

Sygn. akt III AUa 119/18

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 września 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Romana Mrotek (spr.)
Sędziowie:	SSA Urszula Iwanowska SSA Anna Polak
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 11 września 2018 r. w Szczecinie

sprawy A. C.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o objęcie ubezpieczeniami społecznymi

na skutek apelacji organu rentowego

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 17 stycznia 2018 r. sygn. akt VI U 417/17

1. zmienia zaskarżony wyrok i oddala odwołanie,
2. zasądza od A. C. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. kwotę 600 zł (sześćset złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje.

SSA Urszula Iwanowska SSA Romana Mrotek SSA Anna Polak

Sygn. akt III AUa 119/18

## UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 11 stycznia 2017 r., nr (...), Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. stwierdził, że A. C. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, nie podlega ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 lipca 2013 r. do 22 lipca 2016 r.

W odwołaniu od powyższej decyzji ubezpieczona wniosła o jej zmianę i uznanie, że podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 lipca 2013 r. do 22 lipca 2016 r. oraz

o zasądzenie na jej rzecz od organu rentowego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie w całości, podtrzymując argumentację jak w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji. Pełnomocnik organu złożył ponadto wniosek o obciążenie odwołującej obowiązkiem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Wyrokiem z dnia 17 stycznia 2018 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że stwierdził, iż ubezpieczona A. C., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlega od 1 lipca 2013 r. obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu (pkt I) oraz zasądził od organu rentowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. na rzecz ubezpieczonej A. C. kwotę 360 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (pkt II).

Sąd I instancji ustalił, że A. C. od 1 marca 2011 r. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą w zakresie opieki zdrowotnej i z tego tytułu zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i wypadkowego oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, opłacając należne składki. Obecnie działalność ta jest zawieszona od 23 lipca 2016 r.

Działalność gospodarczą ubezpieczona prowadziła samodzielnie w „siedzibie firmy” w S. przy ul. (...) oraz w S. przy ul. (...). W ramach prowadzonej działalności A. C. jako dietetyk udzielała porad dietetycznych, przyjmowała klientów, zajmowała się doradztwem żywieniowym, przeprowadzała wywiady medyczno-żywieniowe, układała diety oraz prowadziła bezpłatne warsztaty i prezentacje z zakresu odżywiania.

W ramach prowadzonej działalności gospodarczej, na podstawie ustnej umowy, A. C. współpracowała z B. K. prowadzącą Profesjonalne (...) w S., przy ul. (...). Klientki przychodziły do B. K., gdzie płaciły za usługi świadczone przez A. C., która raz w miesiącu wystawiała zbiorcze rachunki dla B. K..

W okresie od 1 marca 2011 r. do 31 maja 2013 r. ubezpieczona opłacała składki od minimalnej podstawy wymiaru, obowiązującej dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą.

W okresie od 1 czerwca 2013 r. do 30 czerwca 2013 r. A. C. zawiesiła prowadzenie działalności gospodarczej. Podyktowane było to koniecznością sprawowania opieki nad chorą na białaczkę matką oraz niepełnosprawną siostrą ojczyma, który od czerwca 2013 r. podjął dodatkowe zatrudnienie i nie mógł zapewnić dostatecznej opieki żonie i siostrze. W lipcu 2013 r. opiekę nad chorą matką sprawowała siostra ubezpieczonej, która na co dzień mieszka poza granicami Polski.

Z dniem 1 lipca 2013 r. A. C. podjęła wykonywanie działalności gospodarczej i za lipiec 2013 r. opłaciła składki od podstawy wymiaru wynoszącej 9.350,13 zł. Składka od ww. podstawy wyniosła 2.982,70 zł.

W ramach prowadzonej działalności A. C. wykonała w dniu 31 lipca 2013 r. test (analiza tkanki tłuszczowej, ciężaru ciała, masy mięśni, zawartości wody) klientki A. H..

W dniach 4 oraz 30 lipca 2013 r. ubezpieczona wysłała drogą mailową klientce A. A. plan diety na dwa tygodnie. W lipcu 2013 r. ubezpieczona przyjęła na wizycie kontrolnej klientkę A. A..

W okazanych podczas rozprawy w dniu 6 września 2017 r. księgach rachunkowych, prowadzonych dla Profesjonalnego Studia (...) w S., znajduje się rachunek nr (...) z dnia 31 lipca 2013 r., wystawiony przez A. C. na kwotę 324 zł. Na rachunku tym znajduje się adnotacja: „pozycja księgi 51” – faktura ta ujęta jest w księdze przychodów i rozchodów B. K. za lipiec 2013 r. pod pozycją 51 jako porada dietetyczna. W księgach rachunkowych B. K. zachowana jest ciągłość numeracji dowodów księgowych bez skreśleń.

W dniu 10 sierpnia 2013 r. B. K. dokonała przelewu na konto ubezpieczonej kwoty 324,00 zł, tytułem realizacji rachunku wystawionego przez A. C. w dniu 31 lipca 2013 r., za usługi świadczone w lipcu 2013 r.

A. C. dokonała w Trzecim Urzędzie Skarbowym w S. korekty zeznania rocznego za 2013 r., ponieważ w zeznaniu tym nie ujęła przychodu uzyskanego w lipcu 2013 r. w kwocie 324,00 zł.

Miesięczne przychody A. C. z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej wynosiły:

- w 2012 r. odpowiednio: w styczniu – 1.043,00 zł, w lutym – 597,90 zł, w marcu – 1.434,90 zł, w kwietniu – 1.022,40 zł, w maju – 1.121,40 zł, w czerwcu – 1.459,50 zł,  
w lipcu – 1.500,30 zł, w sierpniu – 558,00 zł, we wrześniu – 724,50 zł, w październiku – 717,30 zł, w listopadzie – 360,00 zł, w grudniu – 75,00 zł,

- w 2013 r. odpowiednio: w styczniu – 279,00 zł, w lutym – 735,00 zł, w marcu – 640,50 zł, w kwietniu – 1.188,00 zł, w maju – 54,00 zł.

Od sierpnia 2013 r. ubezpieczona korzystała ze zwolnienia lekarskiego w związku z ciążą. A. C. przebywała na zasiłkach:

- chorobowym od 1 sierpnia 2013 r. do 16 grudnia 2013 r.,
- macierzyńskim od 17 grudnia 2013 r. do 15 grudnia 2014 r.,
- chorobowym od 16 grudnia 2014 r. do 22 czerwca 2015 r.,
- macierzyńskim od 23 czerwca 2015 r. do 20 czerwca 2016 r.

Po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego, ubezpieczona od 21 czerwca 2016 r. do 22 lipca 2016 r. przebywała na zwolnieniu lekarskim z powodu rozpoznanej przepukliny pępkowej.

Z dniem 22 lipca 2016 r. A. C. zawiesiła prowadzenie działalności gospodarczej.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy uznał odwołanie za zasadne, co skutkowało koniecznością zmiany zaskarżonej decyzji.

Sąd I instancji wskazał, że zgodnie z treścią przepisu art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2016 r. poz. 963, dalej jako: ustawa systemowa), obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają, z zastrzeżeniem art. 8 i 9, osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność oraz osobami z nimi współpracującymi. Okres podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom określa przepis art. 13 pkt 4, zgodnie z którym osoby prowadzące pozarolniczą działalność obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym

i wypadkowemu podlegają w okresie od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej. Zgodnie zaś z art. 11 ust. 2 ustawy systemowej, dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione m.in. w art. 6 ust. 1 pkt 4 oraz art. 12 ust. 1 stanowiącym, iż obowiązkowo ubezpieczeniu wypadkowemu podlegają osoby podlegające ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym.

Istota podlegania ubezpieczeniom społecznym przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą została wyjaśniona w uchwale składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 21 kwietnia 2010 r., II UZP 1/10 (OSNP 2010 nr 21-22, poz. 267) – z którym to poglądem Sąd Okręgowy w pełni się zgadza. Sąd Najwyższy stwierdził w niej

m.in., że Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie jest uprawniony do kwestionowania kwoty zadeklarowanej przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność jako podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, jeżeli mieści się ona w granicach określonych ustawą o systemie ubezpieczeń społecznych. W uzasadnieniu szczególny nacisk położono na przypomnienie, że prawo ubezpieczeń społecznych stanowi gałąź odrębną od prawa cywilnego, co oznacza, że na podstawie przepisów prawa ubezpieczeń strony nie korzystają ze swoich praw podmiotowych, regulowanych prawem prywatnym (Kodeksem cywilnym, Kodeksem pracy), lecz ZUS realizuje wobec uczestników stosunku prawnego powierzone mu przez prawodawcę kompetencje. Z tego względu stosunek ubezpieczenia społecznego nie jest stosunkiem cywilnoprawnym, lecz ustawowo regulowanym stosunkiem prawnym opartym na zasadzie solidaryzmu, a wynikające z niego świadczenia nie mają charakteru cywilnoprawnego. Przepisy i instytucje prawa cywilnego mogą być wprost stosowane w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych tylko w razie wyraźnego odesłania przez normę prawa ubezpieczeń społecznych. Wyklucza się także możliwość wykładania przepisów prawa ubezpieczeń społecznych z punktu widzenia zasad współżycia społecznego, gdyż są to przepisy prawa publicznego, cechujące się niezbędnym rygoryzmem (zob. także wyroki Sądu Najwyższego z dnia 21 października 2008 r., II UK 71/08, LEX nr 519959, z dnia 14 grudnia 2005 r., III UK 120/05, OSNP 2006 nr 21-22, poz. 338).

Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, iż Sąd Najwyższy w omawianej uchwale poczynił ponadto wyraźne rozróżnienie pomiędzy sytuacjami, w których podleganie ubezpieczeniom społecznym wynika z zawartej przez strony (płatnika i osoby podlegającej ubezpieczeniom) umowy, a sytuacją, w której znajdują się osoby prowadzące pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracujące. Wskazał w tym zakresie, iż wprawdzie z ukształtowanego orzecznictwa wynika, że istnieje możliwość zakwestionowania przez Zakład podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, jeżeli okoliczności sprawy wskazują, że stanowiące tę podstawę wynagrodzenie zostało wypłacone na podstawie umowy sprzecznej z prawem, zasadami współżycia społecznego lub zmierzającej do obejścia prawa, lecz podkreślił, że możliwość ta dotyczy sytuacji, w której ocenie z zastosowaniem zasad współżycia społecznego nie podlega sama podstawa wymiaru składek, ale stanowiąca tę podstawę wysokość umówionego przez strony stosunku prawnego i wypłaconego wynagrodzenia (przychodu). Możliwość ta dotyczy przede wszystkim umowy o pracę, której ważność poddaje się ocenie w świetle art. 58 k.c. w zw. z art. 300 k.p. – w aspekcie zgodności z normami prawa cywilnego ocenie nie podlega więc stosunek ubezpieczenia społecznego, lecz związany z nim stosunek o charakterze cywilnoprawnym.

Oceniając w tym kontekście sytuację osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą i osób z nimi współpracujących, Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, że objęcie tych osób ubezpieczeniem chorobowym co prawda następuje na podstawie stosownego wniosku, jednak nie oznacza to, że zawarte w tymże wniosku oświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia stanowi czynność kreującą stosunek cywilnoprawny, gdyż ubezpieczenie dobrowolne nie opiera się na umowie, tylko na zgłoszeniu powodującym „wejście” do systemu. Jeśli więc osoba składająca wniosek spełnia ustawowe warunki, to Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie może odmówić objęcia jej ubezpieczeniem chorobowym. Tym bardziej brak jest więc możliwości dokonywania przez organ rentowy oceny prawidłowości zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych w zakresie ubezpieczeń obowiązkowych (emerytalnego, rentowych i wypadkowego).

W ocenie Sądu I instancji, sama okoliczność zadeklarowania wysokiej podstawy nie może zatem świadczyć o braku prowadzenia działalności gospodarczej, jeżeli z okoliczności sprawy wynika, że miała ona miejsce, choćby przedsiębiorca nie uzyskiwał z niej przychodu równego tej kwocie.

Odnosząc powyższe do realiów niniejszej sprawy, Sąd orzekający stwierdził, że brak było w niej możliwości, aby – czy to organ rentowy, czy Sąd – badały dopuszczalność zgłoszenia A. C. do ubezpieczeń społecznych. Powyższe oznacza, że postępowanie w niniejszej sprawie mogło dotyczyć wyłącznie oceny okoliczności faktycznych. Musiało więc sprowadzać się do ustalenia, czy A. C. w kwestionowanym przez organ rentowy okresie, faktycznie prowadziła działalność gospodarczą. W ocenie Sądu Okręgowego, ciężar dowodu w tej sprawie spoczywał przede wszystkim na organie rentowym.

W tym miejscu Sąd I instancji przypomniał, że odwołanie od decyzji organu rentowego wszczyna postępowanie sądowe i w tym znaczeniu jest podobne do pozwu. Jednakże nie jest to zwykle postępowanie cywilne, w którym regułą jest, że powód powinien udowodnić fakty, na których opiera powództwo. W postępowaniu z zakresu ubezpieczeń społecznych kontroli podlega decyzja organu rentowego i rozkład ciężaru dowodów będzie zależał od rodzaju decyzji. Jeżeli jest to decyzja, w której organ zmienia sytuację prawną ubezpieczonego, to organ powinien wykazać uzasadniające ją przesłanki faktyczne (tak: Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 15 lutego 2007 r., sygn. akt I UK 269/06).

W ocenie Sądu Okręgowego w niniejszej sprawie organ rentowy nie sprostął ciężarowi dowodu w tym zakresie, a zebrany w sprawie (zarówno w toku postępowania przed organem rentowym, jak i w toku procesu przed sądem) materiał okazał się niewystarczający dla wykazania zasadności stanowiska organu rentowego, iż A. C. od lipca 2013 r. nie prowadziła działalności gospodarczej.

Sąd Okręgowy po zbadaniu całego zgromadzonego materiału dowodowego przyjął, że w lipcu 2013 r. działalność taka miała miejsce. Wskazać należy, że odwołująca dokonała jej rejestracji w ewidencji, co rodzi domniemanie, że była ona faktycznie prowadzona, a prócz tego skarżąca przedstawiła dowody potwierdzające, że od lipca 2013 r. do dnia zwolnienia lekarskiego z powodu ciąży, tj. do 31 lipca 2013 r., prowadziła własną działalność, a organ rentowy nie wykazał okoliczności przeciwnej.

Dowodem poświadczającym wykonywanie przez A. C. działalności gospodarczej w lipcu 2013 r. jest zdaniem Sądu orzekającego test wykonany w dniu 31 lipca 2013 r. (analiza tkanki tłuszczowej, ciężaru ciała, masy mięśni, zawartości wody) dla klientki A. H. oraz konsultacje odbyte przez ubezpieczoną z klientkami A. H., G. O. i A. A.. Klientki te odbyły wówczas u odwołującej wizyty kontrolne po konsultacjach, które miały miejsce w kwietniu 2013 r. Powyższe znajduje potwierdzenie w karcie czasu pracy za lipiec 2013 r., stanowiącej rozliczenie do rachunku z dnia 31 lipca 2013 r. Z dokumentu tego wynika, że w dniu 3 lipca 2013 r. klientkami ubezpieczonej były: A. A., która otrzymała dietę na dwa tygodnie, a G. O. i A. H. odbyły w tym dniu wizyty kontrolne. A. H. odbyła jeszcze kolejną wizytę kontrolną w dniu 31 lipca 2013 r., natomiast w dniu 15 lipca 2013 r. klientkami ubezpieczonej ponownie były A. A. i G. O..

Świadek B. H. słuchana przez Sąd zeznała, że z porad dietetycznych A. C. korzystała jej małoletnia córka A. H., która ostatni raz była w gabinecie u ubezpieczonej w lipcu 2013 r. Świadek zeznała, że pamięta tą okoliczność, ponieważ jej córka w lipcu 2013 r. wyjeżdżała na obóz odchudzający.

Fakt wykonywania działalności gospodarczej osobiście przez ubezpieczoną w lipcu 2013 r. potwierdzają również wiadomości wysłane przez nią drogą emaliową w dniach 4 lipca 2013 r. oraz 30 lipca 2013 r. do klientki A. A., zawierające plan diety.

Potwierdzeniem wykonywania działalności gospodarczej w spornym okresie jest również rachunek wystawiony przez A. C. w dniu 31 lipca 2013 r. za usługi wykonane przez nią w lipcu 2013 r. Wprawdzie rachunek ten nie został zaksięgowany

w księdze przychodów i rozchodów ubezpieczonej oraz nie uwzględniono go

w rozliczeniu podatkowym za 2013 r., jednakże jak wynika z zeznań świadka B. K. i okazanych przez nią na rozprawie w dniu 6 września 2017 r. ksiąg rachunkowych prowadzonych dla Profesjonalnego Studia (...)

w S., rachunek ten został zapłacony i zaksięgowany w księdze przychodów

i rozchodów za lipiec 2013 r., pod pozycją 51 jako porada dietetyczna. Przy tym wskazać należy, że w księgach rachunkowych Profesjonalnego Studia (...) zachowana jest ciągłość numeracji dowodów księgowych bez skreśleń, co potwierdza, że rachunek ten został wpisany w księdze w lipcu 2013 r. W tej sytuacji Sąd I instancji uznał, że niezaksięgowanie tego rachunku przez ubezpieczoną w prowadzonej dla niej księdze przychodów i rozchodów było jedynie niedopatrzaniem z jej strony, co następnie odwołująca skorygowała w Urzędzie Skarbowym. Sąd orzekający wskazał również, że B. K. dokonała przelewu na konto ubezpieczonej kwoty 324,00 zł, tytułem realizacji rachunku wystawionego przez A. C. w dniu 31 lipca 2013 r., za usługi świadczone przez nią w lipcu 2013 r.

Ponadto Sąd Okręgowy podkreślił, że możliwość objęcia ubezpieczeniami społecznymi osoby prowadzącej działalność gospodarczą nie jest w żaden sposób uzależniona od rozmiaru takiej działalności. Wprawdzie w lipcu 2013 r. z tytułu prowadzonej działalności A. C. osiągnęła niewielki przychód, bo jedynie w kwocie 324,00 zł, jednakże analiza przychodów osiągniętych przez nią zarówno w 2012 r., jak i od stycznia do maja 2013 r. wskazuje, że w tych okresach również nie osiągała takich przychodów, które w sposób znaczący odbiegałyby od przychodu uzyskanego w lipcu 2013 r.

Odnosząc się z kolei do zarzutu organu rentowego, że zawieszenie przez ubezpieczoną prowadzenia działalności gospodarczej w czerwcu 2013 r. miało na celu uzyskanie wysokich świadczeń z ZUS, Sąd I instancji wskazał, iż ubezpieczona wykazała w niniejszym postępowaniu, że zawieszenie to wynikało z konieczności sprawowania opieki nad chorą matką. Ojczym ubezpieczonej w tym czasie podjął bowiem dodatkowe zatrudnienie i nie był w stanie opiekować się chorą małżonką w sytuacji zaostrzenia jej choroby, ponieważ opiekował się równocześnie niepełnosprawną siostrą. Z kolei siostra odwołującej mieszka na stałe w Norwegii i dopiero od lipca 2013 r. przejęła opiekę nad chora matką.

Zdaniem Sądu Okręgowego powyższe dowody zgromadzone w sprawie, takie jak księgi rachunkowe, księgi przychodów i rozchodów, rachunki za wykonane usługi, karta pracy, wiadomości email, jak również zeznania świadków oraz zeznania samej wnioskodawczyni w sposób jednoznaczny potwierdziły, iż A. C. w lipcu 2013 r. wykonywała pozarolniczą działalność gospodarczą.

Mając powyższe na uwadze, Sąd I instancji na podstawie art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c. zmienił zaskarżoną decyzję w ten sposób, że ustalił, iż A. C. od 1 lipca 2013 r. podlega obowiązkowym ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność, o czym orzekł jak w punkcie pierwszym sentencji. Przy czym, orzekając jedynie w zakresie określenia, od kiedy odwołująca podlega ubezpieczeniom społecznym, bez określenia daty końcowej, Sąd miał na względzie to, iż niewiadomym jest czy A. C. podlegała ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej po okresie pierwszego zasiłku macierzyńskiego i w konsekwencji, czy przysługiwało jej prawo do zasiłku chorobowego z takiego tytułu ubezpieczenia.

W punkcie II wyroku zamieszczono rozstrzygnięcie o kosztach procesu oparte o przepisy art. 98 § 1 i 3 w zw. z art. 99 k.p.c. Koszty te zasądzono na rzecz odwołującej się A. C., jako strony wygrywającej proces. Złożyło się na nie wyłącznie wynagrodzenie reprezentującego ją pełnomocnika, będącego radcą prawnym. Wysokość tego wynagrodzenia ustalono mając na uwadze datę złożenia odwołania w niniejszej sprawie (luty 2017 r.) i stosując obowiązujące w tej dacie przepisy rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2015 r., poz. 1804). Sąd ustalił wysokość kosztów należnych odwołującej, biorąc pod uwagę treść § 9 ust 2 tego rozporządzenia, zgodnie z którym stawka minimalna w sprawach o świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego i zaopatrzenia emerytalnego wynosi 360 zł, zaś sprawa niniejsza jest sprawą o najbardziej zbliżonym rodzaju do wymienionej (§ 20 rozporządzenia).

Z powyższym rozstrzygnięciem w całości nie zgodził się organ rentowy, który w wywiezionej apelacji zarzucił wyrokowi:

- 1) błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia polegający na przyjęciu, że ubezpieczona prowadziła działalność gospodarczą w lipcu 2013 r.,
- 2) sprzeczność ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego poprzez przyjęcie, iż wnioskodawczyni podlega od 1 lipca 2013 r. obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, podczas gdy materiał dowodowy zebrany w sprawie nie pozwala na takie ustalenia.

Wskazując na powyższe, apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania oraz zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje. Ewentualnie, wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

W odpowiedzi na apelację ubezpieczona, reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika, wniosła o jej oddalenie w całości oraz zasądzenie od organu rentowego kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

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

Apelacja organu rentowego okazała się zasadna.

Po dokonaniu ponownej oceny zgromadzonego w niniejszej sprawie materiału dowodowego Sąd Apelacyjny uznał, że koniecznym jest wydanie orzeczenia reformatoryjnego. W ocenie Sądu odwoławczego Sąd I instancji błędnie przyjął bowiem, że ubezpieczona A. C., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlegała od 1 lipca 2013 r. obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. W ocenie Sądu Apelacyjnego Sąd Okręgowy nie rozważył wszechstronnie zgromadzonych dowodów, to zaś skutkowało błędnym rozstrzygnięciem.

Przypomnieć należy, że zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1778; dalej jako „ustawa systemowa”) obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność gospodarczą. Obowiązkowo ubezpieczeniu wypadkowemu podlegają osoby podlegające ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym (art. 12 ust. 1 ustawy systemowej). Natomiast dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10 (art. 11 ust. 2 ustawy systemowej). Na podstawie art. 13 pkt 4 cyt. ustawy obowiązek ubezpieczenia powstaje z dniem rozpoczęcia działalności rodzącej obowiązek ubezpieczenia do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności. Ponadto, w art. 8 ust. 6 pkt 1 ww. ustawy wskazano, iż za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą uważa się osobę prowadzącą tę działalność na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych.

Podkreślenia wymaga, iż podstawowe znaczenie dla objęcia ubezpieczeniem społecznym osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą ma fakt rzeczywistego wykonywania tej działalności, na dodatek w sposób ciągły i o charakterze zarobkowym. 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. W orzecznictwie wypracowany został katalog cech, które muszą zaistnieć w danych okolicznościach faktycznych, aby uprawniona była ocena określonej aktywności osoby fizycznej jako działalności gospodarczej, stanowiącej tytuł do objęcia ubezpieczeniami społecznymi. Za definiujące taką działalność uznaje się cechy takie jak profesjonalność, samodzielność, cel zarobkowy, podporządkowanie regułom opłacalności i zysku (lub w zasadzie racjonalnego gospodarowania), trwałość prowadzenia, wykonywanie w sposób zorganizowany i uczestniczenie w obrocie gospodarczym (uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 6 grudnia 1991 r., sygn. III CZP 117/91, OSNC 1992/5/65; uchwała Sądu Najwyższego z dnia 23 lutego 2005 r., sygn. III CZP 88/04, OSNC 2006/1/5, Biul.SN 2005/2/11).

Podstawową, konstytutywną cechą działalności gospodarczej jest jej zarobkowy charakter (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 kwietnia 2013 r., sygn. I UK 604/12, M.P.Pr. 2013/11/602-604). Dana działalność jest zarobkowa, jeżeli jest prowadzona w celu osiągnięcia dochodu („zarobku”) – rozumianego jako nadwyżka przychodów

nad nakładami (kosztami) tej działalności. Na konieczność spełnienia tej przesłanki wskazał między innymi Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 24 listopada 2011 r. (II GSK 1219/10, Legalis nr 4713158), podkreślając w uzasadnieniu, że dla oceny, że dany podmiot wykonuje działalność gospodarczą, konieczne jest stwierdzenie zarobkowego charakteru tej działalności.

W tym miejscu zaznaczenia wymaga, że generowanie strat przez osobę prowadzącą działalność gospodarczą (zamiast spodziewanych zysków), z uwagi na koszty działalności przewyższające dochód, nie przekreśla jej zarobkowego charakteru. Niemniej jednak, inaczej należy ocenić sytuację, w której to od początku wymiernym, stałym i założonym z góry kosztem, niezajdującym pokrycia w przewidywanych zyskach, staje się opłacanie składek na ubezpieczenia społeczne w wysokości znacznie przekraczającej obowiązujące minimum. Takie multiplikowanie kosztów prowadzonej działalności nieuzasadnione jest potrzebą inwestowania w podjęte przedsięwzięcie celem jego perspektywnego rozwoju (zob. wyrok SN z dnia 13 września 2016 r., sygn. I UK 455/15, LEX nr 2122404). Podkreślić należy, że motywem podjęcia działalności gospodarczej może być uzyskanie świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Świadczenia te mogą być uwzględniane

w całościowym bilansie opłacalności. Jednak aby uznać, że podjęcie tej działalności nastąpiło, w pierwszym rzędzie muszą wystąpić realne działania z rzeczywistym zamiarem wykonywania działalności gospodarczej. Powinien to być zatem zamiar wykonywania działalności gospodarczej, przy tym w sposób zorganizowany i ciągły. Nie można natomiast uznawać za prowadzenie działalności gospodarczej sytuacji, kiedy to brak jest rzeczywistego zamiaru jej wykonywania, a prowadzenie działalności ma polegać tylko na uzyskiwaniu świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy oraz mając na uwadze wnioski poczynione w oparciu o posiadany w sprawie materiał dowodowy, Sąd Apelacyjny za całkowicie błędny uznał wniosek Sądu Okręgowego, iż ubezpieczona A. C. po wznowieniu z dniem 1 lipca 2013 r. działalności gospodarczej (zawieszona w dniu 31 maja 2013 r.), faktycznie ją prowadziła. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, analiza materiału dowodowego zgromadzonego przed Sądem Okręgowym nie pozwala przypisać działaniom wnioskodawczyni w tym okresie wskazanych wyżej cech działalności gospodarczej. Trudno bowiem przyjąć, że odwołująca – zgłaszając wznowienie działalności gospodarczej, będąc już w ciąży – miała realny zamiar jej wykonywania. Ubezpieczona musiała zdawać sobie sprawę z tego, iż prowadzenie przez nią działalności będzie z czasem znacznie utrudnione, a przy tym – mając na uwadze wcześniejsze poronienie – że będzie mogło ono stanowić zagrożenie dla kolejnej ciąży. Zważywszy ponadto na fakt znacznego – bowiem aż maksymalnego – podwyższenia przez ubezpieczoną podstawy wymiaru składki od 1 lipca 2013 r., pomimo regularnego uzyskiwania stosunkowo niewielkich dochodów, w ocenie Sądu Apelacyjnego uzasadnionym jest wniosek, że podjęta przez odwołującą działalność gospodarcza nie była działalnością gospodarczą spełniającą cechę zarobkowości, a jedynie ukierunkowaną na uzyskanie wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że ubezpieczona A. C. rozpoczęła korzystanie ze świadczeń związanych z ciążą, a następnie z macierzyństwem już po miesiącu od wznowienia działalności, a po ich wykorzystaniu ponownie zawiesiła działalność. W tym kontekście zauważyć należy również, że w dokumentacji medycznej dołączonej przez odwołującą do pisma z dnia 25 września 2017 r. (k. 117 akt sprawy) znalazła się m.in. karta przebiegu ciąży A. C., z której wynika, że ostatnią miesiączkę w 2013 r. ubezpieczona miała w dniu 16 marca. Sąd Apelacyjny zważył, iż na tejże karcie widnieją również wzmianki o treści: „Spodziewany termin porodu wg OM 21.12.13 r.” oraz „Skorygowany termin porodu wg I USG 31.12.13 r.”. Wobec powyższego, w ocenie Sądu odwoławczego nie ulega wątpliwości, że ubezpieczona o ciąży musiała dowiedzieć się o wiele wcześniej, niż jak to twierdziła, dopiero w lipcu 2013 r. W tym czasie bowiem, biorąc pod uwagę ustalenia dokonane przez lekarza prowadzącego, była już w czwartym miesiącu ciąży. Co za tym idzie, za niewiarygodne uznać należy wcześniejsze zeznania ubezpieczonej, a także zeznania złożone przez jej męża oraz jej siostrę, którzy zgodnie twierdzili, że o ciąży ubezpieczonej dowiedzieli się w lipcu 2013 r. (na rozprawie w dniu 6 września 2017 r. wnioskodawczyni oraz jej mąż zeznali, że o ciąży dowiedzieli się w lipcu 2013 r., podobnie na rozprawie w dniu 3 stycznia 2018 r. zeznała E. T., siostra ubezpieczonej, potwierdzając fakt dowiedzenia się o ciąży siostry w lipcu 2013 r.). W tym miejscu należy także zwrócić uwagę, że fakt dowiedzenia się o ciąży ubezpieczona sprostowała w oświadczeniu z dnia 21 września 2017 r. (znajdującym się w dokumentacji dołączonej do pisma z dnia 25 września 2017 r.), stwierdzając, że o ciąży dowiedziała się 20 maja 2013 r., wtedy

bowiem udała się do lekarza w celu skontrolowania stanu swojego zdrowia po poronieniu. Ubezpieczona wyjaśniła, że wcześniejsze omyłkowe wskazanie daty spowodowane było znacznym upływem czasu.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego powyższe ustalenia dokonane przede wszystkim na podstawie dokumentacji medycznej przedłożonej przez ubezpieczoną do akt sprawy – której autentyczności nie kwestionowała żadna ze stron – pozwalają na jednoznaczne przyjęcie, że A. C. o ciąży nie mogła dowiedzieć się już po wznowieniu działalności gospodarczej, a więc w lipcu 2013 r., to zaś nakazuje przyjąć, iż samo wznowienie, jak i znaczne podwyższenie podstawy wymiaru składki było działaniem przez ubezpieczoną zamierzonym oraz intencyjnym, mającym doprowadzić do uzyskania przez ubezpieczoną wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

W dalszej kolejności wskazać należy, że zeznania odwołującej się co do chęci faktycznego prowadzenia działalności gospodarczej po jej wznowieniu winny zostać uznane przez Sąd Okręgowy w całości za niewiarygodne i złożone wyłącznie dla własnych potrzeb na użytek niniejszego postępowania. W szczególności należy zauważyć, że w sytuacji, w której przyczyną zgonu pierwszego dziecka ubezpieczonej było poronienie, to całkowicie racjonalnym i logicznym posunięciem było zawieszenie działalności gospodarczej z uwagi na ryzyko ponownego poronienia. Tymczasem, po upływie jednego miesiąca od zawieszenia, ubezpieczona podjęła działalność gospodarczą, co budzi uzasadnione wątpliwości co do rzeczywistego zamiaru jej prowadzenia. W ocenie Sądu Apelacyjnego fakt, iż kolejna ciąża ubezpieczonej nastąpiła w bardzo krótkim czasie po poronieniu, wymagał szczególnego dbania o stan zdrowia. Dlatego też mało prawdopodobnym jest, że ubezpieczona po miesiącu od zawieszenia działalności podjęła aktywność zawodową, zdaniem Sądu odwoławczego mało wiarygodne są także wyjaśnienia dotyczące przyczyn zawieszenia działalności tylko na miesiąc. W tym miejscu przypomnieć należy, że ubezpieczona twierdziła, iż zawieszenie przez nią działalności na czerwiec 2013 r. wynikało z konieczności opieki nad chorą na białaczkę matką oraz niepełnosprawną siostrą ojczyma, który od czerwca 2013 r. podjął dodatkowe zatrudnienie i nie mógł zapewnić opieki żonie i siostrze. Od lipca 2013 r. opiekę miała rzekomo przejąć siostra ubezpieczonej, ale z racji tego, że jak wynika z odwołania, osoba ta mieszka na stałe za granicą, w ocenie Sądu Apelacyjnego wyjaśnienia te wzbudzają uzasadnioną wątpliwość, zwłaszcza, że ubezpieczona nie przedłożyła na to jakichkolwiek dowodów. Nie znajduje również odzwierciedlenia w rzeczywistości oświadczenie ubezpieczonej

o podjęciu zatrudnienia przez ojczyma ubezpieczonej, gdyż z przeprowadzonych ustaleń wynika, że prowadzi on pozarolniczą działalność gospodarczą i po 2011 r. nie posiada innych tytułów do ubezpieczeń (w tym zatrudnienia). Ponadto ubezpieczona oświadczyła również, że zawieszenie działalności gospodarczej od 22 lipca 2016 r. spowodowane było śmiercią matki (zgon w dniu 19 lipca 2016 r.), która dotychczas pomagała jej zajmować się dziećmi. Powyższe twierdzenia wzbudzają poważne wątpliwości z uwagi na fakt, że matka ubezpieczonej z racji choroby nowotworowej i bardzo złego stanu zdrowia, na co wielokrotnie wskazywała odwołująca, z pewnością nie byłaby w stanie zająć się dwójką małych dzieci w wieku dwóch i pół roku oraz półtora roku i tym samym umożliwić córce dalsze prowadzenie działalności.

W ocenie Sądu Apelacyjnego za nieprzekonujące uznać należy również wyjaśnienia ubezpieczonej co do tego, iż podwyższenia wymiaru składek dokonała z zamiarem uzyskania w przyszłości wyższej emerytury. Twierdzenia te uznać należy zdaniem Sądu odwoławczego za argumentację przygotowaną jedynie na potrzeby niniejszego postępowania. Podobnie ocenić należało zeznania zawnioskowanych przez stronę świadków w tej części, w której dotyczyły one domniemanego prowadzenia działalności gospodarczej przez wnioskodawczynię. Zdaniem Sądu odwoławczego treść zeznań świadków nie potwierdziła bowiem w sposób dostateczny, że działalność ta była w lipcu 2013 r. wykonywana przez ubezpieczoną w sposób stały i ciągły. Podkreślenia wymaga przy tym, że M. C. (mąż ubezpieczonej), E. T. (siostra ubezpieczonej) oraz L. B. (ojczym ubezpieczonej) są, jako osoby bliskie, zainteresowani korzystnym dla ubezpieczonej rozstrzygnięciem sprawy, tym samym złożone przez nich zeznania nie mogły mieć przesądzającego znaczenia w sprawie. Również zeznania samej ubezpieczonej, złożone w charakterze strony, ocenić należało

z daleko idącą ostrożnością, z oczywistych względów zależało jej bowiem na przedstawieniu okoliczności sprawy w sposób pozwalający na wygranie przez nią toczącego się procesu. Dlatego też dowód z zeznań ubezpieczonej oraz świadków będących osobami bliskimi dla ubezpieczonej ocenić należało ze szczególną wnikliwością, czego jednak

Sąd I instancji nie uczynił. W ocenie Sądu Apelacyjnego powzięte na podstawie powyższych zeznań przekonanie Sądu I instancji co do tego, że ubezpieczona faktycznie prowadziła działalność gospodarczą w lipcu 2013 r., stanowi naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów, o której mowa w art. 233 § 1 k.p.c.

Zdaniem Sądu odwoławczego także zeznania B. H., matki A. H., która w lipcu 2013 r. miała korzystać z porad dietetycznych ubezpieczonej, nie były wystarczające do tego, by uznać iż w spornym okresie odwołująca w rzeczywistości wykonywała przedmiotową działalność. Sąd Apelacyjny zwrócił bowiem uwagę, iż pomimo tego, że świadek stanowczo potwierdziła fakt korzystania jej córki z porad dietetycznych udzielanych przez A. C., to w sposób niekonsekwentny

i nieprecyzyjny wskazywała ona daty, w których odbywać miały się spotkania jej córki

z ubezpieczoną. Powyższa okoliczność ma natomiast szczególnie istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia rozpoznawanej sprawy, w której należało przede wszystkim ustalić, czy ubezpieczona faktycznie wykonywała działalność gospodarczą w lipcu 2013 r. Brak spójności w zeznaniach świadka musi zatem dyskwalifikować je jako w pełni wiarygodny dowód, mogący stanowić podstawę rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie. W tym miejscu przypomnieć należy, iż na rozprawie w dniu 25 października 2017 r. świadek B. H. początkowo zeznała, że w lipcu 2013 r. była z córką u A. C., po czym przyznała, iż wie, że ubezpieczona miała przerwę kiedy nie przyjmowała, „było to latem, może były to 2-3 miesiące” (protokół rozprawy z dnia 25 października 2017 r., k. 124).

Odnosząc się do treści zeznań świadka, przypomnieć należy natomiast, że ubezpieczona zawiesiła działalność na bardzo krótki okres, bowiem jedynie na miesiąc, tj. czerwiec 2013 r., z zeznań świadka wyraźnie wynika jednak, że okres nieobecności ubezpieczonej był znacznie dłuższy.

Jeśli zaś chodzi o zeznania B. K., właścicielki studia urody, w którym swoje usługi świadczyć miała ubezpieczona w lipcu 2013 r., to w szczególności zauważyć należy, że świadek nie miała pełnej wiedzy co do działalności prowadzonej przez ubezpieczoną, ponieważ w 2013 r., jak zeznała, była z dzieckiem w domu i bardzo mało przebywała w studiu. Świadek nie potrafiła również wskazać ile klientek miała ubezpieczona, nadto przyznała, iż nie weryfikowała czy działalność jest przez ubezpieczoną faktycznie wykonywana.

Dodatkowo Sąd Apelacyjny zważył, iż w lipcu 2013 r. klientkami A. C., poza A. H., miały być również, zgodnie z twierdzeniami ubezpieczonej, G. O. oraz A. A.. W toku postępowania odwołująca oświadczyła jednak, że nie zna adresów wskazanych osób, co uniemożliwiło wezwanie ich na rozprawę i przesłuchanie w charakterze świadków. W ocenie Sądu odwoławczego powyższa okoliczność wzbudza wątpliwości co do tego, czy wymienione osoby faktycznie były klientkami ubezpieczonej w spornym okresie, bowiem nie powinno stanowić problemu ustalenie adresów osób, z którymi korespondowało się wcześniej drogą mailową. W związku z powyższym, Sąd Apelacyjny uznał, iż wystarczającym dowodem na wykonywanie działalności przez ubezpieczoną nie mogła być jedynie korespondencja mailowa, którą prowadziła ona z G. O. oraz A. A., a także dokumenty w postaci wywiadów medyczno-żywnieniowych przeprowadzonych z tymi osobami oraz A. H. w kwietniu 2013 r., gdyż dotyczą one innego okresu, to jest czasu, gdy działalność nie była zawieszona, a więc odnoszą się do okresu, który pozostaje poza zakresem zaskarżonej decyzji, a tym samym, poza przedmiotem rozpoznania również w niniejszym postępowaniu. Należy przy tym zgodzić się z organem rentowym, iż zbyt daleko idącym jest wniosek wyciągnięty przez Sąd Okręgowy, że po konsultacjach odbytych z ubezpieczoną w kwietniu 2013 r., nastąpiły w lipcu wizyty kontrolne, na których pojawiły się G. O., A. H. oraz A. A.. Fakt ten znajduje, zdaniem Sądu I instancji, potwierdzenie w karcie czasu pracy za lipiec 2013 r. stanowiącej rozliczenie do rachunku z dnia 31 lipca 2013 r. wystawionego przez ubezpieczoną. W ocenie Sądu Apelacyjnego przedmiotowa karta nie może zostać uznana za wiarygodny dowód wykonywania wymienionych w karcie usług, bowiem można ją było sporządzić w każdym czasie, ponadto wskazać należy, że jedyna faktura z lipca 2013 r. dotyczy zapłaty za jedną poradę dietetyczną, a nie zapłaty za wizyty kontrolne G. O. czy A. H.. Zdaniem Sądu odwoławczego, na okoliczność jakichkolwiek wizyt kontrolnych klientek czy innej działalności wykonywanej przez A. C. w lipcu 2013 r. brak jest wiarygodnych, materialnych dowodów.

W kontekście dowodów na okoliczność faktycznego prowadzenia przez ubezpieczoną działalności gospodarczej w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia jako dietetyk w lipcu 2013 r. wskazać należy również, iż w toku postępowania A. C. przedstawiła liczną dokumentację potwierdzającą prowadzenie przez nią działalności gospodarczej, jednak

dotyczyła ona przede wszystkim okresu od 1 marca 2011 r. do 31 maja 2013 r., a więc okresu od momentu jej założenia do czasu zawieszenia. Jako dowody prowadzenia działalności gospodarczej w 2013 r. ubezpieczona dostarczyła również kopie rachunków wystawionych dla B. K. za miesiące od stycznia do maja 2013 r. oraz za lipiec 2013 r., kopię zeznania podatkowego PIT-36 oraz podatkowej książki przychodów i rozchodów za lata 2011-2013. Sąd odwoławczy zwraca uwagę, że

w przedłożonym przez A. C. materiale dowodowym jedynym dowodem potwierdzającym wykonywanie przez nią działalności po 1 lipca 2013 r., czyli po jej wznowieniu, jest rachunek wystawiony w dniu 31 lipca 2013 r. za usługi wykonane przez ubezpieczoną w lipcu 2013 r. Sąd, analizując sprawę uznał, że powyższy dokument został wytworzony na potrzeby prowadzonego postępowania. Wszystkie rachunki wystawione przez ubezpieczoną za miesiące od stycznia do maja 2013 r. zostały zaewidencjonowane

w książce przychodów i rozchodów, a następnie przyjęte do rozliczenia podatku za 2013 r. Natomiast rachunek wystawiony za usługi rzekomo wykonane w lipcu 2013 r. nie został zaksięgowany w książce przychodów i rozchodów, uzyskanego z tego tytułu przychodu nie uwzględniono również w rozliczeniu podatkowym. Odwołująca oświadczyła, że spowodowane było to przeoczeniem i złożyła stosowną korektę. W ocenie Sądu Apelacyjnego ubezpieczona nie wyjaśniła przekonująco, dlaczego nie ujęła dochodu za lipiec 2013 r. w deklaracji podatkowej za 2013 r. i zmuszona była dokonać następnie jej korekty. Tłumaczenie, że doszło do tego wskutek błędu nie przekonuje Sąd odwoławczy, zwłaszcza w kontekście szeregu innych wykazywanych wątpliwości związanych z działalnością gospodarczą ubezpieczonej. Dodatkowo wskazać należy, iż odwołująca nie przedłożyła dowodów na potwierdzenie, że rachunek za miesiąc lipiec 2013 r. rozliczyła w swoim zeznaniu podatkowym B. K..

Zdaniem Sądu Apelacyjnego na gruncie rozpoznawanej sprawy należy mieć także na względzie fakt, iż jak wynika ze zgromadzonego materiału dowodowego, prowadzona przez ubezpieczoną działalność nie przynosiła wysokich dochodów. Odwołująca wszak rozpoczęła dopiero prowadzenie działalności (rozpoczęcie w marcu 2011 r.), potrzebowała zatem czasu na „rozruch” firmy, w tym na zdobycie klientów, nie wiedziała również jak rozwinie się jej działalność oraz czy okaże się rentowna. Za nielogiczne i nieracjonalne uznać należało w tej sytuacji zadeklarowanie przez ubezpieczoną podstawy wymiaru składek w kwocie maksymalnej, tj. 9.350,13 zł. Sąd Apelacyjny uznał, iż w okolicznościach sprawy zadeklarowanie przez ubezpieczoną podstawy wymiaru składek w tej wysokości, poczynając od lipca 2013 r., miało na celu jedynie uzyskanie wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Zauważyć należy, że składając tego rodzaju deklarację, ubezpieczona nie podjęła działań podporządkowanych zasadzie racjonalnego gospodarowania. W świetle zasad doświadczenia życiowego ubezpieczona powinna mieć bowiem świadomość, że na początku prowadzenia swojej działalności, przy stosunkowo niewielkiej liczbie posiadanych klientów, może nie otrzymywać wysokich dochodów, a co więcej także, że powinna liczyć się z wystąpieniem strat. W konsekwencji, ubezpieczona powinna zdawać sobie sprawę z faktu, iż wykonywana przez nią działalność nie będzie przynosiła znaczących zysków, z pewnością będzie tak w początkowym okresie działalności – zważywszy przy tym dodatkowo na okoliczność, z której ubezpieczona wcześniej zdawała sobie sprawę – że w niedługim czasie możliwość prowadzenia przez nią działalności będzie ograniczona ze względu na ciążę. Pomimo tej wiedzy, ubezpieczona zdecydowała się na zgłoszenie wysokiej – a wręcz maksymalnej – podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne od pierwszego miesiąca po wznowieniu działalności gospodarczej. W tym miejscu zaznaczyć należy, że choć przedmiotowa decyzja organu rentowego z dnia 11 stycznia 2017 r. nie dotyczyła samej wysokości podstawy wymiaru składki, a jedynie faktu podlegania ubezpieczeniom społecznym, powyższa okoliczność dotycząca zadeklarowanej przez ubezpieczoną kwoty ma w ocenie Sądu Apelacyjnego znaczący wpływ na ocenę całokształtu sprawy w kontekście pozornego charakteru prowadzonej przez nią działalności gospodarczej w spornym okresie. Zdaniem Sądu odwoławczego nie ulega wątpliwości, iż kondycja finansowa zarejestrowanej przez ubezpieczoną działalności nie uzasadniała zgłoszenia aż tak wysokiej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, w tym nie uzasadniała jej również sytuacja materialna samej ubezpieczonej, przy czym trudno uwierzyć, że posiadane przez ubezpieczoną oszczędności pozwoliłyby na długotrwałe opłacanie składek w wysokości obliczonej od podwyższonej podstawy ich wymiaru. Choć ubezpieczona

w toku postępowania konsekwentnie utrzymywała, że byłaby w stanie uiszczać składki od podstawy wymiaru w wysokości aż 9.350,13 zł, bowiem pozwalały jej na to zgromadzone oszczędności, to jednak w ocenie Sądu Apelacyjnego nie sposób uznać, że racjonalnie postępująca osoba przez dłuższy czas gromadzi środki przede wszystkim w tym

celu, aby opłacić wysoką składkę na ubezpieczenie społeczne. Zauważyć należy także, iż zadeklarowanie najwyższej możliwej podstawy wymiaru składek było nieracjonalne

i nieuzasadnione ekonomicznie również z tego względu, że wysokość zobowiązania składkowego (2.982,70 zł) przekroczyła uzyskane przez ubezpieczoną dochody z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w 2013 r. W tym miejscu przypomnieć należy również, że w początkowym okresie prowadzenia działalności, tj. od 1 marca 2011 r. do 31 maja 2013 r., ubezpieczona opłacała składki od minimalnej podstawy wymiaru obowiązującej dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą. Co prawda wysokość podstawy wymiaru składek dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą nie jest uzależniona od uzyskiwanych przez przedsiębiorcę dochodów, ponieważ ma charakter deklaratoryjny, a przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wyznaczają jedynie jej dolną i górną granicę, niemniej jednak

w rozpatrywanej sprawie zadeklarowanie najwyższej możliwej do zadeklarowania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, przy braku dochodów pochodzących z tej działalności, wystarczających na ich pokrycie, prowadzi do przekonania, że zamiarem A. C. nie było rzeczywiste prowadzenie tej działalności, lecz bezpodstawne korzystanie ze świadczeń z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Z powyższego w ocenie Sąd odwoławczy wywieść należy wniosek, iż wynik finansowy prowadzonej działalności był dla wnioskodawczyni nieistotny, to zaś wskazuje na intencję nie tyle wykonywania zarobkowej działalności gospodarczej, co uzyskania bardzo wysokich świadczeń z systemu ubezpieczeń społecznych. Sąd Apelacyjny podkreśla, że prowadzenie działalności gospodarczej powinno być działaniem konsekwentnym i przemyślanym m.in. pod względem ekonomicznym i finansowym,

a warunkom tym nie odpowiadają działania podjęte przez ubezpieczoną. A. C., działając racjonalnie, winna zdawać sobie sprawę z tego, iż nie uzyska aż tak dużego zainteresowania świadczonymi przez siebie usługami – a z pewnością nie

w początkowym, zaledwie dwuletnim okresie swojej działalności – aby osiągnąć przychody były w stanie pokryć wysokość zadeklarowanej przez nią składki. Zadeklarowanie przez ubezpieczoną wysokiej podstawy wymiaru składek w okresie ciąży świadczy niewątpliwie o zachowaniu intencyjnym, co dodatkowo potwierdza, że celem ubezpieczonej było wyłącznie uzyskanie odpowiednio wysokich świadczeń w związku

z ciążą i macierzyństwem. Sąd Apelacyjny w Szczecinie podziela stanowisko Sądu Apelacyjnego w Katowicach, który w wyroku z dnia 17 maja 2016 r. (sygn. III AUa 1026/15, Lex nr 2079181) podkreślił, iż „zmiana deklarowanej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, winna pozostawać w relacji do uzasadniającego ją każdomiesięcznego przychodu, nie może zaś ulegać dowolnej korekcie, wyłącznie z uwagi na perspektywę skorzystania z zasiłku macierzyńskiego”.

W tym kontekście powtórzyć należy raz jeszcze, że generowanie strat przez osobę prowadzącą działalność gospodarczą zamiast spodziewanych zysków, nie przekreśla jej zarobkowego charakteru. Inaczej należy jednak ocenić sytuację, w której wymiernym, stałym i założonym z góry kosztem, nieznajdującym pokrycia w przewidywanych zyskach, staje się opłacanie składek na ubezpieczenia społeczne w wysokości znacznie przekraczającej obowiązujące minimum. Sąd Apelacyjny uznał zatem, że dokonane

w lipcu 2013 r. podwyższenie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne aż do kwoty 9.350,13 zł miało na celu jedynie uzyskanie w przyszłości możliwie wysokiego świadczenia z ubezpieczenia społecznego w związku z ciążą. Tego rodzaju działanie, jako sprzeczne z zasadą solidaryzmu ubezpieczonych, w żaden sposób nie zasługuje na aprobatę.

Sąd Apelacyjny stanowczo podkreśla, że o pozorności prowadzenia działalności gospodarczej nie może decydować fakt, iż moment jej wznowienia zbiegł się w czasie

z ciążą ubezpieczonej. Prowadzenie własnej działalności gospodarczej w celu uzyskania świadczenia z tego tytułu jest bowiem dopuszczalne i nie świadczy o intencji obejścia prawa. Takie stanowisko znajduje potwierdzenie w orzecznictwie Sądu Najwyższego. Zaakcentować jednak należy raz jeszcze, że w takiej sytuacji warunkiem objęcia ubezpieczeniem społecznym jest to, aby działalność podjęta przez kobietę w ciąży była faktycznie przez nią

wykonywana. Innymi słowy, samo rozpoczęcie działalności gospodarczej przez kobietę w ciąży, niezależnie od tego, czy jest to ciąża początkowa czy zaawansowana, nie może świadczyć o braku woli do prowadzenia tej działalności. Taką wolę należy jednak każdorazowo badać w oparciu o całokształt okoliczności sprawy pod kątem rzeczywistej realizacji czynności będących przedmiotem prowadzonej działalności gospodarczej. W rozpoznawanej sprawie natomiast Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że odwołująca dokonała podwyższenia podstawy wymiaru świadczenia wyłącznie w celu uzyskania odpowiednio wysokiej ochrony ubezpieczeniowej w związku rychłą perspektywą ziszczenia się ryzyka ubezpieczeniowego, tj. w związku z ciążą.

W ocenie Sądu odwoławczego odwołująca się próbowała stworzyć jedynie pozory prowadzenia działalności i w tym celu złożyła wniosek o wznowienie działalności gospodarczej. Poza tym brak jest przekonujących, obiektywnych i wiarygodnych dowodów na to, że wnioskodawczyni miała rzeczywisty zamiar prowadzenia działalności gospodarczej, z której osiągalny byłby dochód wystarczający na pokrycie kosztów, choćby składek zadeklarowanych od kwoty 9.350,13 zł miesięcznie. Nie można przy tym pomijać, iż ubezpieczona знаła swoje możliwości zarobkowe, przez dwa lata bowiem świadczyła usługi w zakresie dietetyki i osiągała z tego tytułu dochody w wysokości zaledwie kilkuset, maksymalnie ok. 1000-1500 zł miesięcznie (kserokopie podatkowej księgi przychodów i rozchodów, k. 119 akt sprawy). W tej sytuacji nie sposób uznać, że działalność gospodarcza została przez ubezpieczoną wznowiona w celu osiągnięcia zysku oraz że była prowadzona racjonalnie. Brak celu zarobkowego prowadzenia przez odwołującą działalności gospodarczej wyraźnie wynika ze wskazania przez nią bardzo wysokiej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne, przy jednoczesnym uwzględnieniu wysokości osiąganego przez nią przychodu za sporny okres. Ta okoliczność doprowadziła do wygenerowania bardzo wysokich kosztów w stosunku do osiągniętego przychodu.

Reasumując, zdaniem Sądu Apelacyjnego A. C. dopełniła wyłącznie formalnego zgłoszenia wznowienia prowadzenia działalności gospodarczej od 1 lipca 2013 r., bez rzeczywistego zamiaru jej faktycznego prowadzenia po wznowieniu. Sąd odwoławczy doszedł do takiego przekonania w oparciu o okoliczności, takie jak: krótki okres pomiędzy wznowieniem działalności gospodarczej, a uzyskaniem prawa do zasiłku, bardzo wysoka podstawa wymiaru składek, brak rentowności działalności gospodarczej, brak wiarygodnych dowodów faktycznego prowadzenia działalności. Oczywiście żadna

ze wskazanych okoliczności pojedynczo nie mogłaby być wystarczająca do zaprzeczenia prowadzenia działalności gospodarczej, jednakże ich zestawienie prowadzi do jednoznacznego wniosku, że odwołująca nie zamierzała i nie prowadziła działalności, nie wykazała również chęci jej dalszego prowadzenia po zakończeniu pobierania zasiłków chorobowych. Analiza zgromadzonego materiału dowodowego prowadzi do przekonania, że podjęte przez ubezpieczoną działania w rzeczywistości zmierzały jedynie do wykreowania sytuacji, w której po opłaceniu zaledwie jednej składki w wysokości 2.982,70 zł ubezpieczona nabędzie prawo do wypłaty bardzo wysokich świadczeń z ubezpieczeń społecznych (których wysokość ostatecznie przekroczyła ćwierć miliona złotych).

Zważywszy na poczynione w sprawie ustalenia i rozważania prawne, Sąd Apelacyjny uznał, że we wskazanym okresie ubezpieczona A. C. nie prowadziła działalności gospodarczej, a w konsekwencji nie podlegała obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu na mocy art. 6 ust. 1 pkt 5 oraz art. 11 ust. 2 i art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c., orzekając co do istoty sprawy, zmienił zaskarżony wyrok i oddalił odwołanie.

O kosztach zastępstwa procesowego orzeczono na podstawie art. 108 § 1 k.p.c., zgodnie z wyrażoną w art. 98 § 1 k.p.c. zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania. Wysokość kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje należnych organowi rentowemu ustalono na podstawie § 10 ust. 1 pkt 2 w zw. z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2015 r., poz. 1804 ze zm.).

SSA Urszula Iwanowska SSA Romana Mrotek SSA Anna Polak