

Sygn. akt III AUa 574/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 czerwca 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Jolanta Hawryszko
Sędziowie:	SSA Urszula Iwanowska SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Karolina Popowicz

po rozpoznaniu w dniu 2 czerwca 2016 r. w Szczecinie

sprawy B. F.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K.

o zapłatę składek

na skutek apelacji ubezpieczonej

od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 3 czerwca 2015 r. sygn. akt IV U 641/14

1. oddala apelację

2. przyznaje radcy prawnemu A. N. od Skarbu Państwa- Sądu Apelacyjnego w Szczecinie kwotę 120 zł (sto dwadzieścia złotych) powiększoną o stawkę podatku od towarów i usług, tytułem zwrotu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej ubezpieczonej z urzędu w postępowaniu apelacyjnym

3. zasądza od B. F. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. kwotę 120 zł (sto dwadzieścia złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w instancji odwoławczej.

SSA Urszula Iwanowska SSA Jolanta Hawryszko SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk

Sygn. akt III AUa 574/15

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 22 kwietnia 2014 r. znak (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Inspektorat w K. na podstawie art. 83 ust. 1 i art. 32 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2009 r., Nr 205,

poz. 1585-tekst jedn. z późn. zm.) określił wysokość zaległości ubezpieczonej B. F. w płaceniu składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej w okresie od 15 lipca do 14 sierpnia 2011 r.

Od powyższej decyzji ubezpieczona wniosła odwołanie domagając się uchylecia zaskarżonej decyzji. B. F. podnosi, że w jej opinii nie podlegała w ogóle w tym okresie ubezpieczeniu w ZUS, ponieważ od ponad 25 lat podlega ubezpieczeniu rodzinnemu w Niemczech. Ubezpieczona nie znajduje uzasadnienia dla płacenia składek zdrowotnych w ZUS, ponieważ z ubezpieczenia tego nigdy nie korzystała.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. wniósł o oddalenie odwołania. W uzasadnieniu powtórzył argumenty użyte w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 3 czerwca 2015 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie i odstąpił od obciążenia ubezpieczonej kosztami zastępstwa procesowego.

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

Ubezpieczona B. F. w okresie od 15 lipca do 14 sierpnia 2011 roku prowadziła działalność gospodarczą polegającą na udostępnianiu obiektów noclegowych turystycznych i miejsc krótkotrwałego zakwaterowania w K.. Z tego tytułu podlegała ona obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym i zdrowotnemu, nie odprowadziła jednak składek za cały okres prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Z tytułu prowadzenia działalności ubezpieczona osiągnęła przychód w wysokości 2 892,00 zł, nie posiadała żadnego innego źródła dochodu w tamtym czasie.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Inspektorat w K. zawiadomił ubezpieczoną o wszczęciu z urzędu postępowania w sprawie określenia wysokości należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, wzywając jednocześnie do złożenia pisemnych wyjaśnień w sprawie przyczyn nieopłacenia składek, pod rygorem wydania decyzji w sprawie określenia wysokości należności z tytułu składek na podstawie dotychczas zgromadzonych dowodów. Płatnik składek B. F. nie dopełniła obowiązku określonego w art. 46 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, w związku z tym ZUS określił wysokość zadłużenia z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne.

Decyzją z dnia 22 kwietnia 2014 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Inspektorat w K. określił płatnikowi składek B. F. wysokość zadłużenia w okresach wskazanych w decyzji w łącznej kwocie 798,84 zł wraz z odsetkami za zwłokę na dzień 22 kwietnia 2014 roku, w tym :

- z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne za okres od lipca do sierpnia 2011 r. w kwocie 113,06 zł oraz odsetek za zwłokę w kwocie 38,00 zł.

- z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne za okres od lipca do sierpnia 2011 r. w kwocie 486,78 zł oraz odsetek za zwłokę w kwocie 161,00 zł.

Ubezpieczona od ponad 25 lat mieszka w Niemczech, jest tam ubezpieczona z tytułu ubezpieczenia rodzinnego w T. K..

Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie ubezpieczonej nie zasługuje na uwzględnienie, podnosząc iż stosownie do treści art. 83 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2009 r., Nr 205, poz. 1585 tekst jedn. z późn. zm.) organ rentowy wydaje decyzje w zakresie indywidualnych spraw dotyczących w szczególności:

- 1) zgłaszania do ubezpieczeń społecznych;
- 2) przebiegu ubezpieczeń;
- 3) ustalania wymiaru składek i ich poboru, a także umarzania należności z tytułu składek;

3a) ustalania wymiaru składek na Fundusz Emerytur Pomostowych i ich poboru, a także umarzania należności z tytułu tych składek;

4) ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych;

5) wymiaru świadczeń z ubezpieczeń społecznych.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 5 w/w ustawy obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają, z zastrzeżeniem art. 8 i 9, osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność oraz osobami z nimi współpracującymi. W świetle art. 66 ust. 1 pkt 1c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, które są osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą lub osobami z nimi współpracującymi, z wyłączeniem osób, które zawiesiły wykonywanie działalności gospodarczej na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej. Z obowiązkiem podlegania ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu skorelowany jest obowiązek płacenia składek, na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy systemowej płatnik składek jest obowiązany według zasad wynikających z przepisów ustawy obliczać, potrącać z dochodów ubezpieczonych, rozliczać oraz opłacać należne składki za każdy miesiąc kalendarzowy.

Sąd meriti podkreślił, że do składek na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz na ubezpieczenie zdrowotne w zakresie: ich poboru, egzekucji, wymierzania odsetek za zwłokę i dodatkowej opłaty, przepisów karnych, dokonywania zabezpieczeń na wszystkich nieruchomościach, ruchomościach i prawach zbywalnych dłużnika, odpowiedzialności osób trzecich i spadkobierców oraz stosowania ulg i umorzeń stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące składek na ubezpieczenia społeczne (art. 32 ustawy systemowej).

Zdaniem Sądu Okręgowego, ocena czy działalność gospodarza rzeczywiście jest wykonywana, należy do sfery ustaleń faktycznych, a istnienie wpisu w ewidencji nie przesądza o faktycznym prowadzeniu działalności gospodarczej, jednakże wpis ten prowadzi do domniemania prawnego, według którego osoba wpisana do ewidencji, rzeczywiście taką działalność prowadzi (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 29 stycznia 2013 r., III AUa 802/12, LEX nr 1271809). Sąd Najwyższy, w wyroku z dnia 25 listopada 2005 r. (I UK 80/05, OSNP 2006 nr 19-20, poz. 309), wyraził pogląd, że wykonywanie działalności gospodarczej obejmuje przede wszystkim faktyczne wykonywanie w celu zarobkowym czynności należących do zakresu tej działalności, lecz także czynności zmierzających do zaistnienia takich czynności gospodarczych (czynności przygotowawcze), np. poszukiwanie nowych klientów, zamieszczanie ogłoszeń w prasie, załatwianie spraw urzędowych; wszystkie te czynności pozostają w ścisłym związku z działalnością usługową, zmierzają bowiem do stworzenia właściwych warunków do jej wykonywania, a w rezultacie podjęcie czynności zmierzających bezpośrednio do rozpoczęcia prowadzenia działalności.

W ocenie Sądu pierwszej instancji, w rozpatrywanej sprawie niekwestionowanym faktem jest rozpoczęcie prowadzenia przez ubezpieczoną działalności gospodarczej przez faktyczne działanie: przygotowanie lokali do wynajęcia, zamieszczenie ogłoszeń, pobranie zaliczek od zainteresowanych na poczet wynajęcia i co równie ważne przez osiągnięcie przychodu, co sama ubezpieczona wykazała w deklaracji podatkowej, którą składała do Urzędu Skarbowego w 2011 r. i rozliczała się jako osoba prowadząca działalność gospodarczą. Ostatecznym potwierdzeniem prowadzenia działalności przez ubezpieczoną jest wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej od dnia 15 lipca 2011 r.

Zdaniem Sądu meriti, z brzmienia powyżej przytoczonych przepisów (art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej i art. 66 ust. 1 pkt 1c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) w sposób jasny, klarowny i jednoznaczny wynika obowiązek podlegania ubezpieczeniom społecznym i zdrowotnemu przez osoby prowadzące działalność gospodarczą. Osiągnięcie zysku czy też straty w prowadzeniu działalności nie ma w

tym przypadku znaczenia. Obowiązek podlegania ubezpieczeniom i opłaty składek aktywuje się bowiem z chwilą faktycznego rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej i nie jest uzależniony od jej rentowności, a jedynie od samego faktu jej prowadzenia. Ubezpieczona nie może więc skutecznie bronić się, twierdząc, że okoliczność braku zysku jest przesłanką do zwolnienia jej z obowiązku podlegania ubezpieczeniom i zapłaty składek.

