

Sygn. akt III AUa 458/20

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 lutego 2021 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk (spr.)
Sędziowie:	Barbara Białecka Jolanta Hawryszko
Protokolant:	St. sekretarz sądowy Edyta Rakowska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 18 lutego 2021 r. w S.

sprawy X.M.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o podleganie ubezpieczeniom społecznym

na skutek apelacji ubezpieczonej

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 30 września 2020 r., sygn. akt VI U 2038/19

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

Jolanta Hawryszko	Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk	Barbara Białecka
-------------------	----------------------------------	------------------

Sygn. akt III AUa 458/20

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. decyzją nr (...) z dnia 15 lipca 2019 roku stwierdził, że X. M. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu i chorobowemu od 1 czerwca 2015 roku do 3 kwietnia 2017 roku. Organ rentowy wskazał, że X. M. dokonała zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności od dnia

1 czerwca 2015 roku. Podkreślił, że ubezpieczona opłaciła składkę za czerwiec 2015 roku od najwyższej możliwej do zadeklarowania podstawy wymiaru składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe tj. od kwoty 9897,50 zł. Następnie, od 1 lipca 2015 roku, czyli po zaledwie 30 dniach ubezpieczenia rozpoczęła długotrwałe, niemalże nieprzerwane korzystanie z zasiłków chorobowych i następujących po nich zasiłku macierzyńskiego i opiekuńczych, na których przebywała od 1 lipca 2015 roku do 1 stycznia 2016 roku (zasiłek chorobowy), od 2 stycznia 2016 roku do 30 grudnia 2016 roku (zasiłek macierzyński) oraz od 31 grudnia 2016 roku do 3 kwietnia 2017 roku (zasiłek chorobowy). Następnie X. M. rozpoczęła pobieranie naprzemiennie zasiłków chorobowych i opiekuńczych, między którymi były kilku lub kilkunastodniowe przerwy. Organ rentowy podkreślił, analiza zgromadzonego materiału dowodowego doprowadziła do przekonania, że ubezpieczona od 1 czerwca 2015 roku dopełniła wyłącznie formalnego zgłoszenia działalności gospodarczej, której w rzeczywistości nie wykonywała. Ubezpieczona podjęła działania, które miały jedynie stworzyć pozory faktycznego prowadzenia działalności, podczas gdy jedynym celem ubezpieczonej było doprowadzenie do sytuacji, w której po opłaceniu jednej składki na ubezpieczenia społeczne zapewni sobie możliwość długotrwałego korzystania z zasiłków chorobowych i macierzyńskiego.

Odwołanie od powyższej decyzji wniosła X. M., domagając się jej zmiany poprzez ustalenie, że w okresie od 1 czerwca 2015 roku do 3 kwietnia 2017 roku podlegała obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Wskazała, iż w przeciwieństwie do innych przedsiębiorców otwierających działalność gospodarczą, wiedziała, że jest w stanie osiągać duże dochody z prowadzonej działalności, znając swoją dotychczasową siatkę kontaktów. To właśnie z uwagi na osiągnięte duże dochody z tytułu umów zlecenia nie chciała korzystać z ulg w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne. Już w pierwszym miesiącu osiągnęła przychód 3000 zł z usługi świadczonej na rzecz (...) sp. z o.o. Korzystanie z ulg było dla niej niekorzystne z uwagi na to, że wychowywała wówczas syna A., który dosyć często chorował. Ubezpieczona wskazała nadto, że poczyniła szereg przygotowań przed otwarciem działalności, zakupiła specjalną piaskownicę za kwotę ok. 200 zł oraz pasujące do niej figurki (2000 sztuk za ok. 20 zł sztukę), kupiła szereg książek dotyczących psychoterapii, ustaliła też warunki korzystania z gabinetu. Ubezpieczona zauważyła także, że działalność założyła w dniu 1 czerwca 2015 roku i prowadziła ją przez miesiąc do czasu, kiedy dowiedziała się że jest w ciąży. Na wizycie w dniu 24 czerwca 2015 roku okazało się, że jest w ciąży, a już w dniu 1 lipca 2015 roku pojawiło się u niej krwawienie, wskazujące, iż dalsza praca zagraża ciąży. Ubezpieczona wskazała, iż w sytuacji niepodzielenia przez Sąd jej argumentacji, wnosi o weryfikację zadeklarowanej podstawy wymiaru składek.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniosł o jego oddalenie w całości Wskazał, że ubezpieczona zgłaszając się do ubezpieczeń społecznych zadeklarowała najwyższą podstawę wymiaru składek tj. 9897,50 zł. Dopiero po wypłacie zasiłków chorobowych i macierzyńskich, ubezpieczona zadeklarowała podstawę wymiaru składek za kwiecień 2017 roku - 480 zł oraz za maj 2017 roku - 483,87 zł. Następnie od 1 czerwca 2017 roku do 31 grudnia 2018 roku skarżąca zgłosiła się do ubezpieczeń z podstawą wymiaru składek 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia ogłaszanego za dany rok kalendarzowy, zaś od stycznia 2019 roku ubezpieczona zgłosiła się do ubezpieczeń w ramach nowelizacji ustawy tzw. mały ZUS z podstawą wymiaru składek 1433,20 zł miesięcznie.

Wyrokiem z dnia 30 września 2020 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie oraz zasądził od X. M. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. kwotę 180 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

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

Ubezpieczona X. M. jest absolwentką Psychologii, w specjalności psychologii klinicznej Szkoły Wyższej Psychologii (...) w W. Wydziału Zamiejscowego we W.. Od 25 stycznia 2010 roku zatrudniona była Hospicjum św. J. E. w S. na stanowisku psychologa w wymiarze $\frac{3}{4}$ etatu. Na wniosek ubezpieczonej, z dniem 19 czerwca 2015 roku umowa o pracę została rozwiązana.

X. M. zarejestrowała od dnia 1 czerwca 2015 roku działalność gospodarczą pod nazwą X. M. Gabinet (...). Zgodnie ze zgłoszeniem przedmiotem tej działalności jest „pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej nieklasyfikowana”. Jako siedzibę działalności ubezpieczona wskazała adres ul. (...), (...)-(...) K., będący jednocześnie adresem zamieszkania ubezpieczonej.

X. M. po zgłoszeniu się do ubezpieczeń społecznych opłaciła składkę za czerwiec 2015 roku od kwoty 9897,50 zł. Po zgłoszeniu działalności, przed rozpoczęciem korzystania z zasiłków wykonała jedną usługę na rzecz (...) spółka z o.o., za która spółka ta wystawiła rachunek z dnia 25 czerwca 2015 roku na kwotę 3000 zł.

Ubezpieczona z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej za lata 2015-2017 deklarowała następujące dochody: za 2015 roku 2 950 zł, za 2016 rok 0 zł, za 2017 roku 18 488,27 zł.

X. M. w chwili rejestrowania działalności gospodarczej była w ciąży. W dniu 24 czerwca 2015 roku ubezpieczona odbyła wizytę lekarską, podczas której lekarz ginekolog stwierdził, że badana jest w 9 tygodniu ciąży. Od 1 lipca 2015 roku ubezpieczona stała się niezdolna do pracy w związku z ciążą, a w dniu 2 stycznia 2016 roku ubezpieczona urodziła dziecko.

Ubezpieczona w okresie od 2 stycznia 2016 roku do 30 grudnia 2016 roku przebywała na zasiłku macierzyńskim. Po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego korzystała w okresie od 31 grudnia 2016 roku do 3 kwietnia 2017 roku z zasiłku chorobowego.

W dniu 1 kwietnia 2017 roku ubezpieczona w ramach prowadzonej działalności zawarła z R. K. prowadzącym działalność gospodarczą (...) umowę o udzielenie zamówień na świadczenia zdrowotne, w ramach której X. M. zobowiązała się do udzielenia świadczeń z zakresu psychologii i zobowiązała się do pozostawania w gotowości do ich świadczenia w (...) w ramach miesięcznych, kwartalnych rocznych limitów Narodowego Funduszu Zdrowia.

W okresie od 1 kwietnia 2017 roku do 31 maja 2017 roku X. M. zadeklarowała podstawę wymiaru składek w kwotach odpowiednio 480 zł i 483,87 zł. Podstawy wymiaru składek za kwiecień i maj 2017 roku zostały naliczone od ulgi w postaci składek preferencyjnych, z uwzględnieniem dni za które został wypłacony zasiłek chorobowy i opiekuńczy. Od 1 czerwca 2017 roku do 31 grudnia 2018 roku ubezpieczoną obowiązywała podstawa wymiaru składek wynosząca 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia ogłaszanego za dany rok kalendarzowy

Z dniem 1 stycznia 2019 roku ubezpieczona zgłosiła się do ubezpieczeń z podstawą wymiaru składek 1433,20 zł miesięcznie w ramach nowelizacji ustawy tzw. mały ZUS.

Sąd Okręgowy ocenił, że odwołanie ubezpieczonej okazało się nieuzasadnione. Wyjaśnił, że przedmiotem niniejszej sprawy było ustalenie czy odwołująca faktycznie prowadziła działalność gospodarczą i z tego tytułu podlegała ubezpieczeniom społecznym.

Sąd meriti wskazał, że zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. 2020r., poz. 53) obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym podlegają osoby fizyczne które na obszarze RP są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność. Stosownie zaś do art. 11 ust. 2 ww. ustawy, dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8, 10 do której to kategorii zalicza również osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą. Osoby prowadzące pozarolniczą działalność podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu - od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie art. 36aa oraz przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (art. 13 pkt 4 s.u.s). Obowiązek ubezpieczenia osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą wynika z faktycznego prowadzenia tej działalności.

Sąd pierwszej instancji wskazał, iż kwestie związane z formalnym zarejestrowaniem, wyrejestrowaniem, czy zgłaszaniem przerw w działalności mają pewne znaczenie w sferze dowodowej, lecz nie przesądzają same w sobie o podleganiu obowiązkowi ubezpieczenia społecznego. Przepis art. 13 pkt 4 ustawy systemowej jednoznacznie kładzie nacisk na rozpoczęcie wykonywania pozarolniczej działalności i zaprzestanie wykonywania tej działalności, a nie na moment dokonania w ewidencji działalności gospodarczej stosownego wpisu o zarejestrowaniu działalności bądź jego wykreślenia. W konsekwencji obowiązkowi ubezpieczeń społecznych podlega osoba faktycznie prowadząca działalność gospodarczą (a więc wykonująca tę działalność), a nie osoba jedynie figurująca w ewidencji działalności gospodarczej na podstawie uzyskanego wpisu, która działalność tej nie prowadzi (nie wykonuje). Istnienie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nie przesądza więc o faktycznym prowadzeniu tej działalności. Samo dokonanie wpisu w ewidencji działalności rodzi więc jedynie domniemanie faktyczne podjęcia działalności i wykonywania jej do czasu wykreślenia z ewidencji (ewentualnie zawieszenia). Domniemanie faktyczne ma jednak wyłącznie znaczenie dowodowe i może zostać obalone. W rezultacie organ ubezpieczeń społecznych może dowodzić, że pomimo wpisu do ewidencji dana osoba faktycznie nie prowadzi działalności, wobec czego nie podlega z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym. Ciężar udowodnienia powyższego, jak wyżej wskazano, spoczywa na organie, jako podmiocie wywodzącym z faktu niewykonywania działalności skutek prawny w postaci wyłączenia z ubezpieczeń społecznych.

Sąd Okręgowy podkreślił, że do dnia 30 kwietnia 2018 roku obowiązywała ustawa z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2168), która w art. 2 wskazywała, że działalnością gospodarczą jest zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa oraz poszukiwanie, rozpoznawanie i wydobywanie kopalin ze złóż, a także działalność zawodowa, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły. Obecnie obowiązująca ustawa z dnia 6 marca 2018 roku – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. 2018r., poz. 646) legalną definicję działalności gospodarczej zawarła w art. 3 wskazując, że działalnością taką jest zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły. Działalność gospodarcza determinowana jest więc przez jej zarobkowy charakter, zorganizowanie oraz ciągłość. Bez zaistnienia tych cech nie można mówić o istnieniu działalności.

Sąd pierwszej instancji, po przeprowadzeniu wszystkichawnioskowanych przez ubezpieczoną dowodów stanął na stanowisku, że X. M. faktycznie w spornym okresie tj. od 1 czerwca 2015 roku do 3 kwietnia 2017 roku nie wykonywała działalności gospodarczej. Ubezpieczona, po rozwiązaniu umowy o pracę z Hospicjum św. J. E. w S. podjęła pewne czynności, wykonując jedną usługę na rzecz (...) Sp. z o.o., co przyniosło jej pewien przychód, niemniej nie może to zostać zakwalifikowane jako poprowadzenie przez nią działalności gospodarczej. Zarówno w toku postępowania przed organem rentowym, jak i w toku niniejszego postępowania, ubezpieczona poza własnymi twierdzeniami, nie przedłożyła żadnych wiarygodnych dowodów, w oparciu o które można by odtworzyć czynności wykonywane w ramach prowadzonej działalności. Sąd Okręgowy podkreślił, że zeznania ubezpieczonej należało przy tym traktować z dużą ostrożnością, już z choćby tej przyczyny, że jest ona osobą zainteresowaną takim przedstawieniem faktów, aby uzyskać korzystny dla siebie wyrok. Również do oceny zeznań świadka P. M. jak i A. Z., Sąd meriti podszedł z najwyższą ostrożnością ze względu na łączące świadków z ubezpieczoną więzy rodzinne, bądź też znajomość prywatną. Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że zeznania świadków M. R. i R. R. okazały się nieprzydatne, ponieważ, świadkowie nie korzystali z usług ubezpieczonej w 2015 roku. Podobnie zeznania A. S., która wprawdzie wskazywała, że ubezpieczona przeprowadziła jej pracownikom szkolenie dotyczące obsługi trudnego pacjenta, niemniej nie była w stanie podać kiedy dokładnie szkolenie to miało miejsce, w szczególności czy przeprowadzane było w trakcie kwestionowanego przez ZUS okresu. Również zeznania pozostałych osób tj. A. S. (1) i J. P. okazały się nieprzydatne, ponieważ świadkowie nie posiadali żadnej konkretnej wiedzy na temat działalności gospodarczej ubezpieczonej ze spornego okresu. Zarówno bowiem A. S. (1) jak i J. P. nie były w stanie przypomnieć sobie czy w 2015 roku, a w szczególności w czerwcu tego roku miały kontakty służbowe z ubezpieczoną. Obie wprawdzie wskazywały na współpracę z X. M., niemniej nie wskazały na żadną konkretną okoliczność, zdarzenie tudzież spotkanie, które miałyby miejsce w kwestionowanym okresie. Zdaniem Sądu pierwszej instancji trudno uwierzyć, że J. P. właścicielka prywatnego przedszkola, ale przede wszystkim ubezpieczona, która dopiero co miała założyć działalność gospodarczą,

licząc przy tym - jak sama zeznała - na bardzo duże dochody, zdecydowała się na zawarcie ustnej umowy, świadcząc profesjonalne usługi z zakresu psychoterapii bezpłatnie.

Sąd Okręgowy stwierdził, że w rozpoznawanej sprawie najistotniejszym jest fakt, iż ubezpieczona nie przedstawiła żadnych dochodów wskazujących, że zarejestrowana przez nią działalność była dochodowa, a to głównie z uwagi na fakt, iż kwota składek jakie opłaciła przekroczyła kwotę dochodu. Ten wyniósł bowiem zaledwie 2 950 zł, a tymczasem łączna kwota składek na ubezpieczenia społeczne za jeden miesiąc wyniosła aż 3 144,44 zł. Tym samym biorąc pod uwagę kwotę jaką uzyskała ubezpieczona oraz składkę jaką musiała opłacić nie można stwierdzić, że jej działalność była zarobkowa, a zatem działalność ta nie spełniała jednej z podstawowych przesłanek decydujących o uznaniu danej działalności za działalność gospodarczą.

Zdaniem Sądu pierwszej instancji określenie wymiaru podstawy nie może być oderwane od rzeczywistości, a tym bardziej oparte jedynie na przewidywaniach i oczekiwaniach. Wiadomym jest, że prowadzenie działalności niesie za sobą znaczne ryzyko, w szczególności na samym jej początku, w związku z czym może nie przynosić spodziewanych korzyści, dlatego też przedsiębiorca na początku swojej działalności zazwyczaj minimalizuje ryzyko, niż dodatkowo zwiększa swoje zobowiązania.

Rozmiar działań jakie wnioskodawczyni podjęła po zarejestrowaniu działalności, a raczej ich brak, nie mógł zdaniem Sądu pierwszej instancji dać podstawy do założenia, iż osiągnie ona zadeklarowany przychód umożliwiający opłacania tak wysokich składek. Ubezpieczona nie wykazała bowiem aby poczyniła realne starania celem pozyskiwania klientów. Nie zdecydowała się bowiem na zamieszczenie ogłoszenia w lokalnej gazecie, czy na popularnych internetowych portalach ogłoszeniowych, ani w mediach społecznościowych. Zdaniem Sądu Okręgowego, takie działania osoby rozpoczynającej działalność gospodarczą, jest zupełnie nieracjonalne, niezależnie od branży prowadzonej działalności. Co więcej, ubezpieczona nie poczyniła innych kroków, naturalnie wiążących się z rozpoczęciem działalności gospodarczej, nie założyła bowiem konta firmowego, nie stworzyła cennika usług, nie założyła książki przychodów i rozchodów. X.M. nie złożyła też żadnej dokumentacji swoich pacjentów ze spornego okresu, wydruków z systemów komputerowych dokumentujących odbyte wizyty, czy choćby kalendarza obrazującego wówczas rejestrowanych wizyt. Nie złożyła też innych dowodów jak np. faktur na zakup materiałów niezbędnych przy prowadzeniu działalności, szczególnie w jej początkowym okresie. Złożone przez ubezpieczoną kserokopie zdjęć przedstawiających piaskownicę oraz figurki, które miały jej służyć przy prowadzeniu psychoterapii dziecięcej, w żaden sposób nie dowodzą tego, iż jakakolwiek z tych rzeczy faktycznie została nabyta w ramach prowadzonej działalności. Zdjęcia te, zresztą podobnie jak wydruki stron internetowych, na których ubezpieczona widniała jako specjalista z zakresu terapii piaskownicy, miały jedynie pozorować prowadzenie działalności gospodarczej, z pewnością jednak nie były realnym dowodem na prowadzenie działalności w kwestionowanym przez ZUS okresie.

Wątpliwości Sądu pierwszej instancji budziła także okoliczność, gdzie de facto ubezpieczona miała wykonywać swoją działalność. Skoro bowiem w ramach tej działalności miała przede wszystkim zajmować się prowadzeniem profesjonalnej psychoterapii, w tym psychoterapii dziecięcej, to rozpoczynając taką działalność ubezpieczona przede wszystkim powinna dysponować odpowiednim miejscem do jej wykonywania. Tymczasem, jak wynika z wydruku CEIODG miejscem wykonywania owej działalności miał być adres zamieszkania ubezpieczonej tj. ul. (...) w K.. Z kolei w toku procesu ubezpieczona wskazywała, że działalność tą miała wykonywać w lokalu należącym do A. Z., znajdującym się przy ul. (...). Powyższe niewątpliwie stawia pod znakiem zapytania, czy ubezpieczona faktycznie dysponowała odpowiednim miejscem, w którym miała realne możliwości prowadzenia profesjonalnej psychoterapii.

Sąd Okręgowy wskazał także, że ubezpieczona tłumacząc fakt zadeklarowania najwyższej podstawy wymiaru składek tj. 9897,50 zł wskazywała, iż była w wyjątkowo komfortowej sytuacji, gdyż wiedziała że jest w stanie osiągać duże dochody kierując się swoim doświadczeniem zawodowym a nade wszystko siatką kontraktów i współpracą z dotychczasowymi klientami. Tłumaczenia te, w ocenie Sądu meriti, wydają się być nielogiczne zważywszy, że o ile podejmując prowadzenie działalności gospodarczej ubezpieczona nawiązała współpracę z przedszkolem prywatnym to nie świadczyła ona usług odpłatnie a jedynie w ramach koleżeńskej pomocy.

Powyższy wyrok w całości zaskarżyła ubezpieczona, zarzucając obrazę postępowania mająca istotny wpływ na wynik sprawy tj.:

1. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną, a nie swobodną, oderwaną od zasad doświadczenia życiowego oraz zasad logiki ocenę zgromadzonego materiału dowodowego w postaci przesłuchania ubezpieczonej, zeznań świadków oraz dowodów z dokumentów w szczególności dowodów z wydruków ze stron internetowych z danymi ubezpieczonej jako przedsiębiorcy, strony internetowej Pracowni (...) w S., książki z danymi ubezpieczonej dot. terapii w piaskownicy, co skutkowało błędnym ustaleniem przez Sąd pierwszej instancji, że X. M. prowadziła pozorną działalność gospodarczą, ponieważ:

- ubezpieczona nie osiągnęła dochodu w czerwcu 2015 r., podczas gdy czerwiec 2015 r. był pierwszym miesiącem działalności gospodarczej ubezpieczonej, zatem ubezpieczona miała prawo mieć negatywny wynik finansowy, poza tym strata ubezpieczonej to tylko 194,44 zł, a poniesienie starty nie przekreśla celu zarobkowego ubezpieczonej zgodnie z utrwalonym orzecznictwem sądowym

- ubezpieczona zadeklarowała najwyższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie, w oderwaniu od rzeczywistości i w oparciu o przewidywania i oczekiwania, podczas gdy ubezpieczona przedstawiła szereg dowodów jak wcześniejsze umowy zlecenia, rachunki, PIT-y, ukazujące, że już wcześniej osiągała wysokie dochody z usług świadczonych poza umową o pracę, a więc jej działalność gospodarcza nie była obarczona ryzykiem, zwłaszcza że ubezpieczona miała grono stałych klientów indywidualnych, PCK, a przede wszystkim zamierzała zawrzeć bardzo korzystną finansowo umowę z (...) sp. z o.o. z siedzibą w S., a ponadto ubezpieczona miała prawo zadeklarować najwyższą podstawę wymiaru, a żaden podmiot nie ma prawa ingerować w tę kwestię zgodnie z utrwalonym orzecznictwem sądowym

- ubezpieczona nie wykonała realnych starań, by pozyskać klientów, nie reklamowała się, podczas gdy takich działań, jakie opisał Sąd pierwszej instancji, w branży ubezpieczonej nie podejmuje się, a ubezpieczona podjęła działania marketingowe dostosowane do jej branży i zakresu działalności (poprzez publikację danych ubezpieczonej w książce, na stronie internetowej przedszkola, Pracowni Psychoedukacji, powszechnie znanych stronach panoramafirm, pkt, biznesfinder)

- ubezpieczona nie stworzyła cennika, podczas gdy cena za usługi ubezpieczonej to była i nadal jest stała stawka godzinowa, jednolita dla wszystkich klientów, a takich cenników w branży ubezpieczonej nie tworzy się

- ubezpieczona nie założyła księgi przychodów i rozchodów, podczas gdy jest to nieprawdą, ubezpieczona miała taką księgę założoną, a Sąd pierwszej instancji nie pytał nawet o to ubezpieczonej

- ubezpieczona nie założyła rachunku bankowego firmowego, podczas gdy ubezpieczona do dzisiaj nie ma takiego rachunku, nie potrzebuje go, jest zwolniona z VAT, a klienci płacą gotówką

- ubezpieczona nie przedstawiła kalendarza, ale ubezpieczona takiego kalendarza nie zachowała,

- ubezpieczona nie przedstawiła faktur zakupowych co do piaskownicy i figurek, podczas gdy te rzeczy ubezpieczona zakupiła przed założeniem działalności gospodarczej, a w czerwcu 2015 r. poniosła jedynie wydatek na zakup pieczątki

- ubezpieczona nie założyła dokumentacji medycznej pacjentów, podczas gdy w pierwszym miesiącu prowadzenia działalności gospodarczej przez ubezpieczoną, X. M. wykonała usługę dla (...) sp. z o.o., a więc klientka biznesowego, a nie indywidualnego, nie było podstaw do tworzenia dokumentacji medycznej, ale ubezpieczona przedstawiła w postępowaniu dowód z materiałów do tego szkolenia, poza tym ubezpieczona miała wykonać usługę dla (...) sp. z o.o. z siedzibą w S., a więc też bez dokumentacji medycznej, a co do klientów indywidualnych to ubezpieczona prowadziła jedynie na własne potrzeby notatki, których nie zachowała, a które zresztą są objęte tajemnicą zawodową

- miejsce prowadzenia działalności gospodarczej przez ubezpieczoną nie było określone, podczas gdy ubezpieczona miała prowadzić działalność w Pracowni (...) w S., co potwierdziła świadek A. Z. (uznana przez Sąd bezpodstawnie za

świadka niewiarygodnego z uwagi na rzekomą znajomość prywatną z ubezpieczoną) oraz w siedzibie (...) sp. z o.o. z siedzibą w S., co wynika z projektu umowy z tym podmiotem oraz zeznań świadka A. J., całkowicie pominiętych przez Sąd pierwszej instancji,

- ubezpieczona prowadziła nieodpłatną współpracę z przedszkolem J. P., podczas gdy była to forma pozyskiwania klientów i reklamy dla ubezpieczonej, a tym samym X.M. prowadziła rzeczywistą działalność gospodarczą w czerwcu 2015 r.

2. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez całkowite pominięcie dowodów z zeznań A. J., korespondencji e-mailowej ubezpieczonej z (...) sp. z o.o. z siedzibą w S., projektu umowy ubezpieczonej z (...) sp. z o.o. z siedzibą w S., a tym samym braku ustaleń faktycznych, że X. M. zamierzała zawrzeć z (...) sp. z o.o. z siedzibą w S. korzystną finansowo umowę, co świadczy o zarobkowym celu ubezpieczonej w czerwcu 2015 r.

3. art. 233 § 1 k.p.c. polegające na dowolnej ocenie dowodów z przesłuchania ubezpieczonej i uznaniu, że nie zasługują one na wiarę wyłącznie dlatego, że ubezpieczonej zależało na pozytywnym wyniku sprawy, podczas gdy Sąd pierwszej instancji nie znalazł żadnych niespójności w przesłuchaniu ubezpieczonej, żadnych twierdzeń niezgodnych z prawdą, sprzeczności ze zgromadzonym materiałem dowodowym, Sąd pierwszej instancji nie wyjaśnił, dlaczego nie dał wiary ubezpieczonej, a po prostu z góry założył, że stanowisko ubezpieczonej nie powinno być uwzględnione, a to przełożyło się na błędne ustalenia Sądu pierwszej instancji, który uznał, że ubezpieczona prowadziła pozorną działalność gospodarczą;

4. art. 233 § 1 k.p.c. polegające na dowolnej ocenie dowodów z zeznań świadków P. M. i A. Z. i niedaniu im wiary z uwagi na relację rodzinną oraz znajomość prywatną, podczas gdy takie relacje z ubezpieczoną nie mogą z góry decydować o tym, że zeznania tych świadków są niewiarygodne, zwłaszcza, że świadkowie Ci złożyli zeznania jasne, spójne, logiczne, a na dodatek A. Z. nie jest w bliskiej relacji z ubezpieczoną, a łączy je współpraca zawodowa, a to przełożyło się na błędne ustalenia Sądu pierwszej instancji, który uznał, że ubezpieczona prowadziła pozorną działalność gospodarczą

5. art. 233 § 1 k.p.c. polegające na dowolnej ocenie dowodów z zeznań świadków:

- M. R., R. R. i uznaniu przez Sąd pierwszej instancji, że świadkowie Ci nie korzystali z usług ubezpieczonej w czerwcu 2015 r., podczas gdy M. R. potwierdziła, że oboje świadkowie korzystali z usług psychologicznych ubezpieczonej w 2015 r., a M. R. podkreśliła, że co najmniej raz na pół roku robiła podsumowanie z psychologiem

- A. S. poprzez uznanie, że świadek ten nie zeznała, kiedy ubezpieczona wykonała dla niej usługę, podczas gdy świadek ten wskazała, że faktura ubezpieczonej z dnia 25 czerwca 2015 r. została wystawiona po wykonaniu usługi, a poza tym pominięcie przez Sąd pierwszej instancji faktu, że X. M. wcześniej nie prowadziła działalności gospodarczej i nie mogła takiej usługi wykonać na rzecz (...) sp. z o.o.

- A. S. (1) i uznaniu przez Sąd i instancji, że jej zeznania były nieprzydatne, podczas gdy świadek potwierdziła, że X. M. oddała jej zlecenie polegające na opiece nad dziećmi dla PCK

- J. P. i uznaniu przez Sąd pierwszej instancji, że jej zeznania były nieprzydatne, podczas gdy świadek potwierdziła, że ubezpieczona współpracowała z nią od początku otwarcia jej przedszkola do zajęcia w ciążę w 2015 r., a co prawda usługi te były bezpłatne, ale były dobrą formą reklamy dla ubezpieczonej, ponieważ pozyskiwała ona w ten sposób klientów w postaci rodziców dzieci z przedszkola a także widniała na stronie internetowej przedszkola jako psycholog,

- M. H., która potwierdziła, że korzystała z usług ubezpieczonej w czerwcu 2015 r., a to przełożyło się na błędne ustalenia Sądu pierwszej instancji, który uznał, że ubezpieczona prowadziła pozorną działalność gospodarczą

6. art. 233 § 1 k.p.c. polegający na pominięciu dowodu z dokumentu - pisma ZUS do ubezpieczonej z dnia 16 sierpnia 2018 r., które dowodzi, że w postępowaniu w sprawie ubezpieczonej zakończonym w dniu 16 sierpnia 2018 r. ZUS ustalił całkowicie odmienny stan faktyczny i wydał w tej samej sprawie dwa razy decyzję, tj. po kontroli okoliczności związanych z prowadzoną przez X. M. działalnością gospodarczej, wypłacił ubezpieczonej świadczenia i

nie dopatrył się rzekomej pozorności działalności gospodarczej ubezpieczonej, a tym samym ZUS wydał zaskarżoną decyzję tak naprawdę w sprawie, w której już wcześniej milcząco załatwił sprawę na korzyść ubezpieczonej, co zdaniem ubezpieczonej jest niedopuszczalne.

Mając na uwadze powyższe zarzuty apelująca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zmianę zaskarżonej decyzji z dnia 15 lipca 2019 r. poprzez ustalenie, że X. M. podlegała obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu w okresie od dnia 1.06.2015 r. do dnia 3.04.2017 r. oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1.06.2015 r. do dnia 3.04.2017 r.. Ponadto apelująca wniosła o zasądzenie od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Oddział w S., Inspektoratu w Ś. na rzecz X. M. kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w wysokości według norm przepisanych za postępowanie przed Sądem pierwszej instancji oraz o zasądzenie od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Oddział w S. na rzecz X. M. kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w wysokości według norm przepisanych za postępowanie przed Sądem II instancji.

W odpowiedzi na apelację organ rentowy wniósł o jej oddalenie w całości oraz o zasądzenie na jego rzecz zwrotu kosztów zastępstwa procesowego przed Sądem drugiej instancji według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie. W przekonaniu Sądu Apelacyjnego, okoliczności rozpoznawanej sprawy nie pozwalały przyjąć, że zarejestrowana w spornym okresie przez ubezpieczoną działalność gospodarcza była rzeczywiście prowadzona, jako działalność o charakterze ciągłym i zarobkowym. Zaznaczyć jednakże należy, że Sąd Okręgowy poczynił niepełne ustalenia faktyczne oraz nie odniósł się do niektórych dowodów zgromadzonych w sprawie, na co trafnie zwróciła uwagę apelująca.

Sąd Apelacyjny zauważa, że postępowanie dowodowe dotyczy tylko okoliczności spornych, jednak dokonując w sprawie ustaleń nie można poprzestać jedynie na faktach przywołanych przez strony, w szczególności tych bezspornych, i tylko w oparciu o takie fakty dokonać subsumpcji, lecz należy uwzględnić wszystkie wyniki w sprawie istotne okoliczności, również te pomijane przez strony, i to w takim zakresie, który pozwoli na najpełniejsze wyjaśnienie wątpliwości, i tym samym przekonujące oraz trafne rozstrzygnięcie. Należy, bowiem zauważyć, że Sąd wydaje wyrok po przeprowadzeniu postępowania dowodowego i w oparciu o jego wynik, ale ma obowiązek uwzględnienia wszystkich okoliczności istotnych dla trafnej subsumpcji, a nie tylko tych, które podają sądowi strony. W myśl art. 316 § 1 k.p.c. sąd wydaje wyrok biorąc za podstawę stan rzeczy istniejący w chwili zamknięcia rozprawy, co obejmuje wszystkie fakty istotne z punktu widzenia subsumpcji, sporne i bezsporne, jak też określony stan prawny.

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

X. M. w okresie od 25.01.2010 r. do 19.06.2015 r. w wymiarze $\frac{3}{4}$ zatrudniona była w Hospicjum św. J. E. w S.. Wykonywała pracę na stanowisku psychologa. Bezpośrednio przed rozwiązaniem umowy o pracę ubezpieczona przebywała na urlopie wychowawczym w okresie od 29.05.2015 r. do 19 czerwca 2015 . (22 dni).

- dowód: kserokopia świadectwa pracy k. 2 akt rentowych

W maju 2015 r. X. M. odbyła rozmowę kwalifikacyjną dotyczącą zatrudnienia w klinice (...). Ubezpieczona została zaproszona na rozmowę kwalifikacyjną z polecenia osoby współpracującej z kliniką. Klinice zależało, aby współpraca rozpoczęła się jak najszybciej, tj. na przełomie maja i czerwca 2015 r. z uwagi na fakt, iż zatrudniana przez firmę

psycholog była już w ostatnim trymestrze ciąży. Zgodnie z przedłożonym projektem umowy, współpraca miała rozpocząć się z dniem 1 czerwca 2015 r. Umowa zaś nie została podpisana z uwagi na ciążę ubezpieczonej. Wysokość wynagrodzenia miała zależeć od liczby pacjentów przyjmowanych w klinice. Umowa nie została podpisana przez żadną ze stron.

W toku procesu ubezpieczona twierdziła, że o ciąży dowiedziała się dopiero podczas wizyty lekarskiej w dniu 24 czerwca 2015 r.

X.M. choć w istocie nie miała zamiaru podejmować działalności gospodarczej od 1 czerwca 2015 roku to właśnie tego tytułu zgłosiła siebie do obowiązkowych ubezpieczeń i zadeklarowała najwyższą podstawę wymiaru składek. W dniu zarejestrowania działalności gospodarczej ubezpieczona wiedziała, że jest w ciąży. Ubezpieczona wizytę ginekologiczną odbyła w dniu 24 czerwca 2015 r. Była wtedy w 9 tygodniu ciąży. Jak wynika z przedłożonej dokumentacji medycznej, ostatnią miesiączkę ubezpieczona miała w dniu 17 kwietnia 2015 r.

- dowód: wyjaśnienia ubezpieczonej, zeznania świadka A. J., e-protokół rozprawy z dnia 2.09.2020 r.; korespondencja e-mail z 8.06.2015 r., propozycja umowy współpracy z (...) plik akt rentowych

- pismo prof. dr hab. n. med. Z. C. k. 12 akt rentowych

Ubezpieczona w toku procesu przedłożyła dokumentację, z której wynikać miało, że w czerwcu 2015 r. przeprowadziła jedno szkolenie na rzecz (...) spółki z o.o. Program szkolenia obejmował następujące kwestie: rola farmaceuty, odróżnienie sytuacji trudnych od trudnego pacjenta, empatia, asertywność w relacji z pacjentem, komunikaty Ja, praca nad wnętrzem; 12 kroków do doskonałej obsługi pacjenta; świadoma obsługa pacjenta.

Spółka (...) w toku postępowania przed organem rentowym wskazała, że w szkoleniu brał udział wyłącznie Zarząd Spółki. Nie była sporządzana żadna lista obecności. Odbyło się kilka 2-godzinnych spotkań, prowadzone były również konsultacje telefoniczne. Po szkoleniu spółka nie otrzymała certyfikatu ani zaświadczenia o przebytych szkoleniu, a jedynie fakturę. Z zeznań A. S. wynikało (transkrypcja k. 99), że szkolenie dotyczyło obsługi trudnego pacjenta ale też zarządzania personelem i problemów z pracownikami.

W latach 2016 – 2019 pracownicy firmy (...) Sp. z o.o. korzystali ze szkoleń z zakresu obsługi „trudnego” pacjenta oraz dotyczących rozwiązywania problemów personalnych, organizowanych przez producentów leków lub hurtownie farmaceutyczne. Nie posiadają żadnych zaświadczeń potwierdzających ten fakt, ponieważ są one rzadko wydawane, a jeżeli już są, to nikt ich nie przechowuje.

A. S. o usługach ubezpieczonej dowiedziała się od swoich braci.

- dowód: pismo k. 125 akt rentowych; zeznania A.S. e-protokół rozprawy z dnia 4.03.2020 r., zeznania ubezpieczonej e-protokół rozprawy z dnia 2.09.2020 r.

X.M. współpracowała już od 2012 r. z M. H.. Usługi ubezpieczonej wykonywane były bezpłatnie. Ubezpieczona w ramach tej współpracy uzyskała możliwość rejestrowania przeprowadzonych sesji terapeutycznych.

- dowód: zeznania świadka M. H., e-protokół rozprawy z dnia 4.03.2020 r.

Bezpłatne usługi ubezpieczona świadczyła również na rzecz J. P. już od 2014 r. J. P. otworzyła prywatne przedszkole i poprosiła ubezpieczoną o pomoc. Początkowo do przedszkola uczęszczało jedno dziecko. Współpraca miała charakter przyjacielskiej przysługi.

- dowód: zeznania świadka J. P., e-protokół rozprawy z dnia 2.09.2020 r.

Ubezpieczona od 2012 r. świadczyła usługi na rzecz klientów indywidualnych. X. M. udzielała pomocy między innymi M. R. i R.R..

- dowód: zeznania świadków M. R. i R. R., e-protokół rozprawy z dnia 4.03.2020 r.

X. M. współpracowała także z A. Z. począwszy od 2010 r. Współpraca dotyczyła między innymi realizacji unijnego projektu. Ubezpieczona korzystała z gabinetu A. Z.. Z tytułu możliwości korzystania z gabinetu uiszczala kwotę 30 zł od wizyty jednego pacjenta.

- dowód: zeznania świadka A. Z., e-protokół rozprawy z dnia 4.03.2020 r.; zeznania ubezpieczonej e-protokół rozprawy z 2.09.2020 r.

Ubezpieczona przed zarejestrowaniem działalności współpracowała także z PCK w ramach różnych projektów. W czerwcu 2015 r. otrzymała propozycję kolejnego zlecenia, które miało być realizowane w lipcu 2015 r. Do realizacji zlecenia nie doszło ze względu na ciężę ubezpieczonej. X. M. zaproponowała, że zlecenie może zrealizować A. S. (1). Warsztaty, które miały być zrealizowane w lipcu 2015 r. były zleceniem jednorazowym.

- dowód: zeznania ubezpieczonej, e-protokół rozprawy z dnia 4.03.2020 r., zeznania świadka A. S. (1), e-protokół rozprawy z dnia 4.03.2020 r.

X. M. po pobraniu zasiłków chorobowych i macierzyńskich, tj. z dniem 3.04.2017 r., rozpoczęła wykonywanie usług na rzecz (...) Instytutu (...). Z tego tytułu wystawiła faktury na następujące kwoty: 04.2017 r. – 1885 zł, 1.05.2017 r. - 2465 zł, 1.06.2017 r. - 2195,08 zł, 1.07.2017 r. - 1685 zł, 1.08.2017 r. - 2332,18zł, 1.09.2017 r. – 3087 zł, 1.10.2017 r. - 2725 zł, 1.11.2017 r. – 2402 zł, 1.12.2017 r. – 1401 zł, 1.05.2018 r. - 2745 zł, 1.06.2018 r. – 2602 zł.

- dowód: księga przychodów i rozchodów, k. 184 - 194

X.M. po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego i zasiłków chorobowych od 04.2017 r. do 12.2017 r. zadeklarowała podstawę wymiaru składek wynoszącą 2557,80 zł, od 01.2018 r. do 12.2018 r. – 2665, 80 zł, od 01.2019 r. do 12.2019 r. – 1433,20 zł, za 01.2020 r. – 2097,52 zł, od 01.2020 r. do 12.2020 r. – 1766,50 zł, od 01.2021 r. – 2372,98 zł

- dowód: pismo ubezpieczonej z dnia 19 lutego 2021 r. wraz z załącznikami k. 221

Przechodząc do oceny istoty sporu wymaga podkreślenia, że działalność gospodarza, jako tytuł podlegania ubezpieczeniom społecznym (art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), tym różni się od tytułów opartych na zatrudnieniu pracowniczym lub zleceniobiorcy (art. 6 ust. 1 pkt 1 i 4), że zakres i wymiar ubezpieczenia zależy wyłącznie od woli przedsiębiorcy. Jest zwykłą pochodną działalności gospodarczej (art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 13 pkt 4). Przedsiębiorca działa w warunkach samodzielności i nie zależy od drugiej strony umowy, jak to ma miejsce w przypadku zatrudniania pracowników lub zleceniobiorców. Działalność gospodarcza jest jednak określoną sytuacją faktyczną i prawną, która realizuje się w określonych warunkach społeczno-gospodarczych, zatem o jej kwalifikacji nie decyduje tylko wola zainteresowanego przedsiębiorcy. Wykonywanie działalności z 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 rejestracji działalności gospodarczej nie może być tylko zamiar uzyskiwania zasiłków z ubezpieczenia chorobowego bez faktycznej aktywności zawodowej, przejawiającej się w realizacji przedmiotu tej działalności.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, całokształt okoliczności tej sprawy nie pozwolił na ustalenie, że X. M. faktycznie w spornym okresie (od 1 czerwca 2015 r. do 2 kwietnia 2017 r. prowadziła, w rozumieniu ustawowym, zarejestrowaną siebie działalność gospodarczą. Sekwencja zdarzeń, jak i dokumenty przesądzają, że rejestracja działalności przez odwołującą miała na celu jedynie jej zabezpieczenie socjalne przez zagwarantowanie systematycznych świadczeń z zabezpieczenia społecznego i to w maksymalnych dopuszczalnych wartościach.

Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że w zgromadzonym materiale dowodowym brak jest jakichkolwiek dowodów świadczących o zamiarze prowadzenia działalności gospodarczej przez X.M.. Należy zauważyć, że ubezpieczona do akt sprawy przedłożyła obszerny materiał dowodowy, za pomocą którego próbowała wykazać, iż podejmowała

działania mające na celu rozpoczęcie działalności gospodarczej. Jednakże całokształt ujawnionych w postępowaniu okoliczności faktycznych prowadzi do wniosku, iż działania podejmowane przez ubezpieczoną związane były cały czas z dotychczasową jej aktywnością zawodową dotyczącą wykonywania zleceń na rzecz różnych podmiotów, a nie z działalnością gospodarczą w rozumieniu ustawowym.

W treści apelacji ubezpieczona podkreślała, że decydując się na rozpoczęcie działalności gospodarczej była już znanym na rynku specjalistą, miała szeroką bazę kontaktów i klientów. Ponadto wskazywała, że miała rozpocząć współpracę z kliniką (...) (co, jak podkreślała, było kluczową motywacją do rozpoczęcia działalności gospodarczej) oraz miała podjąć się wykonania usługi na rzecz PCK.

Sąd odwoławczy zauważa jednak, że nie doszło do realizacji żadnej z powyższych umów. Przede wszystkim za niewiarygodne Sąd odwoławczy uznał zeznania ubezpieczonej, że decydując się na rozpoczęcie działalności gospodarczej nie wiedziała, że jest w ciąży. Należy bowiem zauważyć, że ubezpieczona zgłaszając się do ginekologa 24.06.2015 r. była już w 9 tygodniu ciąży. Ponadto z dokumentacji medycznej wynika, iż ostatnia miesiączka wystąpiła u ubezpieczonej 17 kwietnia 2015 r. Ubezpieczona zatem miała świadomość swojego stanu i spodziewała się, że w niedługim czasie stan ciąży będzie skutkował przerwą w prowadzeniu działalności. Skoro ubezpieczona twierdziła, że w maju 2015 r. negocjowała umowę z kliniką (...), o ciąży dowiedziała się dopiero 24 czerwca, to nie jest zrozumiałym, dlaczego zwlekała z podpisaniem umowy datowanej na 1 czerwca 2015 r., skoro współpraca z kliniką miała dla niej stanowić główne źródło dochodów. Tym samym nie jest zrozumiałe, dlaczego ubezpieczona, która jak twierdziła, nie wiedząc, że jest w ciąży aż do 24 czerwca 2015 r. – nie podpisała umowy. Na rozprawie w dniu 2 września 2020 r. ubezpieczona zeznała „nie podjęłam współpracy z kliniką ponieważ pod koniec czerwca dowiedziałam się, że jestem w ciąży” (transkrypcja zeznań k. 156).

Zachowanie X.M. prowadzi zatem do wniosku, że ubezpieczona wiedząc już w dniu 1 czerwca 2015 r., że jest w ciąży nie miała woli podpisania tej umowy. Zamiast tego, wyłącznie w celu uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego zarejestrowała działalność gospodarczą deklarując najwyższą możliwą podstawę wymiaru składek. Kolejno, ubezpieczona nie zdecydowała się na realizację usługi na rzecz PCK związanej z prowadzeniem warsztatów. Skoro warsztaty te miały odbywać się w lipcu, nie jest zrozumiałym dlaczego przez prawie cały miesiąc czerwiec, ubezpieczona (rzekomo nie wiedząc o ciąży) nie zdecydowała się na podpisanie stosownej umowy z PCK i ustalenie warunków współpracy. Okoliczność ta również potwierdza to, że ubezpieczona decydując się na rozpoczęcie działalności gospodarczej wiedziała, że jest w ciąży i jej działanie podyktowane było chęcią skorzystania w niedługim czasie ze świadczeń z ubezpieczeń społecznych związanych z ciążą.

Sąd odwoławczy miał także na uwadze, że aż do dnia 19.06.2015 r. ubezpieczona pozostawała zatrudniona w Hospicjum św. J. E. w S.. Bezpośrednio przed ustaniem stosunku pracy ubezpieczona przebywała na urlopie wychowawczym. Skoro ubezpieczona – jak twierdziła – już w maju i czerwcu 2015 r. negocjowała kolejne umowy, zrealizowała szkolenie na rzecz spółki (...) nic nie stało na przeszkodzie, aby w dalszym ciągu, będąc na urlopie wychowawczym, wykonywała usługi na rzecz poszczególnych podmiotów w ramach umów zlecenia, jak to odbywało się dotychczas.

Schemat działania ubezpieczonej prowadzi do wniosku, iż będąc świadoma stanu ciąży, zdecydowała się na zakończenie współpracy z Hospicjum, gdzie osiągała znacznie niższe dochody (1500 zł miesięcznie) i zdecydowała się na zgłoszenie do ubezpieczeń jako osoba wykonująca działalność gospodarczą w celu uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczeń (od samego początku zadeklarowała podstawę wymiaru składek wynoszącą 9897,50 zł). Z uwagi na fakt, że ubezpieczona pozostawała wcześniej w stosunku pracy (który sama rozwiązała będąc w trakcie urlopu wychowawczego) opłaciła jedynie składkę za miesiąc działalności i już w lipcu rozpoczęła długotrwałe korzystanie ze zwolnienia lekarskiego. Znamienne jest również to, że po rozpoczęciu prowadzenia działalności w kwietniu 2017 r. ubezpieczona, która miała już wówczas podpisaną umowę z (...) Instytutem (...) i zapewnione stałe dochody zadeklarowała najniższą podstawę wymiaru składek.

Jak wynika ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, ubezpieczona w czerwcu 2015 r., poza jednym szkoleniem na rzecz spółki (...), nie wykonywała żadnych czynności związanych z działalnością gospodarczą, bowiem nie doszło do realizacji umów z kliniką (...), jak również z PCK.

W ocenie Sądu odwoławczego zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwolił również na ustalenie, że spółka (...) nie miała zapotrzebowania na szkolenie psychologiczne w zakresie wskazanym przez ubezpieczoną i wynikającym z dołączonych do odwołania dokumentów. Jak wynika bowiem z wyjaśnień świadka A.S. składanych przed organem rentowym, szkolenia miały być przeprowadzone tylko dla członków Zarządu Spółki. Wątpliwość wzbudza zatem przeprowadzenie szkolenia dotyczącego postępowania z pacjentami dla osób, które pacjentów nie obsługują. Nadto należy zauważyć, że strony nie podpisały umowy na przeprowadzenie tego szkolenia.

Ubezpieczona w celu wykazania, że od 1 czerwca 2015 r. rozpoczęła wykonywanie działalności gospodarczej, powołała się także na dowód z zeznań świadków M. R. i R. R.. Zeznania tych świadków są wiarygodne co do tego, że korzystali z pomocy X. M.. Jednakże uwagi wymaga, że świadkowie wskazywali, iż z pomocy tej korzystali od 2012 r. Z zeznań tych świadków nie wynika natomiast, by korzystali z pomocy terapeutycznej świadczonej przez ubezpieczoną w czerwcu 2015 r. Zeznania te potwierdzają jedynie okoliczność, iż ubezpieczona w ramach realizowania wcześniejszych umów zlecenia na rzecz różnych podmiotów, świadczyła usługi terapeutyczne, ale nie potwierdzają tego, by X. M. usługi te świadczyła jako osoba prowadząca działalność gospodarczą.

Również zeznania świadka A. S. (1) należy ocenić jako wiarygodne w zakresie wskazywania, że świadek w zastępstwie ubezpieczonej prowadziła warsztaty na rzecz PCK. Jednakże należy wskazać, iż warsztaty te były usługą jednorazową. Ubezpieczona już we wcześniejszych latach współpracowała z PCK w ramach umów zlecenia. Jak wskazano we wcześniejszej części uzasadnienia, ubezpieczona mogła w dalszym ciągu współpracować z PCK na dotychczasowych zasadach, skoro było to dla niej korzystne finansowo przez wiele lat.

Twierdzenia ubezpieczonej X. M. o prowadzeniu działalności gospodarczej nie znajdują potwierdzenia także w zeznaniach świadka M. H.. Z zeznań tego świadka również wynika, że współpracowała z ubezpieczoną już od 2012 r., a usługi na rzecz świadka ubezpieczona wykonywała bezpłatnie. Także współpraca ze świadkiem J. P. była nieodpłatna i rozpoczęła się już w 2014 r. Z zeznań tych świadków również nie wynika, aby ubezpieczona na ich rzecz świadczyła usługi w ramach wykonywanej działalności gospodarczej. Tym bardziej, że z tytułu tych usług nie otrzymywała żadnego wynagrodzenia co świadczy o braku zarobkowego charakteru tych usług..

Mając na uwadze powyższe okoliczności Sąd odwoławczy doszedł do przekonania, że w sprawie zaistniał ciąg zdarzeń, który w całości pozwolił na ocenę, że zarejestrowana przez ubezpieczoną działalność nie miała ciągłego charakteru. Ubezpieczona zarejestrowała własną działalność gospodarczą od 1 czerwca 2015 r., a po niespełna miesiącu od zarejestrowania stała się niezdolna do jej wykonywania w związku z ciążą. W przekonaniu Sądu Apelacyjnego jedynym celem sformalizowanej działalności gospodarczej ubezpieczonej była maksymalizacja świadczeń z ubezpieczenia społecznego, przez wygenerowanie nierealnego tytułu ubezpieczenia. X. M., mimo formalnego zarejestrowania pozarolniczej działalności gospodarczej, w rzeczywistości nigdy jej nie prowadziła. W ocenie Sądu odwoławczego działalność ubezpieczonej ograniczała się de facto do wypełnienia formalności przy założeniu działalności, której finalnie nie prowadziła. Całokształt okoliczności sprawy nie dawał zatem podstaw do uznania, że ubezpieczona w spornym okresie miała zamiar i faktycznie prowadziła zarejestrowaną pozarolniczą działalność gospodarczą w rozumieniu art. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej i z tego tytułu podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 8

ust. 6, art. 12 ust. 1 i art. 13 pkt 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Wprawdzie odwołująca dokonała wstępnych czynności formalnych jak dokonanie wpisu do CEIDG, dokonanie zgłoszenia do celów ubezpieczeniowych i podatkowych, jak też wskazała, że przeprowadziła w czerwcu 2015 r. jedno szkolenie oraz negocjowała umowę z kliniką (...) oraz chęć przeprowadzenia warsztatów na rzecz PCK, które mogłyby świadczyć o

podjęciu działalności gospodarczej, to jednak w okolicznościach niniejszej sprawy działań tych nie można utożsamiać z zamiarem (wolą) jej rzeczywistego prowadzenia.

W ocenie Sądu Apelacyjnego czynności przygotowawcze do działalności nie miały istotnego znaczenia przy ocenie stanu faktycznego sprawy, ponieważ nie przełożyły się na faktyczne jej prowadzenie przez ubezpieczoną. Podjęcie czynności zmierzających bezpośrednio do rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej (czynności przygotowawczych) może stanowić o jej wykonywaniu jedynie wówczas, gdy w ich następstwie doszło do faktycznego jej uruchomienia (por. wyrok SN z dnia 25 listopada 2005 r., I UK 80/05; wyrok SN z dnia 23 marca 2006 r., I UK 220/05; wyrok SN z dnia 18 października 2011 r., II UK 51/11). W przekonaniu Sądu Apelacyjnego skarżąca nie miała zamiaru prowadzenia własnej działalności gospodarczej, a przedstawione przez nią zdarzenia gospodarcze miały na celu jedynie pozorowanie prowadzenia tej działalności.

W aspekcie powyższego należy przywołać następujący pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w wyroku z 21.09.2017 r., I UK 366/16: Ciągłość w działalności gospodarczej ma dwa aspekty. Pierwszy to powtarzalność czynności, tak aby odróżnić prowadzoną działalność gospodarczą od jednostkowej umowy o dzieło lub zlecenia albo umowy o świadczenie usługi, które same w sobie nie stanowią lub nie składają się jeszcze na działalność gospodarczą. Drugi aspekt, wynikający zresztą z pierwszego, to zamiar niekrótkiego prowadzenia działalności gospodarczej. Oba aspekty zależą od zachowania osoby podejmującej działalność gospodarczą. Ocena ciągłości działalności gospodarczej łączy się z oceną zarobkowego jej charakteru. W uzasadnieniu tego wyroku, Sąd Najwyższy wskazał, że działalność gospodarcza jest określoną sytuacją faktyczną i prawną, czyli o jej zaistnieniu decyduje nie tylko wola zainteresowanego, i w takim razie ubezpieczenie społeczne nie może być głównym celem działalności gospodarczej. Celem takim jest natomiast zarobek, czyli dochód, pokrywający w pełni koszty działalności, w tym ubezpieczenia społecznego, a ponadto wystarczający na utrzymanie oraz rozwój przedsiębiorcy. (...) Wykonywanie działalności, co do zasady polega na powtarzalności podjętych działań, które podporządkowane są regułom zysku i opłacalności. Ubezpieczenia społeczne są wówczas jedynie pochodną takiej działalności, dlatego założeniem wyjściowym zarejestrowania działalności gospodarczej, nie może być uzyskiwanie zasiłków z ubezpieczenia chorobowego.

W nawiązaniu do orzecznictwa, Sąd Apelacyjny zatem wskazuje, że nie każda usługa będzie stanowiła o działalności gospodarczej w sensie prawnym, już tylko dlatego, że została zgłoszona do ewidencji jako działalność gospodarcza. O ile ciągłość działalności nie musi polegać w każdym przypadku na codziennym podejmowaniu czynności związanych z przedmiotem działalności, to jednak kluczowe dla zdefiniowania działalności gospodarczej jest, aby przedsiębiorca realizował systematyczne i powtarzalne czynności zawodowe o charakterze i celu zarobkowym. Rozpoczęcie działalności gospodarczej musi być działaniem konsekwentnym i przemyślanym pod względem organizacyjnym, technicznym, ekonomicznym, finansowym, marketingowym, handlowym i tak też realizowane.

W ustalonych okolicznościach sprawy nie sposób uznać, że odwołująca spełniła przedstawione kryteria, definiujące działalność gospodarczą. Ubezpieczona nie podjęła żadnych zorganizowanych, racjonalnych i przemyślanych czynności zawodowych o charakterze usług terapeutycznych w okresie bezpośrednio po zarejestrowaniu działalności. Sąd Apelacyjny przy tym nie kwestionuje kwalifikacji zawodowych ubezpieczonej, jak również nie kwestionuje, że ubezpieczona współpracowała z wieloma podmiotami oraz miała indywidualnych klientów. Jednakże wszystko to odbywało się w ramach świadczonych umów zlecenia na rzecz poszczególnych podmiotów, w ramach projektów finansowanych ze środków unijnych, jednak na takiej podstawie faktycznej, nie można było zakwalifikować tej aktywności, jako zawodowej i rzeczywistej działalności gospodarczej. Usługi oferowane przez ubezpieczoną nie spełniały definicji działalności przedsiębiorcy w rozumieniu ustawowym, tym bardziej, że ubezpieczona nie wykazała by od 1 czerwca 2015 roku przez cały sporny okres była to działalność zarobkowa i nastawiona na utrzymanie firmy.

Trafnie podkreślił Sąd Okręgowy, że istotną okolicznością obciążającą odwołującą było zadeklarowanie nierealnie wysokiej podstawy wymiaru składek, zważywszy że dotyczyło to okresu bezpośrednio po założeniu działalności gospodarczej. Należy przy tym zauważyć, że art. 18 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wskazuje, że składki na ubezpieczenie społeczne są powiązane z przychodem ubezpieczonego, który to przychód wynika z określonego stosunku ubezpieczeniowego. W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą, ponieważ przychód w

danym miesiącu nie jest przedsiębiorcy jeszcze znany, ustawodawca przyjął regułę samodzielnego deklarowania kwoty będącej podstawą wymiaru składek. Taka regulacja prawna nie dopuszcza jednak całkowitej dowolności w tej kwestii i oderwania kwoty podstawy wymiaru składki od uzyskiwanego przychodu. Skoro ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych - co do zasady - wiąże podstawę wymiaru składek z wielkością przychodu, to winna istnieć elementarna korelacja, między zadeklarowaną kwotą podstawy wymiaru składek, a faktycznie uzyskanym i spodziewanym przychodem. Pomimo, zatem prawnej dowolności deklaracji wysokości podstawy wymiaru składek, należy jednak uznać, że wysokość podstawy wymiaru składek jest związana z dochodem przedsiębiorcy. W przekonaniu Sądu Apelacyjnego, X. M. w zaistniałej sytuacji faktycznej, nie powinna spodziewać się świadczeń z ubezpieczenia społecznego, ponieważ świadczenia, co do zasady powinny stanowić proporcjonalną rekompensatę za utracone dochody (nie pracuję bo jestem chory, a więc tracę przychód, który w formie świadczenia z ubezpieczenia zwróci mi Zakład, ponieważ płaciłem składki na to ubezpieczenia). Świadczenia z ubezpieczenia społecznego nie stanowią formy zarobkowania i nie mogą być realizowane tylko za intencjonalnie opłacone składki w maksymalnie dopuszczalnej wysokości, z ewidentnym zamiarem osiągnięcia świadczeń zawyżonych. W sprawie z analizy wpłat dokonanych przez ubezpieczoną na FUS z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w spornym okresie oraz wypłat dokonanych z tego Funduszu z tytułu zasiłków chorobowych oraz opiekuńczych wynika, że X. M. potraktowała FUS jako źródło zarobkowania; wpłaciła składki w kwocie 3144,44 zł, a z Funduszu otrzymała 200 477, 40 zł.

W takim stanie sprawy, Sąd Apelacyjny nie zaakceptował żadnych zarzutów apelacji. Uznał, że ubezpieczona świadomie podjęła intencjonalne zabiegi, zmierzające do uzyskania z ubezpieczenia społecznego radykalnie zawyżonych świadczeń i tylko w tym celu jednokrotnie opłaciła składki w maksymalnej wysokości. Przy tym należy wskazać, że Sąd Apelacyjny nie miał wątpliwości, że ubezpieczona była pewna, że istniały przesłanki zdrowotne i rodzinne, umożliwiające jej skorzystanie w najbliższym czasie ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Jak bowiem wynika z ustalonego stanu faktycznego, ubezpieczona ostatnią miesięczkę miała 17 kwietnia 2015 r. Podczas wizyty w dniu 24 czerwca 2015 r. lekarz potwierdził 9 tydzień ciąży u ubezpieczonej. Natomiast od 1 lipca 2015 r. ubezpieczona była już niezdolna do pracy w związku z chorobą w czasie ciąży.

Odnosząc się do poszczególnych zarzutów procesowych, Sąd Apelacyjny podkreśla, że dla podważenia ustaleń Sądu pierwszej instancji, skarżąca winna wskazać, w jakich fragmentach argumentacja sądu była sprzeczna z zasadami logiki lub doświadczenia życiowego względnie, które elementy materiału dowodowego zostały przez sąd pominięte. Ubezpieczona wskazała na pewne nieprawidłowości w sporządzonym przez Sąd pierwszej instancji uzasadnieniu w zakresie oceny poszczególnych dowodów. Jednakże całość zgromadzonego materiału dowodowego pozwoliła na poczynienie kategoriycznych ustaleń i ocenę, że podnoszone zarzuty są wyrazem bardzo subiektywnej oceny wyselekcjonowanych dowodów. Uzasadnienie apelacji, prowadzi do refleksji, że skarżąca każdą z okoliczności, wynikających z przeprowadzonego postępowania dowodowego, widzi niejako w sposób wyizolowany i w zupełnym oderwaniu od pozostałych okoliczności. W apelacji ubezpieczona przede wszystkim wskazała, że to kontrakt z kliniką (...) miał przynosić jej duży dochód, podobnie jak współpraca PCK. Sąd Okręgowy co prawda nie odniósł się do tej okoliczności, niemniej jednak w ocenie Sądu Apelacyjnego, twierdzenia apelującej w tym zakresie nie pozwoliły na zmianę zaskarżonego wyroku i poprzedzającej go decyzji w sposób przez odwołującą postulowany. Ubezpieczona w treści uzasadnienia apelacji tłumaczyła także specyfikę prowadzonej działalności, sposób pozyskiwania i utrzymywania klientów, przekonywała też o spójności zeznań swoich i słuchanych w sprawie świadków, co do miejsca, w której działalność była prowadzona, motywów rozpoczęcia działalności, realizowanych umów. Ubezpieczona jednak nie chciała dostrzec, że separacja poszczególnych dowodów oraz wynikających z nich faktów, ignorowanie wzajemnego powiązania, powoduje iż będące przedmiotem osądu zdarzenie, przestaje być spójnym ciągiem następujących po sobie i wzajemnie powiązanych elementów. Tymczasem całokształt okoliczności przekonująco i niewątpliwie wskazuje, że ubezpieczona w spornym okresie uczyniła źródło utrzymania z zasiłków chorobowych i opiekuńczych, zaś zgłoszenie prowadzenia działalności gospodarczej miało na celu nie osiągnięcie przychodów umożliwiających utrzymanie firmy i jej właściciela, a jedynie stworzenie tytułu do podlegania ubezpieczeniom społecznym. Nawiązując do argumentacji dotyczącej figurowania ubezpieczonej w różnych rejestrach, na różnych stronach internetowych i uznaniu jej w środowisku jako specjalisty, braku reklamy swoich usług, Sąd Apelacyjny podkreśla, że są to de facto szczegóły, które byłyby faktycznie nieistotne, gdyby pozostałe okoliczności niezbieżnie wskazywały na realny zamiar

prowadzenie działalności. Ubezpieczona wypunktowała sądom obu instancji nader szczególną specyfikę jej branży, sposób pozyskiwania klientów. Oczywiście jest bowiem, że prócz tzw. poczty pantoflowej, współcześnie głównym miejscem reklamowania usług, również tego typu, są strony internetowe, portale społecznościowe, na których to specjaliści różnych branż, w tym także zajmujący się psychoterapią, najczęściej prezentują zakres udzielanych świadczeń, prezentują narzędzia, którymi dysponują, wskazują na zakres realizowanych usług oraz zdobywane doświadczenia, tym samym reklamując się i pozyskując nowych klientów. Żadnego z ww. działań ubezpieczona nie podjęła, a to dlatego, że nie miała potrzeby realnego prowadzenia stałej i zorganizowanej działalności gospodarczej. Sąd Apelacyjny ponownie podkreśla, że nie kwestionuje, iż ubezpieczona przez wiele lat była psychoterapeutką, że była znana w branży, jednakże wszystkie działania realizowała w formie zleceń, czy też będąc zatrudniona w Hospicjum. Ubezpieczona nie wykazała racjonalnych powodów, dla których będąc w trakcie urlopu wychowawczego udzielonego jej przez pracodawcę i będąc w ciąży, zdecydowała się na rezygnację ze stałego zatrudnienia i rozpoczęcie działalności gospodarczej.

Odnosnie świadczonych w spornym okresie usług, ich miejsca, posiadanego sprzętu pomocniczego, przypomnieć należy, że organ rentowy wyłączając X. M. z ubezpieczeń społecznych od 1 czerwca 2015 r. do 3 kwietnia 2017 roku wykluczył całkowicie prowadzenie przez ubezpieczoną działalności w spornym okresie. Tym samym zakwestionował, by cokolwiek świadczyło o faktycznym wykonywaniu przez ubezpieczoną usług w ramach działalności gospodarczej. Zgodnie z regułami dowodzenia (art. 6 k.c., art. 232 k.p.c.), to na X. M. spoczywał ciężar dowodzenia faktycznego wykonywania działalności w spornym okresie. Ciężarowi temu ubezpieczona ostatecznie nie sprostała, a to wobec niemożności zaoferowania jakiegokolwiek materiału dowodowego na potwierdzenie świadczenia usług terapeutycznych w spornym czasie. Niewątpliwie ubezpieczona przez wiele lat przed zgłoszeniem działalności gospodarczej dysponowała odpowiednimi narzędziami, doszkalala się, zakupila pomoce do terapii piaskowej, realizowała wiele usług i z jej pomocy korzystało wiele osób, jednakże okoliczności te nie dotyczyły aktywności ubezpieczonej jako osoby prowadzącej działalność gospodarczą w ustawowym znaczeniu. Wbrew intencjom ubezpieczonej, słuchani w sprawie świadkowie nie potwierdzili, by w czerwcu 2015 r. X. M. prowadziła działalność gospodarczą. Zeznania świadków odnoszą się do okresu sprzed zarejestrowania działalności. Na potwierdzenie motywacji, którą ubezpieczona kierowała się przy rozpoczynaniu działalności, ubezpieczona zaoferowała dowód z zeznań swoich oraz swojego męża P. M.. Jednakże okoliczności wynikające z tych zeznań, przy ocenie całokształtu materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie, nie mogły okazać się wystarczające do podważenia tezy o braku prowadzenia w spornym okresie działalności gospodarczej. W szczególności analiza zeznań świadków nie pozwala na logiczne wyjaśnienie tego, dlaczego X. M. zwlekala z podpisaniem umowy z V., co miało być dla niej bardzo korzystne finansowo i pozostawala zatrudniona w Hospicjum aż do połowy czerwca 2015 r. Jedynym uzasadnieniem takiego postępowania była chęć korzystania z wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego w stosunku do tych, jakie mogłaby uzyskać ubezpieczona z tytułu zatrudniania w ramach umowy o pracę i osiągniętych z tego tytułu zarobków (1500 zł miesięcznie).

Sąd odwoławczy dodatkowo wskazuje, że na ocenę zeznań świadka P. M. wpływa również treść korespondencji e-mail załączonej do akt sprawy przez pełnomocnika odwołującej się (k. 214 akt sprawy). Mąż ubezpieczonej przesyłając pełnomocnikowi odwołującej dokumentację medyczną żony oraz obrazującą przebieg ciąży wskazał, cyt: „Zdecyduj co dajemy. Czy wyniki krwi z 22.06.2015 r. czy też dopiero późniejsze”. Powyższe potwierdza, że już przed wizytą u ginekologa, która miała miejsce w dniu 24.06.2015 r., ubezpieczona miała wiedzę odnośnie ciąży, bowiem robiła badania krwi. Mąż ubezpieczonej, który w sprawie zeznawał jako świadek, przedstawiał niewątpliwie tak okoliczności sprawy, by sprawa ubezpieczonej została korzystnie dla niej rozstrzygnięta. Okoliczność, iż mąż ubezpieczonej – przesyłając do pełnomocnika ubezpieczonej określoną dokumentację medyczną - miał wątpliwość co do tego, czy należy przesłać również wcześniejsze wyniki badania krwi, wpływa na ocenę wiarygodności jego zeznań. Tym samym należało ocenić, że zeznania P. M. nie mogły zostać ocenione jako wiarygodne w zakresie ustalenia okoliczności związanych z rozpoczęciem przez ubezpieczoną działalności gospodarczej.

O intencjonalnym założeniu działalności gospodarczej wyłącznie w celu uzyskiwania przez ubezpieczoną wysokich świadczeń z ubezpieczeń społecznych w spornym okresie, świadczy również okoliczność, iż po dniu 3 kwietnia

2017 r., kiedy to ubezpieczona faktycznie rozpoczęła prowadzenie działalności gospodarczej, nie zdecydowała się na deklarowanie najwyższej możliwej podstawy wymiaru składek. Ubezpieczona korzystała ze stawek preferencyjnych i tzw. małego ZUS-u. Ubezpieczona takie postępowania tłumaczyła tym, że powróciła do prowadzenia działalności po długim zwolnieniu i urlopie macierzyńskim i nie mogła być pewna tego, czy zdobędzie nowych klientów. Przypomnienia jednak wymaga, że ubezpieczona już wcześniej, jeszcze przed rzekomym rozpoczęciem prowadzenia działalności gospodarczej od 1 czerwca 2015 r., korzystała z urlopu macierzyńskiego, wychowawczego związanych z urodzeniem pierwszego dziecka. Nie przeszkodziło jej to wówczas ani w założeniu działalności, ani w zadeklarowaniu maksymalnej podstawy wymiaru składek na samym początku prowadzenia działalności gospodarczej, mimo przerwy w świadczeniu usług terapeutycznych. Co więcej, w tym kontekście należy przywołać twierdzenia ubezpieczonej i jej męża, że podjęli decyzję o deklarowaniu przez ubezpieczoną maksymalnej podstawy wymiaru składek, bowiem miało to zabezpieczyć rodzinę przed niespodziewanymi zdarzeniami, przed niemożnością prowadzenia przez ubezpieczoną działalności w związku z koniecznością sprawowania opieki nad dzieckiem, w związku z chęcią zapewnienia w przyszłości wyższych świadczeń emerytalnych. Tym samym postępowanie ubezpieczonej, która zrezygnowała z opłacania składek od najwyższej podstawy ich wymiaru, w sytuacji w której miała już dwoje dzieci i większe prawdopodobieństwo, że będzie musiała skorzystać z przerw w prowadzeniu działalności, jawi się jako nielogiczne. Tym samym, w powiązaniu z całością ujawnionych okoliczności w sprawie, wskazuje wyłącznie na to, iż ubezpieczona rejestrując działalność gospodarczą i wiedząc, że jest w ciąży, zadeklarowała składki w maksymalnej wysokości, aby w niedługim czasie skorzystać z bardzo wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Apelująca wskazywała także, że organ rentowy przeprowadzając po raz pierwszy kontrolę prawidłowości dokonanego zgłoszenia rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej, nie zakwestionował jej, a rozpoczął wypłatę świadczeń. Dopiero ponowa kontrola, dotycząca tego samego okresu, skutkowałą wyłączeniem X. M. z ubezpieczeń. Organ rentowy nie ma ograniczeń czasowych do wydania deklaratoryjnej decyzji stwierdzającej istnienie czy też nieistnienie obowiązku ubezpieczeń społecznych. Jak zauważa ubezpieczona, pierwsza kontrola nie doprowadziła do wydania decyzji. Natomiast przedmiot rozpoznania sprawy przez sąd powszechny wyznacza zaskarżona decyzja organu rentowego. Ubezpieczona odwołała się od niekorzystnej dla niej decyzji, a zatem ocenie Sądu podlegały okoliczności związane ze zgłoszeniem przez X. M. działalności gospodarczej w okresie od 1 czerwca 2015 roku do 3 kwietnia 2017 roku. Okoliczność ponownej kontroli ubezpieczonej nie miała zatem wpływu na ocenę ustalenia podlegania przez X. M. ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej.

Na zakończenie Sąd Apelacyjny podkreśla doniosłość zasady równego traktowania, która wynika z art. 2a ustawy systemowej.

1. Ustawa stoi na gruncie równego traktowania wszystkich ubezpieczonych bez względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, stan cywilny oraz stan rodzinny.
2. Zasada równego traktowania dotyczy w szczególności:
 - 1) warunków objęcia systemem ubezpieczeń społecznych;
 - 2) obowiązku opłacania i obliczania wysokości składek na ubezpieczenie społeczne;
 - 3) obliczania wysokości świadczeń;
 - 4) okresu wypłaty świadczeń i zachowania prawa do świadczeń.

W przekonaniu Sądu Apelacyjnego, w wyżej opisane działania odwołującej pozostawały w ewidentnej sprzeczności z przywołaną zasadą, jak też z zasadą solidaryzmu ubezpieczeń społecznych, w tym przysługiwania proporcjonalnych świadczeń w zależności od wymaganego okresu oraz wysokości opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne. Ubezpieczona nie mogła, bowiem uzyskiwać z FUS nadmiernych korzyści i finansować kosztów swojego utrzymania z pokrzywdzeniem innych uczestników i beneficjentów systemu, którzy rzetelnie pracują i rozliczają swoje zobowiązania publicznoprawne. Dla zdecydowanej większości pracowników, poza zasięgiem są świadczenia w takiej

wysokości, jaką zagwarantowała sobie odwołująca wskutek działań, które podjęła. Nieakceptowane społecznie zachowanie ubezpieczonej, działanie nakierowane na pokrzywdzenie Funduszu, należącego przecież do wszystkich partycypujących w jego powstawaniu i utrzymywaniu, nie zasługuje na aprobatę prawną, a już na pewno nie powinno prowadzić do finansowego uprzywilejowania ubezpieczonej, w odniesieniu do innych płatników. Sąd Apelacyjny uznał, że odwołująca naruszyła ogólną zasadę art. 2a ustawy systemowej, zatem podjęte przez nią czynności, na gruncie prawa ubezpieczeń społecznych nie mogły korzystać z ochrony prawnej.

W konsekwencji Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację ubezpieczonej. O kosztach orzeczono zgodnie z wnioskiem organu rentowego na podstawie art. 98 k.p.c. oraz § 10 ust. 1 pkt 2 i § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2018.265 j.t.).

Jolanta Hawryzko Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk Barbara Białecka