

Sygn. akt III AUa 426/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 września 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia SA Jolanta Hawryszko (spr.)
Sędziowie:	Barbara Białecka Urszula Iwanowska

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 9 września 2020 r. w S.

sprawy J. G.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K.

o podleganie ubezpieczeniom społecznym

na skutek apelacji organu rentowego

od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie z dnia 23 sierpnia 2019 r., sygn. akt IV U 67/19

1. uchyla zaskarżony wyrok oraz poprzedzającą go decyzję organu rentowego i przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w K.,
2. znosi wzajemnie między stronami koszty postępowania.

Urszula Iwanowska	SSA Jolanta Hawryszko	Barbara Białecka
-------------------	-----------------------	------------------

Sygn. akt III AUa 426/19

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. decyzją z 27 listopada 2018r., nr (...) stwierdził, że J. G. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega od 31 sierpnia 2015 r. obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. W ocenie organu rentowego brak dowodów potwierdzających wykonywanie przez płatnika składek działalności gospodarczej od dnia wznowienia, tj. od 31 sierpnia 2015 r., zatem nie doszło do faktycznego wznowienia działalności gospodarczej i tym samym, płatnik składek od tego dnia nie podlegał ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej.

Płatnik składek wniosła odwołanie od powyższej decyzji i domagała się ustalenia, że od 31 sierpnia 2015r. podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. W uzasadnieniu podała, że od 1 listopada 2011 r. rozpoczęła działalność gospodarczą w branży turystycznej i prowadzi ją do dnia dzisiejszego. W tym czasie zdobywała nowych klientów, doświadczenie, jak również uczestniczyła w wielu kursach i szkoleniach branżowych.

Organ rentowy w odpowiedzi na odwołanie wniósł o jego oddalenie.

Sąd Okręgowy w Koszalinie Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z 23 sierpnia 2019 r. zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że ustalił, iż ubezpieczona J. G., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu od dnia 31 sierpnia 2015r. oraz podlega od tego dnia dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, oraz zasądził od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K. na rzecz ubezpieczonej 360 zł zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Okręgowy ustalił, że J. G., ur. (...) posiada wykształcenie wyższe w zakresie organizacji turystyki i hotelarstwa oraz zarządzania turystyką. Od 1 listopada 2011 r. prowadzi działalność gospodarczą w zakresie usług turystycznych pod firmą Agencja (...). Od 2011 r. do 2014 r. zawarła szereg umów współpracy z biurami podróży, agencjami turystycznymi, ubezpieczeniowymi i ubezpieczycielami. Od 1 do 30 sierpnia 2015 r. zawiesiła prowadzoną działalność. Wznowiła ją 31 sierpnia 2015 r. i 4 września 2015 r. nawiązała umowę współpracy z Centrum (...). Kolejne umowy współpracy zawarła w dniach: 2 listopada 2018 r. i 13 listopada 2018 r. Dla W. S. pierwszego klienta zdobyła we wrześniu 2018 r. W maju 2019 r. wystawiła mu fakturę sprzedaży (...) na kwotę 400 zł. W ramach działalności gospodarczej płatnik składek zajmuje się głównie sprzedażą wycieczek turystycznych, a w 2012 roku rozpoczęła sprzedaż ubezpieczeń. Przedstawiała klientom oferty imprez turystycznych, a jeżeli ten był zainteresowany ich kupnem to zawierała umowy sprzedaży. Ubezpieczenia sprzedawała na podstawie umów zawartych z ubezpieczycielami za pośrednictwem agencji ubezpieczeniowych. J. G. oferty turystyczne przedstawiała klientom w swoim domu, telefonicznie, mailowo oraz za pomocą komunikatorów internetowych. Wręczała im firmowe wizytówki z prośbą o kontakt. Od biur podróży otrzymywała katalogi, które wręczała klientom albo wrzucała do skrzynek pocztowych. W ramach prowadzonej działalności zakupiła domenę internetową, ulotki oraz materiały biurowe. Od 7 listopada 2018 r. rozszerzyła działalność o pozaszkolną formę edukacji sportowej oraz zajęć sportowych i rekreacyjnych; pozaszkolne formy edukacji artystycznej; działalność usługową związaną z poprawą kondycji fizycznej.

R.-G. od wielu lat cierpi z powodu endometriozy. Rozpoznano u niej niepłodność kobiecą. Miała ogromne problemy z zajściem w kolejną ciążę. Ostatnią miesiączkę miała 19 września 2015 r. Cięża była dla niej i jej męża ogromnym zaskoczeniem. W dniu 2 listopada 2015 r. ubezpieczona miała już pełną świadomość ciąży, potwierdzoną badaniem lekarskim. Termin porodu określony został na 26 czerwca 2016 r. W 2015 roku stwierdzono u niej J. G. zaburzenia nerwicowe. Z powodu problemów z donoszeniem pierwszej ciąży, lekarz prowadzący zdecydował aby w trakcie kolejnej ciąży płatnik składek nie pracowała.

Płatnik składek po dniu 31 sierpnia 2015 r. pobierała następujące świadczenia z ubezpieczeń społecznych: od 10 do 24 września 2015 (wyrównanie zasiłku chorobowego z funduszu chorobowego); od 25 września 2015 do 5 czerwca 2016 (zasiłek chorobowy z funduszu chorobowego); od 6 czerwca 2016 do 17 czerwca 2016 (świadczenie rehabilitacyjne); od 18 czerwca 2016 do 16 czerwca 2017 (zasiłek macierzyński); od 17 czerwca 2017 do 15 grudnia 2017 (zasiłek chorobowy z funduszu chorobowego); od 7 lutego 2018 do 14 lutego 2018. Z uwagi na częste przebywanie na zwolnieniach lekarskich, organ rentowy przeprowadził postępowanie administracyjne w celu ustalenia obowiązku ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej od 31 sierpnia 2015 r. Stwierdził, że J. G. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega od 31 sierpnia 2015 r. obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Sąd Okręgowy uwzględnił odwołanie, a jako podstawę prawną rozstrzygnięcia powołał art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 12 ust. 1, art. 11 ust. 2, art. 8 ust. 6, art. 13 pkt 4 ustawy z 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tj. Dz.U

z 2019r. poz.300). Sąd I instancji wyjaśnił także, że w treści art. 2 obowiązującej w spornym okresie ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 584 ze zm.) za działalność gospodarczą należy rozumieć zarobkową działalność wytwórczą, budowlaną, handlową, usługową oraz poszukiwanie, rozpoznawanie i wydobywanie kopalin ze złóż, a także działalność zawodową, wykonywaną w sposób zorganizowany i ciągły. Z kolei zgodnie z definicją sformułowaną w art. 3 obowiązującej od 30.04.2018 r. ustawy Prawo przedsiębiorców z 6.03.2018r., działalnością gospodarczą jest zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły.

W ocenie Sądu I instancji nie było podstaw do oceny, iż od 31 sierpnia 2015 r. istniały podstawy do wyłączenia płatnika składek R.-G. z ubezpieczeń: emerytalnego, rentowych i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Płatnik składek działalność gospodarczą w zakresie świadczenia usług turystycznych rozpoczęła od 1 listopada 2011 r. Organ rentowy nie kwestionował, że działalność prowadziła do 30 sierpnia 2015 r. uznając, że od 31 sierpnia 2015 r. faktycznie nie wznowiła prowadzenia działalności gospodarczej. Sąd Okręgowy podkreślił, że z dokumentacji medycznej wynika, że J. G. od wielu lat cierpi z powodu endometriozy i z tego powodu miała problemy z zajściem w kolejną ciążę. Ciąża była ostatecznie potwierdzona dopiero po ponad dwóch miesiącach od wznowienia działalności i ewidentnie w dacie wznowienia działalności ubezpieczona nie była w ciąży. Z tych względów Sąd pierwszej instancji nie dał wiary zeznaniom świadka K. Ł. w tej części, iż o problemach z ciążą rozmawiała z ubezpieczoną już we wrześniu 2015 r., uznając je w pozostałym zakresie, potwierdzającym działania ubezpieczonej podejmowane w ramach działalności gospodarczej za wiarygodne.

Sąd okręgowy dał również wiarę zeznaniom świadków: M. D., N. Z., K. P., D. T., W. S. i W. S., albowiem zeznania ww. świadków są spójne i pozwalają na ustalenie, że J. G. od 31 sierpnia 2015 r. wykonywała działalność gospodarczą. Z zeznań świadków wynika, że płatnik składek własną działalność w branży turystycznej rozpoczęła pod koniec 2011 r. Utrzymywała stały kontakt z klientami i przedstawiała im oferty imprez turystycznych i ubezpieczeń. Jeżeli klient był zainteresowany ich kupnem to zawierała umowy sprzedaży. Ponadto sprzedawała im również ubezpieczenia. We wrześniu 2015 roku, po wznowieniu działalności za pomocą komunikatora internetowego przedstawiała im oferty wycieczek turystycznych. W dniu 4 września 2015r. nawiązała umowę współpracy z Centrum (...). Z zeznań świadków wynika, że po urodzeniu przez płatniczkę drugiego dziecka, w trakcie urlopu macierzyńskiego nie podejmowała ona działań w ramach działalności gospodarczej. Wznowiła je dopiero po zakończeniu opieki nad maleńkim dzieckiem. Pozostawała w kontakcie z klientami, którym przedstawiała oferty imprez turystycznych. W ocenie Sądu zeznania ww. świadków są logiczne i spójne. Pozwalają one na ustalenie jakie czynności płatnik składek wykonywała po 31 sierpnia 2015 r. do momentu zwolnienia lekarskiego z powodu ciąży oraz do końca urlopu macierzyńskiego. Ponadto korespondują z zeznaniami J. G.. Z zeznań płatniczki wynika, że po wznowieniu działalności gospodarczej podejmowała działania z nią związane. Otrzymywane od biur podróży katalogi oklejała własnym logo i przekazywała klientom, albo wrzucała do skrzynek pocztowych. Utrzymywała z nimi stały kontakt. Przedstawiała im oferty albo bezpośrednio albo za pomocą komunikatorów internetowych czy też telefonicznie. W każdy możliwy sposób przedstawiała potencjalnym klientom swoje usługi. Zdaniem Sądu okręgowego fakt, że w 2018 r. zawarła tylko kilka umów, zaś dla W. S. pierwszego klienta zdobyła dopiero we wrześniu 2018 r. nie może świadczyć o tym, że po 31 sierpnia 2015 płatnik zaniechała prowadzenia działalności. Sąd w tym zakresie dał wiarę zeznaniom płatnika składek, albowiem znajdują one potwierdzenie w zgromadzonej w aktach sprawy dokumentacji oraz są zgodne z zeznaniami świadków.

W oparciu o treść poglądów wyrażonych w orzecznictwie Sądu Najwyższego, Sąd I instancji wyjaśnił, że z reguły okres niewykonywania prac, czy usług nie będzie stanowił okresu zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej, tak jak tego domaga się skarżący. Chwilowe niewykonywanie usług nie jest uzasadnioną przyczyną pozwalającą na stwierdzenie, że doszło do zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej przez przedsiębiorcę. Wbrew stanowisku ZUS, zarzut nieosiągnięcia przez ubezpieczoną przychodów z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, w okresach przerw w niezdolności do prowadzenia tej działalności, nie zasługuje na uwzględnienie, mając na uwadze ustalony w niniejszej sprawie stan faktyczny sprawy i charakter prowadzonej przez ubezpieczoną działalności gospodarczej. W przypadku ubezpieczonej przerwa w zasiłkach wystąpiła od 16 grudnia 2017 r. do 6 lutego 2018

r. Prowadzi ona usługi turystyczne, na które popyt w okresach zimowych i jesiennych jest znacznie mniejszy, także jeśli się zważy obecne uwarunkowania gospodarcze i konkurencję wśród biur podróży. W takich okresach możliwe jest obniżenie wysokości osiąganego dochodu bądź ich całkowity brak, co nie przesądza o uznaniu, że doszło do zaprzestania prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Ubezpieczona konsekwentnie deklaruje zamiar kontynuowania działalności gospodarczej, podejmowała starania w celu pozyskania klientów. Przyjęcie poglądu, że brak osiągania dochodów z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w określonych miesiącach, obligowałby ubezpieczonych do jej zawieszenia, bądź zlikwidowania nie znajduje odzwierciedlenia w przepisach ustawy i poglądach judykatury.

Dalej sąd I instancji wskazał, że z oczywistych względów aktywne prowadzenie działalności przez ubezpieczoną nie mogło mieć miejsca w okresach orzeczonej niezdolności do pracy i pobierania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Ubezpieczona mimo to czyniła starania dot. pozyskiwania nowych klientów i zdobywania zleceń. Starania te przypadały jednak na trudny gospodarczo okres dla działalności o profilu turystycznym jak i na czas konkurencji podmiotów oferujących te usługi turystyczne. Trudności w pozyskiwaniu klientów przez podmioty prowadzące działalność o takim profilu potwierdził również świadek W. S., który również prowadzi własne biuro podróży. Faktyczne niewykonywanie działalności gospodarczej w czasie oczekiwania na kolejne zamówienie lub w czasie ich poszukiwania, nie oznacza zaprzestania prowadzenia takiej działalności i nie powoduje uchylenia obowiązku ubezpieczenia społecznego.

Mając na uwadze powyższe, sąd I instancji przyjął, że po 31 sierpnia 2015r., tj. po wznowieniu prowadzenia działalności gospodarczej J. G. wykonywała czynności związane z prowadzeniem działalności gospodarczej, w taki zakresie w jakim było to możliwe z uwagi na fakt korzystania ze świadczeń związanych z chorobą i macierzyństwem, na warunkach skutkujących objęciem jej obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznym oraz dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Jej działania nie miały charakteru pozornego, ukierunkowane były na pozyskiwanie klientów i wpisywały się w definicję pojęcia prowadzenia działalności gospodarczej, co rodzi skutek w postaci objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym i dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, do którego zgłosiła się ubezpieczona.

Apelację od wyroku złożył organ rentowy, w zakresie pkt 1. w części ustalającej, że ubezpieczona jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 31.08.2015 r. do 20.09.2018 r. oraz że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne jest wyższa od minimalnej podstawy wymiaru składek. Apelujący podniósł następujące zarzuty:

1) sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego wskutek naruszenia przepisów postępowania, które mogło mieć wpływ na wynik sprawy, a mianowicie : - art.233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej oceny zgromadzonego materiału dowodowego, pozbawionej wszechstronności, sprzecznej z zasadami logiki i doświadczenia życiowego poprzez przyjęcie, iż ubezpieczona od 31.08.2015 r. do dnia 20.09.2018 r. prowadziła działalność gospodarczą stanowiącą tytuł do objęcia ubezpieczeniami społecznymi, podczas gdy rzeczywiście ubezpieczona po przerwie w prowadzeniu działalności gospodarczej przypadającej od 01.08.2015 do 30.08.2015, nie podjęła żadnej aktywności w ramach zgłoszonej działalności, w okresach przerw w pobieraniu zasiłków z ubezpieczenia społecznego tj. 31.08.2015 -9.09.2015, 16.12.2017 - 6.02.2018 i 8.04.2018 - 16.07.2018 , a nawet nie miała zamiaru prowadzenia działalności gospodarczej w sposób określony w art.2 ustawy z 02.07.2004 o swobodzie działalności gospodarczej (t.j.Dz.U. z 2015r.poz.5840 i dokonanie tej oceny z pominięciem istotnych okoliczności wskazujących na instrumentalne wykorzystanie przepisów o podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne oraz o podstawie wymiaru zasiłków z ubezpieczenia społecznego polegające na deklarowaniu maksymalnej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w okresach przerw w niezdolności do pracy przy braku jakichkolwiek przychodów oraz wznowienie działalności gospodarczej po przerwie nieprzekraczającej 30 dni, co skutkowało obliczeniem podstawy wymiaru zasiłków wypłacanych od 10.09.2015 wg podstawy wymiaru składek za 08.2015 po uzupełnieniu do pełnego miesiąca tj.9897,50 zł, co dało podstawę wymiaru zasiłków w kwocie 8.529,41 zł, w sytuacji opłacenia składki za okres 10 dni od 31.08.2015 do 9.09.2015 (art.49 ust.2 ustawy z 25.06.1999r. o

świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyńskiego j.t. Dz.U. z 2019 poz. 645/ oraz mając na uwadze, że podstawa wymiaru zasiłków od 20.01.2014 do 30.04.2014 wynosiła 1.919, 81 zł, a od 27.01.2015 do 23.07.2015 – 2.299,43 zł, a począwszy od 10.09.2015 – 8.529, 41 zł.

- art. 233 §1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej oceny zgromadzonego materiału dowodowego poprzez nieuzasadnione przyjęcie, że zeznania przesłuchanych w sprawie świadków stanowią podstawę do uznania, że ubezpieczona we wrześniu 2015 prowadziła działalność gospodarczą, podczas gdy z treści zeznań nie wynika by do czynności związanych z działalnością gospodarczą doszło we wrześniu 2015 lub w w/w przerwach w niezdolności do pracy, i nadto brak jest jakichkolwiek materialnych dowodów na wykonywanie czynności w ramach działalności gospodarczej, w tym korespondencji mailowej w zakresie świadczonych usług prowadzonej w tych konkretnych okresach oraz pominięcie przez Sąd przy ocenie, że świadkowie należeli do kręgu znajomych ubezpieczonej i jej męża, a ich incydentalne kontakty mailowe, przypadające w czasie pobierania przez ubezpieczoną zasiłków wynikały z relacji towarzyskich i nie zmierzały do zlecenia wykonania konkretnych usług w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, nie miały zawodowego charakteru, a sprowadzały się do uzyskania od ubezpieczonej opinii z uwagi na posiadane doświadczenie w branży turystycznej. Działania te były okazjonalne i nieprofesjonalne. Nadto pominięcie, że dopiero faktyczna aktywność ubezpieczonej podjęta we wrześniu 2018 znalazła wyraz w sprzedaży usług i w treści korespondencji mailowej począwszy od 09.2018.

- art.233 §1 k.p.c. poprzez uznanie, że przedłożenie umowy o współpracę z dnia 04.09.2015 stanowi przejaw aktywności ubezpieczonej świadczącej o wznowieniu działalności, podczas gdy powyższa ocena została dokonana bez uwzględnienia istotnej okoliczności, że w/w umowa została przedłożona dopiero na etapie postępowania sądowego, po złożeniu zeznań przez świadków i wyjaśnień przez ubezpieczoną, przy braku jakichkolwiek dowodów potwierdzających jej realizację, podczas gdy faktyczna aktywność w ramach działalności gospodarczej została podjęta w związku z wszczęciem przez organ rentowy postępowania wyjaśniającego, ten związek czasowy jest ewidentny, o czym świadczy jednoznacznie fakt, że po wszczęciu postępowania podejmowane przez ubezpieczoną czynności prowadziły do osiągania regularnych przychodów. Nadto nieuzasadnione jest nadawanie tej umowie istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy w sytuacji gdy ubezpieczona była już wcześniej związana podobnymi umowami z innymi podmiotami i umów tych po wznowieniu działalności w żaden sposób nie realizowała.

- art. 233 §1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej oceny zgromadzonego materiału dowodowego poprzez nieuzasadnione przyjęcie „że niewykonywanie usług w okresie 16.12.2017 do 06.02.2018 z uwagi na mniejszy popyt na usługi turystyczne nie oznacza zaniechania prowadzenia działalności gospodarczej od dnia 31.08.2015 z pominięciem okoliczności, że podczas kolejnej przerwy w niezdolności do pracy od 08.04.2018 do 16.07.2018 ubezpieczona również nie wykonywała żadnych usług mimo, że z pewnością nie jest to okres niskiego popytu na usługi turystyczne oraz z pominięciem okoliczności, że w w/w okresach przerw ubezpieczona mimo braku przychodu deklarowała maksymalną podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne oraz pomijając fakt, że po faktycznym podjęciu aktywności w ramach działalności gospodarczej we wrześniu 2018 r. ubezpieczona uzyskiwała przychód w kolejnych miesiącach bez względu na poziom popytu na usługi turystyczne i wówczas deklarowała jedynie minimalną podstawę wymiaru składki/ minimalna składka była deklarowana od 1.01.2019.

- art.233 §1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej oceny zgromadzonego materiału dowodowego poprzez nieuzasadnione przyjęcie, że okoliczność, że ubezpieczona nie była w ciąży w dacie wznowienia działalności świadczy o tym, że nie miało miejsce pozorowanie działalności gospodarczej, podczas gdy jak wynika z dokumentacji medycznej ubezpieczona planowała ciążę i dlatego leczyła w związku z problemami z zajściem w ciążę, a ponadto już przez zawieszeniem działalności korzystała z długotrwałych zwolnień lekarskich na występujące przewlekłe schorzenia, z powodu których przebywała na zasiłkach także po wznowieniu działalności.

-art. 233 §1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej oceny zgromadzonego materiału dowodowego poprzez nieuzasadnione przyjęcie, że deklarowana przez ubezpieczoną począwszy od 31.08.2015 podstawa wymiaru składek jest prawidłowa, podczas gdy jest to kwota wygórowana, zawyżona w celu uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

2) naruszenie prawa materialnego, a w szczególności art. 13 pkt 4 ustawy z dnia 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych przez niewłaściwe zastosowanie i w konsekwencji uznanie, iż ubezpieczona podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym jako osoba prowadząca działalność gospodarczą w okresie od 31.08.2015 do 20.09.2018, podczas gdy ubezpieczona nie przystąpiła do faktycznego prowadzenia działalności gospodarczej, a nawet nie miała takiego zamiaru,

- art. 2 ustawy z 02.07.2004 o swobodzie działalności gospodarczej przez błędną wykładnię, co doprowadziło do uznania, że odwołująca, pomimo niespełnienia ustawowo określonych przesłanek przypisanych przedsiębiorcy, została uznana za osobę prowadzącą działalność gospodarczą w rozumieniu w/w przepisu i podlegającą ubezpieczeniom społecznym w okresie od 31.08.2015 do 20.09.2018 - art.6 sus poprzez błędne przyjęcie, że ubezpieczona podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu i dobrowolnemu od 31.08.2015 do 20.09.2015 z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej,

- art.18 ustawy z 13.10.1998 w związku z art. 58 k.c. przez uznanie za prawidłową zadeklarowaną przez ubezpieczoną kwotę podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne od dnia 31.08.2015, podczas gdy kwota ta jest wygórowana i nieznajdująca usprawiedliwienia w osiągniętych przychodach.

Apelujący wniósł o zmianę powołanego wyroku w zaskarżonej części i oddalenie odwołania w tym zakresie, ewentualnie o zmianę zaskarżonego wyroku w części poprzez ustalenie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej od 31.08.2015 r. w minimalnej wysokości.

W uzasadnieniu apelujący wskazał, że z przebiegu działalności gospodarczej płatnika składek wynika jednoznacznie, że ubezpieczona w okresach przerw w pobieraniu zasiłków, tj. 31.08.2015 - 9.09.2015, 16.12.2017 - 6.02.2018 oraz 8.04.2018 - 16.07.2018 nie podejmowała czynności związanych z prowadzeniem działalności i praktycznie większość czasu od wznowienia działalności korzystała z zasiłków z ubezpieczenia społecznego w związku z przewlekłymi schorzeniami, ciążą i porodem, obliczonych od maksymalnej podstawy wymiaru składek. Sąd I instancji pominął, że ubezpieczona deklarowała od daty wznowienia działalności maksymalną podstawę wymiaru składki osiągając zerowe przychody. Wznowienie działalności z deklaracją wygórowanej i nieznajdującej usprawiedliwienia w wysokości osiągniętych przychodów, maksymalną podstawą wymiaru składki, w sytuacji gdy osoba zgłaszająca się do ubezpieczeń społecznym w krótkim czasie korzysta ze zwolnień lekarskich lub innych świadczeń z ubezpieczenia społecznego świadczy o wykreowaniu pozornego tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym. Organ rentowy wskazał, że nie kwestionuje, że ubezpieczona prowadziła działalność gospodarczą w okresach 1.11.2011/ 30.11.2013, 31.12.2013/ 10.05.2014, 17.09.2014/ 9.10.2014 i 1.01.2015/ 31.07.2015, jednak po zawieszeniu działalności z dniem 31.07.2015 ewidentnie zaniechała jej prowadzenia, aż do dnia 20.09.2018 r. Zdaniem organu rentowego z ustaleń poczynionych w procesie wynika jednoznacznie stagnacja zawodowa ubezpieczonej. Nie stwierdzono występowania powtarzalnych czynności w ramach działalności gospodarczej, co jest wymagane dla stwierdzenia zamiaru prowadzenia działalności w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Pasywność ubezpieczonej świadczy w tym wypadku o braku faktycznego zamiaru świadczenia usług turystycznych w spornym okresie. Umowa z 4 września 2015 została przedłożona dopiero na etapie postępowania sądowego, po złożeniu zeznań przez świadków i wyjaśnień przez ubezpieczoną, przy braku jakichkolwiek dowodów potwierdzających jej realizację, podczas gdy faktyczna aktywność w ramach działalności gospodarczej została podjęta w związku z wszczęciem przez organ rentowy postępowania wyjaśniającego. Ten związek czasowy jest ewidentny o czym świadczy jednoznacznie fakt, że po wszczęciu postępowania podejmowane przez ubezpieczoną czynności prowadziły do osiągania regularnych przychodów. Nadto istotne jest, że ubezpieczona była już wcześniej związana podobnymi umowami z innymi podmiotami i umów tych po wznowieniu działalności w żaden sposób nie realizowała. Błędne było także przyjęcie, że okoliczność, że ubezpieczona nie była w ciąży w dacie wznowienia działalności świadczy o tym, że nie miało miejsce pozorowanie działalności gospodarczej, podczas gdy jak wynika z dokumentacji medycznej ubezpieczona planowała ciążę i dlatego leczyła w związku z problemami z zajściem w ciążę, a ponadto już przed zawieszeniem działalności korzystała z długotrwałych zwolnień lekarskich na występujące przewlekłe schorzenia, z powodu których przebywała na zasiłkach także po wznowieniu działalności. Z ostrożności procesowej organ rentowy podniósł, że nawet potencjalne uznanie

przez Sąd wykonywania zarejestrowanej działalności, wynikającej z podjęcia nielicznych czynności faktycznych lub prawnych, jako uprawnionego tytułu podlegania spornym ubezpieczeniom w charakterze osoby prowadzącej działalność gospodarczą, nie uchylało obowiązku sądowej weryfikacji zadeklarowanej w maksymalnej ustawowej wysokości podstawy wymiaru.

Sąd Apelacyjny rozważył ponownie sprawę i uznał, że zaskarżony wyrok i decyzja podlegały uchyleniu, a sprawa przekazaniu do organu rentowego celem ponownego rozpoznania, na podstawie art. 477^{14a} k.p.c.

Rozpoczynając od analizy prawa, należy przypomnieć, że obowiązek podlegania ubezpieczeniom społecznym wynika z ustawy. Jeśli zainteresowany spełnia ustawowe warunki do objęcia go obowiązkowymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi (art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), to jego wniosek o objęcie ubezpieczeniem chorobowym (art. 11 ust. 2 tej ustawy) rodzi stosunek prawny dobrowolnego ubezpieczenia społecznego (por. uzasadnienie uchwały siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z 21 kwietnia 2010 r., II UZP 1/10, OSNP 2010, nr 21-22, poz. 267). O tym, czy J. G. mogła zgłosić się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, przesądzało zatem ustalenie, czy podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, w szczególności czy faktycznie prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą. W orzecznictwie Sądu Najwyższego jednolicie przyjmuje się, że podstawą do powstania obowiązku ubezpieczenia społecznego z mocy art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych jest faktyczne wykonywanie działalności pozarolniczej (art. 13 pkt 4 tej ustawy), w tym działalności gospodarczej, czyli rzeczywiste podjęcie i prowadzenie działalności zarobkowej, wykonywanej w sposób zorganizowany i ciągły: - art. 2 ustawy z 2 lipca 2004 o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r. poz. 2168 ze zm.); - art. 3 ustawy z 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018, poz. 646 ze zm.). Podjęcie i prowadzenie działalności gospodarczej nawet przez kobietę, która byłaby w zaawansowanej ciąży nie stanowi przeszkody do podlegania ubezpieczeniom społecznym w aspekcie wykonywania tej działalności w sposób ciągły w rozumieniu art. 2 ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej. Zamiaru ciągłego prowadzenia działalności gospodarczej nie podważa przewidywanie jej zawieszenia ze względu na ciążę, urodzenie dziecka albo konieczność opieki nad dzieckiem (podobnie w wyroku Sądu Najwyższego z 10 maja 2017 r., I UK 184/16, LEX nr 2305920). Braku podstawowej cechy ciągłości działalności gospodarczej można natomiast dopatrzeć się w przypadku, gdy od początku wysoce wątpliwe będzie rozpoczęcie i prowadzenie działalności przez dłuższy czas, a tę wątpliwość można wywieść z różnych okoliczności faktycznych, np. stanu zdrowia osoby zgłaszającej się do ubezpieczenia społecznego, a przede wszystkim jej świadomości co do braku możliwości prowadzenia tej działalności albo braku woli dalszego jej prowadzenia po ziszczeniu się ryzyka ubezpieczeniowego. To zaś należy do sfery faktów.

Nie ulega wątpliwości, że Sąd Okręgowy rozpoznał odwołanie od decyzji, której przedmiotem było stwierdzenie niepodlegania J. G. obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, jako osoby prowadzącej pozarolniczą działalność. W wyniku rozpoznania sprawy Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że J. G. po 31 sierpnia 2015 r. wznowiła prowadzoną działalność gospodarczą i faktycznie ją realizowała, a zatem uznał, że sporna decyzja była błędna.

W treści apelacji organ rentowy jednak akcentował, że Sąd I instancji pominął istotne okoliczności sprawy wskazujące na instrumentalne wykorzystanie przepisów o podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne oraz o podstawie wymiaru zasiłków z ubezpieczenia społeczne. Więc w istocie, organ rentowy stoi na stanowisku, że ubezpieczona odniosła nieuzasadnioną korzyść finansową kosztem Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, przez to że prowadząc działalność pozarolniczą i opłacając składki od najniższej podstawy wymiaru, zawiesiła działalność od 1 do 30 sierpnia 2015, czyli na okres nie przekraczający 30 dni, po czym wznowiła ją 31 sierpnia 2015 i zadeklarowała, od daty wznowienia, maksymalną podstawę wymiaru składki, przy zerowych przychodach (podstawa wymiaru zasiłków od 20.01.2014 do 30.04.2014 wynosiła 1.919, 81 zł, a od 27.01.2015 do 23.07.2015 – 2.299,43 zł, a począwszy od 10.09.2015 – 8.529, 41 zł). To skutkowało obliczeniem podstawy wymiaru zasiłków wypłacanych od 10.09.2015 wg podstawy wymiaru składek za 08.2015, po uzupełnieniu do pełnego miesiąca, tj. 9897,50 zł, co dało podstawę wymiaru zasiłków w kwocie 8.529,41 zł, w sytuacji opłacenia składki jedynie za 10 dni od 31.08.2015 do 9.09.2015 (art.49 ust.2

ustawy z 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyńskiego; Dz.U. z 2019 poz. 645).

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, Sąd I instancji prawidłowo uznał, że brak było podstaw, do stwierdzenia, że po 31 sierpnia 2015 r. ubezpieczona nie podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Sąd Okręgowy trafnie ustalił, że ubezpieczona od 1 listopada 2011 r. prowadzi działalność gospodarczą. Od momentu rozpoczęcia działalności do 2014 r. zawarła szereg umów współpracy z biurami podróży, agencjami turystycznymi, ubezpieczeniowymi i ubezpieczycielami. Od 1 do 30 sierpnia 2015 r. zawiesiła prowadzoną działalność. Wznowiła ją 31 sierpnia 2015 r. Nawiązała umowy o współpracy z Centrum (...). Ubezpieczona posiada wykształcenie wyższe w zakresie organizacji turystyki i hotelarstwa oraz zarządzania turystyką. J. G. przedstawiała klientom oferty turystyczne w swoim domu, telefonicznie, mailowo oraz za pomocą komunikatorów internetowych, wręczała firmowe wizytówki, od biur podróży otrzymywała katalogi, które wręczała klientom albo wrzucała do skrzynek pocztowych. W celu podnoszenia swoich kwalifikacji, jak również w związku z rozszerzeniem przedmiotu prowadzonej działalności gospodarczej, ubezpieczona pozytywnie zdała egzaminy dla osób ubiegających się o wykonywanie czynności agencyjnych. Wznawiając prowadzenie działalności gospodarczej ubezpieczona w organie rentowym zgłosiła najwyższą podstawę wymiaru składek. Od wielu lat ubezpieczona miała problemy z zajściem w ciążę. W dniu 2 listopada 2015 r. miała świadomość o ciąży, potwierdzoną badaniem lekarskim. Organ rentowy w wywiedzionej apelacji nie kwestionował powyższych ustaleń faktycznych. Nie kwestionował również kwalifikacji i przygotowania do podjęcia działalności gospodarczej. Organ rentowy nie kwestionował, że przed wznowieniem, jak również po 27 listopada 2018 r. faktycznie działalność gospodarczą prowadziła. Nie było również kwestionowane przez organ rentowy to, że ubezpieczona inwestowała środki w materialne podstawy prowadzenia działalności, kupowała ulotki, wizytówki, założyła domenę internetową, zawierała liczne umowy o współpracy.

Ujawnione przez Sąd I instancji okoliczności sprawy - jakkolwiek istotnie można doszukać się pewnych niejasności, jak choćby kwestia umowy o współpracę z 4.09.2015, która nieoczekiwanie pojawiła się na etapie postępowania sądowego - wskazują, że ubezpieczona aktywnie prowadziła ciągłą i zorganizowaną działalność od roku 2011, a następnie od roku 2018. Nie zostało jednak w sprawie wyjaśnione, czy doszło do realnego zawieszenia działalności, w szczególności jakie były podstawy faktyczne tej decyzji. A z drugiej strony, należy stanowczo dopuścić ocenę, że obniżenie aktywności zawodowej osoby prowadzącej działalność gospodarczą, może być uzasadnione okresami niedyspozycji zdrowotnej. Nie można bowiem wymagać, by prowadzący działalność, z narażeniem własnego zdrowia, w okresie niedyspozycji zdrowotnej, intensyfikował tę działalność tylko na potrzeby oceny organu rentowego. W przedmiotowej sprawie, ubezpieczona okresowo większą dbałość poświęciła zdrowiu niż działalności zawodowej i tego faktu organ nie kwestionował, zważywszy na wskazanie, że ubezpieczona planowała ciążę, leczyła się w związku z niepłodnością, a nadto korzystała z długotrwałych zwolnień lekarskich na przewlekłe schorzenia, z powodu których przebywała na zasiłkach także po wznowieniu działalności. W ocenie Sądu Apelacyjnego, organ bezpodstawnie zarzucił ubezpieczonej pasywność w okresach zasiłkowych i wywiódł z tego faktu wniosek o braku faktycznego zamiaru świadczenia usług turystycznych, jako działalności zawodowej w ogóle. Taki wniosek był niedopuszczalny wobec bezspornego faktu, że ubezpieczona prowadziła zorganizowaną, zarobkową i ciągłą działalność gospodarczą przed okresem zasiłkowym i po jego zakończeniu.

Wobec powyższej oceny, Sąd Apelacyjny uznał bezskuteczność zarzutów organu rentowego w zakresie przekroczenia przez Sąd Okręgowy zasad swobodnej oceny dowodów, co do ustalenia, że ubezpieczona od 31 sierpnia 2015 do 27 listopada 2018 nie zaprzestała prowadzenia działalności gospodarczej, a w konsekwencji powinna podlegać obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym z tego tytułu. W ocenie Sądu Apelacyjnego, dokonana przez Sąd Okręgowy ocena materiału dowodowego, w powyższym zakresie jest prawidłowa. Sąd pierwszej instancji odniósł się do wszystkich dowodów, zarówno z dokumentów, jak i zeznań świadków, oraz stron. Zarzuty apelującego sprowadzały się jedynie do polemiki ze stanowiskiem Sądu Okręgowego i wynikały z mało wnikliwej analizy dotyczącej wymogów prowadzenia działalności gospodarczej, jako aktywności zawodowej w ogóle. Apelujący przeciwstawił, bowiem ocenie dokonanej przez Sąd pierwszej instancji, własną analizę zgromadzonego materiału dowodowego i własny pogląd na sprawę, z pominięciem okoliczności dla niego niewygodnych lub nie odpowiadających jego wersji

zdarzeń, a przede wszystkim skupiając się na wrywkowym okresie działalności zawodowej ubezpieczonej. Organ, błędnie nie uwzględnił okoliczności, że działalność zawodowa podmiotu pracującego na własny rachunek to nie tylko okres choroby i korzystania z zasiłków chorobowych, lecz określony cykl działalności, który wymaga analizy jako całość. W sprawie Sąd Okręgowy prawidłowo przeprowadził całościową ocenę. Takiej oceny dokonał dając wiarę, odnośnie ustaleń dotyczących wykonywania przez ubezpieczoną działalności gospodarczej, wyjaśnieniom J. G. oraz świadków M. D., N., Z., K. Ł., K. P., D. T., W. S.. Wyjaśnić przy tym należy, że zakwestionowanie wiarygodności zeznań świadków może nastąpić wówczas, jeżeli wyniki przeprowadzonego postępowania dowodowego wskazują w sposób nie budzący wątpliwości, że zeznania nie polegają na prawdzie. Fakt, że świadek był współpracownikiem czy znajomym, nie dyskwalifikuje sam przez się jego zeznań. Zeznania takiego świadka są oceniane z uwzględnieniem wszystkich okoliczności, w tym również stosunku, w jakim pozostaje on do każdej ze stron, ale ponadto – z uwzględnieniem jego cech osobistych, relacji między treścią jego zeznań a innymi dowodami w sprawie itd. (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 14 sierpnia 2012 r., I ACa 37/12, Legalis). W ocenie Sądu Apelacyjnego zeznania przesłuchanych w sprawie świadków nie nosiły cech, które podważałyby ich wiarygodność oraz korelowały z innymi okolicznościami wskazującymi na aktywność zawodową ubezpieczonej, w szczególności dotyczy to dokumentów, jak: umowy współpracy, pisma, zapisy wiadomości rozmów na komunikatorach, faktury VAT.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, istotą przedmiotowej sprawy, jest dopuszczalność zadeklarowania przez ubezpieczoną, w warunkach prowadzonej przez nią działalności, maksymalnej podstawy wymiaru. Organ rentowy wyeksponował istotne różnice między uzyskanym przez ubezpieczoną przychodem z tytułu prowadzonej działalności oraz poniesionymi na tę działalność kosztami (wydatkami) i zaskarżył wyrok w części ustalającej, że ubezpieczona jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega obowiązkowo ubezpieczeniom od 31.08.2015 r. do 20.09.2018 r., oraz że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne jest wyższa od minimalnej podstawy wymiaru składek. W apelacji, zatem organ rentowy sam pośrednio podważył wydaną przez siebie decyzję, bowiem w przeważającej mierze skupił się na podkreślaniu okoliczności opłacania przez ubezpieczoną składek od najwyższej możliwej ich podstawy wymiaru. Organ rentowy we wnioskach apelacji zawarł ewentualne żądanie o zmiany zaskarżonego wyroku w części poprzez ustalenie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej od 31.08.2015 r. w minimalnej wysokości. Trzeba jednak pamiętać, iż w sprawach zakresu ubezpieczeń społecznych zakres rozpoznania i orzeczenia (przedmiot sporu) wyznaczony jest przede wszystkim przedmiotem decyzji organu rentowego zaskarżonej do sądu ubezpieczeń społecznych, a w pewnym zakresie również też zakresem wniesionego odwołania od tejże decyzji. Oznacza to, w pewnym uproszczeniu, że sąd orzekając o zasadności decyzji nie może w zasadzie wychodzić poza tak określony przedmiot. Koncepcja ta zakłada jednak, iż organ wydając decyzję wydaje ją w kwestii, w której powstała potrzeba rozstrzygnięcia o istnieniu lub nieistnieniu prawa/obowiązku, a wydana decyzja rozstrzyga wszystkie przesłanki tego prawa lub obowiązku. Prawidłowe postępowanie organu rentowego w niniejszej sprawie winno, zatem polegać przede wszystkim na przesądzeniu w decyzji faktycznego prowadzenia przez ubezpieczoną działalności gospodarczej – jako tytułu podlegania do ubezpieczenia, a dopiero pozytywne przesądzenie w tym zakresie, dawałoby organowi rentowemu ewentualnie podstawę do rozważania wysokości podstawy wymiaru składek, i to tylko w granicach w jakich wyznaczył ustawodawca. Tymczasem w niniejszej sprawie przy wydaniu zaskarżonej decyzji organ zakwestionował sam tytuł do ubezpieczenia. Wobec czego Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że zaskarżona decyzja i tym samym wydany w sprawie wyrok nie pozwalają na weryfikację podstawy wymiaru składek J. G., jako osoby prowadzącej działalność gospodarczą.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób prowadzących pozarolniczą działalność oraz osób z nimi współpracujących stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek, ogłoszonego w trybie art. 19 ust. 10 na dany rok kalendarzowy (art. 18 ust. 8 ww. ustawy). Natomiast podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz ubezpieczenie wypadkowe stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe, z tym że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe osób, które ubezpieczeniu chorobowemu podlegają dobrowolnie, nie może przekraczać miesięcznie 250% prognozowanego przeciętnego

wynagrodzenia (art. 20 ust. 1 i 3 ww. ustawy). Wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność gospodarczą i osób z nimi współpracujących mieści się zatem w przedziale od 60% do 250% przeciętnego wynagrodzenia i zależy wyłącznie od deklaracji płatnika składek. Ustawodawca pozostawił, zatem osobom prowadzącym działalność gospodarczą określenie wysokości podstawy wymiaru składek, z zastrzeżeniem dolnej granicy na poziomie 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego - art. 18 ust. 8 ustawy systemowej. Opłacanie składek na ubezpieczenie społeczne w minimalnych, czy też początkowo nawet preferencyjnych kwotach, przy niskich dochodach i niewielkim zakresie wykonywanych usług, po czym jednorazowe zadeklarowanie składek od maksymalnej podstawy wymiaru, może wskazywać na chęć uzyskania w niedalekiej przyszłości wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Zgodnie z utrwalonym stanowiskiem Sądu Najwyższego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych może kwestionować wysokość deklarowanych składek, jeżeli z okoliczności sprawy wynika m.in. że zostały one opłacone w sposób sprzeczny z prawem, zasadami współżycia społecznego lub zmierzające do obejścia prawa. W wyroku z dnia 5 września 2018r. (sygn. akt I UK 208/17) Sąd Najwyższy stwierdził, że organ ubezpieczeń społecznych jest uprawniony do kontroli i korygowania zawyżonych podstaw wymiaru składek z każdego tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym dla zapobieżenia nabywania nienależnych lub zawyżonych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, jeżeli okoliczności sprawy wskazują na intencjonalny lub manipulacyjny zamiar uzyskania takich świadczeń z ubezpieczenia społecznego w sposób sprzeczny z prawem lub zmierzający do obejścia przepisów i zasad systemu ubezpieczeń społecznych. W uzasadnieniu wyroku Sąd Najwyższy wskazał, że intencjonalne zabiegi wnioskodawcy zmierzające do uzyskania radykalnie zawyżonych świadczeń z ubezpieczenia społecznego w związku z manipulacyjnymi deklaracją i krótkookresowym opłaceniem składek w maksymalnej wysokości przed okresami zamierzonego czy pewnego zamiaru skorzystania ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego, pozostają w widocznej prima facie ewidentnej sprzeczności z zasadami równego traktowania wszystkich ubezpieczonych (art. 2a ustawy systemowej), w tym z zasadą solidaryzmu ubezpieczeń społecznych i przysługiwania proporcjonalnych świadczeń w zależności od wymaganego okresu oraz wysokości opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne. Warto podkreślić, że Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 29 listopada 2017 r., P 9/15 (Dz. U. z 2017 r. poz. 2240) potwierdził zgodność art. 83 ust. 1 pkt 3 w związku z art. 41 ust. 12 i 13, art. 68 ust. 1 pkt 1 lit. c i art. 86 ust. 2 pkt 2 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778) w zakresie, w jakim stanowi podstawę ustalania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych innej - niż wynikająca z umowy o pracę - wysokości podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe, jest zgodny z art. 2 w związku z art. 84 i art. 217 oraz z art. 32 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Oznacza to legalność kontroli oraz korygowania przez organ ubezpieczeń społecznych zawyżonych podstaw wymiaru składek z każdego tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym w celu zapobieżenia nabywaniu nienależnie zawyżonych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, jeżeli okoliczności sprawy wskazują wręcz na manipulacyjne zawyżenie podstawy wymiaru oczekiwanych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, tj. w sposób sprzeczny z prawem, zasadami współżycia społecznego lub zmierzający do obejścia prawa ubezpieczeń społecznych. Dlatego, stosownie do zasady równego traktowania ubezpieczonych i bez względu na tytuł ubezpieczenia, organ rentowy może korygować deklaracje zawyżonej podstawy wymiaru i składek, opłacanych przez ubezpieczonych, którzy zmierzają do uzyskania nienależnie zawyżonych świadczeń, od nierzetelnie wysokiej podstawy wymiaru składek. Niezależnie od powyższego, należy zauważyć, że zgodnie z art. 83 pkt 1.2 i 3 ustawy systemowej, Zakład wydaje decyzje w zakresie indywidualnych spraw dotyczących przebiegu ubezpieczeń i ustalania wymiaru składek i ich poboru. Natomiast w myśl art. 86 pkt 2.2 ustawy systemowej w ramach kontroli wykonywania zadań i obowiązków w zakresie ubezpieczeń społecznych przez płatników składek przeprowadzają, inspektorzy kontroli Zakładu weryfikują prawidłowość i rzetelność obliczania, potrącania i opłacania składek oraz innych składek i wpłat, do których pobierania zobowiązany jest Zakład.

Powyższe doprowadziło Sąd Apelacyjny do przekonania, iż w sprawie istnieje konieczność uchylenia zaskarżonego wyroku oraz poprzedzającej go decyzji do ponownego rozpoznania. Przepis art. 477^{14a} k.p.c. stosowany jest wówczas, gdy konieczne jest skasowanie decyzji organu rentowego i wydanie nowej, po przekazaniu sprawy organowi rentowemu do ponownego rozpoznania i przeprowadzeniu prawidłowego postępowania przed tym organem, uwzględniającego wszelkie wymagania wynikające z prawa materialnego.

W świetle ustalonego stanu faktycznego, organ rentowy nie wyraził w zaskarżonej decyzji stanowiska w zakresie prawidłowości ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia. Organ wyłączył ubezpieczoną z ubezpieczeń, a tymczasem treść apelacji organu sprowadza się do niejednoznacznej konkluzji, z której wynika, że organ rentowy z jednej strony twierdzi, że ubezpieczona nie podlega ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, a z drugiej strony zadeklarowana przez odwołującą się podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne nie powinna przekraczać kwoty minimalnej podstawy wymiaru składek. Wobec faktu, że ubezpieczona prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu prawa, rolą organu będzie ustalenie przesłanek faktycznych i prawnych dla ewentualnego uznania, że podstawa wymiaru składek w spornym okresie powinna zostać obniżona. W tym przedmiocie kluczowa jest kwestia, dlaczego ubezpieczona na niespełna miesiąc zawiesiła działalność gospodarczą i czy istniały ku temu jakiegokolwiek przesłanki; czy dopuszczalne jest stwierdzenie, że w istocie nie doszło do żadnego faktycznego zawieszenia, a działalność miała charakter ciągły, w związku z czym nie było podstaw do uznania, że została wznowiona.

Mając na uwadze wszystkie wyżej opisane okoliczności faktyczne i argumenty prawne Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 477^{14a} k.p.c. uchylił zaskarżony wyrok oraz poprzedzającą go decyzję organu i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania organowi. Na podstawie art. 100 k.p.c. zniesiono wzajemnie pomiędzy ubezpieczoną i organem rentowym koszty zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Urszula Iwanowska SSA Jolanta Hawryszko Barbara Białecka