Sąd Okręgowy nadmienił, że ubezpieczona podnosiła, iż w spornym okresie podlegała ubezpieczeniu rodzinnemu przy mężu w Niemczech. Sama nigdy nie pracowała, nie podlegała więc powszechnemu ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu w niemieckim systemie ubezpieczeń społecznych.

Sąd pierwszej instancji zwrócił jednak uwagę, że okoliczność podlegania prywatnemu ubezpieczeniu rodzinnemu męża, nie może stanowić podstawy do wyłączenia spod obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym i zdrowotnemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej w Polsce. Jedynym dokumentem potwierdzającym ubezpieczenie społeczne w Niemczech i mogącym wyłączyć ubezpieczoną z obowiązku ubezpieczenia społecznego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej w Polsce jest na podstawie art. 11–16 rozporządzenia (WE) nr 883/2004 oraz art. 19 rozporządzenia (WE) nr 987/2009, dokument A-1, którego ubezpieczona nie przedłożyła.

W związku z niewypełnieniem przez ubezpieczoną ustawowego obowiązku, zdaniem Sądu Okręgowego, organ rentowy prawidłowo stwierdził wysokość zaległości z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne i ubezpieczenie zdrowotne. Zaskarżona decyzja ustala wysokość należności, do zapłaty której ubezpieczona jest zobowiązana.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art.477¹⁴ § 1 k.p.c. orzeczono jak w pkt 1 w sentencji wyroku. O kosztach orzeczono na podstawie § 11 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U.2002.163.1349 z zm.)(pkt 2 sentencji wyroku).

Z powyższym rozstrzygnięciem nie zgodziła się ubezpieczona zaskarżając je w części co do pkt. 1 wyroku i wnosząc o zmianę zaskarżonego orzeczenia przez uchylenie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. z dnia 22 kwietnia 2014 r., ewentualnie uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Skarżonemu wyrokowi zarzuciła:

- 1) naruszenie prawa materialnego, tj. art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, w sytuacji gdy ubezpieczona nie podlegała obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentownemu;
- 2) naruszenie prawa materialnego, tj. art. 66 ust. 1 pkt 1c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i w konsekwencji uznanie, że ubezpieczona prowadziła działalność gospodarczą w okresie od 15 lipca do 14 sierpnia 2011 r. w Polsce;
- 3) błąd w ustaleniach faktycznych, przyjęty za podstawę rozstrzygnięcia poprzez uznanie, że ubezpieczona B. F. nie wypełniła ustawowego obowiązku ubezpieczenia społecznego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej w Polsce, w sytuacji gdy podlegała ona ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu w niemieckim systemie ubezpieczeń społecznych i w okresie od 15 lipca do 14 sierpnia 2011 r. podlegała ubezpieczeniu w Niemczech, co stanowi podstawę do wyłączenia spod obowiązku podlegania ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej w Polsce;
- 4) błąd w ustaleniach faktycznych, przyjęty za podstawę rozstrzygnięcia poprzez uznanie, że ubezpieczona B. F. prowadziła w okresie od 15 lipca do 14 sierpnia 2011 r. działalność gospodarczą w Polsce, podczas gdy stan zdrowia jej na to nie pozwolił, po zgłoszeniu działalności z uwagi na chorobę nie prowadziła działalności i nie osiągnęła z tego tytułu dochodu w wysokości 2.892,00 zł.;

5) naruszenie przepisu prawa procesowego, a mianowicie art. 233 § 1 k.p.c. i naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów i zastąpienie jej oceną dowolną, pozostającą w oderwaniu od zasad doświadczenia życiowego, w szczególności poprzez przyjęcie, iż ubezpieczona nie wypełniła ustawowego obowiązku ubezpieczenia społecznego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej w Polsce, w sytuacji gdy podlegała ona ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu w niemieckim systemie ubezpieczeń społecznych i w okresie od 15 lipca do 14 sierpnia 2011 r. podlegała ubezpieczeniu w Niemczech, co stanowi podstawę do wyłączenia spod obowiązku podlegania ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej w Polsce.

W uzasadnieniu apelacji skarżąca podniosła, że w okresie od 15 lipca do 14 sierpnia 2011 r. była ubezpieczona w T. K. i podlegała ubezpieczeniu w Niemczech, co stanowi podstawę do wyłączenia spod obowiązku podlegania ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej w Polsce.

W dalszej kolejności ubezpieczona wskazała, iż faktycznie nie prowadziła żadnej działalności gospodarczej a jedynie zamierzała ją prowadzić, ale stan zdrowia jej na to nie pozwolił. Skarżąca nadmieniła, że faktycznie zgłosiła działalność gospodarczą, jednakże z uwagi na chorobę nie prowadziła działalności i nie osiągnęła z tego tytułu w tym okresie dochodu w wysokości 2.892,00 zł. Tym samym ocena czy działalność gospodarcza rzeczywiście jest wykonywana, należy do sfery ustaleń faktycznych, a istnienie wpisu w ewidencji nie przesądza o faktycznym prowadzeniu działalności gospodarczej (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 29 stycznia 2013 r., III AUa 802/12, LEX nr 1271809). Co za tym idzie uznać należy, że ubezpieczona rzeczywiście nie prowadziła działalności gospodarczej w okresie od 15 lipca do 14 sierpnia 2011 r. w Polsce.

W odpowiedzi na apelację organ rentowy wniósł o jej oddalenie i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym według norm przepisanych.

Zdaniem organu rentowego apelacja ubezpieczonej jest bezzasadna, a ocena zebranego w sprawie materiału dowodowego oraz wykładnia przepisów prawa dokonana przez Sąd Okręgowy w Koszalinie prawidłowa.

Organ rentowy podniósł, że ubezpieczona w apelacji nie przedstawia żadnych argumentów, ani nie powołała żadnych nowych dowodów w sprawie. Ubezpieczona twierdziła, że ubezpieczenie w T. K. jest jej zdaniem podstawą do wyłączenia z ubezpieczeń społecznych w Polsce.

W ocenie organu, słusznie Sąd pierwszej instancji wskazał, że jedynym dowodem na podleganie ubezpieczeniom społecznym w Niemczech jest wydany na podstawie obowiązujących w tej mierze przepisów prawa dokument A-1 potwierdzony przez niemiecką instytucję ubezpieczeniową. Podstawą wyłączenia z ubezpieczeń nie może być dobrowolne ubezpieczenie w kasie chorych, najprawdopodobniej prywatnej.

Organ rentowy podniósł, że Sąd w należyty sposób rozważył zebrany w sprawie materiał dowodowy oraz stan sprawy. Zdaniem organu rentowego Sąd 1 instancji w prawidłowy i zgodny z zasadami logiki i doświadczenia życiowego sposób przeanalizował zgromadzony w sprawie materiał dowodowy.

Mając powyższe na uwadze pozwany wniósł i wywiódł jak na wstępie.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jest niezasadna.

Na wstępie wskazać należy, iż postępowanie apelacyjne ma merytoryczny charakter i jest dalszym ciągiem postępowania rozpoczętego przed sądem pierwszej instancji. Zgodnie z treścią art. 378 § 1 k.p.c., sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę w granicach apelacji; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania. Rozważając zakres kognicji sądu odwoławczego, Sąd Najwyższy stwierdził, iż sformułowanie „w granicach apelacji” wskazane w tym przepisie oznacza, iż sąd drugiej instancji między innymi rozpoznaje sprawę merytorycznie w granicach zaskarżenia, dokonuje własnych ustaleń faktycznych, prowadząc lub ponawiając dowody

albo poprzestaje na materiale zebrany w pierwszej instancji, ustala podstawę prawną orzeczenia niezależnie od zarzutów podniesionych w apelacji oraz kontroluje poprawność postępowania przed sądem pierwszej instancji, pozostając związany zarzutami przedstawionymi w apelacji, jeżeli są dopuszczalne, ale biorąc z urzędu pod uwagę nieważność postępowania, orzeka co do istoty sprawy stosownie do wyników postępowania (por. uzasadnienie uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., sygn. akt III CZP 49/07, niepubl.). Dodatkowo należy wskazać, iż dokonane przez sąd pierwszej instancji ustalenia faktyczne, sąd drugiej instancji może podzielić i uznać za własne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 października 1998 r., sygn. akt II CKN 923/97, OSNC 1999/3/60).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt rozstrzyganej sprawy stwierdzić należy w pierwszej kolejności, iż Sąd Okręgowy prawidłowo ustalił stan faktyczny, a swe ustalenia oparł na należycie zgromadzonym materiale dowodowym, którego ocena nie wykraczała poza granice wskazane w art. 233 § 1 k.p.c. Sąd pierwszej instancji wywiódł prawidłowe wnioski z poprawnie dokonanej analizy dowodów stanowiących podstawę rozstrzygnięcia. Stąd też Sąd Apelacyjny ustalenia tego Sądu w całości uznał i przyjął jako własne.

Sąd odwoławczy nie stwierdził przy tym naruszenia przez Sąd Okręgowy prawa materialnego, w związku z czym poparł rozważania tego Sądu również w zakresie przyjętych przez niego podstaw prawnych orzeczenia.

Sąd Apelacyjny nie dopatrył się zarzucanych Sądowi pierwszej instancji błędów w zakresie postępowania dowodowego. Przeciwnie, stwierdzić należy, iż Sąd Okręgowy bardzo starannie zebrał i szczegółowo rozważył wszystkie dowody oraz ocenił je w sposób nienaruszający swobodnej oceny dowodów, uwzględniając w ramach tejże oceny zasady logiki i wskazania doświadczenia życiowego. Wobec tego nie sposób jest podważać adekwatności dokonanych przez Sąd pierwszej instancji ustaleń do treści przeprowadzonych dowodów.

W tym miejscu należy przywołać stanowisko Sądu Najwyższego, przyjmowane przez Sąd II instancji jako własne, wyrażone w orzeczeniu z dnia 10 czerwca 1999 r. (II UKN 685/98 OSNAPiUS 2000/17/655), że normy swobodnej oceny dowodów wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowody jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego. W ocenie Sądu odwoławczego brak jest w niniejszej sprawie podstaw do uznania, iż Sąd pierwszej instancji postąpił wbrew którejkolwiek ze wskazanych wyżej reguł.

Nie można zapominać, że postępowanie z zakresu ubezpieczeń społecznych jest postępowaniem cywilnym i obowiązują w nim wszystkie reguły procesowe również te dotyczące rozkładu ciężaru dowodu oraz terminów do składania wszelkich wniosków dowodowych. Art. 6 k.c. ustanawia bowiem podstawową regułą dowodową, zgodnie z którą ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne. Reguła ta pozostaje w ścisłym związku z przepisami Kodeksu postępowania cywilnego o dowodach. To na ubezpieczonej odwołującej się od decyzji ZUS ciążył obowiązek wykazania w procesie, że w spornym okresie, w którym prowadziła działalność gospodarczą w Polsce podlegała ubezpieczeniu społecznemu w innym państwie i dowieść tej okoliczności miała przed sądem pierwszej instancji (art. 232 i 381 k.p.c.) tym bardziej, że była reprezentowana również przez profesjonalnego pełnomocnika. Tymczasem B. F. poza przedłożeniem kserokopii nieprzetłumaczonej legitymacji, że jest członkiem niemieckiej kasy chorych, nie przedłożyła żadnego dowodu na podleganie niemieckim ubezpieczeniom społecznym.

Czym innym jest ubezpieczenie zdrowotne związane z faktem bycia żoną obywatela Niemiec objętego ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym na terenie Niemiec, a czym innym jest obowiązek odprowadzania składek na ubezpieczenie społeczne w związku z prowadzoną działalnością na własny rachunek na terenie Polski. Z zeznań ubezpieczonej złożonych na rozprawie w dniu 3 czerwca 2015 r. (k. 112) wynika bowiem jednoznacznie, że ubezpieczona nigdy w Niemczech nie pracowała i nie była tam objęta ubezpieczeniem społecznym.

Należy podkreślić, że w związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej, przez zastosowanie norm kolizyjnych zawartych obecnie w rozporządzeniu (WE) Nr 883/2004, a w szczególności art. 11 ust. 1, a wcześniej w rozporządzeniu Rady (EWG) Nr 1408/71, istnieje gwarancja stosowania przepisów ubezpieczeniowych tylko jednego państwa. Zasada

ta, zapewniająca osobie migrującej zarobkowo po terytorium Unii, że będzie obowiązana do opłacania składek zawsze tylko w jednym państwie, stanowi jeden z fundamentów wspólnotowej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (por. T. Major, B. Pawłowska, (w:) T. Major (red.), Ubezpieczenie społeczne migrujących pracowników oraz osób prowadzących działalność gospodarczą, Warszawa 2010, s. 51 i 80 i n.; por. także uwagi do art. 8 ust. 14 SysUbSpoU).

Analizując przepisy wspólnotowe w historycznej chronologii wskazać należy, że dla osądzenia sporu o podleganie osób określonemu systemowi zabezpieczenia społecznego już według rozporządzenia Rady (EWG) Nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. U. E.L. 1971 Nr 149, poz. 2 z późn. zm., powoływane dalej jako rozporządzenie Rady Nr 1408/71), obowiązującego do dnia 1 maja 2010 r. znaczenie miał jego art. 13. W przypadku pracowników najemnych, generalną regułą tego aktu prawa wspólnotowego było podleganie systemowi zabezpieczenia społecznego kraju, w którym jest świadczona praca (*lex loci laboris*), co wynika z art. 13 ust. 2a rozporządzenia Rady Nr 1408/71, który stanowił, że z zastrzeżeniem przepisów art. 14-17, pracownik najemny zatrudniony na terytorium jednego Państwa Członkowskiego podlega ustawodawstwu tego państwa, nawet jeżeli zamieszkuje na terytorium innego Państwa Członkowskiego lub jeżeli przedsiębiorstwo lub pracodawca, który go zatrudnia ma swoją zarejestrowaną siedzibę lub miejsce prowadzenia działalności na terytorium innego Państwa Członkowskiego. Warto przy tym podkreślić, że także w preambule do tego aktu stwierdzono, że "pracownicy najemni i osoby prowadzące działalność na własny rachunek przemieszczające się we Wspólnocie powinni być objęci systemem zabezpieczenia społecznego tylko jednego Państwa Członkowskiego w celu uniknięcia zbiegu właściwych ustawodawstw i wynikających z tego komplikacji; należy jak najbardziej ograniczyć liczbę i zakres przypadków stanowiących wyjątki od zasad ogólnych, w których jedna osoba powinna podlegać równocześnie ustawodawstwu dwóch Państw Członkowskich; w celu jak najlepszego zagwarantowania równego traktowania pracowników zatrudnionych na terytorium jednego Państwa Członkowskiego, należy przyjąć jako zasadę ogólną, że stosuje się ustawodawstwo tego Państwa Członkowskiego, na którego terytorium dana osoba jest zatrudniona lub prowadzi działalność na własny rachunek.

Generalną zasadę podlegania ustawodawstwu jednego państwa członkowskiego powieliła obowiązująca aktualnie regulacja art. 11 rozporządzenia w przedmiocie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego z dnia 29 kwietnia 2004 r. (Dz. U.UE.L.2004.166.1), które zastąpiło wskazany wyżej akt prawa wspólnotowego z dniem 1 maja 2010 r. Zgodnie z przywołanym przepisem rozporządzenia Nr 883/2004 osoby, do których stosuje się niniejsze rozporządzenie, podlegają ustawodawstwu tylko jednego Państwa Członkowskiego. Osoba wykonująca w Państwie Członkowskim pracę najemną lub pracę na własny rachunek podlega ustawodawstwu tego Państwa Członkowskiego (art. 11 ust. 2a). Oznacza to z jednej strony, że osoba przemieszczająca się w obrębie Unii nie może być pozbawiona ochrony socjalnej, z drugiej natomiast strony nie jest dopuszczalne podwójne obciążenie zainteresowanego z racji konieczności podlegania systemowi zabezpieczenia społecznego więcej aniżeli jednego państwa członkowskiego.

Nadal podstawowym łącznikiem pozwalającym na określenie ustawodawstwa państwa właściwego jest miejsce wykonania pracy (*lex loci laboris*), co znajduje swój wyraz w punkcie 17 preambuły do obowiązującego rozporządzenia. Stwierdza się w nim, że aby jak najbardziej skutecznie zagwarantować równość traktowania wszystkich osób pracujących na terytorium państwa członkowskiego, stosowne jest uznanie, jako ogólnej zasady, że ustawodawstwem mającym zastosowanie jest ustawodawstwo państwa członkowskiego, w którym zainteresowana osoba wykonuje swą pracę jako pracownik najemny lub na własny rachunek. Zastosowanie takiej zasady jest uzasadnione w przypadku systemu bismarckowskiego, w których system świadczeń oparty jest na zatrudnieniu i składce (tak K. Ślebzak w Komentarzu do art. 11 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, LEX Omega).

Kluczowe dla rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie jest jednak to, że wskazane normy kolizyjne prawa wspólnotowego pozostają spójne z treścią art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych

(Dz. U. Nr 137, poz. 887). Z brzmienia przywołanej regulacji wynika wprost, że obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają osoby prowadzące pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracującymi.

Przepis ten wyraża zatem zasadę powiązania stosunku ubezpieczenia emerytalnego i rentowych z prowadzeniem działalności na terytorium RP (zasada terytorialności). Powiązanie obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowych łącznikiem miejsca powoduje, że zakres podmiotowy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych obejmuje jednakowo obywateli polskich i cudzoziemców, bez względu na ich miejsce zamieszkania, lecz tylko ze względu na miejsce aktywności zawodowej. Wyjątek stanowi art. 8 ust. 14 ustawy systemowej, który jednak nie ma zastosowania w tej sprawie (tak w Komentarzu do art. 6 ust. 1 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń Społecznych, pod red. B. Gudowskiej, J. Strusińskiej-Żukowskiej, CH Beck, Warszawa 2011, str. 80-81).

Subsumpcja podjętych na wstępie ustaleń faktycznych z treścią przytoczonych podstaw prawnych rozstrzygnięcia prowadzi zatem do wniosku, że ubezpieczona jako osoba wykonująca działalność na własny rachunek i nieobjęta ubezpieczeniem w innym państwie z tytułu pracy najemnej lub prowadzonej działalności gospodarczej zobowiązana była do opłacania składek na ubezpieczenia społeczne w miejscu, w którym działalność tę prowadziła (w Polsce).

Sąd Apelacyjny w pełni podziela ustalenia faktyczne i rozważania prawne Sądu Okręgowego co do samego faktu prowadzenia działalności na terytorium Polski, albowiem ubezpieczona nie wykazała, że mimo zarejestrowania działalności nie prowadziła jej. Wręcz przeciwnie z jej zeznań (k. 112) wynika, że pobrała zaliczki na poczet wynajmu mieszkania, że zgłosił przychód z prowadzonej działalności do Urzędu Skarbowego. Nie wskazała również osób, którym rzekomo zaliczki te zwróciła.

Z powyższych względów na podstawie art. 385 k.p.c. orzeczono, jak w punkcie I w sentencji.

Wysokość przysługującego pełnomocnikowi ubezpieczonego wynagrodzenia za pomoc prawną udzieloną z urzędu powiększoną o stawkę podatku od towarów i usług, ustalono na podstawie § 11 ust. 2, w zw. z § 12 ust. 1 pkt 2 i § 2 ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu.

O kosztach postępowania apelacyjnego, Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie przepisu art. 98 § 1 k.p.c. zgodnie, z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu), przy czym Sąd rozstrzyga o kosztach w każdym orzeczeniu kończącym sprawę w instancji (art. 108 § 1 k.p.c.). Do celowych kosztów postępowania należy, między innymi, koszt ustanowienia zastępstwa procesowego zgodnie z § 11 ust. 2 w związku z § 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. nr 163, 1349 ze zm.). Zatem, skoro oddalono w całości apelację skarżącej, uznać należało, że przegrała ona postępowanie odwoławcze w całości, a wobec tego, zasądzono na rzecz organu rentowego zwrot kosztów zastępstwa procesowego w całości – 120 zł, zgodnie z § 12 ust. 1 pkt. 2 powołanego rozporządzenia.

SSA Urszula Iwanowska SSA Jolanta Hawryszko SSO(del.) Gabriela Horodnicka-

Stelmaszczuk