

Sygn. akt III AUa 401/20

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 stycznia 2021 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Jolanta Hawryszko (spr.)
Sędziowie:	Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk Romana Mrotek

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 21 stycznia 2021 r. w S.

sprawy D. D.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o ustalenie podlegania ubezpieczeniom społecznym

na skutek apelacji ubezpieczonej

od wyroku Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 17 września 2020 r., sygn. akt VI U 758/19

1. oddala apelację,

2. zasądza od D. D. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w G. kwotę 240 (dwieście czterdzieści) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Romana Mrotek	Jolanta Hawryszko	Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk
---------------	-------------------	----------------------------------

III AUa 401/20

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G., ponownie rozpoznając sprawę ubezpieczonej, w trybie art. 83a ust. 1 i ust. 3 pkt 1 ustawy systemowej, decyzją z 27.06.2019 r. nr (...) stwierdził, że ubezpieczona D.D., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlegała od 1 czerwca 2015 do 31 stycznia 2016 obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Ubezpieczona wniosła odwołanie od decyzji, żądając jej zmiany przez stwierdzenie, iż jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegała ubezpieczeniom społecznym od 2 czerwca 2015 r. W uzasadnieniu

ubezpieczona wskazała, że faktycznie prowadziła działalności gospodarczą, co potwierdzają wydruki z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, kserokopia umowy najmu lokalu użytkowego i urządzeń technicznych, faktury za najem lokalu, kserokopie pełnomocnictwa wraz z przelewem opłaty skarbowej, potwierdzenia przelewów podatków, kserokopie zawartych umów z kontrahentami, kserokopie wystawionych faktur, kserokopie umów o dzieło z pracownikami oraz wydruki przelewów wynagrodzeń pracowników. Twierdziła, że pierwszą czynnością, dokonaną przez skarżącą w obrocie gospodarczym, było wystawienie faktury (...) 06.2015 r. i od tego dnia jest prowadzona działalność gospodarcza. Dlatego twierdzenie pozwanego, iż o rozpoczęciu prowadzenia działalności gospodarczej przez ubezpieczoną świadczyło zatrudnienie pierwszego pracownika od 1.02.2016 r. było nieuzasadnione.

W odpowiedzi na odwołanie, Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł o jego oddalenie. W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, że celem i zamiarem zgłoszenia wnioskodawczyni do ubezpieczeń z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej było uzyskanie świadczeń z ubezpieczeń społecznych, w tym chorobowego. Za powyższym, przemawiały następujące okoliczności: podmioty na rzecz, których ubezpieczona świadczyła usługi są stałymi klientami kancelarii doradcy podatkowego I. U., ubezpieczona nie wykonywała osobiście żadnych czynności związanych z prowadzeniem zarejestrowanej działalności, ubezpieczona zawierała umowy o dzieło z pracownikami Kancelaria Doradcy (...), nierealnie wysoka dla przedsiębiorcy rozpoczynającego prowadzenie działalności gospodarczej zadeklarowana podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne w kwocie 9.000 zł. Pozwany odwołał się do wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 6 lipca 2017 r. III AUa 684/16 wydanego w tożsamej sprawie ubezpieczonej i stwierdził, że ponowna analiza materiału dowodowego, przeprowadzona w trakcie postępowania kontrolnego z 2018 r., pozwalała na ustalenie, że faktyczne rozpoczęcie działalności gospodarczej przez ubezpieczoną nastąpiło od 1.02.2016 r., kiedy zatrudniła pierwszego pracownika na podstawie umowy o pracę.

Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim Wydział VI Pracy i Ubezpieczeń wyrokiem z 17 września 2020 roku oddalił odwołanie (pkt I), zasądził od ubezpieczonej rzecz Zakładu 180 zwrotu kosztów procesu (pkt II).

Sąd Okręgowy ustalił, że D. D. jest córką I. U., prowadzącej od 17.10.1994 r. firmę (...), której przedmiotem jest działalność rachunkowo-księgowa oraz doradztwo podatkowe. W okresie od 17.11.2010 do 31.05.2015 ubezpieczona była zatrudniona w Kancelarii Doradcy (...) jako księgowa. Początkowo ubezpieczona została zgłoszona przez matkę do pracowniczego ubezpieczenia społecznego z podstawą wymiaru składek ustaloną odpowiadającą minimalnemu wynagrodzeniu za pracę. Takie wynagrodzenie otrzymywała do listopada 2014, pomimo że z dniem 1.01.2014 r. zmniejszono wymiar czasu pracy na 1/2 etatu. W dniu 28.11.2014 r. D. D. i jej matka podpisały aneks do umowy o pracę, zmieniając ją w ten sposób, że z dniem 1.12.2014 r. D. D. powierzono obowiązki specjalisty do spraw rachunkowości - kierownika, w pełnym wymiarze czasu pracy, z wynagrodzeniem 6.000 zł brutto miesięcznie. W okresie od 28.01.2015 do 22.05.2015 D. D. przebywała na zwolnieniu lekarskim w związku z ciążą. W dniu 2.03.2015 r. pracodawca wystąpił o wypłatę zasiłku chorobowego. Organ rentowy wszczął postępowanie kontrolne, w wyniku którego zakwestionował wysokość wynagrodzenia zgłoszonego przez strony jako podstawa wymiaru składek i decyzją z 15.04.2015 ustalił, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne D.D. z tytułu zatrudnienia u płatnika składek w grudniu 2014 r. wyniosła 3.360 zł, zaś od stycznia 2015 r. 2.912 zł. Sąd Okręgowy dalej ustalił, że ten sam sąd wyrokiem z 10 listopada 2015 r. oddalił odwołanie, zaś wyrokiem z 4 października 2016 r., III AUa 1032/15, Sąd Apelacyjny w Szczecinie oddalił apelację I. U. od wyroku Sądu Okręgowego.

Po wydaniu decyzji organu rentowego z 15.04.2015 r., obniżającej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne ubezpieczonej z tytułu zatrudnienia u matki, ubezpieczona rozwiązała umowę o pracę z matką z dniem 31.05.2015 r. Ubezpieczona z dniem 1.06.2015 r. zgłosiła w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej działalność gospodarczą pod firmą (...), której przedmiotem była działalność usługowa związana z administracją biura. W dniu 10.06.2015 r., jako adres głównego miejsca prowadzonej działalności gospodarczej, wskazała: D., ul. (...), zaś jako dodatkowe miejsce wykonywania działalności wskazała: D., ul. (...). Pod adresem: D. ul. (...) działalność gospodarcza prowadzi matka ubezpieczonej I. U.. D. D. i I. U. 10.06.2015 r. podpisały umowę najmu lokalu użytkowego i urządzeń technicznych. W umowie przewidziano, że wynajmujący z dniem 10.06.2015

r. odda do użytkowania najemcy lokal użytkowy o powierzchni 10 m² w budynku położonym w D. przy ul. (...). W umowie przewidziano, że wynajmujący ma prawo do korzystania z urządzeń technicznych i oprogramowania znajdujących się w kancelarii Doradcy (...). Przewidziano również, że najemca będzie płacić wynajmującemu czynsz najmu w wysokości 300 zł brutto miesięcznie po wystawieniu faktury. Ubezpieczona w dniu 1.06.2015 r. dokonała zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej od 1.06.2015 r. z podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne wysokości 9.000 zł i na ubezpieczenie zdrowotne 3.104,57 zł. Zgłaszając w CEIDG założenie działalności gospodarczej, ubezpieczona była w 9 miesiącu ciąży, poród nastąpił 11.06.2015 r. W dniu 23.06.2015 r. do ZUS wpłynął wniosek ubezpieczonej o wypłatę zasiłku macierzyńskiego za okres od 11.06.2015 do 8.06.2016 r.

Sąd Okręgowy ustalił, że ubezpieczona w czerwcu 2015 i lipcu 2015 zawarła pisemne umowy o świadczenie usług administracyjnych m.in. z C. D. C. D., P. (...) A. R., PHU (...), Przedsiębiorstwem (...) oraz Kancelarią (...). W lipcu 2015 r. uzyskała przychód 3.514,80 zł. Ubezpieczona zatrudniała w okresie 2.06.2015/25.09.2015 oraz 5.11.2015/30.11.2015 na podstawie umowy o dzieło I. B., od 2.06.2015 do 31.12.2015 na podstawie umowy o dzieło G. K., a od 1.07.2015 do 31.10.2015 E. F.. Przedmiotem tych umów było wykonywanie prac administracyjnych u klientów (...) D. D.. Wynagrodzenia zostały wypłacone w formie przelewów. W dniu 4.01.2016 ubezpieczona zmieniła firmę prowadzonej działalności gospodarczej na Kancelaria (...) oraz przedmiot działalności na działalność rachunkowo-księgową oraz doradztwo podatkowe. W dniu 1.02.2016 ubezpieczona zatrudniła na podstawie umowy o pracę I. B.. W ramach prowadzonej działalności, prowadzi księgi i ewidencje, ustala wysokość zaliczek na podatek dochodowy i rozliczeń podatku VAT oraz sporządza deklaracje podatkowe dla podatku towarów i usług, a także zeznania roczne, wykonuje obowiązki związane z obliczaniem składek na ubezpieczenie społeczne oraz sporządza w terminach ustawowych deklaracje ubezpieczeniowe. W dniu 11.06.2016 r. ubezpieczona urodziła kolejne dziecko. W dniu 23.06.2015 r. wystąpiła do pozwanego organu rentowego o zasiłek macierzyński za okres od 11.06.2015 do 08.06.2016.

Sąd Okręgowy nie uwzględnił odwołania i wskazał, że zgodnie z art. 8 ust. 6 pkt 1 ustawy z 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych (tj. Dz. U. z 2020 poz. 266) za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność uważa się osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o pozarolniczą działalność gospodarczej lub innych przepisów szczególnych. Osoby, o których mowa wyżej, stosownie do art. 6 ust. 1 pkt 5 powołanej ustawy, podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, a na podstawie art. 12 ust. 1 obowiązkowo ubezpieczeniu wypadkowemu. W myśl art. 13 pkt 4 tejże ustawy osoby prowadzące działalność podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej. Z kolei w myśl art. 11 ust. 2 ustawy dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione m. in. w art. 6 ust. 1 pkt 5. Sąd Okręgowy wskazał, że obowiązek podlegania ubezpieczeniom społecznym dotyczy jedynie tego okresu, kiedy działalność gospodarcza jest przez przedsiębiorcę faktycznie wykonywana. Natomiast wpis przedsiębiorcy do właściwej ewidencji lub rejestru stwarza tylko domniemanie faktyczne prowadzenia działalności w rozumieniu przepisu art. 231 k.p.c., które może być obalone przy pomocy środków dowodowych określonych przepisami kodeksu postępowania cywilnego.

Sąd Okręgowy uznał, iż ubezpieczona nie rozpoczęła działalności gospodarczej z dniem 1.06.2015, ale dopiero od 1.02.2016, kiedy zatrudniła pierwszego pracownika. W konsekwencji, nie podlegała ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej od 2.06.2015 r.

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że podjęcie działalności gospodarczej wymaga zachowania określonych warunków, których spełnienie nadaje temu przedsięwzięciu legalny charakter. Niewątpliwie przesłanką legalności jest złożenie wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. Z przedstawionego w sprawie stanu faktycznego wynika, iż wnioskodawczyni złożyła wniosek i zadeklarowała rozpoczęcie prowadzenia działalności gospodarczej od 1.06.2015 r., zgłosiła się do ubezpieczenia społecznego, opłaciła składki. Sąd Okręgowy uznał

jednak, że mimo dokonania zgłoszenia faktycznie, nie doszło do rozpoczęcia prowadzenia tej działalności, co nastąpiło dopiero od z chwilą zatrudnienia pierwszego pracownika. Przemawiały za taką oceną okoliczności, dotyczące podlegania skarżącej pracowniczemu ubezpieczeniu w okresie bezpośrednio poprzedzającym zarejestrowanie działalności gospodarczej. Mianowicie, przed zarejestrowaniem działalności gospodarczej ubezpieczona od 17.11.2010 do 31.05.2015 r. była zgłoszona do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu zatrudnienia na stanowisku księgowej u swojej matki, początkowo z podstawą wymiaru składek w wysokości wynagrodzenia minimalnego. Z dniem 1.12.2014 r., gdy ubezpieczona zaszła w ciążę, ubezpieczona i jej matka podwyższyły podstawę wymiaru składek ubezpieczonej do kwoty 6.000 zł, co organ rentowy zakwestionował, uznając że przyznanie ubezpieczonej wynagrodzenia w tej kwocie, w okresie bezpośrednio poprzedzającym nieobecność w pracy w związku z ciążą (po 28 dniach od podwyższenia wynagrodzenia ubezpieczona zaczęła korzystać ze zwolnienia lekarskiego w związku z ciążą), miało na celu wyłącznie zapewnienie jej wysokich świadczeń z ubezpieczeń społecznych w czasie długotrwałej niezdolności do pracy. W konsekwencji, decyzją z 15.04.2015 organ rentowy ustalił, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne D. D. z tytułu zatrudnienia u płatnika składek w grudniu 2014 r. wyniosła 3.360 zł, zaś od stycznia 2015 r. 2.912 zł. Prawidłowość rozstrzygnięcia organu rentowego została potwierdzona wyrokami sądu w dwóch instancjach, tj. wyrokiem z 10 listopada 2015 r. Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim oddalił odwołanie, zaś Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z 4 października 2016 r. oddalił apelację płatnika.

Sąd Okręgowy ocenił, że następstwo czasowe między nieskuteczną próbą podwyższenia wysokości podstawy wymiaru składek z tytułu zatrudnienia u matki, a podjęciem decyzji o zarejestrowaniu działalności gospodarczej i zgłoszeniem się z tego tytułu do ubezpieczeń z podstawą wymiaru składek w wysokości 9.000 zł jednoznacznie wskazywało, że w analizowanym przypadku zgłoszenie rozpoczęcia działalności gospodarczej z dniem 1.06.2015 r., z podstawą wymiaru składek 9.000 zł było pozorne i miało na celu wyłącznie uzyskanie wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Zdaniem Sądu Okręgowego, dowody w postaci umowy najmu lokalu użytkowego z 10.06.2015 r., a także umów o dzieło z okresu od 2.06.2015 do grudnia 2015, potwierdzenia przelewów do US, umów o obsługę biura z czerwca 2015r., czy też faktur z okresu od czerwca 2015 do grudnia 2015, mające wskazywać na rozpoczęcie prowadzenia działalności gospodarczej już w czerwcu 2015, wiarygodnie nie potwierdzały faktu rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej przez ubezpieczoną. W ocenie Sądu Okręgowego, podejmowanie przez ubezpieczoną pewnych czynności w czerwcu 2015 r., miało służyć jedynie stworzeniu pozorów prowadzenia działalności, bez rzeczywistego jej wykonywania. Ubezpieczona skorzystała z możliwości zarejestrowania działalność właśnie dlatego, że świadczone przez jej matkę usługi pozwoliły upozorować faktyczne prowadzenie działalności również przez ubezpieczoną. Oceniając zeznania ubezpieczonej, Sąd Okręgowy nie uznał ich wiarygodności w zakresie twierdzenia o rzeczywistym wykonywaniu działalności gospodarczej od 2.06.2015 r. Przede wszystkim skarżąca potwierdziła, że bezpośrednio przed zarejestrowaniem działalności gospodarczej, podjęła pierwszą próbę otrzymania nienależnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego kosztem innych uczestników tego systemu. Mianowicie, ubezpieczona i jej matka, bezpośrednio przed zarejestrowaniem przez ubezpieczoną działalności gospodarczej, dokonały podwyższenia podstawy wymiaru składek do kwoty 6.000 zł z tytułu pracowniczego zatrudnienia ubezpieczonej, co miało na celu uzyskanie wysokich świadczeń z tytułu ciąży i macierzyństwa. Gdy te działania okazały się nieskuteczne, gdyż organ rentowy dokonał skutecznego obniżenia podstawy zadeklarowanych wówczas składek, ubezpieczona i jej matka niezwłocznie rozwiązały umowę o pracę, z dniem 31.05.2015, a następnego dnia ubezpieczona upozorowała rozpoczęcie prowadzenia działalności gospodarczej z najwyższą podstawą wymiaru składek. W tej sytuacji, Sąd nie uwzględnił argumentacji ubezpieczonej, że faktycznie działalność gospodarczą prowadziła od 2.06.2015 r. Zdaniem Sądu Okręgowego, dopiero zatrudnienie pierwszego pracownika od 1.02.2016 r. stanowiło przejaw rzeczywistego prowadzenia działalności gospodarczej, bowiem nie było ukierunkowane na uzyskanie wysokich świadczeń z ubezpieczenia chorobowego w związku z ciążą.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że dokonał ustaleń i oceny prawnej tożsamyh ustaleniami zawartymi w wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 6 lipca 2017 r. III AUa 684/16. Zgodnie z art. 365 §1 k.p.c. orzeczenie prawomocne wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy oraz inne organy państwowe i organy administracji publicznej, a w wypadkach w ustawie przewidzianych także inne osoby. Z art. 366 k.p.c. wynika natomiast, że wyrok prawomocny ma powagę rzeczy osądzonej tylko co do tego, co w związku z podstawą sporu stanowiło przedmiot

rozstrzygnięcia, a ponadto tylko między tymi samymi stronami. Natomiast art. 83 a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych stanowi:

1. Prawo lub zobowiązanie stwierdzone decyzją ostateczną Zakładu ulega ponownemu ustaleniu na wniosek osoby zainteresowanej lub z urzędu, jeżeli po uprawomocnieniu się decyzji zostaną przedłożone nowe dowody lub ujawniono okoliczności istniejące przed wydaniem tej decyzji, które mają wpływ na to prawo lub zobowiązanie.

2. Decyzje ostateczne Zakładu, od których nie zostało wniesione odwołanie do właściwego sądu, mogą być z urzędu przez Zakład uchylone, zmienione lub unieważnione, na zasadach określonych w przepisach Kodeksu postępowania administracyjnego .

3. W sprawach rozstrzygniętych orzeczeniem właściwego sądu Zakład, na podstawie dowodów lub okoliczności, o których mowa w ust. 1:

1)wydaje we własnym zakresie decyzję przyznającą prawo lub określającą zobowiązanie, jeśli jest to korzystne dla zainteresowanego;

2)występuje do właściwego sądu z wnioskiem o wznowienie postępowania przed tym organem, gdy z przedłożonych dowodów lub ujawnionych okoliczności wynika, że prawo nie istnieje lub zobowiązanie jest wyższe niż określone w decyzji.

4. Przepisów ust. 1-3 nie stosuje się w postępowaniu o ustalenie uprawnień do emerytur i rent i ich wysokości.

Przepisy powyższe wskazują, że płatnik składek może ponownie domagać się oceny podlegania ubezpieczeniu społecznemu od 2 czerwca 2015, pomimo ustalenia orzeczeniem Sądu, że nie podlegał temu ubezpieczeniu od 1 czerwca 2015 r. Musi jednak przedłożyć nowe dowody lub ujawnić nowe okoliczności, mające wpływ na ustalenie w zakresie podlegania ubezpieczeniom społecznym. D. D. w piśmie z 29.10.2018 wskazała, iż od kilku lat działa na rynku, a formalnie, zgodnie z wyrokiem Sądu nie podlega ubezpieczeniu społecznemu. Organ wszczął postępowania i ponownie ocenił zgromadzony materiał dowodowy. Uznał, iż faktyczne prowadzenie działalności gospodarczej przez D. D. nastąpiło od 1.02.2016 r., kiedy zatrudniła pierwszego pracownika. W pozostałym zakresie ponowna ocena dowodów prowadziła do wniosków tożsamy jak w wyroku Sądu Apelacyjnego z 6 lipca 2017r.; nie było wątpliwości, iż zgłoszenie do ubezpieczenia społecznego dokonane przez D. D. 1 czerwca 2015 r. miało na celu wyłącznie uzyskanie wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego, związanych z macierzyństwem i nie wynikało z chęci prowadzenia działalności gospodarczej. Wszystkie podjęte czynności formalne w postaci zarejestrowania działalności, zawarcia umów o dzieło i inne były podjęte wyłącznie w celu ukrycia właściwego celu podjętych działań.

W kontekście art. 83 a ustawy systemowej, Sąd Okręgowy stwierdził, że decyzja organu rentowego z 27 czerwca 2019 r. była korzystna dla zainteresowanej - art. 83 a ust 3 pkt 1 ustawy. W sytuacji wynikającej z prawomocnego wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 6 lipca 2017 r., III AUa 684/16 skarżąca nie podlegała ubezpieczeniom społecznym od 1 czerwca 2015 r. do nadal. Nie ulegało zatem wątpliwości, że ustalenie podlegania ubezpieczeniu społecznemu przez skarżącą od 1.02.2016 r. było dla niej korzystne, ponieważ wyjaśniało istotną okoliczność związaną z jej statusem od 1.02.2016 r.

Apelację od wyroku złożył ubezpieczona, zaskarżając go w całości.

Zaskarżonemu orzeczeniu zarzuciła naruszenie: 1. art. 233 k.p.c, przez odmowę przyznania mocy dowodowej złożonemu przez D. D. dokumentu w postaci postanowienia Prokuratury Rejonowej w Strzelcach Rejonowych z 24.10.2019 r. sygn. akt PR Ds. 197.2019 oraz niewyjaśnienie w zaskarżonym wyroku, które dowody Sąd wziął za podstawę twierdzenia, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych wykazał pozorną działalność gospodarczej,

2. art. 68 ust. 1 pkt. 1 lit. a w zw. z art. 6 ust. 1 pkt.5 w zw. z art. 11 ust. 2 i art. 12 ust. 1 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych przez błędną wykładnię w wyniku której przyjęto, że ubezpieczona nie podlega

od czerwca 2015 do 31 stycznia 2016 obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu;

3. art. 13 pkt. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w zw. z art. 83 §1 kodeksu cywilnego przez błędną wykładnię, w wyniku której przyjęto, że zgłoszenie prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej przez skarżącą było czynnością pozorną;

4. art. 2 i 3 ustawy z 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz.U. 2018, 646) przez bezzasadne uznanie, że skarżąca nie wykazała, że zadeklarowana przez nią działalność gospodarcza ma charakter zorganizowanej działalności zarobkowej, wykonywanej we własnym imieniu i w sposób ciągły od czerwca 2015;

5. błędną wykładnię art. 7 ust. 1 ustawy z 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz.U. 2019, poz. 43) w zw. z art. 19a oraz 29a ustawy z 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. 2018, poz. 2174), w wyniku której przyjęto, iż faktyczne prowadzenie działalności gospodarczej następuje od momentu zatrudnienia pierwszego pracownika;

6. art. 6 k.c. przez jego błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że ciężar udowodnienia pozorności działalności gospodarczej nie spoczywa na organie rentowym, pomimo że z faktu tego wywodzi on skutki prawne.

Ubezpieczona wniosła o zmianę przez orzeczenie, iż podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 2 czerwca 2015 r., bądź uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Sąd Apelacyjny zważył sprawę i uznał, że apelacja jest niezasadna.

W ocenie Sądu Apelacyjnego Sąd Okręgowy wydając zaskarżony wyrok, wyjaśnił wszystkie istotne okoliczności sprawy, przeprowadził wyczerpujące postępowanie dowodowe oraz dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych w granicach zasad logiki formalnej i doświadczenia życiowego, zgodnie ze swobodną oceną dowodów w myśl art. 233 § 1 k.p.c., a następnie wydał trafny, odpowiadający prawu wyrok. Sąd I instancji wskazał w pisemnych motywach wyroku, jaki stan faktyczny oraz prawny stał się podstawą jego rozstrzygnięcia oraz podał, na jakich dowodach oparł się przy jego ustalaniu, stosując przy tym prawidłową wykładnię przepisów prawnych mających zastosowanie w niniejszej sprawie. Sąd Apelacyjny przyjmuje za własne prawidłowe ustalenia faktyczne Sądu I instancji oraz należyście umotywowaną ocenę prawną sporu, w pełni podziеляjąc wywody zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Nie podziela natomiast argumentów ubezpieczonej, podniesionych w treści złożonej w sprawie apelacji. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, kwestie podnoszone jako zarzuty, szczegółowo zostały omówione oraz ocenione w zaskarżonym wyroku, a wywiedziona apelacja, gdy zanalizować jej rzeczywistą treść, stanowi jedynie wyraz stanowiska ubezpieczonej, podtrzymującej dotychczasowe, polemiczne twierdzenia. Z treści apelacji wynika, że ubezpieczona wciąż nie może zrozumieć, że działając na granicy legalizmu czynności prawnych, ewidentnie dopuściła się nadużycia prawa, co spowodowało bezskuteczność podjętych czynności prawnych i zdarzeń prawnych wykreowanych bezpośrednio jej zachowaniem. Ubezpieczona, nie wiadomo dlaczego, mimo orzeczeń klarujących jej sytuację prawną, niezmiennie wyraża przekonanie, że podjęte przez nią formalnie czynności prawne, wywołały skutek w powszechnym obrocie prawnym, jakkolwiek sądy już jej wyjaśniały, że nie można nadużywać prawa dla osiągnięcia nienależnych, osobistych korzyści finansowych, kosztem innych uczestników Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, rzetelnie wykonujących swoją pracę i z tego tytułu odprowadzających daniny publicznoprawne.

Sąd Apelacyjny podkreśla, że sprawa ubezpieczonej, dotycząca podlegania ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej poczynając od 1 czerwca 2015 r., była już przedmiotem rozstrzygnięcia sądowego w dwóch instancjach i jest prawomocna. Decyzją z 20.01.2016 r. nr (...) organ rentowy stwierdził, bowiem że ubezpieczona - D. D., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega od 1 czerwca 2015 r. obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Ubezpieczona D. D. wniosła odwołanie od powyższej decyzji do sądu, a prawomocnym wyrokiem z 6 lipca 2017 r. Sąd Apelacyjny w Szczecinie w sprawie o sygn. akt III AUa 684/16 oddalił odwołanie

ubezpieczonej, uznając iż wnioskodawczyni nie rozpoczęła wykonywania działalności gospodarczej z dniem 1 czerwca 2015 r. Sąd Apelacyjny stanął wówczas na stanowisku, że celem ubezpieczonej było wyłącznie uzyskanie świadczeń z ubezpieczenia społecznego z tytułu macierzyństwa i temu celowi podporządkowała skonstruowanie określonej sytuacji prawnej, a zgłoszenie prowadzenia działalności gospodarczej, której faktycznie nie prowadziła, było narzędziem realizacji tego celu; ubezpieczona nie miała zamiaru zarobkowego prowadzenia działalności gospodarczej począwszy od 1 czerwca 2015 r. W konsekwencji Sąd Apelacyjny stanął wówczas na stanowisku, iż odwołująca podlegała nie ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej już od dnia 1 czerwca 2015 r. Przy tym jednak zwrócił uwagę, że bez znaczenia dla rozstrzygnięcia pozostawało to, czy ubezpieczona faktycznie prowadziła działalność gospodarczą w późniejszym okresie. Istotne było wyłącznie to, czy rozpoczęła prowadzenie działalności już w 1 czerwca 2015 r.

W aktualnej sprawie kluczowe jest, na co też wskazał Sąd I instancji, że zgodnie z art. 365 §1 k.p.c. orzeczenie prawomocne wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy oraz inne organy państwowe i organy administracji publicznej, a w wypadkach w ustawie przewidzianych także inne osoby. Z przepisu art. 366 k.p.c. wynika natomiast, że wyrok prawomocny ma powagę rzeczy osądzonej tylko co do tego, co w związku z podstawą sporu stanowiło przedmiot rozstrzygnięcia, a ponadto tylko między tymi samymi stronami. Zatem, ponowne orzeczenie w tym samym przedmiocie, co do którego pomiędzy tymi samymi stronami zapadł prawomocny wyrok, może nastąpić tylko w sposób przewidziany prawem. Podstawę tę stanowi art. 83a ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, w którym przewidziano szczególny tryb wznowienia postępowania, zakończonego ostateczną decyzją ZUS, w sprawach rozstrzygniętych orzeczeniem właściwego sądu. Z ust. 1 tego przepisu wynika, że ZUS – pomimo wydania ostatecznej decyzji – może ponownie ustalić prawo lub zobowiązanie na wniosek osoby zainteresowanej lub z urzędu, o ile po uprawomocnieniu się decyzji przedłożono nowe dowody lub ujawniono okoliczności istniejące przed wydaniem tej decyzji, które mają wpływ na to prawo lub zobowiązanie. W ust. 3 wskazano, że w sprawach rozstrzygniętych orzeczeniem właściwego sądu Zakład, na podstawie dowodów lub okoliczności, o których mowa w ust. 1: 1) wydaje we własnym zakresie decyzję przyznającą prawo lub określającą zobowiązanie, jeśli jest to korzystne dla zainteresowanego; 2) występuje do właściwego sądu z wnioskiem o wznowienie postępowania przed tym organem, gdy z przedłożonych dowodów lub ujawnionych okoliczności wynika, że prawo nie istnieje lub zobowiązanie jest wyższe niż określone w decyzji. Organ, zatem samodzielnie, mimo prawomocnego wyroku sądu, może orzec tylko na korzyść ubezpieczonego. Natomiast gdyby miał podstawy do wydania decyzji mniej korzystnej, w porównaniu z uprawnieniem wynikającym z orzeczenia sądu, wtedy ma obowiązek wystąpić do sądu o wznowienie postępowania sądowego. Jeżeli organ stwierdza status quo, nie ma obowiązku występowania do sądu o wznowienie postępowania sądowego.

W analizowanym przypadku miała miejsce sytuacja ponownego ustalenia przez ZUS, na podstawie art. 83a ust. 1 ustawy systemowej, faktu podlegania ubezpieczonej ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, w związku z przedłożeniem przez ubezpieczoną, wg jej twierdzenia, nowych dowodów, które miały potwierdzać prowadzenie tejże działalności od 2.06.2015. Organ rentowy wszczął postępowanie i ponownie ocenił zgromadzony materiał dowodowy. Uznał, w świetle tego materiału, że ubezpieczona rozpoczęła prowadzenie działalności gospodarczej, ale od 1 lutego 2016 r., kiedy zatrudniła pierwszego pracownika. W pozostałym zakresie tj. odnośnie okresu od 1 czerwca 2015 do 31 stycznia 2016, ponowna ocena dowodów prowadziła organ do dotychczasowych wniosków, i w przekonaniu Sądu Apelacyjnego, Sąd I instancji prawidłowo podzielił ustalenia organu. Mianowicie, ubezpieczona na okoliczność rozpoczęcia działalności gospodarczej za okres od 1 czerwca 2015 r. (czy jak wskazała w odwołaniu od 2 czerwca 2015 r.) do 31 stycznia 2016 r. nie przedstawiła żadnych nowych dowodów, art. 83a ust. 1 ustawy systemowej, nie podlegających wcześniejszej ocenie Sądu Apelacyjnego w takiej sprawie ubezpieczonej pod sygn. akt III AUa 684/16. Nowe dowody, które umożliwiły wzruszenie, a w zasadzie dookreślenie poprzedniej decyzji, nie znane wcześniej organowi rentowemu oraz sądowi orzekającemu w sprawie III AUa 684/16, to umowy o pracę, zawierane przez ubezpieczoną z pracownikami poczynając od 1 lutego 2016 r. oraz zeznania podatkowe ubezpieczonej za lata 2016/2018, w których wykazywała dochód z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Ubezpieczona nie przedłożyła natomiast żadnych nowych dowodów, nieznanymi wcześniej organowi rentowemu oraz sądowi orzekającemu w sprawie III AUa 684/16, dotyczących okresu poprzedzającego

dzień 1 lutego 2016 r.. Co do tego wcześniejszego okresu, ponownie przedłożyła, jako dowody, umowy najmu lokalu użytkowego z 10.06.2015 r., umowy o dzieło z okresu od 2.06.2015 do grudnia 2015 r., potwierdzenia przelewów do US, umowy o obsługę biura z czerwca 2015, faktury z okresu od czerwca 2015 do stycznia 2016. Należy zaznaczyć, że wartość dowodowa przedstawionego materiału, została już oceniona w poprzednim postępowaniu sądowym w sprawie III AUa 684/16. W tej sytuacji, wobec braku jakiegokolwiek nowego materiału dowodowego, dotyczącego okresu poprzedzającego dzień 1 lutego 2016 r., Sąd w niniejszej sprawie był de facto związany ustaleniami poczynionymi w poprzedniej sprawie sądowej, a to na podstawie art. 366 k.p.c., wprowadzającego powagę rzeczy osądzonej. Nie ulega wątpliwości, że pomiędzy stronami zostało prawomocnie przesądzone, że ubezpieczona od 1.06.2015 r. nie rozpoczęła działalności pozarolniczej i z tego tytułu nie podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, Sąd Apelacyjny w sprawie III AUa 684/16 oddalił, bowiem odwołanie ubezpieczony od decyzji organu z 20.01.2016 r. nr (...).

W tym miejscu wskazać należy, że postępowanie prowadzone przed organem rentowym w przedmiocie ponownego ustalenia prawa lub zobowiązania, co do zasady nie może zmierzać do podważenia ustaleń faktycznych sądu, i tylko pośrednio odnosi się do poprzedniego postępowania sądowego. Jego celem jest jedynie podważenie obiektywnie wadliwej decyzji ZUS, co nie może nastąpić w trybie odnoszącym się do postępowania sądowego. Okoliczności i dowody wskazane w art. 83a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych uzasadniają ponowne ustalenie prawa tylko wtedy, gdy nie stanowią elementu stanu faktycznego sprawy sądowej. Jeśli kształtują faktyczną podstawę wyroku, to oznacza, że zostały przez sąd ocenione - w odniesieniu do dowodów na podstawie art. 233 k.p.c., a w odniesieniu do ustalonych okoliczności faktycznych - przez pryzmat przepisów prawa materialnego. Stanowczo należy podkreślić, że nieprawidłowa ocena dowodów, czy też błędne zastosowanie przepisów prawa materialnego przez sąd do ustalonego stanu faktycznego (błąd w subsumcji), nie mogą stanowić podstawy do ponownego ustalenia prawa do świadczenia, na podstawie art. 83a ustawy systemowej. Ewentualna nieprawidłowość ocen dokonanych w sprawie III AUa 684/16, mogła być wykazywana w środkach odwoławczych od tego orzeczenia, ale nie może stanowić podstawy ponownego ustalenia prawa do świadczenia w formie nowej decyzji organu. Kierowany do organu rentowego wniosek o ponowne ustalenie prawa z ubezpieczenia społecznego na podstawie art. 83a ustawy systemowej nie jest, bowiem środkiem zweryfikowania prawomocnego wyroku sądowego.

Wymaga również zauważenia, że sąd rozpoznający odwołanie od decyzji organu rentowego, wydanej w trybie art. 83a ustawy systemowej, rozpoznaje je tylko w granicach spełnienia przesłanek określonych w tym przepisie. Brak wskazania przez ubezpieczoną nowych okoliczności, dotyczących prowadzenia przez nią działalności gospodarczej w okresie od 1 czerwca 2015 do 31 stycznia 2016, musiał więc prowadzić do oddalenia odwołania w tym zakresie. W żadnym, bowiem wypadku, w postępowaniu dotyczącym ponownego ustalenia prawa lub zobowiązania stwierdzonego decyzją ostateczną Zakładu, w sprawie rozstrzygniętej prawomocnym orzeczeniem właściwego sądu, nie może zapaść rozstrzygnięcie odmienne od zawartego w prawomocnym wyroku, wydane tylko na podstawie oceny, że wyrok zapadł z naruszeniem prawa. Doprowadziłoby to, bowiem do kontrolowania przez sąd, prawomocnych orzeczeń sądów wydanych w innych sprawach. Wyrok prawomocny, nawet wydany z naruszeniem prawa, ma moc wiążącą (art. 365 k.p.c.) i rozstrzygnięcie w nim zawarte nie może być zmienione w trybie innego zwykłego postępowania, toczącego się między tymi samymi stronami o to samo roszczenie. Jest to podstawowa reguła postępowania sądowego, w tym cywilnego, i jako taka powinna być oczywista dla każdego obywatela, nawet tego który zakończył edukację na poziomie szkoły podstawowej/gimnazjalnej. Natomiast wznowienie postępowania przewidziane w art. 83 ust. 1 i 3 ustawy systemowej, nie jest nadzwyczajnym środkiem zaskarżenia prawomocnego wyroku, wobec czego nie jest możliwe wzruszenie prawomocnego wyroku na podstawie odmiennej oceny tych okoliczności, które sąd przyjął za podstawę faktyczną tego prawomocnego orzeczenia.

Nie budzi wątpliwości, że Sąd Apelacyjny w Szczecinie w sprawie III AUa 684/16, zakończony prawomocnym wyrokiem z 6 lipca 2017 r., ocenił dowody na okoliczność prowadzenia przez ubezpieczoną działalności gospodarczej, poczynając od czerwca 2015 r. Z uzasadnienia tego wyroku wynika w szczególności, że sąd dokonał oceny przedłożonych przez ubezpieczoną dowodów - umowy najmu lokalu użytkowego z 10.06.2015 r., a także umowy o dzieło z okresu od 2.06.2015 do grudnia 2015, potwierdzenia przelewów do US, umowy o obsługę biura z czerwca

2015r faktury z okresu od czerwca 2015 do stycznia 2016 - i uznał, że nie były to wiarygodne dowody na okoliczność rozpoczęcia przez ubezpieczoną prowadzenia działalności gospodarczej. Sąd Apelacyjny uznał wówczas, że dowody te zostały spreparowane przez ubezpieczoną wyłącznie na potrzeby upozorowania faktu rozpoczęcia i prowadzenia działalności gospodarczej. Wymaga jeszcze raz podkreślenia, że aktualnie ubezpieczona nie przedłożyła żadnych innych, nowych dowodów dotyczących spornego okresu od 1 czerwca 2015 do 31 stycznia 2016, mogących potwierdzić fakt wykonywania przez nią wówczas działalności. Innymi słowy, te okoliczności, na które powołuje się aktualnie, zostały już ocenione przez Sąd Apelacyjny w sprawie III AUa 684/16. Ewentualna nieprawidłowość tych ocen mogła być wykazywana w środkach odwoławczych od orzeczenia, ale nie mogła stanowić podstawy ponownego ustalenia prawa. Jak już bowiem powiedziano, wznowienie postępowania przewidziane w art. 83a ust. ustawy systemowej nie jest środkiem zweryfikowania prawomocnego wyroku, wobec czego nie jest możliwe jego wzruszenie na podstawie odmiennej oceny tych okoliczności, które sąd przyjął za podstawę faktyczną prawomocnego orzeczenia.

Niezależnie od powyższego i wyłącznie na marginesie analizowanej sprawy, Sąd Apelacyjny w niniejszym składzie w pełni podziela dokonaną w poprzednim postępowaniu sądowym ocenę, że w analizowanym przypadku brak było przesłanek prawnych, na podstawie zaferowanego przez ubezpieczoną materiału dowodowego, do przyjęcia, że ubezpieczona faktycznie rozpoczęła prowadzenie działalności już w czerwcu 2015. W szczególności podjęcie działalności gospodarczej wymaga zachowania określonych warunków, których spełnienie nadaje temu przedsięwzięciu legalny charakter. Niewątpliwie przesłanką legalności jest złożenie wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. Z przedstawionego w sprawie stanu faktycznego wynika, iż wnioskodawczym złożyła taki wniosek i zadeklarowała rozpoczęcie prowadzenia działalności gospodarczej od 1 czerwca 2015 r., zgłosiła się do ubezpieczenia społecznego, opłaciła składki. Mimo dokonania zgłoszenia, faktycznie jednak nie rozpoczęła tej działalności. Kluczowe, dla tej oceny okazały się okoliczności, dotyczące podlegania ubezpieczonej pracowniczemu ubezpieczeniu, w okresie bezpośrednio poprzedzającym zarejestrowanie przez ubezpieczoną działalności gospodarczej. Sąd Apelacyjny już w sprawie III AUa 684/16 zwrócił uwagę, że przed zarejestrowaniem działalności gospodarczej ubezpieczona od 17 listopada 2010 do 31 maja 2015 była zgłoszona do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu zatrudnienia na stanowisku księgowej u swojej matki I. U., początkowo z podstawą wymiaru składek w wysokości wynagrodzenia minimalnego. Z dniem 1 grudnia 2014 r., gdy ubezpieczona zaszła w ciążę, strony umowy o pracę podwyższyły podstawę wymiaru składek ubezpieczonej do kwoty 6.000 zł. Organ rentowy zakwestionował wówczas zasadność przyznania ubezpieczonej wynagrodzenia w wysokości 6.000 zł uznając, że przyznanie ubezpieczonej wynagrodzenia w tej kwocie, w okresie bezpośrednio poprzedzającym nieobecność w pracy w związku z ciążą (po 28 dniach od podwyższenia wynagrodzenia ubezpieczona zaczęła korzystać ze zwolnienia lekarskiego w związku z ciążą), miało na celu wyłącznie zapewnienie jej wysokich świadczeń z ubezpieczeń społecznych w czasie długotrwałej niezdolności do pracy. W konsekwencji decyzją z 15 kwietnia 2015 organ rentowy ustalił, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne D. D. z tytułu zatrudnienia u płatnika składek w grudniu 2014 r. wyniosła 3.360 zł, zaś od stycznia 2015 r. 2.912 zł. Prawdopodobnie rozstrzygnięcia organu rentowego potwierdził Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim, w związku z odwołaniem płatnika składek, który wyrokiem z 10 listopada 2015 r. oddalił odwołanie, zaś Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z 4 października 2016 r., III AUa 1032/15 oddalił apelację płatnika.

Sąd Apelacyjny w sprawie III AUa 684/16 trafnie też ocenił, że związek czasowy między nieskuteczną próbą podwyższenia wysokości podstawy wymiaru składek z tytułu zatrudnienia u matki, a podjęciem decyzji o zarejestrowaniu działalności gospodarczej i zgłoszeniem się z tego tytułu do ubezpieczeń z podstawą wymiaru składek w wysokości 9.000 zł, determinował uznanie, że w analizowanym przypadku zgłoszenie rozpoczęcia działalności gospodarczej z dniem 1 czerwca 2015 r., z podstawą wymiaru składek 9.000 zł było pozorne i miało na celu wyłącznie uzyskanie wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Do podjęcia czynności faktycznych związanych z przedmiotem zarejestrowanej działalności gospodarczej skłoniła ubezpieczoną wyłącznie kontrola podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie pracownicze i perspektywa otrzymania niższego, niż oczekiwany zasiłku macierzyńskiego. Przy tym wszystkim, w aktualnej sprawie Sąd Apelacyjny rozważył, że bez znaczenia dla rozstrzygnięcia o żądaniu ubezpieczonej, pozostawało ustalenie, że poczynając od 1 lutego 2016 r. ubezpieczona rozpoczęła prowadzenia działalności gospodarczej. Okoliczność ta w niniejszym postępowaniu nie była sporna, zaś spór ponownie dotyczył

prowadzenia działalności w okresie wcześniejszym tj. od 1 czerwca 2015 r. do 31 stycznia 2016 r. W tej kwestii Sąd Apelacyjny nie dość, że był związany prawomocnym ustaleniem ze sprawy III AUa 684/16, to dodatkowo uznał, że złożone dowody w postaci umowy najmu lokalu użytkowego czerwca 2015, a także umów o dzieło z okresu czerwca - grudnia 2015, potwierdzenia przelewów do US, umów o obsługę biura z czerwca 2015, faktury z okresu czerwca 2015/ stycznia 2016 na okoliczność rozpoczęcie prowadzenia działalności gospodarczej już w czerwcu 2015 r., zostały spreparowane na potrzeby postępowania i jako takie nie potwierdzały faktu rozpoczęcia działalności. Nadto, podejmowanie przez ubezpieczoną pewnych czynności w okresie od czerwca 2015 r. do stycznia 2016 r. miały jedynie stwarzać pozory prowadzenia działalności, bez rzeczywistego jej wykonywania.

Sąd Apelacyjny zwrócił też uwagę, że z ustaleń poczynionych w poprzednim postępowaniu sądowym, III AUa 684/16 wynika, że podmioty na rzecz których ubezpieczona miała świadczyć usługi w okresie od czerwca do grudnia 2015 r. były stałymi klientami matki ubezpieczonej, prowadzącej ich obsługę księgową. Z kolei osoby, z którymi ubezpieczona zawierała umowy o dzieło, były pracownikami jej matki. Sąd Apelacyjny ocenił, że ubezpieczona skorzystała z możliwości zarejestrowania działalności właśnie dlatego, że świadczone przez jej matkę usługi, pozwoliły upozorować faktyczne prowadzenie działalności również przez ubezpieczoną. Ubezpieczona zarówno jako córka, jak i wcześniej pracownik I. U. miała, bowiem możliwość pozorowania pewnych usług na rzecz klientów matki oraz zawarcia fikcyjnych umów o dzieło z pracownikami z matki, w celu uwiarygodnienia - na potrzeby otrzymania zasiłku macierzyńskiego - rzekomego faktu rozpoczęcia działalności gospodarczej.

Sąd Apelacyjny zauważył, że skarżąca zgłosiła się do ubezpieczenia z najwyższą możliwą podstawą wymiaru składki w kwocie 9000 zł. Zadeklarowanie bardzo wysokiej podstawy wymiaru składek z tytułu dopiero co podejmowanej działalności gospodarczej, przy dodatkowym ustaleniu, że w zeznaniu o wysokości osiągniętego dochodu PIT za pierwszy niekwestionowany przez ZUS rok prowadzenia przez ubezpieczoną działalności gospodarczej tj. za rok 2016 ubezpieczona wykazała dochód w kwocie 26.317,47 zł, świadczy o pozorowaniu prowadzenia działalności gospodarczej, a to w celu uzyskania z publicznych funduszy korzyści nieproporcjonalnych do środków, jakie przedsiębiorca przeznaczył na składki. W tym miejscu podkreślić należy, że działalność gospodarcza ma charakter zarobkowy, jest podejmowana w celu osiągnięcia zysku, w związku z czym przy ocenie, czy dana działalność była przez przedsiębiorcę rzeczywiście podjęta i wykonywana, czy też była prowadzona jedynie w sposób pozorowany, dla uzyskania określonych świadczeń z systemu ubezpieczeń społecznych, nie sposób jest pominąć rachunku ekonomicznego, rozumianego jako opłacalność działalności. Trzeba, bowiem założyć pewien pułap racjonalizmu działania przedsiębiorcy, który nie dokonuje zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych z najwyższą podstawą składek w sytuacji, gdy nie ma jeszcze pewności, że będzie osiągał dochody pozwalające na pokrycie należnych z tego tytułu składek. Co więcej, w analizowanym przypadku, bezspornie rejestrując działalność gospodarczą i zgłaszając się z tego tytułu do ubezpieczeń społecznych, ubezpieczona była w zaawansowanej ciąży - urodziła po 11 dniach od zarejestrowania działalności i w 23 czerwca 2015 r. zgłosiła w ZUS wniosek o wypłatę zasiłku za okres od 11 czerwca 2015 r. Sąd Apelacyjny podkreśla, że ubezpieczona przed skorzystaniem z pierwszego zwolnienia lekarskiego prowadziła (formalnie) działalność jako przedsiębiorca jedynie przez 11 dni. Dla oceny, czy dana osoba wykonuje pozarolniczą działalność gospodarczą mają znaczenie nie tylko okoliczności obiektywne (tzn. to, czy dana działalność jest faktycznie prowadzona), ale i subiektywne, rozumiane jako zamiar przedsiębiorcy (por. wyrok NSA w Warszawie z 30 kwietnia 1997 r., sygn. akt: III SA 46/96, POP z 1998 r., nr 2, poz. 48; LEX nr 32064). Nie mogą być akceptowane naganne i nieobojętne społecznie zachowania polegające na pozorowaniu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, którego celem jest jedynie nabycie prawa do świadczeń z ubezpieczeń społecznych, co na ogół znajduje wyraz w zarejestrowaniu działalności na krótki czas przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego (rodzącego obowiązek wypłaty świadczeń z systemu ubezpieczeń społecznych) – por. wyrok Sądu Najwyższego z 18 października 2005 r., sygn. akt: II UK 43/05, OSNP z 2006 r., nr 15-16, poz. 251 (LEX nr 189956).

Sąd Apelacyjny stanowczo podkreśla, że świadczenia z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych/Zdrowotnych są pochodną działalności zawodowej i w tym sensie są immamentnie związane z tą działalnością. Są wyrazem dbałości Państwa o podmioty działające zawodowo i przynoszące Państwu, przez swoją pracę wymierne korzyści, są też wyrazem solidarności społecznej. Celem tych świadczeń jest zapewnienie finansowych środków utrzymania, dla osób

które były czynne zawodowo, lecz z różnych przyczyn nie mogą, okresowo bądź stale, wykonywać pracy. Dlatego wszyscy czynni zawodowo mają prawny obowiązek uiszczać na te Fundusze daniny, by zapewnić środki na wsparcie osób czasowo nie mogących pracować. Każdy, kto opłaca Fundusz, w przyszłości, w sytuacji gdy nie będzie mógł świadczyć pracy zarobkowej, może liczyć na skorzystanie z jego środków. Sąd Apelacyjny stoi na stanowisku, że idea funkcjonowania Funduszu, stanowczo wyklucza sytuację, gdy działalność zawodową podejmuje się formalnie i doraźnie, tylko w celu uzyskania środków z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych/Zdrowotnych. Zaaprobowanie takiego stanu, prowadziłoby do paradoksalnej sytuacji, że społecznie wypracowane środki Funduszy, płynęłyby do podmiotów, które w ogóle nie partycypowały w ich tworzeniu, i które to podmioty ignorują solidaryzm społeczny, a ich jedynym celem jest drenowanie środków publicznych.

Odnosząc się do sprawy, w przekonaniu Sądu Apelacyjnego, wszystkie wskazane wyżej okoliczności świadczą o tym, iż ubezpieczona w rzeczywistości nie prowadziła działalności gospodarczej w spornym okresie, a jedynie podjęła czynności pozorujące ją i mające na celu uzyskanie z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych korzyści niewspółmiernych w stosunku do włożonych środków, o czym już stanowczo orzekł Sąd Apelacyjny w takiej samej sprawie III AUa 684/16.

Wbrew zarzutom apelacji dla pozytywnej oceny odwołanie ubezpieczonej nie ma decydującego znaczenia sama rejestracja działalności gospodarczej. W judykaturze Sądu Najwyższego przyjmuje się jednolicie, że obowiązek ubezpieczenia wynika z faktycznego rozpoczęcia działalności i jej prowadzenia na podstawie wpisu do ewidencji (rejestr), natomiast kwestie związane z jej formalnym zarejestrowaniem i wyrejestrowaniem mają znaczenie wyłącznie w sferze dowodowej, nie przesądzają natomiast same w sobie o podleganiu obowiązkowi ubezpieczeń społecznych (por. np. wyroki z dnia 31 marca 2000 r., II UKN 457/99, OSNAPiUS 2001 nr 18, poz. 564; z dnia 21 czerwca 2001 r., II UKN 428/00, OSNAPiUS 2003 nr 6, poz. 158; z dnia 25 listopada 2005 r., I UK 80/05, OSNP 2006 nr 19-20, poz. 309; z dnia 23 marca 2006 r., I UK 220/05, OSNP 2007 nr 5-6, poz. 81 i orzeczenia w nich powołane). Inaczej rzecz ujmując, wpis do ewidencji lub rejestru ma charakter deklaratoryjny i stwarza jedynie obalane domniemanie, że działalność gospodarcza była rzeczywiście podjęta i prowadzona w okresie nim objętym.

Wbrew argumentom apelującej, w analizowanym przypadku sąd I instancji słusznie przyjął, że odwołująca się nie wykazała aby rzeczywiście od dnia 1 czerwca 2015 r. podjęła i prowadziła działalność pozarolniczą. Należy mieć bowiem na względzie, że w rozpoznawanym stanie faktycznym ciężar wykazania posiadania tytułu do ubezpieczeń społecznych w postaci prowadzenia działalności pozarolniczej, spoczywał na odwołującej się. W niniejszej sprawie organ rentowy po przeprowadzeniu postępowania kontrolnego wydał zaskarżoną decyzję, wskazując szczegółowo przyczyny, które legły u podstaw odmowy objęcia odwołującej się ubezpieczeniami społecznymi w spornym okresie. W rezultacie, w postępowaniu sądowym, stosownie do treści art. 232 k.p.c., na odwołującej się spoczywał obowiązek odniesienia się do postawionych zarzutów i przedstawienia dowodów przeciwnych (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 21 listopada 2011 r., II UK 69/11). Temu obowiązkowi odwołująca się nie sprostała. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w analizowanym przypadku biorąc pod uwagę całokształt okoliczności faktycznych, jakie wystąpiły w niniejszej sprawie należało przyjąć, że zaofiarowane przez ubezpieczoną dowody potwierdzały jedynie fakt podjęcia przez ubezpieczoną szeregu działań mających na celu upozorowanie wykonywania działalności gospodarczej w okresie objętym sporem.

Działania ubezpieczonej, D. D., tak z resztą jak i jej matki, I. U. Sąd Apelacyjny ocenił jako szczególnie, rażąco naganne, a to przez wzgląd na profil działalności gospodarczej. Ubezpieczona i jej matka, prowadząc doradztwo podatkowe, bowiem nie dają żadnej gwarancji rzetelności świadczonych usług, skoro w osobistej sprawie podejmują działania na granicy legalizmu, czym doprowadziły do bezskuteczności prawnej podjętych czynności, i to wszystko w sytuacji, gdy bez mała od dwóch dekad, organ rentowy i sądy prezentują jednolitą linię orzeczniczą w sprawach dotyczących pozorowania działalności dla potrzeb wyłudzenia świadczeń z publicznych funduszy ubezpieczeniowych. Działanie ubezpieczonej D. D. oraz jej matki I. U., zatem ewidentnie wskazuje, albo na nieznaną regulacji prawnych i praktyki orzeczniczej, albo na cynizm w stosowaniu prawa. Tak, czy inaczej obie cechy dyskwalifikują te osoby, jako rzetelnych przedsiębiorców w branży doradztwa podatkowego.

W konsekwencji, w sprawie nie zostały spełnione ustawowe przesłanki objęcia ubezpieczonej obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi oraz dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym (art. 6 ust. 1 pkt 5 a contrario w zw. art. 11 ust. 2 a contrario w zw. z art. 12 ust. 1 a contrario w zw. z art. 13 pkt 4 a contrario ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych) w okresie od 1 czerwca 2015 do 31 stycznia 2016, ponieważ ubezpieczona nie wykazała podstaw formalnoprawnych do ponownego orzeczenia we własnej sprawie na podstawie art. 83 a ust 3 pkt 1 ustawy; w szczególności, po uprawomocnieniu się decyzji, nie wskazała żadnych nowych dowodów, ani okoliczności, istniejących przed wydaniem tej decyzji, które miałyby wpływ na to prawo lub zobowiązanie

Wobec powyższego, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c., oddalił odwołanie. O kosztach postępowania Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie 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. z 2015 r., poz. 1804).

Romana Mrotek Jolanta Hawryszko Gabriela Horodnicka-

Stelmaszczuk