego, tj. zeznań świadka A. A. (k. 94 - 95, protokół rozprawy z dnia 20.04.2021 r. - 00:07:17), co miało wpływ na ustalenie stanu faktycznego sprawy, na którym Sąd pierwszej instancji oparł rozstrzygnięcie, w konsekwencji skutkowało wydaniem wadliwego rozstrzygnięcia, w przypadku, gdy A. A. wskazała, iż „Ubezpieczona dokonywała u mnie zakupów. Tak naprawdę przez cały okres działalności.”, „Ubezpieczona realizowała zakupy w wysokości 500 - 600 zł.”, które wskazują na faktyczne i rzeczywiste przygotowanie i prowadzenie działalności gospodarczej w spornym okresie.

2. Naruszenie przepisów prawa materialnego tj.

- art. 13 pkt 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych w zw. z art. 3 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców, poprzez przyjęcie, że w okresie od dnia 01.01.2015 r. do dnia poprzedzającego niezdolność do pracy, Ubezpieczona nie wykonywała działalności gospodarczej zgodnie z przepisami ustawy Prawo przedsiębiorców w sytuacji, gdy Ubezpieczona wznowiła zawieszoną działalność gospodarczą – a nie dokonała jej rejestracji, a następnie, prowadziła ją w sposób zorganizowany i ciągły, a więc w świetle prawidłowo ustalonego stanu faktycznego prowadziła działalność gospodarczą w myśl w/w przepisów,

- art. 2 w zw. z art. 24 ustawy z dnia 06 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców poprzez przyjęcie, że Ubezpieczona nie prowadziła faktycznie pozarolniczej działalności gospodarczej, w sytuacji, gdy rzeczywiście wykonywała zarobkową działalność gospodarczą świadcząc usługi kosmetyczne w sposób zorganizowany i ciągły.

Na podstawie tak sformułowanych zarzutów apelująca wniosła o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie odwołania ubezpieczonej poprzez ustalenie, że ubezpieczona podlega pod obowiązkowe ubezpieczenie: emerytalne, rentowe i wypadkowe od 01 stycznia 2015 r. oraz dobrowolne ubezpieczenie chorobowe od dnia 01.01.2015 r. i że podlega tym ubezpieczeniom nadal,

2. ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania,

3. zasądzenie od organu rentowego na rzecz ubezpieczonej kosztów procesu wraz z kosztami zastępstwa procesowego za obie instancje, według norm prawem przepisanych.

W odpowiedzi na apelację organ wniósł o jej oddalenie w całości oraz o zasądzenie od ubezpieczonej na rzecz organu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym wg norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:

Apelacja okazała się nieuzasadniona.

Na wstępie, uwzględniając treść art. 387 § 2¹ pkt 1 k.p.c., wskazać należy, że Sąd Apelacyjny dokonując własnej oceny przedstawionego pod osąd materiału procesowego stwierdził, że Sąd Okręgowy prawidłowo przeprowadził postępowanie dowodowe, a poczynione ustalenia nie są wadliwe i znajdują odzwierciedlenie w treści przedstawionych w sprawie dowodów. Sąd Apelacyjny w pełni podziela i przyjmuje jako własne ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd pierwszej instancji, jak również oparte na nich rozważania prawne, jednocześnie nie znajdując przesłanek do uwzględnienia stanowiska apelującej. W sytuacji bowiem, gdy sąd odwoławczy orzeka na podstawie materiału zgromadzonego w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, nie musi powtarzać dokonanych ustaleń, gdyż wystarczy stwierdzenie, że przyjmuje je za własne (por. np. orzeczenia Sadu Najwyższego z dnia 13 grudnia 1935 r. , C III 680/34. Zb. Urz.1936, poz. 379, z dnia 14 lutego 1938r., C II 21172/37 Przegląd Sądowy 1938, poz. 380 i z dnia 10 listopada 1998 r., III CKN 792/98, OSNC 1999, nr. 4, poz. 83).

Sąd Okręgowy właściwie przeprowadził postępowanie dowodowe, nie uchybiając przepisom prawa procesowego oraz dokonał trafnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego i w konsekwencji prawidłowo ustalił stan

faktyczny sprawy. Ocena zgromadzonego materiału dowodowego, w przekonaniu Sądu Apelacyjnego jest swobodna, ale nie dowolna, zatem Sąd pierwszej instancji nie naruszył granic określonych treścią przepisu art. 233 § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy dokonał prawidłowej subsumcji odpowiednich przepisów do ustalonego stanu faktycznego. Zdaniem Sądu odwoławczego, zarzut przekroczenia przez Sąd Okręgowy granic swobodnej oceny dowodów wg art. 233 § 1 k.p.c., nie mógł być uwzględniony. Przepis ten wyraża zasadę swobodnej oceny dowodów, zgodnie z którą sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według swego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Jeżeli zatem z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie wystarcza więc stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości, co w istocie czyni apelująca. Sąd odwoławczy nie podziela argumentów ubezpieczonej podniesionych w treści złożonej w sprawie apelacji. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, kwestie podnoszone jako zarzuty w sposób szczegółowy zostały omówione oraz ocenione w zaskarżonym wyroku, a wywiedziona apelacja, gdy zanalizować jej rzeczywistą treść, stanowi jedynie wyraz stanowisko ubezpieczonej podtrzymującej dotychczasowe twierdzenia.

Sąd pierwszej instancji odniósł się do wszystkich zgromadzonych w postępowaniu dowodów, zarówno z dokumentów, jak i przede wszystkim zeznań słuchanych w sprawie świadków i stron. Zarzuty apelujących sprowadzają się w zasadzie jedynie do polemiki ze stanowiskiem Sądu Okręgowego oraz interpretacją dowodów dokonaną przez ten Sąd i jako takie nie mogą się ostać.

Przedmiotem niniejszego postępowania było ustalenie podlegania przez wnioskodawczynię M. G. ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Podstawę prawną powyższego stanowi art. 6 ust. 1 pkt 5 oraz art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2016, poz. 963, j.t., dalej: ustawa systemowa).

Orzecznictwo Sądu Najwyższego jednoznacznie wskazuje, że podleganie ubezpieczeniom społecznym wynika nie ze zgłoszenia prowadzenia działalności gospodarczej (czy też zgłoszenia wznowienia działalności), ale z faktu jej rzeczywistego wykonywania. W wyroku z dnia 13 listopada 2008 r. (II UK 94/08, Lex nr 960472) Sąd Najwyższy podniósł, że obowiązkowi ubezpieczeń społecznych podlega osoba faktycznie prowadząca działalność gospodarczą (a więc wykonująca tę działalność), a nie osoba jedynie figurująca w ewidencji działalności gospodarczej na podstawie uzyskanego wpisu, która działalności tej nie prowadzi (nie wykonuje). W uzasadnieniu orzeczenia podniesiono, że art. 13 pkt 4 ustawy systemowej jednoznacznie kładzie nacisk na rozpoczęcie wykonywania pozarolniczej działalności i zaprzestanie wykonywania tej działalności, a nie na moment dokonania w ewidencji działalności gospodarczej stosownego wpisu o zarejestrowaniu działalności (wznowieniu jej wykonywania) oraz chwilę jego wykreślenia. W konsekwencji obowiązkowi ubezpieczeń społecznych podlega osoba faktycznie prowadząca działalność gospodarczą (a więc wykonująca tę działalność), a nie osoba jedynie figurująca w ewidencji działalności gospodarczej na podstawie uzyskanego wpisu, która działalności tej nie prowadzi (nie wykonuje).

Skoro więc podleganie obowiązkowi ubezpieczenia społecznego jest pochodną prowadzenia (wykonywania) działalności gospodarczej, a nie wpisu w ewidencji, to nie podlega przymusowi ubezpieczenia zarówno osoba, która pomimo zgłoszenia działalności gospodarczej do ewidencji i uzyskania stosownego wpisu nie podjęła jej z różnych przyczyn, jak i osoba, która - mimo faktycznego niewykonywania działalności gospodarczej po jej podjęciu - jest wpisana do ewidencji, gdyż nie zgłoszono zawiadomienia o zaprzestaniu prowadzenia tej działalności. Inne rozumienie art. 13 pkt 4 ustawy systemowej mogłoby prowadzić do przypadków legalizacji fikcyjnego rejestrowania działalności gospodarczej wyłącznie w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej. Podobny wniosek płynie także z innych orzeczeń Sądu Najwyższego (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 21 czerwca 2001 r., II UKN 428/00, OSNAPiUS 2003 nr 6, poz. 158; z dnia 11 stycznia 2005 r., I UK 105/04, OSNP 2005 nr 13, poz. 198; z dnia 25 listopada 2005 r., I UK 80/05, OSNP 2006 nr 19-20, poz. 309; z dnia 30 listopada 2005 r., I UK 95/05, OSNP 2006 nr 19-20, poz. 311; z dnia 19 marca 2007 r., III UK 133/06, OSNP 2008 nr 7-8, poz. 114).

W wyroku z dnia 14 września 2007 r. (III UK 35/07, Lex nr 483284) Sąd Najwyższy wskazał z kolei, iż art. 6 ust. 1 pkt 5 w związku z art. 13 pkt 4 ustawy z 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych kreuje obowiązek podlegania osób prowadzących pozarolniczą działalność ubezpieczeniom z mocy ustawy od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności. Tak więc, to nie decyzja organu rentowego powoduje powstanie tego obowiązku, a jedynie potwierdza ona ten obowiązek. Decyzja ta wydawana jest na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń i nie jest decyzją kształtującą prawa i obowiązki, a jedynie decyzją potwierdzającą przebieg ubezpieczeń. Ubezpieczenie powstaje zatem z mocy prawa, a decyzja organu rentowego ma jedynie charakter deklaratoryjny, potwierdzający powstanie prawa z chwilą ziszczenia się jego ustawowych przesłanek. Art. 6 ust. 1 pkt 5 w związku z art. 13 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych kreuje obowiązek podlegania osób prowadzących pozarolniczą działalność ubezpieczeniom z mocy ustawy od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności.

W związku z powyższym, aby ocenić, czy decyzja organu rentowego z dnia 21 maja 2020 r. była prawidłowa, ustalić należało, czy wnioskodawczyni M. G. faktycznie wykonywała działalność gospodarczą.

Argumenty apelującej przedstawione w środku zaskarżenia były już prezentowane na etapie postępowania pierwszoinstancyjnego i zostały przez Sąd Okręgowy szczegółowo omówione. Tym niemniej ubezpieczona w apelacji ponawia te argumenty wskazując na cechy działalności gospodarczej i próbując przekonać, że jej działania charakteryzowały się zarówno ciągłością jak i zarobkowym charakterem. Lektura apelacji wskazuje jednak, że skarżąca każdą z okoliczności, wynikających z przeprowadzonego postępowania dowodowego, widzi osobno, niejako w sposób wyizolowany i w pełnym oderwaniu od wszystkich okoliczności pozostałych. Dostrzec trzeba, że apelująca podważa niemal wszystkie ustalenia Sądu Okręgowego odwołując się przy tym do szeregu orzeczeń. Sąd Apelacyjny wskazuje, że całokształt okoliczności ocenianych łącznie i we wzajemnym powiązaniu w realiach sprawy niezbitnie przeczy teoriom wysnuwanym przez skarżącą odnośnie faktycznego prowadzenia przez nią działalności gospodarczej.

Wymaga zaznaczenia, że postępowanie apelacyjne, jakkolwiek jest postępowaniem odwoławczym i kontrolnym, to zachowuje charakter postępowania rozpoznawczego. Merytoryczny charakter orzekania w postępowaniu apelacyjnym polega na tym, że sąd apelacyjny, o ile zaistnieje taka konieczność, ma obowiązek dokonać własnych ustaleń i samodzielnie ocenić sprawę, z punktu widzenia prawa materialnego. Stąd też w aktualnym postępowaniu Sąd Apelacyjny, mając na uwadze materiał dowodowy zgromadzony w sprawie, treść uzasadnienia wyroku sądu pierwszej instancji oraz zarzuty podniesione przez ubezpieczoną w apelacji, dokonał własnego usystematyzowania dotychczasowych ustaleń, w szczególności w kontekście faktycznego prowadzenia przez M. G. działalności gospodarczej.

Po pierwsze apelująca podała, że w dniu 1 lutego 2008 roku zarejestrowała działalność gospodarczą pod firmą: (...) (31 grudnia 2015 roku zmiana nazwy na: (...)), a przedmiotem działalności gospodarczej było świadczenie usług kosmetycznych. Ubezpieczona następnie zawiesiła prowadzenie działalności gospodarczej z dniem 4 lipca 2013 roku i do dnia 31 grudnia 2014 roku nie prowadziła działalności gospodarczej.

W okresie od 1 marca 2010 roku do 23 grudnia 2014 roku M. G. zatrudniona była w pełnym wymiarze czasu pracy w (...) sklepie (...), na stanowisku sprzedawcy. Ubezpieczona otrzymywała wynagrodzenie odpowiadające najniższemu wynagrodzeniu pracowników. Z tytułu wskazanego zatrudnienia M. G. była zgłoszona do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych.

Sąd Apelacyjny ustalił dodatkowo, że w grudniu 2014 r. (a więc przed rzekomym wznowieniem działalności gospodarczej) okazało się, że ubezpieczona jest w ciąży, która ostatecznie zakończyła się poronieniem w 10 tygodniu w dniu 5 lutego 2015 r. (dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 6 lutego 2015 r. - k. 181 akt, zeznanie M. N. (2) k. 95).

W kolejną ciążę ubezpieczona zaszła jeszcze w 2015 r. i urodziła syna w dniu 1 maja 2016 roku. (dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 3 maja 2016 r. - k. 181 akt).

Okoliczność ta świadczy o nieprawdziwości zeznań ubezpieczonej, która wskazywała, że w styczniu 2015 roku postanowiła wznowić prowadzenie działalności gospodarczej i prowadzić ją w sposób ciągły, długotrwały i zorganizowany. W styczniu ubezpieczona wiedziała bowiem, że wkrótce stanie się niezdolna do pracy w związku z urodzeniem dziecka (nawet jeśli zakładałaby, że całą mogłaby pracować).

Początkowo ubezpieczona wskazywała, że nie zna danych adresowych klientów, których obsługiwała w styczniu i lutym 2015 roku, po czym dopiero po zapoznaniu się z aktami sprawy „przypomniała sobie o klientach, którzy są jej wieloletnimi znajomymi”. Odwołująca wskazała, że podczas składanych wyjaśnień rzeczywiście nie знаła adresów klientów, którzy korzystali z jej usług, ponieważ w kalendarzu, który prowadziła nie zapisywała nigdy danych dotyczących miejsca zamieszkania klientów, po drugie zaś - wskazani przez nią klienci nie są jej wieloletnimi znajomymi.

Dalej skarżąca podniosła, że od 1 stycznia do 5 lutego 2015 r. prowadziła działalność gospodarczą-świadczyła usługi kosmetyczne. Szykując taką działalność ubezpieczona rzekomo planowała ją prowadzić w wynajętym lokalu przy ul. (...) w G., co miały potwierdzić zeznania świadka E. K., od której wynajdowała lokal. E. K. wskazała jednak, że skarżąca z przedmiotowego lokalu skorzystała bez pisemnej umowy i że tytułem czynszu najmu rzekomo pobrała od skarżącej w gotówce wynagrodzenie za korzystanie przez skarżącą z pomieszczenia przy (...)w G. za styczeń 2015 roku, co miałoby dowieść istnienia między stronami ustnej umowy najmu pomieszczenia, z którego korzystała skarżąca w celu wykonywania przez nią działalności gospodarczej we wskazanym powyżej okresie. Zeznania te jednak nie zasługują na wiarę ponieważ były niespójne z tym co świadek zeznawała przed organem rentowym i samymi dokumentami umowy najmu. Słusznie bowiem wskazał Sąd Okręgowy, że nic nie stało na przeszkodzie aby w styczniu 2015 r. zawrzeć z ubezpieczoną umowę najmu na piśmie (tak jak było to wcześniej oraz z pozostałymi najemcami) i pobrać czynsz najmu. Wprawdzie E. K. zeznała, że odebrała od ubezpieczonej gotówkę ale nie ma na to żadnego dowodu.

Wznawiając działalność 1 stycznia 2015 r. ubezpieczona podjęła rzekome przygotowywania poprzez zakup kosmetyków i przyborów lecz nie przedstawiła na tę okoliczność żadnych rachunków. Nawet gdyby rachunki takie były to nie świadczyłyby o podjęciu działalności gospodarczej a jedynie o dokonaniu zakupu celem jej upozorowania. Również zawarcie umowy ubezpieczenia miało na celu stworzenie pozorów prowadzenia działalności celem uwiarygodnienia.

Ubezpieczona na okoliczność posiadania klientów przedstawiła kserokopię z kalendarza za okres od 1 stycznia 2015 r. do 5 lutego 2015 r. jednakże zapiski te są dokumentem prywatnym i nie jest znana data ich utworzenia. Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie można ich uznać w kontekście pozostałych dowodów, w tym sfalszowanej umowy najmu, za wiarygodne.

Sąd odwoławczy uznał za niewiarygodne zeznania świadków i przyjął za własną ich ocenę dokonaną przez Sąd Okręgowy. W ocenie Sądu Apelacyjnego, całokształt okoliczności tej sprawy nie pozwolił na ustalenie, że M. G. faktycznie w spornym okresie od 1 stycznia 2015 r. do 5 lutego 2015 r. prowadziła, w rozumieniu ustawowym, wznowioną przez siebie działalność gospodarczą. Sekwencja zdarzeń (zatrudnienie na umowę o pracę, ciąża, pozorne wznowienie działalności z zadeklarowaniem maksymalnej składki, poronienie i ponowna ciąża a wreszcie sfalszowana umowa najmu) jak i dokumenty przesądzają, że formalne jedynie wznowienie prowadzenia działalności gospodarczej przez odwołującą miało na celu wyłącznie zabezpieczenie socjalne przez zagwarantowanie systematycznych świadczeń z zabezpieczenia społecznego i to w maksymalnych dopuszczalnych wartościach przy minimalnym wkładzie do tego ubezpieczenia.

Sąd odwoławczy uznał, że dowody przedstawione przez ubezpieczoną nie mogą stanowić potwierdzenia prowadzenia przez skarżącą działalności w sposób zorganizowany i ciągły, mogący obiektywnie przynosić dochód. Brak jest dowodów na rzeczywiste pozyskanie klientów. Zapis z kalendarza kilku wizyt klientek z pewnością nie dowodzi faktycznego prowadzenia działalności w sposób zorganizowany i ciągły.

Apelująca usiłowała przekonać Sądy obu instancji, że po okresie zawieszenia działalności miała plany związane z rozwojem firmy, mimo dolegliwości zdrowotnych czuła się dobrze, kontynuowała plany zawodowe i rozpoczęła przygotowywanie do prowadzenia usług kosmetycznych m.in poprzez zakup towarów niezbędnych do ich wykonywania, czy też zawarcie umów ubezpieczenia. Twierdziła również, że zawarła umowę najmu na lokal już wynajęty przez inne osoby podczas, gdy z pomocą wynajmującej usiłowała sfalszować umowę najmu tych osób dopisując do niej swoje nazwisko.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego całokształt tych okoliczności świadczy nie tyle o faktycznym wznowieniu działalności a jedynie o formalnym przygotowaniu do uzyskiwania wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego w związku ze świadomością o stanie swojego zdrowia (cięża). W ocenie Sądu odwoławczego wszystkie czynności podejmowane przez ubezpieczoną miały na celu upozorowanie wznowienia działalności. Twierdzenia ubezpieczonej, że od 1 stycznia 2015 roku chciała wznowić działalność gospodarczą i to zrobiła, czuła się na siłach, aby wznowić wykonywanie usług kosmetycznych, a na zwolnienie lekarskie odeszła w lutym 2015 roku, po nagłym pogorszeniu stanu zdrowia są niewiarygodne tak samo jak jej oświadczenia o braku konieczności posiadania kasy fiskalnej. Przedsiębiorca wznawiający działalność, traktujący to wznowienie w sposób poważny i mający świadomość zmiany przepisów w ciągu dwóch miesięcy od wznowienia działalności zadbałby o posiadanie takiej kasy nie chcąc się narażać na odpowiedzialność skarbową. Jedynym wytłumaczeniem takiego braku kasy fiskalnej w momencie wznowienia działalności w obliczu zmieniających się przepisów jest fakt, iż ubezpieczona wcale nie chciała faktycznie jej prowadzić a upozorowanie faktu jej wznowienia miało na celu wyłącznie uzyskiwanie bardzo wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

W tym kontekście Sąd odwoławczy przypomina, że w okresie od formalnego jedynie wznowienia działalności gospodarczej dnia 1 stycznia 2015 r. do 5 lutego 2015 r. ubezpieczona była zdolna do pracy przez okres 36 dni. W pozostałym czasie przebywała na zasiłkach chorobowych, macierzyńskich i pobierała świadczenie rehabilitacyjne. Powyższe pokazuje, że skarżąca po krótkim czasie od formalnego zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych rozpoczęła ponad czteroletnie (od 6 lutego 2015 r. do 1 marca 2019 r.) korzystanie ze świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Łączna kwota pobranych świadczeń w okresie spornym wyniosła 309.164,99 zł przy wpłaconej jednej składce w wysokości około 3000 złotych.

Sąd Apelacyjny ocenił, że brak jest podstaw do uznania za racjonalne oczekiwanie takich dochodów, które pozwolą na uzyskanie środków pieniężnych odpowiadających zadeklarowanej przez płatnika podstawie wymiaru składek w wysokości 9000 zł. Wbrew przekonaniu apelującej nie jest wiarygodne, by mimo dolegliwości zdrowotnych czuła się dobrze i kontynuowała plany zawodowe.

Tak wysoka podstawa wymiaru składek świadczy o nieracjonalności przedsiębiorcy i ukierunkowaniu na pozorne założenia działalności gospodarczej wyłącznie w celu uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego. W wyroku z dnia 6 września 2012 r., sygn. II UK 36/12, Sąd Najwyższy przypomniał, że ubezpieczenia społeczne opierają się na zasadzie wzajemności, która polega na tym, że nabycie prawa do świadczenia ubezpieczeniowego i jego wysokość są uzależnione od wkładu finansowego wniesionego przez ubezpieczonego do systemu ubezpieczeniowego w postaci składek.

Z akt sprawy wynika, że M. G. nie uzyskiwała dochodów umożliwiających opłacanie składek od tak wysokiej podstawy wymiaru. Co prawda wysokość podstawy wymiaru składek dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą nie jest uzależniona od uzyskiwanych przez przedsiębiorcę dochodów, ponieważ ma charakter deklaratoryjny a przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wyznaczają jedynie jej dolną i górną granicę, niemniej jednak w rozpatrywanej sprawie nie można tracić z pola widzenia faktu, iż prowadzenie przez przedsiębiorcę działalności winno być podporządkowane regułom zysku i opłacalności, czyli zasadzie racjonalnego gospodarowania.

Reasumując, stwierdzić należało, iż Sąd pierwszej instancji prawidłowo ustalił i ocenił, że w przedmiotowej sprawie zachodziły podstawy do wyłączenia wnioskodawczyni w okresie objętym zaskarżoną decyzją z ubezpieczeń

emerytalnego, rentowych, wypadkowego i chorobowego, bowiem faktycznie nie wykonywała ona pozarolniczej działalności gospodarczej (a jedynie pozorowała jej wykonywanie).

Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację płatnika (pkt 1).

O kosztach postępowania Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. oraz w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2018.265 j.t. z późn. zm.)- pkt 2 sentencji.

Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk