

Sygn. akt III AUa 262/22

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 września 2022 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Katarzyna Kaźmierczak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 20 września 2022 r. w S.

sprawy J. J.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o podleganie ubezpieczeniom społecznym

na skutek apelacji ubezpieczonej

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 23 lutego 2022 r., sygn. akt VI U 1002/21

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

	Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk	
--	----------------------------------	--

Sygn. akt III AUa 262/22

## UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. decyzją numer (...) z dnia 17 marca 2021 roku stwierdził, że J. J. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym oraz wypadkowemu od 1 stycznia 2014 roku do 29 kwietnia 2020 roku oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 stycznia 2014 roku do 29 kwietnia 2020 roku. Uzasadniając swoje stanowisko organ rentowy wskazał, że J. J. od 01 listopada 2014 roku zgłosiła rozpoczęcie prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w zakresie organizacji imprez okolicznościowych pod nazwą (...) (...). Następnie po zaledwie 30 dniach od zgłoszenia do ubezpieczeń i opłaceniu jednej składki na ubezpieczenia społeczne J. J. rozpoczęła wieloletni okres niemal nieprzerwanego korzystania ze zwolnień lekarskich i zasiłków macierzyńskich: od 01 grudnia 2014 r. do 30 kwietnia 2015 r. - zasiłek chorobowy, od 12 maja 2015 r. do 24 listopada 2015 r. - zasiłek chorobowy, od 25 listopada 2015 r. do 22 listopada 2016 r. - zasiłek macierzyński, od 28 listopada 2016 r. do 04 lipca 2017 r. - zasiłek chorobowy, od 05

lipca 2017 r. do 03 lipca 2018 r. - zasiłek macierzyński, od 13 września 2018 r. do 11 marca 2019 r. - zasiłek chorobowy. Zdaniem organu rentowego analiza sprawy wykazała, że po opłaceniu zalewnej składki na ubezpieczenia społeczne za listopad 2014 r., która wyniosła 2 871 zł, J. J. pobrała świadczenia w łącznej kwocie 327 008,82 zł.

Dalej organ rentowy wskazał, że po zakończeniu pobierania świadczeń J. J. opłaca składki od najniższej możliwej do zadeklarowania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, korzystając z ulgi przewidzianej dla przedsiębiorców uzyskujących niskie przychody, przewidzianej w art. 18c ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Podstawa wymiaru zadeklarowana przez J. J. po zakończeniu pobierania świadczeń wynosiła: za marzec 2019 r. - 435,48 zł, od kwietnia 2019 r. do grudnia 2019 r. - 675 zł, od stycznia 2020 r. do grudnia 2020 r. - 780 zł, od stycznia do lutego 2021 r. - 840 zł.

W odwołaniu od powyższej decyzji J. J. reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika wniosła o jej zmianę poprzez ustalenie, że odwołująca jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu od dnia 1 listopada 2014 r. do 29 kwietnia 2020 r. oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 listopada 2014 r. do 29 kwietnia 2020 r., a nadto o zasądzenie od ZUS na rzecz odwołującej zwrotu kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Zaskarżonej decyzji odwołująca zarzuciła:

- naruszenie prawa materialnego, tj. art. 156 § 1 pkt 2 k.p.a. poprzez wydanie decyzji z rażącym naruszeniem prawa, polegającej na wskazaniu w zaskarżonej decyzji błędnego okresu wyłączenia z ubezpieczeń społecznych,

- naruszenie prawa materialnego, tj. art. 83b ust. 1 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, polegające na prowadzeniu kontroli, która dotyczy przedmiotu kontroli objętego uprzednio zakończoną kontrolą prowadzoną przez ten sam organ tj. kontrolę organu zakończoną protokołem kontroli,

- naruszenie prawa materialnego, tj. art. 10 ust. 2 ustawy prawo przedsiębiorców poprzez rozstrzygnięcie wątpliwości co do stanu faktycznego na niekorzyść przedsiębiorcy; w konsekwencji powyższego - naruszenie prawa materialnego, tj. art. 8 ust. 6 pkt. 1 i art. 11 ust. 2 w zw. z art. 6 ust. 1 pkt. 5 oraz art. 12 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych - w zw. z art. 3 i 4 ustawy prawo przedsiębiorców, poprzez uznanie, że ubezpieczona rzeczywiście nie wykonywała działalności gospodarczej, która zgodnie z w/w przepisami stanowiłaby tytuł do ubezpieczeń społecznych, podczas gdy przesłanki działalności gospodarczej zostały spełnione i należało w oparciu o w/w przepisy uznać, że wnioskodawczyni podlega ubezpieczeniem społecznym z tytułu wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej od dnia 1 listopada 2014 r. do dnia 29 kwietnia 2020 r.,

- naruszenie prawa materialnego tj. art. 11 ust. 2 w zw. z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej poprzez ich błędne niezastosowanie, podczas gdy z przeprowadzonych w sprawie dowodów wynika jednoznacznie, że powódka w okresie od dnia 1 listopada 2014 r. do 29 kwietnia 2020 r. podlegała ubezpieczeniom emerytalnym, rentowym i wypadkowemu w związku z prowadzoną przez siebie działalnością gospodarczą, a w konsekwencji, podlegała też dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w tym okresie,

- naruszenie prawa materialnego tj. art. 12 ust. 1 w zw. z art. 6 ust 1 pkt 5 ustawy systemowej poprzez ich błędne niezastosowanie, podczas gdy z przeprowadzonych w sprawie dowodów wynika jednoznacznie, że powódka w okresie od dnia 1 listopada 2014 r. do 29 kwietnia 2020 r. podlegała ubezpieczeniom emerytalnym, rentowym i wypadkowym w związku z prowadzoną przez siebie działalnością gospodarczą, a w konsekwencji, podlegała też w tym okresie obowiązkowo ubezpieczeniu wypadkowemu,

- naruszenie przepisów kodeksu postępowania administracyjnego - to jest art. 7, 77 § 1 i 3 oraz 80 w sposób mający istotny wpływ na rozstrzygnięcie sprawy przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a polegające na: niedokonaniu wszystkich czynności niezbędnych do wyjaśnienia stanu faktycznego i załatwienia sprawy, przy nieuwzględnieniu interesu społecznego i słusznego interesu obywateli, oraz nieuzasadnione nierozpatrzenie

całokształtu materiału dowodowego, - oparciu rozstrzygnięcia na elementach wyłącznie dla Odwołującej niekorzystnych, przy całkowitym pominięciu kluczowych źródeł dowodowych, jak przesłuchanie świadków, dokumentów potwierdzających prowadzenie działalności,

- naruszenie przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, to jest art. 8 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, w sposób mający istotny wpływ na rozstrzygnięcie sprawy, przez podważenie zaufania obywateli do organów administracji publicznej.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o oddalenie wniesionego odwołania, podtrzymując dotychczasową argumentację. Wniósł nadto o zasądzenie od ubezpieczonej kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Wraz z pismem z dnia 9 lipca 2021r. organ rentowy przedłożył decyzję zmieniającą nr (...) - (...) z dnia 02.07.2021 r. w której stwierdzono, że J. J. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 listopada 2014 roku do 31 marca 2020 roku (decyzja nr (...) k. 49-50 akt sprawy).

Na rozprawie w dniu 5 października 2021 roku strony podtrzymały swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie.

Wyrokiem z dnia 23 lutego 2022 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie i zasądził od ubezpieczonej J. J. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. kwotę 180 zł (sto osiemdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

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

Ubezpieczona J. J. (panieńskie nazwisko O.) ukończyła (...) w S. w kwietniu 2007 roku, a następnie podjęła w 2008 roku studia (...) zaoczne w (...) w S. na kierunku(...), które ukończyła w 2012 roku.

W okresie od lipca 2007 r. do września 2010 roku ubezpieczona pracowała jako kelnerka na umowę zlecenia w (...) w S., której właścicielem jest C. M.. Również w czasie studiów ubezpieczona pracowała dorywczo w hotelu (...) w P., którego właścicielem jest J. D.. W hotelu (...) ubezpieczona pracowała jako kelnerka przy obsłudze imprez, między innymi przygotowywała salę i obsługiwała gości. Dyrektorem zarządzającym w hotelu (...) jest D. F., który zajmuje się zawieraniem umów z klientami na organizację imprez.

Od 01 stycznia 2011 r. do 18 lutego 2011 r. ubezpieczona zatrudniona była w wymiarze  $\frac{3}{4}$  etatu jako sprzedawca w (...) w S..

W okresie od 01 lipca 2012 r. do 31 października 2014 r. J. J. zatrudniona była na stanowisku referenta w Oddziale (...)w S.. Była to umowa na zastępstwo. Jej wynagrodzenie kształtowało się na poziomie 1600 złotych miesięcznie. Ubezpieczona pracowała w Wydziale (...). Stosunek pracy ustał wraz z upływem czasu określonego w umowie o pracę. Podczas zatrudnienia w (...) w S. w okresie od 26 sierpnia 2014 r. do 31 października 2014 r. ubezpieczona przebywała na zwolnieniu lekarskim w związku z ciążą, którą utraciła w październiku 2014 roku.

J. J. od 1 listopada 2014 roku zgłosiła prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej w zakresie organizacji imprez okolicznościowych pod nazwą (...) (...). Z tytułu zarejestrowania działalności gospodarczej J. J. dokonała zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego, rentowych, wypadkowego oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1 listopada 2014 roku z podstawą wymiaru składek w kwocie 9000 złotych. Ubezpieczona nie skorzystała z ulgi w postaci możliwości opłacania składek od podstawy wymiaru wynoszącej 30% minimalnego wynagrodzenia za pracę, nie wykazała zainteresowania tego rodzaju uprzywilejowaniem wprowadzonym dla przedsiębiorców rozpoczynających własną działalność. Korzystała z obsługi biura rachunkowego, za co płaciła 150 zł miesięcznie.

Pierwszą fakturę nr (...) ubezpieczona wystawiła w dniu 24 listopada 2014 roku na rzecz (...)J. D. na usługę gastronomiczną w kwocie 4 000 zł.

Po 30 dniach od zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych ubezpieczona rozpoczęła od 1 grudnia 2014 roku do 30 kwietnia 2015 roku korzystanie ze zwolnień lekarskich związanych z zaburzeniami adaptacyjnymi wyrażającymi się nastrojami depresyjnymi, brakiem chęci do życia, niemożnością pogodzenia się ze stratą dziecka w październiku 2014 r.

W przerwie między kolejnymi zwolnieniami ubezpieczona w dniu 11 maja 2015 roku wystawiła fakturę nr (...) na rzecz Restauracji (...) na kwotę 1 000 zł tytułem organizacji imprezy okolicznościowej.

Od 12 maja 2015 r. do 24 listopada 2015 r. ubezpieczona przebywała na zwolnieniu lekarskim w związku z zajściem w ciążę, a następnie w związku z urodzeniem pierwszego dziecka ubezpieczona przebywała na zasiłku macierzyńskim od 25 listopada 2015 r. do 22 listopada 2016 r. W trakcie przebywania na zasiłku macierzyńskim ubezpieczona zaszła w następną ciążę i od 28 listopada 2016 roku do dnia 4 lipca 2017 roku przebywała na zwolnieniu lekarskim w związku z ciążą. Od 5 lipca 2017 roku do 03 lipca 2018 roku ubezpieczona przebywała na zasiłku macierzyńskim w związku z urodzeniem drugiego dziecka. W okresie od 13 września 2018 roku do 11 marca 2019 roku ubezpieczona korzystała ze zwolnień lekarskich wystawianych przez lekarza (...) neurologa i neurochirurga

Ubezpieczona w dniu 25 maja 2019 roku wystawiła fakturę nr (...) na rzecz (...) na kwotę 1 500 zł tytułem cateringu. (...) to bliska znajoma ubezpieczonej, z którą ma kontakt na portalu społecznościowym.

Ubezpieczona w dniu 31 maja 2019 roku wystawiła fakturę nr (...) na rzecz Hotelu (...) na kwotę 2000 zł tytułem organizacji cateringu/imprezy okolicznościowej.

Ubezpieczona w dniu 17 sierpnia 2019 roku wystawiła fakturę nr (...) na rzecz Hotelu (...) na kwotę 2 500 zł tytułem organizacji imprezy okolicznościowej.

Ubezpieczona w dniu 23 sierpnia 2019 roku wystawiła fakturę nr (...) na rzecz A. Zakład Usług (...) na wysokości P. K. na kwotę 1 500 zł tytułem organizacji imprezy okolicznościowej. P. K. i jego żona D. K. to znajomi ubezpieczonej i jej męża, a ich dzieci razem uczęszczały do jednego przedszkola. D. K. to znajoma ubezpieczonej, z którą ma kontakt na portalu społecznościowym.

Ubezpieczona w dniu 14 września 2019 roku wystawiła fakturę nr (...) na rzecz (...) (...) na kwotę 1 500 zł tytułem organizacji imprezy okolicznościowej. A. K. (1) to znajoma ubezpieczonej, z którą ma kontakt na portalu społecznościowym.

Ubezpieczona w dniu 20 września 2019 roku wystawiła fakturę nr (...) na rzecz P. P. na kwotę 1 800 zł tytułem organizacji imprezy okolicznościowej. K. P. - żona P. P. to znajoma ubezpieczonej, z którą ma kontakt na portalu społecznościowym.

Ubezpieczona w dniu 12 października 2019 roku wystawiła fakturę nr (...) na rzecz Hotelu (...) na kwotę 2 000 zł tytułem organizacji imprezy okolicznościowej.

Ubezpieczona w okresie od 1 stycznia 2020 roku do 15 maja 2020 roku nie wystawiła żadnej faktury związanej z zarejestrowaną w dniu 1 listopada 2014 roku działalnością gospodarczą w zakresie organizacji imprez okolicznościowych pod nazwą (...) (...)

We wszystkich wyżej wymienionych umowach zlecenia firma ubezpieczonej określona została jako „zleceniodawca” a osoby na rzecz których usługi miały być wykonane jako „wykonawcy”. W umowach nie określono co składa się na cenę usługi i jakie dokładnie usługi mają być wykonane przez ubezpieczoną w ramach określenia „organizacja Cateringu/Imprezy okolicznościowej”.

Ubezpieczona po opłaceniu jednej składki na ubezpieczenia społeczne ubezpieczenia społeczne za listopad 2014 r. w wysokości 2 871 zł rozpoczęła wieloletni okres korzystania ze zwolnień lekarskich i zasiłków macierzyńskich w następujących okresach:

- od 01.12.2014 r. do 30.04.2015 r. - zasiłek chorobowy,
- od 12.05.2015 r. do 24.11.2015 r. - zasiłek chorobowy,
- od 25.11.2015 r. do 22.11.2016 r. - zasiłek macierzyński,
- od 28.11.2016 r. do 04.07.2017 r. - zasiłek chorobowy,
- od 05.07.2017 r. do 03.07.2018 r. - zasiłek macierzyński,
- od 13.09.2018 r. do 11.03.2019 r. - zasiłek chorobowy.

W okresach pomiędzy zwolnieniami lekarskimi związanymi z kolejnymi ciążami, ubezpieczona korzystała ze zwolnień lekarskich wystawianych przez lekarzy różnych specjalizacji tj.: neurologa (w związku z rozpoznaniem choroby M51-zmian dyskopatycznych), lekarza psychiatrę (stany depresyjne), lekarza medycyny pracy (F43- zaburzenia adaptacyjne, bądź M 48- inne choroby kręgosłupa, bądź R68 - inne objawy i dolegliwości). Łączna kwota świadczeń jakie ubezpieczona pobrała w wyżej wymienionych okresach wynosi 327.008,82 zł.

Po zakończeniu pobierania świadczeń J. J. opłaciła składki od najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, korzystając z ulgi przewidzianej dla przedsiębiorców uzyskujących niskie przychody. Podstawa wymiaru zadeklarowana przez ubezpieczoną po zakończeniu pobierania świadczeń wynosiła: za marzec 2019 r. - 435,48 zł, od kwietnia 2019 r. do grudnia 2019 r. - 675,00 zł, od stycznia 2020 r. do grudnia 2020 r. - 780,00 zł, od stycznia do lutego 2021 r. - 840,00 zł.

Łączny przychód, koszty i dochód wykazany przez J. J. w fakturach za poszczególne lata wyniósł:

w 2014 r. - przychód 4 000,00 zł, koszt 318,08 zł, dochód 3 681,92 zł, ;

w 2015 r. - przychód 1 000,00 zł, koszt 12,00 zł, dochód 988,00 zł,

w 2016 r. - przychód 0,00 zł, koszt 12,00 zł, strata 12,00 zł,

w 2017 r. - przychód 0,00 zł, koszt 0,00 zł,

w 2018 r. - przychód 4 000 zł, koszty 612,30 zł, dochód 3 387,70 zł,

w 2019 r. - przychód 10 800 zł, koszty 505,35 zł, dochód 10 294,65 zł,

J. J. nie poniosła żadnych kosztów w związku z rozpoczętą działalnością gospodarczą, a w szczególności nie zakupiła samochodu służbowego, nie wynajmowała pomieszczenia na działalność, nie zakupiła żadnych środków trwałych, nie przedstawiła dokumentów poświadczających zakup lub otrzymanie wyposażenia firmy.

Ubezpieczona nie posiada dokumentów poświadczających zamówienie, przygotowanie i wydruk produktów reklamowych. Nie prowadziła działań marketingowych w celu rozreklamowania firmy i pozyskania klientów np. w prasie lokalnej, portalach społecznościowych, w różnego rodzaju punktach, placówkach.

Ubezpieczona nie miała bazy klientów, nie prowadziła ewidencji przyjmowanych i wykonywanych zamówień. Nie przedłożyła materiałów dotyczących wykonanych przez nią poszczególnych czynności - w ramach prowadzonej działalności.

W dniu 30.04.2020 r. J. J. dokonała w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej zmiany zakresu prowadzonej działalności. Ubezpieczona wykreśliła z ewidencji działalność w zakresie organizacji imprez okolicznościowych i jako nowy zakres działalności wpisała działalność związaną z wyszukiwaniem miejsc pracy i pozyskiwaniem pracowników. Nazwę skróconą prowadzonej działalności Pani J. J. zmieniła na AGENCJA (...).

Ubezpieczona i (...) utrzymują kontakty koleżeńskie od wielu lat. Ubezpieczona jest znajomą żony P. K., D. K., jak również żony P. P. (który pływał na statkach z mężem ubezpieczonej), K. P.. Od wielu lat zna także A. K. (2), która jest bardzo dobrą koleżanką jej siostry. D. F. i J. D. znają ubezpieczoną z czasu jej zatrudnienia w Hotelu (...). C. M. zatrudniał ubezpieczoną jako kelnerkę w E. G..

Sąd Okręgowy uznał odwołanie za niezasadne podnosząc, iż ustalił stan faktyczny na podstawie niekwestionowanej przez strony dokumentacji zawartej w aktach ZUS oraz dołączonej w toku postępowania. Zeznaniami przesłuchanych w sprawie świadków oraz wyjaśnieniom złożonym przez odwołującą Sąd dał wiarę w niewielkim tylko zakresie, tj. takim który znajdował odzwierciedlenie w pozostałym materiale dowodowym, w tym przede wszystkim w zakresie łączących świadków i ubezpieczoną relacji.

Sąd pierwszej instancji wskazał, iż zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych - dalej u.s.u.s. (Dz.U.2021.423 t.j.) obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracujące.

Stosownie do art. 8 ust. 6 pkt 1 cytowanej ustawy - za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność uważa się osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów ustawy Prawo przedsiębiorców lub innych przepisów szczególnych.

Zgodnie zaś z art. 3 ustawy z dnia 6 marca 2018 roku Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz.U z 2019r., poz.1292) - działalnością gospodarczą jest zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły.

Sąd meriti wskazał, iż na gruncie cytowanej ustawy tj. jej art. 3, przyjmuje się, że wykonywanie działalności pozarolniczej (gospodarczej) w rozumieniu art. 13 pkt 4 u.s.u.s. to rzeczywista działalność zarobkowa, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły. W judykaturze sformułowano zaś znaczenie pojęcia „pozarolniczej działalności gospodarczej”. W uchwale Sądu Najwyższego z dnia 6 grudnia 1991 roku, sygn. akt III CZP 117/91 sformułowano cechy działalności gospodarczej, wskazując na: zawodowy (zatem nie amatorski, nie okazjonalny) charakter działalności, podporządkowanie się zasadom racjonalnego gospodarowania (regułom opłacalności i zysku), powtarzalność działań (standaryzacja transakcji, seryjność produkcji, stała współpraca), uczestnictwo w obrocie gospodarczym. Podstawową cechą działalności gospodarczej jest przy tym jej zarobkowy charakter.

Sąd Okręgowy podkreślił, iż dla oceny, czy dany podmiot wykonuje działalność gospodarczą, konieczne jest stwierdzenie zarobkowego charakteru tej działalności. A zatem, o zakwalifikowaniu danej działalności, jako działalności gospodarczej, przesądza kryterium obiektywne, czyli ustalenie, czy dany podmiot prowadzi działalność, która obiektywnie może przynieść dochód (zob. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 listopada 2011 roku, II GSK 1219/10). Nie budzi jednocześnie wątpliwości, że osoba wykonująca działalność gospodarczą musi podjąć szereg czynności o charakterze organizacyjnym, których celem jest umożliwienie wykonywania tej działalności w sposób zorganizowany i ciągły.

Zdaniem Sądu pierwszej instancji, dla zakwalifikowania danej działalności jako działalności gospodarczej istotne znaczenia ma jej ciągłość i zarobkowy charakter. Ciągłość w działalności gospodarczej ma dwa aspekty. Pierwszy to powtarzalność czynności, pozwalająca na odróżnienie działalności gospodarczej od jednostkowej umowy o dzieło lub zlecenia albo umowy o świadczenie usługi, które same w sobie nie składają się jeszcze na działalność gospodarczą, zaś drugi aspekt, wynikający zresztą z pierwszego, to zamiar niekrótkiego prowadzenia działalności gospodarczej.

Stan ciąży sam w sobie nie wyklucza ciągłości podjętej działalności, natomiast braku podstawowej cechy ciągłości działalności gospodarczej można dopatrzeć się w przypadku, gdy od początku wysoce wątpliwe będzie rozpoczęcie i prowadzenie działalności, a tę wątpliwość można wywieść ze stanu zdrowia osoby zgłaszającej się do ubezpieczenia społecznego, a przede wszystkim jej świadomości co do niemożliwości prowadzenia działalności. To zaś należy do sfery faktów (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 maja 2017 roku, I UK 184/16).

W ocenie Sądu meriti, w żadnym razie nie można uznać, że działalność, której cel został zdefiniowany jako uzyskanie świadczeń z ubezpieczenia społecznego z tytułu choroby i macierzyństwa, jest działalnością gospodarczą w rozumieniu ustawowym. Zachodzi bowiem sprzeczność pomiędzy realnym prowadzeniem działalności, która w ujęciu legalnym musi być nastawiona na wynik finansowy, a definiowaniem jej celowości wyłącznie poprzez chęć pozyskania świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Innymi słowy, jeśli ktoś twierdzi, że prowadzi działalność gospodarczą, ale czyni to tylko po to, by uzyskać świadczenia z ubezpieczenia społecznego, w istocie stwarza pozory tej działalności, bowiem nie zmierza do pozyskania zarobku z działalności, a to wypacza sens ustawy tej instytucji (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 8 września 2017 roku, III AUa 869/16).

Sąd Okręgowy wskazał, iż pogląd organu rentowego, że tytułem do podlegania omówionym wyżej ubezpieczeniom, może być tylko rzeczywistość a nie pozornie wykonywana działalność gospodarcza jest prawidłowy. Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest przy tym uprawniony do badania czy deklarowany tytuł ubezpieczenia ma charakter rzeczywisty czy pozorny. Wynika to z dyspozycji art. 68 ust. 1 pkt 1 litera a ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych, z którego wynika, że do zakresu działania Zakładu należy między innymi realizacja przepisów o ubezpieczeniach społecznych, a w szczególności stwierdzanie i ustalanie obowiązku ubezpieczeń społecznych.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy - mając na uwadze przywołane przez organ rentowy fakty, oceniane łącznie, zgodnie z zasadami logiki i doświadczenia życiowego – Sąd pierwszej instancji uznał za uzasadnioną tezę postawioną przez organ rentowy co do tego, że celem ubezpieczonej nie było faktyczne prowadzenie działalności gospodarczej, a jedynie uzyskanie tytułu do ubezpieczeń, a w konsekwencji do otrzymania wysokich świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Zdaniem tego Sądu, obiektywna wymowa faktów przemawia bowiem za twierdzeniem, które legło u podstaw zaskarżonej decyzji.

W ocenie Sądu meriti, pierwszym z argumentów przemawiającym za powyższym jest okoliczność, że ubezpieczona nie wykazała, aby podjęła działania w celu zorganizowania i zaopatrzenia swojej firmy w sprzęty i materiały służące do prowadzenia działalności w zakresie przygotowywania różnego rodzaju imprez. Brak jest bowiem wiarygodnych dowodów (w postaci rachunków, czy paragonów) na to, by ubezpieczona zakupiła jakiegokolwiek środki trwałe, w postaci stołów, materiałów służących do wystroju jak np. obrusy, serwety, różnego rodzaju dekoracje - oświetlenie, świeczniki, wazony, sztuczne kwiaty. Skoro bowiem zamierzała prowadzić tego rodzaju działalność przez dłuższy czas to oczywistym jest, że powinno jej zależeć na wyposażeniu firmy stosownie do przedmiotu działalności. Twierdzenia ubezpieczonej, że jej mąż miał zakupić jakieś meble, które miały służyć ubezpieczonej do prowadzenia działalności gospodarczej są, zdaniem Sądu Okręgowego, wyłącznie gołosłowne, a nawet jeżeli przyjąć miałyby się za prawdziwe takie twierdzenia, to zdaniem tego Sądu jest to zdecydowanie za mały asortyment do prowadzenia działalności gospodarczej polegającej na cateringu i organizacji imprez.

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że w okresie od 2014 roku do 2020 roku ubezpieczona nie poczyniła żadnych zakupów związanych z zarejestrowaną działalnością gospodarczą, nie wykazując też żadnych kosztów prowadzenia tej działalności gospodarczej, co wskazuje już choćby z tego powodu na jej całkowitą fikcyjność.

Sąd meriti zauważył również, że ubezpieczona nie podjęła starań w zakresie rozreklamowania własnej firmy, czyli działań marketingowych. Zdziwienie tego Sądu budzi bierna postawa ubezpieczonej w sytuacji gdy pozyskuje ona zaledwie kilka zleceń w każdym roku swej działalności. Okoliczność, że ubezpieczona zostawiała ulotki w kręgu swoich znajomych - bliższych i dalszych, osób z byłych miejsc pracy, nie jest działaniem zmierzającym do rozreklamowania firmy. Wszystkie przesłuchane w sprawie osoby, którym ubezpieczona miała świadczyć usługi w zakresie organizacji

impresz to osoby, które ubezpieczona lub jej mąż znają od lat i są z nimi powiązane towarzysko lub w przeszłości zawodowo, jak w przypadku właściciela (...) lub właścicielki i dyrektora zarządzającego hotelu (...). Spośród klientów ubezpieczonej nie ma ani jednej osoby, firmy, która byłaby zupełnie obca dla ubezpieczonej.

W ocenie Sądu meriti, takie prowadzenie działalności gospodarczej nie mieści się w normalnych ekonomicznych realiach, stąd ma charakter wyłącznie pozorny.

Sąd Okręgowy wskazał również, że brak jest przy tym wiarygodnych dowodów na to, by ubezpieczona faktycznie organizowała imprezy okolicznościowe. Ubezpieczona nie miała bazy klientów, nie prowadziła ewidencji przyjmowanych i wykonywanych zamówień, nie przedłożyła materiałów dotyczących wykonanych przez nią czynności w ramach prowadzonej działalności (czy i gdzie zamawiała materiały dekoracyjne, czy zlecała jakiegokolwiek czynności, czy wynajmowała sprzęt, zamawiała kwiaty, wypożyczała samochód). Z treści prezentowanych umów wprost wynika, że umowy zawierane były w dacie kiedy miały być organizowane te spotkania okolicznościowe. Argumentacja ubezpieczonej że umowy były podpisywane niejako na zakończenie współpracy z klientem jest, w ocenie Sądu pierwszej instancji, absurdalna. Nie ma bowiem takiej praktyki na rynku usług, by w dniu wykonania usługi strony dopiero określały warunki na jakich ma być usługa wykonana. Uwagę przy tym zwrócił fakt, że każdy z kontrahentów akceptował taką formułę, co tylko potwierdza, że umowy podpisane zostały wyłącznie przez znajomych odwołującej. Używanie zawsze takiego samego blankietu umowy do wszystkich usług, który nie pasuje do usług rzekomo wykonywanych przez ubezpieczoną polegających głównie na doradztwie i pomocy organizacyjnej m.in. w zakupie potrzebnych dodatków pod ustalony zakres tematyczny imprezy czy udostępnianiu adresów hurtowni w których klient mógłby nabyć materiały, w ocenie Sądu Okręgowego, poddaje w wątpliwość wiarygodność zapisów znajdujących się w tych umowach. Również niedbałość w określeniu stron umowy wskazuje na to, że umowy te mogły zostać sporządzone na potrzeby ewentualnego procesu. We wszystkich umowach zlecenia firma ubezpieczonej określona została jako „Zleceniodawca” a osoby na rzecz których usługi miały być wykonane jako „wykonawcy”. W umowach nie określono co składa się na cenę usługi i jakie dokładnie usługi mają być wykonane przez ubezpieczoną w ramach określenia „organizacja Cateringu - Imprezy okolicznościowej”. Ubezpieczona też nie wskazała cennika swoich usług, oraz w jaki sposób kalkulowała usługę. Brak realnej wyceny usługi, oraz brak wykazywania kosztów działalności gospodarczej wskazuje, że jej działalność gospodarcza miała charakter wyłącznie pozorny.

W ocenie Sądu pierwszej instancji, zebrany w sprawie materiał dowodowy i chronologia zdarzeń wskazują na to, że ubezpieczona, która po stracie pierwszej ciąży nadal starała się o posiadanie potomstwa - założyła działalność gospodarczą, ale bez zamiaru jej faktycznego prowadzenia, po to tylko, by po opłaceniu zaledwie jednej składki uzyskać wysokie świadczenia z tytułu macierzyństwa. Ubezpieczona nie była ani przygotowana do tej działalności, ani w trakcie jej rzekomego prowadzenia nie poczyniła żadnych zakupów mających związek z prowadzoną przez nią działalnością gospodarczą, a swoje rzekome usługi świadczyła wyłącznie w gronie dobrych znajomych. Ponadto ubezpieczona założyła działalność w przerwie pomiędzy jej kilkumiesięcznymi okresami zwolnień lekarskich tj. pomiędzy okresem od 26 sierpnia 2014 roku do 31 października 2014 roku, a okresem od 1 grudnia 2014 roku do 30 kwietnia 2015 roku. Zdaniem Sądu meriti, skoro ubezpieczona tak szybko tj. już w dniu 1 grudnia 2014 roku udała się na zwolnienie lekarskie z powodu zaburzeń adaptacyjnych związanych z utratą ciąży to świadczy to o tym, że jej stan zdrowia po 31 października 2014 roku nie był na tyle dobry, żeby mogła podjąć rzeczywiste prowadzenie działalności gospodarczej w listopadzie 2014 roku. Ubezpieczona aż do 30 kwietnia 2015 roku przebywała na zwolnieniach lekarskich z powodu zaburzeń adaptacyjnych związanych z utratą dziecka w październiku 2014 roku. Ten okres po stracie dziecka był dla niej wyjątkowo ciężki, co potwierdził w zeznaniach jej mąż, oraz na co wskazuje dokumentacja medyczna z okresu od 1 grudnia 2014 roku do 30 kwietnia 2015 roku. Ubezpieczona dodatkowo w dniu 31 października 2014 roku zakończyła stosunek pracy w (...), co oznacza, że przestała mieć tytuł do ubezpieczenia społecznego, a w planach miała powiększenie rodziny. W okresie listopada 2014 roku i do czasu pójścia na zwolnienie lekarskie w dniu 1 grudnia 2014 roku ubezpieczona przedstawiła jedną fakturę z Hotelu (...), gdzie wcześniej pracowała i знаła zarówno D. F. dyrektora zarządzającego tym hotelem, oraz jej właścicielkę J. D.. Na fakturze wystawionej w dniu 24 listopada 2014 roku ubezpieczona wpisała, że dotyczy ona usługi gastronomicznej, a z wyjaśnień samej ubezpieczonej wynika, że miała dotyczyć przygotowania dekoracji na imprezę w hotelu (...). Zdaniem Sądu Okręgowego, już takie wystawienie faktury

świadczy wyłącznie o tym, że ubezpieczonej zależało tylko na uwiarygodnieniu prowadzenia działalności gospodarczej, a nie na jej rzeczywistym prowadzeniu. O fikcyjności tej usługi świadczy sposób jej wykonania tj. pojechanie z klientem do hurtowni, doradzenie mu co ma kupić, udekorowanie sali, a także sama wycena tej usługi na kwotę 4000 zł, przy czym klient miał zapłacić jeszcze za zakup akcesoriów do dekoracji.

W ocenie Sądu pierwszej instancji, podobne zastrzeżenia dotyczą wyceny pozostałych usług rzekomo wykonywanych przez ubezpieczoną, albowiem ubezpieczona ani przy tej rzekomej usłudze, ani przy innych nie była w stanie podać w jaki sposób ustalała wysokość tych usług, co świadczy o całkowitej fikcyjności jej działalności, również ze względów finansowych. Zdaniem tego Sądu to, że świadek D. F. potwierdził, że ubezpieczona wykonywała jakieś usługi na rzecz hotelu, ale nie był w stanie nic konkretnego powiedzieć o tych usługach, podobnie, jak właścicielka hotelu (...), jak też właściciel (...), czyni te zeznania powierzchownymi, mało uszczegółowionymi nie stanowiącymi dla Sądu ani rzetelnego, ani wiarygodnego materiału dowodowego, podobnie, zresztą jak zeznania znajomych ubezpieczonej i jej męża, którzy opowiadali, jakie usługi rzekomo wykonywała ubezpieczona na ich rzecz.

Zdaniem Sądu meriti, ubezpieczona w dniu 1 listopada 2014 roku założyła działalność gospodarczą wyłącznie w celu uzyskania tytułu do ubezpieczeń społecznych i w niedługim czasie korzystania z wysokich świadczeń z tytułu tych ubezpieczeń. Świadczy o tym, między innymi to, że nie mając ani bazy materialnej, ani doświadczenia zawodowego w prowadzeniu działalności gospodarczej, oraz będąc dodatkowo w złym stanie zdrowia oraz planując powiększenie rodziny, od początku zadeklarowała podstawę wymiaru składek w wysokości 9 000 złotych, chociaż nie wykazała, że stać ją było na opłacanie składek na ubezpieczenie od takiej podstawy w dłuższym czasie, oraz, że jej działalność gospodarcza wygeneruje takie dochody, które umożliwią jej opłacania składek na ubezpieczenie społeczne od podstawy wymiaru wynoszącej 9 000 zł. Ubezpieczona również z racji tego, że była pracownicą (...) posiadała wiedzę i świadomość tego, że wystarczy, że opłaci wyższą składkę z tytułu zarejestrowanej działalności gospodarczej tylko raz i może z tego tytułu uzyskać świadczenia z tytułu ubezpieczeń społecznych. Takie działania ewidentnie wskazują na celowe, przemyślane i zaplanowane działanie mające na celu wyłącznie uzyskanie rażąco wysokich świadczeń, po opłaceniu zaledwie jednej składki na ubezpieczenie społeczne, co z punktu widzenia interesu społecznego należy ocenić jako wysoce naganne zachowanie.

Sąd Okręgowy podkreślił, iż dopiero po 31 marca 2020 roku ubezpieczona faktycznie podjęła działania charakterystyczne dla prowadzenia działalności gospodarczej. Do tego jednak momentu jej działalność gospodarcza nie miała realnego charakteru z uwagi na przerwy w jej prowadzeniu, brak bazy klientów innych niż znajomi, brak bazy materialnej do prowadzenia tej działalności, brak finansowej kalkulacji, oraz rzeczywistych kosztów prowadzenia tej działalności.

Podsumowując Sąd pierwszej instancji wskazał, że ocena, czy działalność gospodarcza jest wykonywana, należy przede wszystkim do sfery ustaleń faktycznych, a dopiero w następnej kolejności - do ich kwalifikacji prawnej. Działalność gospodarcza to prawnie określona sytuacja, którą trzeba oceniać na podstawie zbadania konkretnych okoliczności faktycznych, wypełniających znamiona tej działalności lub ich niewypełniających. Prowadzenie działalności gospodarczej jest zatem kategorią obiektywną, niezależnie od tego, jak działalność tę ocenia sam prowadzący ją podmiot i jak ją nazywa oraz czy dopełnia ciężących na nim obowiązków z tą działalnością związanych, czy też nie (porównaj wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 14 czerwca 2018 roku, sygn. IIIAUa 681/17).

Zdaniem Sądu meriti, ubezpieczona nie wykazała, że w okresie zakwestionowanym przez organ rentowy tj. od 1 listopada 2014 roku do 31 marca 2020 roku rzeczywiście prowadziła działalność zarobkową wykonywaną w sposób zorganizowany i ciągły.

W świetle wskazanych okoliczności Sąd ten przyjął, że zgłoszenie prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej przez odwołującą było czynnością pozorną w rozumieniu art. 83 k.c. Pozorność jej polegała na tym, że zgłoszenie prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej nastąpiło wyłącznie w celu objęcia wnioskodawczyni ubezpieczeniem z tego tytułu, a w konsekwencji zapewnienia wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego i to przez okres wielu lat.

W tym stanie rzeczy, Sąd Okręgowy działając na podstawie przepisu art. 477<sup>14</sup> § 1 k.p.c. oddalił odwołanie, o czym orzekł w punkcie I sentencji. Orzekając o kosztach w punkcie II sentencji Sąd pierwszej instancji zasądził - zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu - od odwołującej na rzecz organu rentowego kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, ustaloną w oparciu o rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych z dnia 22 października 2015 roku (Dz.U. z 2018 roku poz. 265 ze zm).

Z powyższym rozstrzygnięciem nie zgodziła się ubezpieczona zaskarżając je w całości i zarzucając mu:

1. naruszenie przepisów postępowania mający istotny wpływ na wydane orzeczenie tj. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 231 k.c. przez przekroczenie granic swobodnej oceny i wyprowadzenie z materiału dowodowego sprawy wniosków, które nie układają się w logiczną całość, zgodną tak z wszechstronnymi okolicznościami sprawy wynikającymi z tego materiału, jak i z doświadczeniem życiowym, a to poprzez przyjęcie, że:

a) sąd ustalił stan faktyczny na podstawie niekwestionowanej przez strony dokumentacji zawartej w aktach ZUS, podczas gdy ubezpieczona w toku całego procesu konsekwentnie podnosiła, że wpisy umieszczone na portalu facebook zostały pozyskane przez organ z naruszeniem przepisów i nie powinny stanowić materiału dowodowego w sprawie,

b) brak podstawowej cechy ciągłości działalności gospodarczej można dopatrzeć się w przypadku, gdy od początku wysoce wątpliwe będzie rozpoczęcie i prowadzenie działalności, a tę wątpliwość sąd wyniósł ze stanu zdrowia osoby zgłaszanej do ubezpieczenia społecznego, podczas gdy kierując się już tylko doświadczeniem życiowym trudno w okolicznościach sprawy dopatrzeć się jakiegokolwiek logicznego uzasadnienia takich motywów działania strony pozwanej; wniosek dokładnie przeciwny wynika z zeznań przesłuchanych w sprawie świadków, czy zeznań samej ubezpieczonej,

c) zdefiniowanym celem działalności było uzyskanie świadczeń z ubezpieczenia społecznego z tytułu choroby i macierzyństwa, podczas gdy kierując się już tylko doświadczeniem życiowym trudno w okolicznościach sprawy dopatrzeć się jakiegokolwiek logicznego uzasadnienia takich motywów działania strony pozwanej; wniosek dokładnie przeciwny wynika z zeznań przesłuchanych w sprawie świadków, czy zeznań samej ubezpieczonej,

d) ubezpieczona twierdziła, że prowadzi działalność gospodarczą po to, by uzyskać świadczenia z ubezpieczenia społecznego, co w istocie stwarza pozory tej działalności, bowiem nie zmierza do pozyskania zarobku z działalności, a to wypacza sens ustawy tej instytucji, podczas gdy kierując się już tylko doświadczeniem życiowym trudno w okolicznościach sprawy dopatrzeć się jakiegokolwiek logicznego uzasadnienia takich motywów działania strony pozwanej; wniosek dokładnie przeciwny wynika z zeznań przesłuchanych w sprawie świadków, czy zeznań samej ubezpieczonej,

e) ubezpieczona nie wykazała, aby podjęła działania w celu zorganizowania i zaopatrzenia swojej firmy w sprzęty i materiały służące do prowadzenia działalności w zakresie przygotowania różnego rodzaju imprez, podczas gdy świadkowie, a także ubezpieczona zeznający w toku postępowania konsekwentnie wskazali z jakiego źródła ubezpieczona pozyskała sprzęty niezbędne do rozpoczęcia i prowadzenia działalności gospodarczej,

f) brak jest wiarygodnych dowodów na to by ubezpieczona zakupiła jakiegokolwiek środki trwałe, podczas gdy świadkowie, a także ubezpieczona zeznający w toku postępowania konsekwentnie wskazali z jakiego źródła ubezpieczona pozyskała sprzęty niezbędne do rozpoczęcia i prowadzenia działalności gospodarczej, a sąd pierwszej instancji nie podniósł oraz nie uzasadnił aby powołani w toku postępowania świadkowie byli niewiarygodni, a ich zeznania nie mogą stanowić dowodu w sprawie,

g) ubezpieczona posiadała za mały asortyment do prowadzenia działalności polegającej na cateringu i organizacji imprez, podczas gdy ubezpieczona w toku postępowania konsekwentnie potwierdzała, że nazwa działalności została ustalona w sposób szerszy niż faktyczny zakres usług, a w spornym okresie zajmowała się wyłącznie organizacją imprez okolicznościowych, a zastrzeżeniem, że w przyszłości firma może zająć się również cateringiem.

h) w okresie od 2014 r. do 2020 r. ubezpieczona nie poczyniła żadnych zakupów związanych z zarejestrowaną działalnością, brak wykazania kosztów prowadzenia działalności gospodarczej, podczas gdy takie twierdzenia Sądu I instancji stoją w sprzeczności z całym zgromadzonym materiałem dowodowym w sprawie tj. wystawionymi fakturami VAT, zawartymi umowami z klientami, zeznaniami świadków oraz ubezpieczonej.

i) ubezpieczona nie podjęła starań w zakresie rozreklamowania własnej firmy, czyli działań marketingowych, podczas gdy ubezpieczona wskazywała jakie podjęła czynności w celu rozreklamowania działalności (roznoszenie ulotek, rozmowa z właścicielami posiadającymi restauracje/hotel w celu polecenia jej usług), należy wskazać, że brak jest definicji, która określałaby jakie czynności wyczerpują znamiona działań marketingowych, a odwołująca na tamten czas i możliwości finansowe podjęła szereg czynności, który zmierzał do uzyskania kontrahentów.

j) brak wiarygodnych dowodów na to by ubezpieczona faktycznie organizowała imprezy okolicznościowe, podczas gdy ubezpieczona przedłożyła faktury, umowy, fotografię zdjęciową, potwierdzeniem organizowania imprez okolicznościowym były również zeznania świadków, których zeznania na żadnym etapie niniejszego postępowania nie były kwestionowane,

k) nie ma praktyki na rynku usług, by w dniu wykonania usługi strony dopiero określały warunki na jakich ma być usługa wykonana, podczas gdy Sąd pierwszej instancji w żadnym miejscu uzasadnienia wyroku nie wyjaśnia na jakiej podstawie uznał, że nie ma takiej praktyki rynkowej, ponadto zasada swobody umów pozwala na dowolne kształtowanie stosunku umownego,

l) blankiet umowy do wszystkich usług nie pasuje do usług wykonywanych przez ubezpieczoną polegającą na doradztwie i pomocy organizacyjnej, podczas gdy sąd pierwszej instancji nie wyjaśnia w żadnym miejscu na jakiej podstawie doszedł do tak daleko idących wniosków, ponadto fakt, że ubezpieczona wykorzystywała jeden wzór umowy z tymi samymi błędami świadczy o wiarygodności złożonych zeznań przez ubezpieczoną, która wskazała, że korzystała z ogólnodostępnego wzoru udostępnionego w Internecie.

m) materiał dowodowy i chronologia zdarzeń, wskazują, że ubezpieczona po stracie pierwszej ciąży założyła działalność gospodarczą, bez zamiaru jej faktycznego prowadzenia, a po to by uzyskać wysokie świadczenia, podczas gdy Sąd I instancji w żadnym miejscu nie wyjaśnia na czym oparł owe twierdzenia, skoro ubezpieczona w toku postępowania wyjaśniała powód założenia działalności gospodarczej.

n) sposób wykonania umowy świadczy o całkowitej fikcyjności działalności ze względów finansowych, bowiem ubezpieczona ani przy usłudze na kwotę 4000 zł, ani przy innych usługach nie była w stanie podać jak ustalała wysokość, podczas gdy ubezpieczona w toku postępowania wyjaśniła, że faktyczne wynagrodzenie było ujmowane w umowie w formie ryczałtowej, co jest zgodnie z zasadą swobody umów, ponadto Sąd I instancji nie ma uprawnień do weryfikowania ceny rynkowej danej usługi, skoro strony ustaliły wynagrodzenie i się na nie zgodziły, nie ma podstaw do podważania jej wysokości,

o) ubezpieczona z racji, że była pracownicą (...) posiadała wiedzę i świadomość tego, że wystarczy opłacić wyższą składkę aby uzyskać świadczenia z tytułu ubezpieczeń społecznych, podczas gdy Sąd I instancji w żadnym miejscu nie wyjaśnia, skąd postawił tak daleko idące wnioski, na jakich dowodach się oparł aby przyjąć, że sam fakt pracy w organie rentowym powoduje, iż ubezpieczona posiada „ponadprzeciętną” wiedzę w zakresie sposobu uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczeń społecznych,

2. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, a to art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 231 k.c. przez uznanie, że świadek D. F. nie był w stanie powiedzieć nic konkretnego o usługach ubezpieczonej, podczas gdy świadek jest menagerem hotelu i od roku 2014 - a więc w okresie gdy ubezpieczona organizowała imprezy okolicznościowe, przeprowadził znaczna ilość imprez okolicznościowych, stąd ilość przekazanych informacji należy oceniać również przez pryzmat czasu jaki minął.

3. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, a to art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 231 k.c. przez uznanie, że świadek J. D. i właściciel (...) nie byli w stanie powiedzieć nic konkretnego o usługach ubezpieczonej, podczas gdy od roku 2014 - a więc w okresie gdy ubezpieczona organizowała imprezy okolicznościowe, świadkowie przeprowadzili znaczną ilość imprez okolicznościowych, stąd ilość przekazanych informacji należy oceniać również przez pryzmat czasu jaki minął.

4. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy tj. art. 327<sup>1</sup> k.p.c. w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. poprzez brak wskazania dowodów na których sąd I instancji się oparł, a wyłącznie lakoniczne stwierdzenie, że sąd mając na uwadze przywołane przez organ rentowy fakty, bez jednoczesnego wskazania, o jakie owe „fakty” i dowody potwierdzają tezę postanowił przez Sąd I instancji,

5. naruszenie przepisów prawa materialnego tj. w art. 8 Kodeksu postępowania administracyjnego stosowaną posiłkowo w związku z odesłaniem z art. 123 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, przez ich niezastosowanie. Odwołująca jako płatnik została poddana w 2014 r. kontroli podczas której nie zakwestionowano zadeklarowanej wyższej podstawy wymiaru składek, to mogła ona pozostawać w uprawnionym przekonaniu, że jej działanie nie nasuwa zastrzeżeń.

Wskazując na powyższe zarzuty apelująca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku przez uznanie, że odwołująca jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu od dnia 1 listopada 2014 r. do 29 kwietnia 2020 r. oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 listopada 2014 r. do 29 kwietnia 2020 r., zasądzenie od strony powodowej na rzecz strony pozwanej kosztów procesu za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm prawem przepisanych i przeprowadzenie rozprawy.

W odpowiedzi na apelację organ rentowy wniósł o jej oddalenie w całości i zasądzenie na rzecz pozwanego organu zwrotu kosztów zastępstwa procesowego przed Sądem II instancji, według norm przepisanych.

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

Na wstępie, uwzględniając treść art. 387 § 2<sup>1</sup> pkt 1 k.p.c., wskazać należy, że Sąd Apelacyjny dokonując własnej oceny przedstawionego pod osąd materiału procesowego stwierdził, że Sąd Okręgowy prawidłowo przeprowadził postępowanie dowodowe, a poczynione ustalenia nie są wadliwe i znajdują odzwierciedlenie w treści przedstawionych w sprawie dowodów. Sąd Apelacyjny czyni ustalenia Sądu Okręgowego częścią uzasadnienia własnego wyroku, nie znajdując potrzeby ponownego ich szczegółowego przytaczania. Sąd odwoławczy przyjmuje za własną również ocenę prawną przedstawioną przez Sąd meriti.

Przedmiotem niniejszego postępowania było ustalenie podlegania przez J. J. ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Podstawę prawną powyższego stanowi art. 6 ust. 1 pkt 5 oraz art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2016, poz. 963, j.t., dalej: ustawa systemowa).

Orzecznictwo Sądu Najwyższego jednoznacznie wskazuje, że podleganie ubezpieczeniom społecznym wynika nie ze zgłoszenia prowadzenia działalności gospodarczej, ale z faktu jej rzeczywistego wykonywania. W wyroku z dnia 13 listopada 2008 r. (II UK 94/08, Lex nr 960472) Sąd Najwyższy podniósł, że 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). W uzasadnieniu orzeczenia podniesiono, że 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 oraz chwilę 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 działalności tej nie prowadzi (nie wykonuje).

Skoro więc podleganie obowiązkowi ubezpieczenia społecznego jest pochodną prowadzenia (wykonywania) działalności gospodarczej, a nie wpisu w ewidencji, to nie podlega przymusowi ubezpieczenia zarówno osoba, która pomimo zgłoszenia działalności gospodarczej do ewidencji i uzyskania stosownego wpisu nie podjęła jej z różnych przyczyn, jak i osoba, która - mimo faktycznego niewykonywania działalności gospodarczej po jej podjęciu - jest wpisana do ewidencji, gdyż nie zgłoszono zawiadomienia o zaprzestaniu prowadzenia tej działalności. Inne rozumienie art. 13 pkt 4 ustawy systemowej mogłoby prowadzić do przypadków legalizacji fikcyjnego rejestrowania działalności gospodarczej wyłącznie w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej. Podobny wniosek płynie także z innych orzeczeń Sądu Najwyższego (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 21 czerwca 2001 r., II UKN 428/00, OSNAPiUS 2003 nr 6, poz. 158; z dnia 11 stycznia 2005 r., I UK 105/04, OSNP 2005 nr 13, poz. 198; z dnia 25 listopada 2005 r., I UK 80/05, OSNP 2006 nr 19-20, poz. 309; z dnia 30 listopada 2005 r., I UK 95/05, OSNP 2006 nr 19-20, poz. 311; z dnia 19 marca 2007 r., III UK 133/06, OSNP 2008 nr 7-8, poz. 114).

W wyroku z dnia 14 września 2007 r. (III UK 35/07, Lex nr 483284) Sąd Najwyższy wskazał z kolei, iż art. 6 ust. 1 pkt 5 w związku z art. 13 pkt 4 ustawy z 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych kreuje obowiązek podlegania osób prowadzących pozarolniczą działalność ubezpieczeniom z mocy ustawy od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności. Tak więc, to nie decyzja organu rentowego powoduje powstanie tego obowiązku, a jedynie potwierdza ona ten obowiązek. Decyzja ta wydawana jest na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń i nie jest decyzją kształtującą prawa i obowiązki, a jedynie decyzją potwierdzającą przebieg ubezpieczeń. Ubezpieczenie powstaje zatem z mocy prawa, a decyzja organu rentowego ma jedynie charakter deklaratoryjny, potwierdzający powstanie prawa z chwilą ziszczenia się jego ustawowych przesłanek. Art. 6 ust. 1 pkt 5 w związku z art. 13 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych kreuje obowiązek podlegania osób prowadzących pozarolniczą działalność ubezpieczeniom z mocy ustawy od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności.

W związku z powyższym, aby ocenić, czy decyzja organu rentowego była prawidłowa, ustalić należało, czy ubezpieczona faktycznie wykonywała działalność gospodarczą.

Argumenty apelującej przedstawione w środku zaskarżenia były już prezentowane na etapie postępowania pierwszoinstancyjnego i zostały przez Sąd Okręgowy szczegółowo omówione. Tym niemniej ubezpieczona omawia kolejne cechy działalności gospodarczej przekonując, że jej działania charakteryzowały się zarówno ciągłością jak i zarobkowym charakterem. Lektura apelacji wskazuje jednak, że skarżąca każdą z okoliczności, wynikających z przeprowadzonego postępowania dowodowego, widzi osobno, niejako w sposób wyizolowany i w zupełnym oderwaniu od wszystkich okoliczności pozostałych. Dostrzec trzeba, że apelująca podważa niemal wszystkie ustalenia Sądu Okręgowego odwołując się przy tym do szeregu orzeczeń. Sąd Apelacyjny dostrzega, że negowanie każdej okoliczności z osobna byłoby nawet w wykonaniu apelującej dość skuteczne, gdyby nie fakt, że całość okoliczności ocenianych łącznie i we wzajemnym powiązaniu w realiach sprawy niezbitie przeczy teoriom wysnuwanym przez skarżącą odnośnie faktycznego prowadzenia przez nią działalności gospodarczej.

W taki też kompleksowy sposób zarówno Sąd Okręgowy, jak i Sąd odwoławczy oceniły postępowanie ubezpieczonej na przestrzeni wielu lat, od momentu założenia działalności w październiku 2014 r. Jest bowiem oczywiste, że separacja poszczególnych dowodów oraz wynikających z nich faktów, ignorowanie ich wzajemnego powiązania i zależności, powoduje iż będące przedmiotem osądu zdarzenie przestaje być spójnym ciągiem następujących po sobie i wzajemnie powiązanych elementów faktycznych.

Przed wszystkim jednak podkreślić należy, że bezzasadny jest zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. poprzez błędną, zdaniem skarżącej, ocenę materiału dowodowego polegającą na przyjęciu, że faktycznie nie prowadziła ona działalności gospodarczej w okresie objętym decyzją organu rentowego w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej. Tym samym brak jest podstaw do przyjęcia, że Sąd w

sposób nieprawidłowy ustalił stan faktyczny. Sąd Okręgowy ocenił wiarygodność zeznań wnioskodawczynie, jak i przesłuchanych w sprawie świadków oraz dowodów z dokumentów (w tym nielicznych umów o świadczenie usług) nie naruszając przy tym zasady swobodnej oceny dowodów. Trzeba stwierdzić, że skuteczne postawienie takiego zarzutu wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, to bowiem jedynie może być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej, niż przyjął sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu, chyba że strona jednocześnie wykaże, iż ocena dowodów przyjęta przez sąd za podstawę rozstrzygnięcia przekracza granice swobodnej oceny dowodów (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 10 kwietnia 2000 r., V CKN 17/00 opubl. OSNC 2000/10/189 oraz z dnia 5 sierpnia 1999 r., II UKN 76/99 opubl. OSNP 2000/19/732). Taka sytuacja w niniejszej sprawie nie występuje. Skarżąca nie wykazała bowiem, ażeby ustalając stan faktyczny w wyniku przeprowadzonej oceny dowodów, Sąd Okręgowy uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego.

W treści apelacji ubezpieczonej wskazała między innymi, iż słuchani w sprawie świadkowie potwierdzili, iż prowadziła ona faktycznie w spornym okresie działalność gospodarczą. Apelująca jednakże ograniczyła się jedynie do ogólnego, polemicznego stwierdzenia, że prezentowane przez nią stanowisko procesowe znajduje potwierdzenie w zeznaniach świadków i jej samej, pomijając całkowicie te fragmenty zeznań świadków i dowody, które są dla niej niekorzystne, a na które to fragmenty uwagę zwrócił Sąd pierwszej instancji. Apelująca nie wskazuje także błędów, których miałyby się dopuścić Sąd Okręgowy w ocenie zeznań świadków. Tym samym podniesiony zarzut nie poddaje się merytorycznej weryfikacji.

Apelująca próbowała również podważyć ustalenia organu rentowego o rzekomym zawieraniu umów wyłącznie z osobami jej znanymi i bliskimi kwestionując możliwość pozyskania tych informacji z mediów społecznościowych. Ubezpieczona zdaje się jednak nie zauważać, że w toku postępowania przed Sądem Okręgowym okoliczności powyższe (fakt znajomości z rzekomymi kontrahentami) zostały potwierdzone zeznaniami właśnie tych osób ponadto, zdaniem Sądu Apelacyjnego, ubezpieczona decydując się na upublicznienie swojego życia na F., do którego dostęp mają wszyscy korzystający z tego portalu nie może w tej chwili podnosić zarzutu o nielegalności zdobycia upublicznionych przez nią samą danych.

Sąd słusznie odmówił wiarygodności zeznaniom ubezpieczonej i świadków, albowiem strona powodowa i świadkowie, jako jej znajomi byli żywotnie zainteresowani przedstawieniem wersji jak najbardziej korzystnej dla ubezpieczonej. Zeznania te nie wytrzymały konfrontacji ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym i w związku z tym podlegały pominięciu przy ustaleniu stanu faktycznego sprawy.

W ocenie Sądu odwoławczego, przedstawienie faktur i ich forma, o której pisał powyżej Sąd Okręgowy, na organizację niewielu imprez dla znajomych i przyjaciół miało wyłącznie na celu stworzenie pozorów prowadzenia działalności.

Również za prawidłową uznać należy ocenę Sądu Okręgowego w przedmiocie zdrowotnych przeciwwskazań ubezpieczonej do podjęcia działalności. Trudno bowiem przyjąć, że osoba, która straciła dziecko w październiku 2014 r. i uzyskała zwolnienie lekarskie od 1 listopada 2014 r. z powodu depresji po jego utracie, była zdolna do prowadzenia działalności w bardzo krótkim okresie pomiędzy obydwoma wydarzeniami.

Słusznie również ocenił Sąd pierwszej instancji brak dokumentacji dotyczącej rzekomego przejęcia sprzętu z likwidowanego Hotelu (...) i niewciągnięcie tego sprzętu do ewidencji środków trwałych jako brak uwiarygodnienia twierdzeń ubezpieczonej i jej męża co do posiadania właściwego sprzętu do prowadzenia działalności polegającej na organizacji imprez i cateringu.

Sąd odwoławczy uznał, że dowody przedstawione przez ubezpieczoną nie mogą stanowić potwierdzenia prowadzenia przez skarżącą działalności w sposób zorganizowany i ciągły, mogący obiektywnie przynosić dochód. Brak jest również dowodów na rzeczywiste pozyskanie klientów poza dotychczasowymi znajomymi. Na marginesie Sąd Apelacyjny

zauważa, że w dobie mediów społecznościowych rozreklamowanie działalności tak by pozyskać wielu klientów nie jest rzeczą niewykonalną.

Co więcej apelującej umknęły inne okoliczności przemawiające na jej niekorzyść. Mianowicie przypomnienia wymaga w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą minimalny okres podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu uprawniający do uzyskania zasiłków chorobowych wynosił 90 dni a gdy ubezpieczony wcześniej podlegał ubezpieczeniu z tytułu umowy o pracę - 30 dni – tak jak było w przypadku ubezpieczonej - rozpoczęcie pobierania przez nią świadczeń nastąpiło dokładnie po tym czasie. Przy czym w pierwszym miesiącu skarżąca opłaciła składkę w wysokości 2871 zł. od najwyższej podstawy wymiaru a następnie pobrała świadczenia w łącznej kwocie 327 008, 82 złotych.

Sąd Apelacyjny ocenia, że brak jest podstaw do uznania za racjonalne oczekiwanie przez ubezpieczoną będącą w depresji po stracie dziecka, takich dochodów, które pozwolą na uzyskanie środków pieniężnych odpowiadających zadeklarowanej przez nią podstawie wymiaru składek w maksymalnej wysokości. Wręcz przeciwnie uznać należy, że potwierdza to tylko fakt, że ubezpieczona zamierzała jedynie stworzyć pozory prowadzenia działalności w celu otrzymania wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Jest bowiem sprzeczne z logiką i doświadczeniem życiowym, by w takim stanie zdrowia, w jakim znajdowała się ubezpieczona, podejmować tak wysokie ryzyko prowadzenia działalności. Zadeklarowanie maksymalnej podstawy wymiaru składek na początku świadczy o nieracjonalności przedsiębiorcy i ukierunkowaniu na pozorne założenia działalności gospodarczej wyłącznie w celu uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Sądowi z doświadczenia życiowego wiadome jest, że początkujący przedsiębiorca powinien nie tylko liczyć się z niskimi dochodami, ale nawet przewidywać potencjalne straty. Zgodnie z najnowszym orzecznictwem Sądu Najwyższego (wyrok z dnia 6 kwietnia 2017 r., II UK 98/16 ) zarobkowy charakter musi być nastawiony na zysk, który powinien co najmniej pokryć koszty założenia i prowadzenia przedsięwzięcia. Z kolei w wyroku z dnia 6 września 2012 r., sygn. II UK 36/12, Sąd Najwyższy przypomniał, że ubezpieczenia społeczne opierają się na zasadzie wzajemności, która polega na tym, że nabycie prawa do świadczenia ubezpieczeniowego i jego wysokość są uzależnione od wkładu finansowego wniesionego przez ubezpieczonego do systemu ubezpieczeniowego w postaci składek. Tymczasem skarżąca rozpoczynając prowadzenie działalności gospodarczej nie skorzystała z przysługującej przedsiębiorcom ulgi umożliwiającej opłacenie składek od podstawy wynoszącej 30% minimalnego wynagrodzenia lecz opłaciła składki od maksymalnej możliwej do zadeklarowania podstawy wymiaru wyznaczonej dla dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Na uwagę zasługuje również fakt, że po zakończeniu pobierania świadczeń J. J. opłaca składki od najniższej możliwej do zadeklarowania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, korzystając z ulgi przewidzianej dla przedsiębiorców uzyskujących niskie przychody, przewidzianej w art. 18c ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Podstawa wymiaru zadeklarowana przez J. J. po zakończeniu pobierania świadczeń wynosiła: za marzec 2019 r. - 435,48 zł, od kwietnia 2019 r. do grudnia 2019 r. - 675 zł, od stycznia 2020 r. do grudnia 2020 r. - 780 zł, od stycznia do lutego 2021 r. - 840 zł.

Należy podkreślić, iż ubezpieczona rozpoczynała dopiero prowadzenie działalności, potrzebowała zatem czasu na rozwinięcie firmy, w tym na zdobycie klientów, nie wiedziała również jak rozwinie się jej działalność oraz czy okaże się rentowna.

Ubezpieczona nie przedstawiła dowodów pozwalających na przyjęcie, że poniesione przez nią koszty w celu uzyskania dochodu w porównaniu z osiągniętymi przychodami, osiągnęły taki poziom, który pozwoliłby na opłacenie składek od zadeklarowanej podstawy wymiaru składek i co ważniejsze przyniósł dochody pozwalające na utrzymanie siebie i rodziny .

Z wyjaśnień J. J. złożonych przed organem rentowym wynikało, że w ramach działalności zajmowała się dekoracjami i wypożyczaniem sprzętu niezbędnego do organizacji imprez. Tymczasem przez sześciolatek okres prowadzenia działalności ubezpieczona nie dokonała żadnego związanego z tym zakupu, nie zakupiła żadnej dekoracji, żadnego elementu wyposażenia, obrusu, czy chociażby serwetek, zatem trudno dać wiarę, że usługa profesjonalnej firmy

zajmującej się przygotowaniem dekoracji polegała na tym, że klient musiał sam kupować w sklepach dekoracje i zamawiać winietki na (...), a w niektórych przypadkach mógł ewentualnie liczyć na obecność przy zakupach ubezpieczonej. Stosując takie rozwiązanie ubezpieczona nie mogła mieć pewności, że klient zakupi właściwe produkty w wystarczającej ilości i dostarczy je w terminie umożliwiającym prawidłowe, profesjonalne wykonanie zamówionej usługi.

Reasumując, stwierdzić należało, iż Sąd pierwszej instancji prawidłowo ocenił, że w przedmiotowej sprawie zachodziły podstawy do wyłączenia wnioskodawczyni w okresie objętym zaskarżoną decyzją z ubezpieczeń emerytalnego, rentowych, wypadkowego i chorobowego, bowiem faktycznie nie wykonywała ona pozarolniczej działalności gospodarczej (a jedynie pozorowała jej wykonywanie).

Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację płatnika (pkt 1).

O kosztach postępowania Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. oraz w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2018.265 j.t. z późn. zm.) - pkt 2 sentencji.

Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk