

Sygn. akt III AUa 441/19

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 maja 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Barbara Białecka (spr.)
Sędziowie:	Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk Romana Mrotek
Protokolant:	St. sekr. sąd. Edyta Rakowska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 26 maja 2020 r. w S.

sprawy E. D.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o podleganie ubezpieczeniom społecznym

na skutek apelacji ubezpieczonego

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 10 września 2019 r., sygn. akt VI U 565/19

1. oddala apelację,
2. zasądza od ubezpieczonej E. D. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. kwotę 240 (dwieście czterdzieści) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego organu rentowego w postępowaniu apelacyjnym.

Romana Mrotek	Barbara Białecka	Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk
---------------	------------------	----------------------------------

Sygn. akt III AUa 441/19

## UZASADNIENIE

Decyzją z 4 marca 2019 r. nr (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. stwierdził, że E. D. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od dnia 21 października 2016 r. nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. Organ

rentowy podniósł, że E. D. zakończyła prowadzenie działalności gospodarczej po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego przyznanego za okres od 23 października 2015 r. do 20 października 2016 r. ZUS podkreślił, że ubezpieczona jako najemca dysponowała jednym lokalem, który nie był jej własnością, nie podejmowała zorganizowanych i profesjonalnych działań, mających na celu nabywanie lokali w celu ich wynajmu. Aktywność ubezpieczonej koncentrowała się jedynie na wystawieniu od jednej do dwóch faktur i uzyskiwaniu przychodu, który był dwukrotnie niższy niż poniesione koszty. Ubezpieczona miała świadomość, iż podpisane przez nią umowy najmu z założenia nie będą przynosiły zysków, bowiem czynsze które otrzymywała z tytułu ich zawarcia były niższe od czynszu i dodatkowych opłat, które ubezpieczona jako najemca sama ponosiła. E. D. bezpośrednio przed rozpoczęciem korzystania z zasiłku chorobowego związanego z ciążą opłaciła składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe od najwyższej możliwej podstawy, zapewniając sobie w ten sposób możliwość pobierania świadczeń naliczonych od tej podstawy. Ubezpieczona zakończyła prowadzenie działalności gospodarczej wraz z zakończeniem pobierania zasiłku macierzyńskiego, a więc od 21 października 2016 r., następnie pomimo zakończenia jej wykonywania nie wyrejestrowała działalności, a jedynie formalnie ją utrzymywała, aby umożliwić sobie uzyskiwanie bardzo wysokich zasiłków.

Odwołanie od powyższej decyzji wniosła ubezpieczona domagając się jej zmiany poprzez ustalenie, że podlega ona obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 21 października 2016 r. Jednocześnie ubezpieczona wniosła o zasądzenie od pozwanego na jej rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa radcy prawnego według norm przepisanych. Wskazała, że w styczniu 2014 r. rozpoczęła prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie usług kosmetycznych oraz podnajmu części salonu wynajmowanego przez nią na podstawie umowy z dnia 1 grudnia 2013 r., co jest typową praktyką na rynku usług fryzjerskich i kosmetycznych. Podkreślając, że treść wpisu w PKD w zakresie rodzajów prowadzonej przez nią działalności nie uległa zmianie od początku jej prowadzenia, skarżąca podniosła, że przez wszystkie lata prowadziła działalność gospodarczą w sposób zorganizowany i ciągły. Odwołująca wskazała, że podnajmując lokal zabezpieczała swoje źródło dochodu, co więcej w dniu 30 kwietnia 2015 r. zawarła na czas nieokreślony umowę o współpracy z biurem rachunkowym, nadto o ciągłości prowadzenia i funkcjonowania działalności gospodarczej świadczą prowadzone od roku 2015 do 2018 księgi przychodu. Ubezpieczona wskazała, że od dnia 15 grudnia 2015 r. wynajęła gabinet M. M. w celu świadczenia usług kosmetycznych określając czynsz na kwotę 900 zł, od 1 września 2016 r. współpracowała z A. J., której wynajmowała pomieszczenie w celu świadczenia usług z zakresu dermatologii estetycznej ustalając opłaty za wynajem w zależności od przepracowanych godzin w lokalu. W 2017 r. zawarła umowę najmu z J. Z., która świadczyła usługi kosmetyczne z czynszem w wysokości 1.200,00 zł, następnie zawarła umowę najmu z S. K., która miała świadczyć usługi w zakresie stylizacji (opłaty w wysokości 600,00 zł tytułem najmu lokalu). Odwołująca podniosła, że najem lokalu umożliwił pokrycie kosztów najmu od G. P. oraz przynosił dochody, z których się utrzymywała. Koniecznym było zachowanie jednego gabinetu na potrzeby swoich usług, gdzie przechowywała rzeczy służące do świadczenia usług, pozostając w ciągłej gotowości powrotu do ich świadczenia. Ubezpieczona wskazała, że pomimo ciąży i urodzenia dziecka podnosiła kwalifikacje i pragnęła powrócić do aktywnego świadczenia usług. Po urodzeniu pierwszego dziecka wróciła do świadczenia usług kosmetycznych co wraz z koniecznością sprawowania opieki nad niemowlęciem doprowadziło do przeciążenia kręgosłupa i schorzenia z tym związanego, które zapoczątkowało niezdolność do pracy. Od dnia 17 marca 2019 r. wróciła do świadczenia usług kosmetycznych na dwa dni w tygodniu tj. niedziele i poniedziałki z uwagi na opiekę nad 3 letnią córką oraz 5 miesięcznym niemowlęciem, od grudnia 2018 r. podjęła współpracę w zakresie poddzierżawy z kolejnymi podmiotami. Zdaniem ubezpieczonej powyższe wskazuje, że była aktywnym i sprawnie funkcjonującym przedsiębiorcą.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniosł o jego oddalenie podtrzymując dotychczasowe stanowisko.

Wyrokiem z dnia 10 września 2019 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie oraz zasądził od E. D. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. kwotę 180 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu.

Ustalenia faktyczne i rozważania prawne zawarte w uzasadnieniu Sądu I instancji znajdują się na k.84-102 akt niniejszej sprawy.

W wywiezionej od powyższego wyroku apelacji ubezpieczona podniosła zarzuty naruszenia przepisów postępowania, co miało wpływ na wynik postępowania, tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez:

- dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny materiału dowodowego, co miało wpływ na ustalenie stanu faktycznego sprawy, na którym Sąd I instancji oparł rozstrzygnięcie, w konsekwencji skutkowało wydaniem wadliwego rozstrzygnięcia, poprzez uznanie, że ubezpieczona po dniu 20 października 2016 r. nie prowadziła działalności gospodarczej, gdy powódka tę działalność w sposób ciągły i nieprzerwany prowadziła,

- sprzeczne z zasadami logiki i doświadczenia życiowego przyjęcie, że w przypadku faktycznego nieświadczenia usług w okresie niezdolności do pracy zarówno orzekanej jak i nieorzekanej 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 uniemożliwiła jej faktyczne świadczenie usług,

- sprzeczne z zasadami doświadczenia życiowego i logiki przyjęcie, że utrzymywanie lokalu oraz przechowywanie w nim rzeczy koniecznych do świadczenia usług stanowi o tym, że powódka faktycznie nie prowadziła i zaprzestała prowadzenia działalności gospodarczej, gdy zgodnie z zasadami logiki i doświadczenia życiowego o zaprzestaniu faktycznym prowadzenia działalności gospodarczej mogłoby świadczyć wyzbycie się lokalu oraz narzędzi koniecznych do świadczenia usług,

- pominięcie przy ocenie faktu, iż powódka prowadziła działalność gospodarczą w ramach której świadczyła usługi kosmetyczne od dnia 9.01.2014 r., którą prowadziła również w okresie od dnia 1 sierpnia 2015 r. z tym, że w związku z niezdolnością do pracy powódka faktycznie w tym okresie nie świadczyła usług kosmetycznych osobiście w związku z jej stanem zdrowia, w szczególności zaś przekazała ich prowadzenie pracownikowi, gdy fakty te mają istotne znaczenie dla oceny tego czy działalność gospodarcza powódki była założona i prowadzona dla pozorów czy też w związku z faktycznym jej prowadzeniem,

- 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,

- 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.

Nadto apelująca podniosła zarzut naruszenia przepisów prawa materialnego, tj. art. 83 ust. 1 pkt 1, art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 11 ust.2, art. 12 ust. 1, art.13 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (dalej: ustawa systemowa) oraz art. 83 Art. 2 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2015 r. poz. 584 obowiązującej w spornym okresie) poprzez błędną wykładnię wymienionych przepisów polegającą na przyjęciu, że brak faktycznego i osobistego świadczenia usług przez przedsiębiorcę w okresie jego niezdolności do pracy powoduje, że nie wykonuje on działalności gospodarczej, tj. nie prowadzi jej w sposób zorganizowany i ciągły, a także, że jego działalność nie ma charakteru zarobkowego, w szczególności, gdy w tym okresie ponosi on stratę związaną z utrzymaniem lokalu oraz narzędzi koniecznych do dalszego prowadzenia działalności gospodarczej, gdy osobiste niewykonywanie usług w związku z niezdolnością do pracy przy jednoczesnym ponoszeniu straty w celu utrzymania możliwości dalszego osobistego świadczenia usług po okresie niezdolności do pracy, stanowi o prowadzeniu działalności gospodarczej, zaś odmienna wykładnia prowadzi do przyjęcia, że przedsiębiorca w okresie niezdolności do pracy powinien zakończyć prowadzenie działalności gospodarczej.

Mając na uwadze podniesione zarzuty apelująca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku w całości poprzez uznanie, że wnioskodawczyni podlegała obowiązkowemu ubezpieczeniu: emerytalne, rentowe, wypadkowe oraz dobrowolne ubezpieczenie chorobowe poczynając od dnia 21.10.2016 r. Ewentualnie apelująca domagała się uchylecia zaskarżonego wyroku w całości i przekazania sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania. Ponadto wniosła o zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów postępowania sądowego w I i II instancji według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa radcy prawnego według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację organ rentowy wniósł o jej oddalenie w całości oraz o zasądzenie od skarżącej na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

### **Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:**

Apelacja okazała się niezasadna.

Sąd Apelacyjny dokonując własnej oceny przedstawionego pod osąd materiału procesowego stwierdził, że Sąd Okręgowy w sposób prawidłowy przeprowadził postępowanie dowodowe, a poczynione ustalenia faktyczne (zawarte w wyodrębnionej redakcyjnie części uzasadnienia zaskarżonego wyroku) nie są wadliwe i znajdują odzwierciedlenie w treści przedstawionych w sprawie dowodów. Sąd Odwoławczy ustalenia Sądu Okręgowego czyni częścią uzasadnienia własnego wyroku, nie znajdując potrzeby ponownego ich szczegółowego przytaczania.

W pierwszej kolejności rozważania Sądu Apelacyjnego należy rozpocząć od oceny trafności zarzutów obrazy prawa procesowego. Przestrzeganie przepisów prawa procesowego przez Sąd pierwszej instancji ma bowiem wpływ na prawidłowe ustalanie stanu faktycznego. Nie bez znaczenia jest też to, że tylko prawidłowo ustalony stan faktyczny może stanowić podstawę do oceny poprawności zastosowania prawa materialnego.

Wobec zgłoszenia zarzutu błędnej oceny dowodów wskazania wymaga, że dla podważenia oceny dowodów poczynionej przez Sąd pierwszej instancji skarżąca winna była wskazać, w jakich konkretnie fragmentach argumentacja Sądu jest sprzeczna z zasadami logiki lub doświadczenia życiowego względnie, które elementy materiału dowodowego (dowody) zostały przez Sąd pierwszej instancji wadliwie pominięte i jakie wnioski faktyczne, z tychże fragmentów materiału procesowego powinny być w sposób poprawny wyprowadzone. W ocenie Sądu Odwoławczego, Sąd I instancji dokonał prawidłowych i szczegółowych ustaleń faktycznych w oparciu o analizę całości materiału dowodowego oraz w sposób logiczny i zgodny z zasadami doświadczenia życiowego dokonał oceny materiału dowodowego, a zarzuty sformułowane w apelacji skarżącej w istocie stanowią jedynie nieuzasadnioną polemikę z prawidłowymi ustaleniami Sądu pierwszej instancji. Przedstawiony zarzut jest wyrazem bardzo subiektywnej oceny wyselekcjonowanej przez apelującą części zebranego i przeprowadzonego w sprawie materiału dowodowego, który w założeniu miał wykazać zasadność argumentacji wskazanej w uzasadnieniu apelacji. Ubezpieczona w istocie skupiła się na powtórzeniu argumentacji zawartej w treści odwołania od zaskarżonej decyzji, a sprowadzającej się do stwierdzeń, że w okresie objętym niniejszym postępowaniem nieprzerwanie prowadziła działalność gospodarczą nastawioną na osiągnięcie zysku. Niemniej jednak wskazać przy tym należy, że materiał dowodowy zgromadzony w aktach sprawy, nie potwierdza wersji prezentowanej przez apelującą. Co więcej, w wywiezionym środku zaskarżenia nie wskazano, których konkretnie dowodów powyższy zarzut dotyczy. Tym samym już tylko z tego względu stanowisko apelującej nie poddaje się jakiegokolwiek analizie Sądu Apelacyjnego. Nie sposób bowiem zweryfikować zarzutu, który nie został skonkretyzowany, nie został osadzony w realiach tej konkretnej sprawy, nie został odniesiony do zaoferowanego przez strony i przeprowadzonego przez Sąd postępowania dowodowego.

Sąd Apelacyjny wskazuje, że jedynymi dowodami mającymi potwierdzić okoliczność prowadzenia w spornym okresie działalności gospodarczej przedstawionymi przez ubezpieczoną były jej własne zeznania oraz przedłożone faktury za podnajem nieruchomości oraz umowa najmu. Sąd I instancji słusznie przyjął, że zaproponowane dowody nie są wystarczające do przyjęcia, iż ubezpieczona w spornym okresie faktycznie prowadziła działalność gospodarczą. Zauważyć należy, że przedkładane faktury dokumentują jedynie osiągnięcie dochodów za podnajem lokalu. Co jednak ważne, kwoty wynikające z przedkładanych faktur są znacznie niższe niż kwoty, które co miesiąc ubezpieczona płaciła

za wynajmowany lokal. Nie było w sprawie kwestionowane, że przed 21 października 2016 r. ubezpieczona prowadziła działalność, jednakże od tej daty zaniechała prowadzenia działalności gospodarczej, ponosiła same straty, jej działania nie były nakierowane na osiągnięcie zysku, działalność przez nią prowadzona nie miała charakteru zarobkowego. Co więcej, w okresach, kiedy ubezpieczona odzyskiwała zdolność do pracy, nie podejmowała żadnej aktywności, która związana byłaby z prowadzoną działalnością, nie próbowała nawet poszukiwać klientów na oferowane usługi. Ubezpieczona nie kwestionowała, że w spornym okresie jedynie podnajmowała lokal i tylko do tego ograniczyła się jej aktywność związana z prowadzoną działalnością.

Podkreślenia wymaga, że w spornym okresie ubezpieczona odnotowywała stratę z prowadzonej działalności. Od maja do lipca 2015 r. ubezpieczona jedynie na krótki okres zadeklarowała najwyższą podstawę wymiaru składek. Wcześniej podstawa ta wynosiła 60 % prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia tj. w okresie od stycznia do grudnia 2014 r. - 2.247,60 zł, w okresie od stycznia do kwietnia 2015 r. - 2.375,40 zł. Podniesienie podstawy wymiaru składek bezpośrednio poprzedzało niezdolność do pracy E. D. związaną z ciążą. Wobec czego uprawnionym jest twierdzenie, że dochody, jakie uzyskała ubezpieczona, nie wystarczały na opłacenie składek, co powodowało, że de facto celem prowadzenia działalności przez ubezpieczoną było nie osiąganie zysku, a opłacanie składek. Takie postępowanie, interpretowane w świetle innych okoliczności, wskazuje na intencję ubezpieczonej, która w momencie rozpoczęcia korzystania ze zwolnień lekarskich związanych ze stanem zdrowia w okresie ciąży, a następnie w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego, chciała zapewnić sobie w sposób nieusprawiedliwiony korzystne świadczenia z systemu ubezpieczeń społecznych. Trudno bowiem wyobrazić sobie inną motywację do ustalenia podstawy wymiaru składek w maksymalnej wysokości przez ubezpieczoną, niż chęć uzyskiwania wysokiego zasiłku chorobowego i macierzyńskiego.

Sąd Odwoławczy przypomina, że to na ubezpieczonej zgodnie z ogólną zasadą wyrażoną w art. 6 k.c. ciążył ciężar wykazania, iż w spornym okresie faktycznie prowadziła działalność gospodarczą (stałą działalność zarobkową) i Sąd Okręgowy prawidłowo uznał, iż ubezpieczona nie podołała temu obowiązkowi.

W kontekście dowodów na okoliczność braku faktycznego prowadzenia przez ubezpieczoną działalności gospodarczej wskazać należy że w toku postępowania ubezpieczona wskazywała na konieczność utrzymywania pomieszczenia, w którym znajdowały się jej urządzenia, na prowadzenie księgi rozchodów i przychodów, na przeprowadzane inspekcje sanitarne. Trafnie jednak Sąd I instancji zauważył, że mogło to wynikać z chęci sprawienia wrażenia wykonywania działalności, którą zarejestrowała. Fakt dokonania inspekcji sanitarnych nie przesądza o prowadzeniu przez ubezpieczoną działalności. Należy zauważyć, że ubezpieczona podnajmowała lokal innym osobom, które miały tam wykonywać działalność o podobnym charakterze, a zatem niewątpliwie musiały być w lokalu spełnione standardy sanitarne.

Bez znaczenia dla ustalenia, czy ubezpieczona prowadziła działalność gospodarczą należy ocenić okoliczność, iż E. D. w marcu 2018 r. odbyła szkolenie. Oczywistym dla Sądu Apelacyjnego jest bowiem, iż czynności zmierzające do rozwoju umiejętności w sferze zawodowej nie determinują faktu prowadzenia działalności gospodarczej. Samo ukończenie szeregu kursów i zdobycie wykształcenia nie stanowi o tym, że działalność rzeczywiście była wykonywana. Ubezpieczona w żaden sposób nie wyjaśniła, dlaczego szkolenie to nie zostało uwzględnione w kosztach działalności (kwota 14 900 zł), a przecież koszty związane z doskonaleniem zawodowym przedsiębiorca wlicza w koszty prowadzenia działalności.

Powyższe odnieść także należy do faktu prowadzenia księgi przychodów i rozchodów czy też powierzenia zewnętrznemu podmiotowi obsługi księgowej. Czynności podejmowane przez ubezpieczoną miały jedynie charakter techniczny, a nie świadczyły o faktycznym prowadzeniu działalności gospodarczej.

Okoliczności rozpoznawanej sprawy nie pozwalają przyjąć, że prowadzona przez ubezpieczoną działalność gospodarcza w spornym okresie miała charakter ciągły i zarobkowy. W aspekcie powyższego podzielić należy pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w uzasadnieniu wyroku z dnia 21 września 2017 r. (I UK 366/16, Lex nr 2397630), że działalność gospodarcza jest określoną sytuacją faktyczną i prawną, czyli o jej zaistnieniu nie decyduje tylko wola zainteresowanego, zaś ubezpieczenie społeczne nie jest celem głównym działalności gospodarczej. Celem tym

jest zarobek, czyli dochód pokrywający w pełni koszty działalności, w tym ubezpieczenia społecznego, a ponadto wystarczający na utrzymanie oraz rozwój przedsiębiorcy. Oczywiście sytuacja finansowa może ulegać zmianie. Wykracza jednak poza normalne granice ryzyka prowadzenia działalności gospodarczej sytuacja stale skrajnie nieprawidłowa. Polega ona na rozpoczynaniu i utrzymywaniu przez rejestrującego działalność gospodarczą stanu, w którym możliwe do osiągnięcia dochody są znikome w relacji do ponoszonych kosztów. Wola i świadomość mają wówczas znaczenie, bo same dowodzą, że rejestrujący działalność co najmniej godzi się na taką sytuację. Powstaje jednak pytanie w jakim celu, skoro tak prowadzona (utrzymywana) działalność od początku jest weryfikowana przez konsumentów oferowanych usług (rynek). Działalność gospodarcza powinna mieć charakter zarobkowy. Wykonywanie działalności z reguły (definicji) polega na powtarzalności podjętych działań, które podporządkowane są regułom zysku i opłacalności. Ubezpieczenia społeczne są wówczas jedynie pochodną takiej działalności (pracy), dlatego założeniem wyjściowym rejestrowanej działalności gospodarczej nie powinno być tylko uzyskanie zasiłków z ubezpieczenia chorobowego. Nie każde więc usługi składają się na działalność gospodarczą. Należy podkreślić, że o ile ciągłość wykonywania działalności nie musi polegać w każdym przypadku na codziennym podejmowaniu czynności związanych z przedmiotem tej działalności, to jednak ważne jest, aby czynności te charakteryzowała powtarzalność, która miałaby istotny wpływ na funkcjonowanie działalności gospodarczej od momentu jej zarejestrowania. W tym też przejawia się zamiar prowadzenia tej działalności. Rozpoczęcie działalności gospodarczej powinno być działaniem konsekwentnym i przemyślanym pod względem organizacyjnym, technicznym, ekonomicznym, finansowym, marketingowym, handlowym.

Powyżej opisanym warunkom nie odpowiada zachowanie odwołującej. Nie podjęła ona żadnych czynności, które mogłyby świadczyć o zamiarze świadczenia usług kosmetycznych w okresach, w których nie korzystała ze zwolnień lekarskich. Nie wykazała jakichkolwiek czynności, które pozwoliłyby jej na pozyskanie nowych klientów bądź utrzymanie relacji z dotychczasowymi klientami. Nie uczestniczyła w obrocie gospodarczym również w żaden inny sposób. Nie dążyła do stworzenia prosperującej działalności w spornym okresie. Godziła się z tym, że działalność będzie przynosiła straty. Z tytułu najmu lokalu uiszczala kwoty wyższe niż te, które otrzymywała z tytułu podnajmu lokalu. Ubezpieczona konieczność wynajmowania lokalu tłumaczyła chęcią posiadania miejsca, w którym mogłaby trzymać urządzenia służące do prowadzenia działalności. Takie działanie nie może zostać uznane za racjonalne. Ubezpieczona w spornym okresie miała świadomość tego, że jej działalność nie będzie miała charakteru zarobkowego. Ubezpieczona nie starała się zredukować kosztów działalności. Zestawiając kwoty uzyskiwanego przez nią przychodu z zadeklarowaną podstawą wymiaru składek nie można przyjąć, że spodziewała się osiągać zysk gospodarczy, co do którego czyniła jakiegokolwiek racjonalne kalkulacje.

Sąd Apelacyjny miał na względzie, że nie zawsze podjęcie planowanej działalności gospodarczej jest racjonalne. Ocena opłacalności planowanej działalności może być nieracjonalna, czy też po prostu błędna, a mimo to nie można uznać, że dana osoba nie zamierza jej prowadzić, że jedynie pozoruje jej podjęcie. Często zdarzają się chybione zamierzenia gospodarcze, a niepowodzenie wynika z błędnej kalkulacji kosztów, błędnego planowania popytu, zmniejszenia popytu, wzrostu konkurencji. Warunki, w jakich przychodzi przedsiębiorcom prowadzić działalność są determinowane przez szereg czynników, trudnych do przewidzenia i precyzyjnego określenia. Zatem działanie to oparte jest na ryzyku, które oznacza, że faktyczne korzyści finansowe z danego przedsięwzięcia mogą okazać się mniejsze niż przewidywano przy jego podejmowaniu lub mogą nawet przerodzić się w straty. Jednakże czym innym jest ryzyko w działalności gospodarczej, a czym innym świadome podejmowanie działań, które trzeba by ocenić jako skrajnie nieracjonalne, gdyby uznać je za prowadzenie działalności gospodarczej – co też miało miejsce w realiach rozpoznawanej sprawy. Nierentowność działalności ubezpieczonej nie wynikała z okoliczności takich jak konieczność poniesienia nieprzewidywanych kosztów czy też błędnej oceny ich wysokości, działalności konkurencyjnych podmiotów czy też niemożliwych do przewidzenia zdarzeń losowych, ale wyłącznie z faktu, iż zamiarem ubezpieczonej wcale nie było prowadzenie zarobkowej działalności gospodarczej, lecz stworzenie jak najmniejszym kosztem pozorów jej prowadzenia przy jednoczesnym spełnieniu warunków umożliwiających jej uzyskanie świadczeń z ubezpieczenia społecznego w jak najkorzystniejszej wysokości.

Stwierdzić należy, że dokonane ustalenia faktyczne w zakresie czynności podjętych przez ubezpieczoną i sposobu ich wykonywania potwierdzają wniosek, że to właśnie chęć uzyskania świadczeń z ubezpieczenia społecznego w wysokości zdecydowanie nieadekwatnej do wkładu ubezpieczonej do funduszu ubezpieczeń społecznych, a nie zamiar rzeczywistego prowadzenia działalności gospodarczej, powodowała podwyższenie podstawy wymiaru składek bezpośrednio przed rozpoczęciem korzystania ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Sąd Apelacyjny miał na względzie, że stan ciąży podlega konstytucyjnej i ustawowej wzmoczonej ochronie prawnej i nie może dyskryminować kobiety w uzyskaniu legalnej ochrony w stosunkach ubezpieczeń społecznych, ale też nie powinien jej premiować (uprzywilejowywać) ponad uznane standardy, wynikające z przepisów i zasad prawa ubezpieczeń społecznych. Deklarując wysoką podstawę, odwołująca wiedziała, iż zapłaci składki na ubezpieczenie społeczne za krótki okres (faktycznie miało to miejsce tylko za 3 miesiące), a potem otrzyma wysokie świadczenia w postaci świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Z doświadczenia Sądu wynika, iż osoby prowadzące działalność gospodarczą zmierzają generalnie do obniżenia jej kosztów, także w zakresie świadczeń na ubezpieczenia społeczne, natomiast w sytuacji spodziewania się otrzymania w bliskim czasie świadczeń z ubezpieczenia społecznego deklarują najwyższe możliwe podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne. Zgłoszona przez odwołującą się podstawa wymiaru składek, na tle braku dowodów faktycznego prowadzenia od 21 października 2016 r. zarobkowej działalności gospodarczej, nakazuje przyjąć, że jedynym celem zachowań odwołującej się, pozorujących prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej na własną rzecz i na własny rachunek, była chęć uzyskania z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych świadczeń na okres zbliżającego się macierzyństwa.

Reasumując, Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że działalność prowadzona przez wnioskodawczynię nie spełniała ustawowych wymogów. Wobec powyższego stwierdzić należy, że E. D. nie podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą.

Zachowania skarżącej, polegające na instrumentalnym traktowaniu ubezpieczyciela w kształtowaniu swej sytuacji prawnej relatywnie do własnego interesu, zmierzające jedynie do tego, aby osiągnąć maksymalne korzyści i to kosztem innych osób ubezpieczonych, pozostają natomiast w sprzeczności z zasadami współżycia społecznego i są nieważne z mocy art. 58 § 2 k.c. Stwierdzić należy, że E. D. naruszyła swoim zachowaniem zasadę równego traktowania wszystkich ubezpieczonych, wyrażoną w art. 2a ustawy systemowej, jak również zasadę ekwiwalentności opłacanych składek w stosunku do uzyskiwanych świadczeń z funduszu ubezpieczeń społecznych.

Powyższej oceny nie zmienia okoliczność, iż ubezpieczona od 18 marca 2019 r. ponownie zaczęła wykonywać pewne zabiegi kosmetyczne w ramach prowadzonej działalności. Zauważyć należy, że miało to miejsce już po przeprowadzeniu przez organ rentowy kontroli wykonywania przez E. D. działalności gospodarczej. Ubezpieczona mając wiedzę o toczącym się postępowaniu ponownie podjęła się faktycznego prowadzenia działalności w celu uwiarygodnienia zaprezentowanego stanowiska, jednakże z najniższą podstawą wymiaru składek.

Apelacja podlegała zatem oddaleniu, o czym Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania 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 koszt ustanowienia zastępstwa procesowego, który w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych w postępowaniu przed Sądem Apelacyjnym wynosi kwotę 240 zł, zgodnie z § 9 ust. 2 w związku 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.).