



Sygn. akt I USKP 15/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 stycznia 2023 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Romuald Dalewski (przewodniczący)

SSN Leszek Bielecki

SSN Renata Żywicka (sprawozdawca)

w sprawie z odwołania J. B.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w Częstochowie

o ustalenie podlegania ubezpieczeniom społecznym,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń

Społecznych w dniu 12 stycznia 2023 r.,

skargi kasacyjnej ubezpieczonego od wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach

z dnia 9 lipca 2020 r., sygn. akt III AUa 32/19,

1. oddala skargę kasacyjną,

2. zasądza od skarżącego J. B. na rzecz pozwanego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Częstochowie kwotę 240 zł (dwieście czterdzieści złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego.

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 14 listopada 2017 r., numer [...] Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Częstochowie stwierdził, że J.B. jako osoba prowadząca

pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu i ubezpieczeniu chorobowemu od 13 marca 2014 r.

W uzasadnieniu decyzji organ wskazał, że z danych zapisanych w ZUS wynika, że od 13 czerwca 2013 r. J.B. zgłoszony jest z tytułu wykonywania działalności gospodarczej, do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, nie zatrudnia on pracowników, a w lipcu i sierpniu 2013 r. zadeklarował maksymalną podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe. Analizując jednak przebieg okresu ubezpieczenia, w tym długotrwałe okresy czasowej niezdolności do pracy i krótkie - kilku lub kilkudniowe okresy przerw pomiędzy nimi, Zakład powziął wątpliwości, czy działalność podejmowana przez J.B. spełnia warunki podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym. Od września 2013 r. do listopada 2017 r. ubezpieczony nieprzerwanie przedkładał w Zakładzie zaświadczenia o niezdolności do pracy za okresy od 12 września 2013 r. do 12 marca 2014 r., od 21 marca 2014 r. do 25 sierpnia 2014 r., od 3 września 2014 r. do 3 marca 2015 r., od 2 listopada 2015 r. do 31 marca 2016 r., od 19 kwietnia 2016 r. do 17 października 2016 r., od 3 stycznia 2017 r. do 3 lipca 2017 r., od 10 lipca 2017 r. do 19 listopada 2017 r. Od 4 marca 2015 r. do 29 października 2015 r. oraz od 18 października 2016 r. do 16 grudnia 2016 r. J.B. uprawniony był do korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego. Przypadający pomiędzy tymi okresami czasowej niezdolności do pracy potencjalny czas aktywności zawodowej nie pozwala jednak na przyjęcie, że J.B. w sposób ciągły, zorganizowany prowadził działalności gospodarczą.

W dniu 5 października 2017 r. organ rentowy zawiadomił ubezpieczonego o wszczęciu postępowania wyjaśniającego mającego na celu ustalenie obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej od 13 do 20 marca 2014 r., od 26 sierpnia 2014 r. do 2 września 2014 r., od 30 października 2015 r. do 1 listopada 2015 r., od 1 kwietnia 2016 r. do 18 kwietnia 2016 r., od 17 grudnia 2016 r. do 2 stycznia 2017 r. oraz od 4 lipca 2017 r. do 9 lipca 2017 r. W złożonych wyjaśnieniach J.B. wskazał, iż w marcu 2014 r. samodzielnie malował swój zakład pracy oraz wyszukiwał zleceń, przeprowadzał rozmowy dotyczące stworzenia strony internetowej firmy, wykonał

stół montażowy na potrzeby zakładu, na przełomie sierpnia i września 2014 r. montował oświetlenie obszaru pracy maszyny do obróbki drewna, wyszukiwał informacji dotyczących ewentualnych zleceń, od 30 października 2015 r. do 1 listopada 2015 r. wyszukiwał potencjalnych klientów na portalach internetowych, w kwietniu 2016 r. prowadził badania marketingowe w terenie polegające na odnajdywaniu i ocenie możliwości rynkowych, zakupił klucz elektryczny do regulacji i ustawiania maszyn, przeprowadził analizę oferty wśród dostawców i producentów materiałów dla zakładów stolarskich, w grudniu 2016 r. zmodernizował jedną z maszyn, a pozostałe samodzielnie poddał konserwacji, zakupił materiał drewnopochodny, wystawił ogłoszenie o działalności w Internecie, złożył zapytanie o zakup obłogu dębowego, wyszukiwał klientów w Internecie, a w lipcu 2017 r. wykonywał półprodukty przeznaczone do dalszej obróbki, zakupił wiertarkę oraz wyszukiwał w Internecie klientów, kooperantów i producentów przeznaczonych dla branży drzewnej. Na potwierdzenie tych okoliczności przedłożył dowód zakupu klucza elektrycznego oraz wiertarki, fakturę na zakup materiału drewnopochodnego, wydruk ogłoszenia o usługach stolarskich w Internecie oraz wydruk zapytania o materiał.

Zdaniem organu rentowego czynności podejmowane przez J.B. nie dają podstaw do przyjęcia, że działalność gospodarcza była faktycznie prowadzona. Trudno bowiem przyjąć, iż w obszarze tak bardzo obecnie poszukiwanych na rynku usług stolarskich J.B. nie zrealizował w spornych okresach ani jednego drobnego zamówienia, a nawet nie przyjął żadnego zlecenia do realizacji. Biorąc pod uwagę Zakład stwierdził, iż od 13 marca 2014 r., tj. od daty odzyskania zdolności do pracy po okresie przebywania na zasiłku chorobowym faktycznie nie prowadził działalności gospodarczej rodzącej obowiązek podlegania ubezpieczeniom społecznym w trybie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Sporadycznie podejmowanie pojedynczych czynności nie stanowi wymaganej do prowadzenia działalności ciągłości. Nie bez znaczenia była również okoliczność, iż J.B. opłacał składki na ubezpieczenia społeczne jedynie w krótkich okresach przerw między okresami niezdolności do pracy, co należy traktować jako próbę stworzenia pozorów prowadzenia działalności w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej oraz stosownych świadczeń pieniężnych z tego tytułu, która w istocie stanowi

podstawowe źródło jego utrzymania na przestrzeni kilku lat. W ocenie Zakładu w niniejszym przypadku doszło do wyraźnego naruszenia zasad równowagi pomiędzy udziałem w tworzeniu funduszu ubezpieczeniowego, a wysokością świadczeń wypłaconych z tego funduszu. Wykorzystanie, wkrótce po uzyskaniu tytułu do ubezpieczeń, kilku długotrwałych zwolnień lekarskich i świadczeń rehabilitacyjnych, świadczeń z nimi związanych w okresie niespełna 4 lat, nie da się postrzegać jako działania etycznego i uczciwego wobec innych uczestników systemu ubezpieczeń społecznych. Zmierza on bowiem do świadomego osiągnięcia nieuzasadnionych korzyści z tego systemu kosztem pozostałych ubezpieczonych partycypujących w tworzeniu funduszu chorobowego.

W odwołaniu wniesionym do Sądu ubezpieczony J.B. wniósł o zmianę zaskarżonej decyzji przez ustalenie, że jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 13 kwietnia 2014 r. Domagał się nadto zasądzenia kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu swojego stanowiska wskazał, iż organ rentowy dokonał wadliwej wykładni art. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej pomijając bogate orzecznictwo w tym zakresie, z którego wynika, iż dla uznania zorganizowanego zespołu składników niematerialnych i materialnych za przedsiębiorstwo nie jest konieczne, aby ów zorganizowany zespół prowadził czynnie działalność gospodarczą, ale aby był jedynie zdolny do prowadzenia działalności tego typu. Dodał również, iż podejmował szereg działań przygotowawczych zawsze w okresach powrotu do zdrowia. To, że nie uzyskiwał efektu w postaci realizacji zamówień, czy nawet ich przyjęcia, nie nastąpiło z powodów, za które podnosi winę. Za kuriozalne należy przyjąć założenie, że stworzył pozór prowadzenia działalności gospodarczej, zwłaszcza że zorganizował w pełni wyposażony zakład pracy - stolarnię, a w okresie od marca 2014 r. zakupił materiał, poszukiwał zleceń, prowadził badania marketingowe, analizował oferty, zamieścił ogłoszenie w Internecie, pomalował zakład i chciał stworzyć stronę internetową i prowadził w tym zakresie rozmowy itp. Czynności te wykonywał codziennie od kilku do kilkunastu godzin. Wyjaśnił również, że przychód z

działalności prowadzonej samodzielnie można uzyskać dopiero po pewnym czasie, w jego przypadku pierwszy przychód wystąpił po dwóch miesiącach. Wskazał także, iż jego aktywność zawodowa przerywana jest okresami niezdolności do pracy, albowiem choruje na przewlekłe zaburzenia lękowe z napadami lęku, których nie można przewidzieć, a dodatkowo leczy się z powodu wrzodziejącego zapalenia jelita oraz poważnych kłopotów z kręgosłupem, które powodują czasową utratę władzy w nogach lub zesztywnienie kręgosłupa. Organ rentowych dysponuje dokumentami, z których wynika, że przebywanie na długotrwałych zwolnieniach lekarskich jest w pełni uzasadnione. Ocena sprawy nie może zatem nastąpić w oderwaniu od stanu jego zdrowia.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych - Oddział w Częstochowie wniósł o oddalenie odwołania wywodząc jak w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Sąd Okręgowy w Częstochowie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 19 października 2018 r. w sprawie IV U 40/18 w Częstochowie oddalił odwołanie ubezpieczonego.

Sąd Okręgowy ustalił, że J.B. w dniu 10 czerwca 2013 r. zawarł ze Starostą Myszkowskim, w imieniu którego działa Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Myszkowie, umowę o przyznanie środków na podjęcie działalności gospodarczej i przyznał ubezpieczonemu jednorazowe środki w wysokości 20.100 zł z przeznaczeniem na podjęcie działalności gospodarczej w zakresie - zakładu stolarskiego. Zgodnie z § 3 umowy strona zobowiązuje się do m.in. do uruchomienia działalności gospodarczej w terminie 1 miesiąca od daty podpisania umowy oraz prowadzenia jej przez okres co najmniej 12 miesięcy oraz dokonania wydatkowania całości otrzymanych środków zgodnie ze specyfikacją wydatków wskazaną we wniosku w terminie do dwóch miesięcy od dnia zawarcia umowy. W myśl § 7 umowy Urząd zastrzega sobie prawo natychmiastowego rozwiązania umowy w części lub całości w razie: wykorzystania przyznanych środków niezgodnie z jej przeznaczeniem, niepodjęcia lub nieterminowego uruchomienia działalności gospodarczej, prowadzenia działalności gospodarczej przez okres krótszy niż 12 miesięcy, zawieszenia działalności gospodarczej albo zaprzestania jej prowadzenia w okresie trwania umowy, wydzierżawienia lub sprzedaży majątku sfinansowanego z przyznanych środków, podjęcia zatrudnienia w okresie

pierwszych 12 miesięcy prowadzenia działalności gospodarczej, złożenia niezgodnych z prawdą oświadczeń, zaświadczeń lub informacji podanych we wniosku z dnia 22 maja 2013 r. o przyznanie środków na podjęcie działalności gospodarczej, utrudnienia kontroli i nie wypełnienia innych obowiązków o których mowa w § 3 pkt 1 i naruszenia innych warunków umowy w szczególności § 6 pkt 1.

Prawne zabezpieczenie przyznanych środków stanowiło:

a) oświadczenie podane we wniosku z dnia 22 maja 2013 r., gdzie strona i współmałżonek oświadczają zdolność spłacenia przyznanych środków całym swoim majątkiem;

b) poręczenie - poręczyciele i ich współmałżonkowie świadczą całym swoim majątkiem: A. G., J. S. i J. S.1 oraz J. B.1.

Z dniem 13 czerwca 2013 r. J.B. zgłosił rozpoczęcie działalności gospodarczej pod firmą Przedsiębiorstwo Handlowo - Usługowe „T.” W ramach tej działalności w dniu 22 lipca 2013 r. zakupił maszyny stolarskie na łączną kwotę 20.101 zł, a w dniu 22 sierpnia 2013 r. materiały elektryczne. W dniu 4 września 2013 r. na stronie internetowej [...], [...]1 oraz [...]2 umieszczona została oferta firmy dotycząca wykonania osłom grzejnikowych.

Przychód z działalności gospodarczej wyniósł:

- w sierpniu 2013 r. w wysokości 4.700 zł oraz
- we wrześniu 2013 r. w wysokości 3.200 zł.

Z tytułu działalności gospodarczej ubezpieczony zadeklarował podstawę wymiaru dobrowolnej składki na ubezpieczenie chorobowe w wysokości:

- 1.336,70 zł w czerwcu 2013 r.; 9.350,13 zł w lipcu i sierpniu 2013 r.; 916,86 zł we wrześniu 2013 r.; 0 zł w okresie od października 2013 r. do lutego 2014 r.; 580,03 zł w marcu 2014 r.; 0 zł w okresie od kwietnia do lipca 2014 r.; 435,02 zł w sierpniu 2014 r.; 149,84 zł we wrześniu 2014 r.; 0 zł w okresie od października 2014 r. do września 2015 r.; 229,88 zł w październiku 2015 r.; 79,18 zł w listopadzie 2015 r.; 0 zł w okresie od grudnia 2015 r. do marca 2016 r.; 1.459,80 zł w kwietniu 2016 r.; 0 zł w okresie od maja 2016 r. do listopada 2016 r.; 1.177,26 zł w grudniu 2016 r.; 165,02 zł w styczniu 2017 r.; 0 zł w okresie od lutego 2017 r. do czerwca 2017 r.; 495,06 zł w lipcu 2017 r. oraz 0 zł w okresie od sierpnia 2017 r. do grudnia 2017 r.

Ubezpieczony był niezdolny do pracy w następujących okresach, tj.:

- od 12 września 2013 r. do 12 marca 2014 r.;
- od 21 marca 2014 r. do 25 sierpnia 2014 r.;
- od 3 września 2014 r. do 3 marca 2015 r.;
- od 4 marca 2015 r. do 29 października 2015 r. - świadczenie rehabilitacyjne;
- od 2 listopada 2015 r. do 31 marca 2016 r.;
- od 19 kwietnia 2016 r. do 17 października 2016 r.;
- od 18 października 2016 r. 16 grudnia 2016 r. - świadczenie rehabilitacyjne.
- od 3 stycznia 2017 r. do 3 lipca 2017 r. oraz
- od 10 lipca 2017 r. do 19 listopada 2017 r.

i w tym okresie organ rentowy wypłacił mu zasiłki chorobowe w wysokości:

- 39.157,30 zł w okresie od 12 marca 2013 r. do 12 marca 2014 r.; 33.993,70 zł w okresie od 21 marca 2014 r. do 25 sierpnia 2014 r.; 39.157,30 zł w okresie od 3 września 2014 r. do 3 marca 2015 r.; 52.041 zł w okresie od 4 marca 2015 r. do 29 października 2015 r. - świadczenie rehabilitacyjne; 32.487,65 zł w okresie od 2 listopada 2015 r. do 31 marca 2016 r.; 39.157,30 zł w okresie od 19 kwietnia 2016 r. do 17 października 2016 r.; 14.523 zł w okresie od 18 października 2016 r. 16 grudnia 2016 r. - świadczenie rehabilitacyjne, 39.157,30 zł w okresie od 3 stycznia 2017 r. do 3 lipca 2017 r. oraz 26.033,15 zł od 10 lipca 2017 r. do 19 listopada 2017 r.

W okresach przerw między okresami niezdolności do pracy, tj.:

- od 13 marca 2014 r. do 20 marca 2014 r.; od 26 sierpnia 2014 r. do 2 września 2014 r.; od 30 października 2015 r. do 1 listopada 2015 r.; od 1 kwietnia 2016 r. do 18 kwietnia 2016 r.; od 17 grudnia 2016 r. do 2 stycznia 2017 r. J.B. od dnia 13 do 20 marca 2014 r. samodzielnie pomalował swój zakład oraz wyszukiwał zleceń, przeprowadzał rozmowy dotyczące stworzenia strony internetowej oraz wykonał stół montażowy na potrzeby swojego zakładu. Od dnia 26 sierpnia 2014 r. do 2 września 2014 r. zamontował oświetlenie obszaru pracy maszyny do obróbki drewna, wyszukiwał ewentualnych zleceń. Podobnie jego działania wyglądały w okresie od 30 października 2015 r. do 1 listopada 2015 r. oraz od 1 kwietnia 2016 r. do 18 kwietnia 2016 r., kiedy to także prowadził badania marketingowe w terenie

polegające na odnajdywaniu i ocenie możliwości rynkowych, z dniem 7 kwietnia 2016 r. przez Internet zakupił klucz elektryczny oraz przeprowadził analizę ofert wśród dostawców i producentów materiałów. Od 17 grudnia 2016 r. do 2 stycznia 2017 r. zmodernizował jedną maszyną, a pozostałe samodzielnie poddał konserwacji oraz z dniem 27 grudnia 2016 r. zakupił jedną płytę OSB. W dniu 28 grudnia 2016 r. wysłał również zapytanie do jednej z firm o możliwości wysyłki kurierskiej obióg dębowych przy zakupie 10 m². W dniu 2 stycznia 2017 r. na stronie internetowej [...]3 wystawił ogłoszenie firmy dotyczące usług stolarskich w zakresie architektury ogrodowej, zabudowy wnęk, zabudowy grzejników, parapetów drewnianych i innych, a w okresie od 4 lipca 2017 r. do 9 lipca 2017 r. wyszukiwał klientów i producentów półproduktów oraz w dniu 8 lipca 2017 r. zakupił wiertarkę.

J.B. od wielu lat cierpi na zaburzenia lękowe z napadami lęku (paniki), z powodu których leczy się psychiatrycznie. Ponadto leczy się na schorzenia jelita oraz kręgosłupa, które okresowo się zaostrzają.

Decyzją z dnia 6 grudnia 2017 r. organ rentowy zmienił decyzją z dnia 24 listopada 2017 r. i odmówił ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od 18 października 2016 r. do 16 grudnia 2016 r. oraz zobowiązał ubezpieczonego do zwrotu pobranego świadczenia rehabilitacyjnego wraz z odsetkami w łącznej kwocie 15.567,83 zł. Ubezpieczony nie zgodził się z tą decyzją i zaskarżył ją do Sądu Rejonowego w Częstochowie.

W ocenie Sądu Okręgowego odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie.

Sąd drugiej instancji wskazał, że zgodnie z treścią art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1778 ze zm.) - dalej 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. Na mocy art. 11 ust. 2 ustawy systemowej, 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. Obowiązkowo ubezpieczeniu wypadkowemu podlegają osoby podlegające ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym (art. 12 ust. 1). W myśl art. 13 ustawy

systemowej, obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu podlegają osoby fizyczne prowadzące pozarolniczą działalność w okresie od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszone na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej.

W ocenie Sądu Okręgowego zgromadzony w niniejszej sprawie materiał dowodowy nie potwierdza, aby odwołujący od dnia 13 kwietnia 2014 r. prowadził na własny rachunek pozarolniczą działalność gospodarczą. Sąd ten zgodził się z poglądem Sądu Najwyższego wyrażonym w wyroku z dnia 13 września 2016 r. w sprawie sygn. akt I UK 455/15 (LEX nr 2122404), że prowadzenie działalności gospodarczej o tyle stanowi tytuł podlegania ubezpieczeniom, o ile faktycznie ubezpieczony działalność tę wykonuje, choć stopień natężenia jego aktywności może być różny. Natomiast kwestie związane z formalnym zarejestrowaniem, wyrejestrowaniem, czy zgłaszaniem przerw w tej działalności mają ewentualnie znaczenie w sferze dowodowej, nie przesądzają natomiast same w sobie o podleganiu obowiązkowi ubezpieczenia społecznego (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 4 stycznia 2008 r., I UK 202/07, LEX nr 442890; z dnia 19 lutego 2010 r., II UK 186/09, LEX nr 590235). Równocześnie wskazać należy, że prowadzenie działalności gospodarczej to proces rozciągnięty w czasie, charakteryzujący się stałym wykonywaniem lub co najmniej stałą gotowością do wykonywania czynności (kupna, sprzedaży, świadczenia usług) wchodzących w zakres prowadzonej przez przedsiębiorcę działalności w dłuższych okresach czasu.

Sąd Okręgowy uznał za bezsporne, że J.B. od 13 czerwca 2013 r. do 4 grudnia 2017 r. figurował w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą. Konsekwencją istnienia takiego wpisu było domniemanie (wzruszalne), że odwołujący w tym okresie prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą zgodną z tym wpisem (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 lutego 2010 r., I UK 240/09, LEX nr 585723, wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 24 sierpnia 2015 r., III AUa 1760/14, LEX nr 179353 oraz wyrok Wojewódzkiego Sądu

Administracyjnego w Warszawie z dnia 28 stycznia 2009 r., VII SA/Wa 1374/08, LEX nr 489317).

W ocenie Sądu Okręgowego całokształt zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wskazuje, że J.B. działalność tę prowadził jedynie na samym początku, a związane to było m.in. z zawartą ze Starostą Myszkowskim umową o przyznanie środków na podjęcie działalności gospodarczej. Gdyby bowiem działalność ta nie była wykonywana przez okres co najmniej 12 miesięcy odwołujący zobowiązany zostałby do zwrotu uzyskanych środków finansowych. Z tego też względu ubezpieczony na początku faktycznie podjął się zakupu maszyn, aktywnie poszukiwał klientów, o czym świadczy także uzyskany w sierpniu i wrześniu 2013 r. zysk z tej działalności. Po pierwszym natomiast długotrwałym zwolnieniu lekarskim trwającym od 12 września 2013 r. do 12 marca 2014 r. ubezpieczony nie kontynuował już działalności gospodarczej, a jedynie stwarzał tego formalne pozory.

Sąd drugiej instancji zauważył, że ubezpieczony po miesiącu prowadzenia działalności gospodarczej zadeklarował maksymalną podstawę wymiaru składek. Jest to co najmniej zastanawiające biorąc pod uwagę, iż w celu rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej skorzystał on z pomocy Urzędu Pracy, który przekazał mu znaczną sumę pieniędzy na rozpoczęcie tej działalności. Z powyższego wynika zatem, iż nie posiadał on wówczas wystarczających środków finansowych, które pozwoliłyby mu na założenie samodzielnie własnego interesu. Ponadto z doświadczenia zawodowego wiadomym jest, iż początkowo koszty prowadzenia działalności są znacznie wyższe niż uzyskiwanej z niej zyski. Z tego względu wprowadzono nawet preferencyjne składki dla nowych przedsiębiorców, aby zapewnić im łatwiejszy rozruch działalności. Żaden zatem rozsądny przedsiębiorca, faktycznie planujący prowadzenie działalności, nie deklaruje na początku maksymalnej podstawy wymiaru składek, zwłaszcza, że nie zna nawet potencjalnej wysokości swoich zysków. Uwzględniając przy tym uzyskany przez odwołującego dochód z tej działalności, który w miesiącu sierpniu 2013 r. wyniósł kwotę 4.700 zł, a we wrześniu 3.200 zł, trudno za rozsądne uznać działania odwołującego polegające na opłacaniu składki wyższej niż łączny dochód z dwóch miesięcy.

Ustalenie przy tym tak wysokiej podstawy wymiaru składki przez osobę cierpiącą na zaburzenia lękowe, u której niezdolność do pracy może pojawić się nagle i niespodziewanie, a więc u której okresy faktycznego świadczenia pracy mogą być krótkie, jest co najmniej niezrozumiała. Trudno bowiem za rozsądne uznać działania generujące bardzo wysokie koszty przy niepewnej perspektywie korzyści. Sytuacja wygląda natomiast zupełnie inaczej w przypadku, gdy działalność ta stanowić miała jedynie podstawę do uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

J.B. ponadto nie wykazał, aby w okresach krótkich przerw między poszczególnymi okresami niezdolności faktycznie prowadził tę działalność gospodarczą. Niewątpliwie o prowadzeniu działalności nie świadczy zakup klucza elektrycznego czy wiertarki, albowiem odwołujący nie wykazał, aby zakup tych narzędzi miał związek z prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą. Takie urządzenia winny być na stanie w każdym zakładzie stolarskim, a ich zakup po 3 latach prowadzenia działalności gospodarczej, w ocenie Sądu, miał jedynie pokazać na zewnątrz, iż działalność ta była prowadzona. Nie można także przyjąć, aby ich zakup uzasadniony był zużyciem poprzednich narzędzi, albowiem ilość wykonanej od początku funkcjonowania zakładu pracy wyklucza przyjęcie tezy o możliwości zepsucia jakiegokolwiek sprzętu. Również ilość materiałów budowlanych, w tym zwłaszcza jednej płyty osb potwierdza, iż zakład stolarski w rzeczywistości nie działał, a podejmowane przez odwołującego działania miały wyłącznie charakter pozorujący.

Sąd nie wyklucza przy tym, iż ubezpieczony w okresach przerw między niezdolnościami do pracy pomalował swój zakład pracy, wykonał stół montażowy czy założył oświetlenie, jednakże działania te nie mogą świadczyć o prowadzeniu działalności gospodarczej. Na uwadze należy mieć bowiem fakt, iż wykonywane zostały one po ponad roku od rozpoczęcia tej działalności, mimo iż takie czynności przygotowawcze wykonuje się na samym początku. Nawet jednak gdyby przyjąć, iż odwołujący nie miał możliwości wykonywania tych czynności w czerwcu 2013 r., to nadal trudno za logiczne uznać działania ubezpieczonego, który w pierwszej kolejności po odzyskaniu zdolności do pracy zajmuje się malowaniem zakładu

pracy, a więc generuje kolejne koszty, zamiast zająć się intensywnym poszukiwaniem klientów.

J.B. nie wykazał także, aby z okresach przerw między zwolnienia lekarskimi aktywnie poszukiwał klientów. Na tę okoliczność nie przedłożył jakichkolwiek dowodów, a brak zleceń jedynie potwierdza tę okoliczność. Umieszczenie w Internecie kilku ogłoszeń, w świetle całokształtu przeprowadzonego postępowania dowodowego, nie może świadczyć o prowadzeniu tej działalności.

Sąd Okręgowy zwrócił też uwagę na fakt, iż odwołujący w ramach prowadzonej działalności gospodarczej do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wpłacił składki, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe:

- w 2013 r. w wysokości 20.853,82 zł, a pobrał z tytułu zasiłków chorobowych kwotę 23.881,65 zł;
- w 2014 r. w wysokości 1.164,89 zł, a pobrał z tytułu zasiłków chorobowych kwotę 75.087,35 zł;
- w 2015 r. w wysokości 309,06 zł, a pobrał z tytułu zasiłków chorobowych i świadczenia rehabilitacyjnego kwotę 78.289,30 zł;
- w 2016 r. w wysokości 2.637,06 zł, a pobrał z tytułu zasiłków chorobowych i świadczenia rehabilitacyjnego kwotę 73.238,95 zł;
- w 2017 r. w wysokości 660,08 zł, a pobrał z tytułu zasiłków chorobowych i świadczenia rehabilitacyjnego kwotę 65.190,45 zł.

Sąd przypomniał też, iż prowadzenie działalności gospodarczej wywołuje skutki nie tylko bezpośrednie, dotyczące przedsiębiorcy, lecz także dalsze, pośrednie, w tym w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, albowiem kształtuje stosunek ubezpieczenia społecznego, tj. określa wysokość składki, a w konsekwencji prowadzi do uzyskania odpowiednich świadczeń. Są to skutki bardzo doniosłe zarówno z punktu widzenia interesu przedsiębiorcy, jak i interesu publicznego, a zatem należy uznać, iż ocena faktycznego zamiaru prowadzenia działalności gospodarczej powinna być dokonywana także z punktu widzenia praw ubezpieczeń społecznych.

Mając na uwadze powyższe Sąd orzekł jak w sentencji wyroku na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego wniósł pełnomocnik ubezpieczonego, zarzucając:

I. naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, tj.:

- art. 236 k.p.c., przez dopuszczenie dowodu z akt ZUS bez konkretnego wskazania, z których konkretnie dokumentów w aktach ZUS Sąd dowód dopuścił i jaki fakt te dokumenty mają potwierdzić oraz przez oddalenie wniosków dowodowych ubezpieczonego bez wskazania które wnioski sąd uznaje za nieistotne dla rozpoznania sprawy,

a) akta ZUS za 2013 r. zawierają 29 kart a za 2017 r. kart 30 a zatem sąd powinien omówić poszczególne dokumenty, które są istotne dla rozpoznania sprawy dopuszczając ten dowód;

b) dowody z dokumentów wnioskowane przez pełnomocnika znajdują się na kartach 11, 12, 13-20, 29-36, 38-41, 42-43, 54, 55, 56, 57, 58, 69, 70, 72-87, 94, 95-100, 101, 102-103, 104, 105, 106 i zostały zgłoszone dla wykazania określonych faktów, sąd bez podjęcia stosownego postanowienia dowodowego a nawet wbrew postanowieniu o oddaleniu wniosków dowodowych zgłoszonych przez ubezpieczonego w uzasadnieniu powołuje się na dowody z dokumentów na kartach 94-106 a także na dokumenty złożone przez Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w tym pismo procesowe k. 113-118 bez wydania stosownego postanowienia dowodowego;

c) sąd w uzasadnieniu powołuje się na akta sprawy Sądu Rejonowego w Częstochowie sygn. akt VII U 186/09 bez dopuszczenia tego dowodu stosownym postanowieniem oraz bez wskazania które dokumenty potwierdzają i jakie fakty;

- art. 217 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. i art. 328 § 2 k.p.c. polegające na niewskazaniu w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku przyczyn dla których sąd „oddalił dowody” zgłoszone przez ubezpieczonego istotne dla rozstrzygnięcia sprawy,

- art. 328 § 2 k.p.c. przez niewyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem odpowiednich przepisów prawa,

- art. 233 § 1 i art. 328 § 2 k.p.c. przez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów przeprowadzonych w sprawie wybiórczo dla postawionej przez

organ i przyjętej przez Sąd z naruszeniem zasad logiki oraz doświadczenia życiowego tezy, że ubezpieczony stworzył pozór działalności gospodarczej pomimo, że organ nie wykazał aby: choroba ubezpieczonego miała taki charakter, nastąpiła zmiana stanu faktycznego uzasadniająca zmianę stanowiska organu w sprawie wypłaty świadczeń; żadnym wnioskiem dowodowym, że działalność wykonywana przez ubezpieczonego miała charakter pozorny,

- art. 233 § 1 k.p.c. przez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego pomimo, że w uzasadnieniu wyroku sąd powołuje się na ocenę całego materiału dowodowego:

a) przez błędne przyjęcie, że ubezpieczony nie wykonał żadnych usług czy czynności, które wchodziły w zakres działalności gospodarczej i poczynienie takiego ustalenia pod tezę orzeczenia innego sądu na którego wyrok sąd się powołał w uzasadnieniu wyroku i w oderwaniu do dowodów zaproponowanych przez ubezpieczonego w niniejszej sprawie,

b) przez błędne przyjęcie że ubezpieczony w okresach powrotu do zdrowia miał przeprowadzić cały proces pozyskania zlecenia oraz ich wykonania i tylko wtedy jego aktywność zawodowa miałaby cechy działalności gospodarczej,

c) przez czynienie ustaleń związanych z tym jak powinna wyglądać przedsiębiorstwo ubezpieczonego mimo, iż sąd nie dopuścił żadnego dowodu który mógłby stanowić podstawę do czynienia takich ustaleń,

d) przez zamienne stosowanie pojęć o innym charakterze prawnym: „przychód i „dochód” oraz „wysokość składki” i „podstawa wymiaru składki”.

Skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego ewentualnie, na wypadek uznania przez sąd, że nie zachodzi podstawa do uchylenia zaskarżonego wyroku, o zmianę zaskarżonego wyroku i zmianę zaskarżonej decyzji przez ustalenie, że ubezpieczony J.B. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegał obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu od 13 marca 2014 r. i dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 13 marca 2014 r. oraz zasądzenie od organu na rzecz ubezpieczonego kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm prawem

przepisanych za pierwszą instancję. Wniósł nadto o zasądzenie od organu na rzecz ubezpieczonego kosztów postępowania apelacyjnego wraz z kosztami zastępstwa procesowego wg norm prawem przepisanych.

Na podstawie art. 380 k.p.c. wniósł również o rozpoznanie przez Sąd postanowienia Sądu Okręgowego w Częstochowie z 19 października 2018 r. oddalającego wnioski dowodowe ubezpieczonego z uzasadnieniem Sądu, że wnioski te są zbędne dla rozstrzygnięcia kontroli zgodności z prawem zaskarżonej decyzji, uchylenie tego postanowienia jako naruszającego prawo i dopuszczenie wniosków dowodowych zgłoszonych przez pełnomocnika ubezpieczonego w treści odwołania, w pismach przygotowawczych z dnia 12 marca 2018 r., 9 maja 2018 r. oraz na rozprawie w dniu 27 kwietnia 2018 r. i 19 października 2018 r., tj. :

1) z akt organu dotyczących udzielanych świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz dokumentów przedkładanych organowi dla przyznania świadczeń na okoliczność uzasadnionego prawa do pobierania tych świadczeń,

2) z akt sprawy rozpoznawanej przed Sądem Rejonowym w Częstochowie pod sygn. akt VII U 186/09, a w szczególności opinii biegłej sądowej na okoliczność charakteru dolegliwości na jakie cierpi ubezpieczonych, ich nieprzewidywalnego wystąpienia i przewlekłości.

3) z akt kontroli dokumentacji medycznej ubezpieczonego u lekarzy leczących ubezpieczonego na okoliczność stanu zdrowia ubezpieczonego uzasadniającego korzystanie z długotrwałych zwolnień lekarskich w okresie objętym decyzją,

4) z wyniku badania radiologicznego z 19 stycznia 2017 r., karty informacyjnej dla pacjenta z 10 maja 2017 r., na okoliczność stanu zdrowia ubezpieczonego,

5) ze zdjęć przedsiębiorstwa ubezpieczonego na okoliczność wykazania zorganizowania przedsiębiorstwa ubezpieczonego,

6) z przesłuchania ubezpieczonego na okoliczność zorganizowania przedsiębiorstwa i wykonywania działalności gospodarczej w okresach przywróconej zdolności do pracy po okresach choroby,

7) z akt organu w zakresie postępowania wyjaśniającego pod koniec 2013 r., po pierwszym zwolnieniu lekarskim jakie przedłożył ubezpieczony na

okoliczność, nie zgłaszania zastrzeżeń do prowadzenia przez ubezpieczonego działalności gospodarczej przez organ,

8) z decyzji organu z 6 grudnia 2017 r. nr [...]1 i odwołania wywiedzionego od tej decyzji przez ubezpieczonego na okoliczność zmiany zaskarżonej decyzji, zakresu tej zmiany oraz stanowiska ubezpieczonego wobec dokonanej zmiany,

9) zaświadczenia o niezaleganiu w opłacaniu składek z 31 stycznia 2018 r. na okoliczność, że ZUS na dzień wydania zaświadczenia wskazał, że ubezpieczony nie jest płatnikiem składek, oraz ubezpieczony ma obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz pracy i wskazał, że ubezpieczony nie ma zaległości w takich opłatach,

10) PIT 28 za 2013 r. na okoliczność, że ubezpieczony uzyskał przychód w kwocie 7900 zł z działalności gospodarczej w 2013 r.,

11) ewidencji przychodów za wrzesień 2013 r. na okoliczność, że ubezpieczony uzyskał przychód w kwocie 3200 zł,

12) ewidencji przychodów za sierpień 2013 r. na okoliczność że ubezpieczony uzyskał przychód w kwocie 4700 zł,

13) orzeczenia o stopniu niepełnosprawności znak [...]2 z 17 kwietnia 2018 r. na okoliczność ustalenia niepełnosprawności ubezpieczonego, jej stopnia, daty powstania, wskazań dotyczących zatrudnienia, pomocy osób trzecich,

14) pisma ubezpieczonego z 8 października 2013 r. do ZUS na okoliczność wyjaśnienia okoliczności prowadzenia działalności gospodarczej przez ubezpieczonego oraz poprzedzającego to pismo pisma ZUS z 3 października 2013 r. na okoliczność zakresu żądanych danych od ubezpieczonego w postępowaniu wyjaśniającym zasadność podlegania ubezpieczeniom społecznym,

15) pisma PUP w M. z 4 września 2014 r. R.P-[...] na okoliczność spełnienia warunków prowadzenia działalności gospodarczej przez wymagany okres 12 miesięcy i rozwiązania umowy o dofinansowanie,

16) z zaświadczeń z 8 maja 2013 r. i z 15 lipca 2014 r. na potwierdzenie, że ubezpieczony wcześniej również prowadził działalność gospodarczą w zakresie usług stolarskich,

17) z opinii biegłego lekarza sądowego neurologa oraz psychiatry dla ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonego i nieprzewidywalności wystąpienia choroby w trakcie całego leczenia, jej rzutów i stanu zdrowia w okresie od 2013 r. od kiedy ZUS zakwestionował prowadzenia działalności gospodarczej,

18) z opinii biegłego ortopedy z uwagi na chorobę kręgosłupa i niemożności wykonywania zwykłych czynności,

19) z publikacji, którą udostępnia ZUS z powołaniem na zawartą na 6 stronie informację dla osób ubezpieczonych,

20) z pisma ZUS z 9 października 2013 r. znak [...],

21) z pisma ZUS z 1 marca 2018 r. znak [...]1,

22) z pisma ZUS z 3 października 2013 r. znak [...]2,

23) z pisma ubezpieczonego z 8 października 2013 r.,

24) z pisma ZUS z 10 października 2013 r. znak [...]3

Sąd Apelacyjny w Katowicach wyrokiem z dnia 19 października 2018 r. oddalił apelację i zasądził od J.B. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Częstochowie kwotę 240 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sąd drugiej instancji uznał apelację za bezzasadną i wskazał, że Sąd Okręgowy przeprowadził prawidłowe postępowanie dowodowe, nie przekraczając granicy wyznaczonej dyspozycją art. 233 § 1 k.p.c. dokonał właściwych ustaleń faktycznych oraz wywiódł z nich logiczne i znajdujące oparcie we właściwie wskazanych przepisach prawa materialnego wnioski. Nie budziły też wątpliwości Sądu Apelacyjnego: trafność rozstrzygnięcia i rozważania przedstawione na jego uzasadnienie, które wymagały pewnego uzupełnienia.

Sąd Apelacyjny dopuścił dodatkowo dowody wymienione w punktach 2, 5, 8, 10-13 i 16 uzasadnienia apelacji, na okoliczności tam wskazane: z akt sprawy rozpoznawanej przed Sądem Rejonowym w Częstochowie pod sygn. akt VII U 186/09 a w szczególności opinii biegłej sądowej na okoliczność charakteru dolegliwości na jakie cierpi ubezpieczonych, ich nieprzewidywalnego wystąpienia i przewlekłości; ze zdjęć przedsiębiorstwa ubezpieczonego na okoliczność wykazania zorganizowania przedsiębiorstwa ubezpieczonego, z decyzji organu rentowego z 6 grudnia 2017 r. nr [...]1 i odwołania wywiedzionego od tej decyzji

przez ubezpieczonego na okoliczność zmiany zaskarżonej decyzji, zakresu tej zmiany oraz stanowiska ubezpieczonego wobec dokonanej zmiany; PIT 28 za 2013 r. na okoliczność, że ubezpieczony uzyskał przychód w kwocie 7900 zł z działalności gospodarczej w 2013 r.; ewidencji przychodów za wrzesień 2013 r. na okoliczność, że ubezpieczony uzyskał przychód w kwocie 3200 zł; ewidencji przychodów za sierpień 2013 r. na okoliczność, że ubezpieczony uzyskał przychód w kwocie 4700 zł; orzeczenia o stopniu niepełnosprawności znak [...]2 z 17 kwietnia 2018 r. na okoliczność niepełnosprawności ubezpieczonego, jej stopnia, daty powstania, wskazań dotyczących zatrudnienia, pomocy osób trzecich; z zaświadczeń z 8 maja 2013 r. i z 15 lipca 2014 r. na potwierdzenie, że ubezpieczony wcześniej również prowadził działalność gospodarczą w zakresie usług stolarskich.

W pozostałym zakresie Sąd Apelacyjny po myśli art. 217 § 3 k.p.c. oddalił wnioski dowodowe zawarte w apelacji, bowiem obejmowały one okoliczności bezsporne. Dotyczyło to również wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych lekarzy (bowiem rodzaj schorzenia i jego przebieg jest bezsporny). Sąd Apelacyjny pominął również dowód z przesłuchania ubezpieczonego na okoliczność organizowania przedsiębiorstwa i wykonywania działalności gospodarczej w okresach przywróconej zdolności do pracy po okresach choroby, mając na uwadze, że w postępowaniu przed Sądem I instancji ubezpieczony dowodził zaświadczeniami wystawianymi przez lekarza sądowego, że może być przesłuchany tylko w miejscu zamieszkania. Jak stanowi art. 299 k.p.c., jeżeli po wyczerpaniu środków dowodowych lub w ich braku pozostały niewyjaśnione fakty istotne dla rozstrzygnięcia sprawy, Sąd dla wyjaśnienia tych faktów może dopuścić dowód z przesłuchania stron. Jest to zatem dowód o charakterze posiłkowym a w niniejszej sprawie w ocenie Sądu Apelacyjnego zebrany dotychczas materiał dowodowy pozwolił na wyjaśnienie faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy.

Z tych przyczyn po myśli art. 380 k.p.c. Sąd Apelacyjny dokonał jedynie częściowej zmiany postanowienia dowodowego Sądu Okręgowego w Częstochowie z 19 października 2018 r. W konsekwencji, w ocenie Sądu nie mógł być uznany za trafny zarzut naruszenia art. 236 k.p.c., art. 217 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. i art. 328 § 2 k.p.c.

Sąd drugiej instancji podkreślił, że wbrew zarzutom apelacji, Sąd I instancji wyjaśnił podstawę prawną wyroku z przytoczeniem odpowiednich przepisów prawa, wskazując dyspozycje: art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1, art. 13 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1778 z późn. zm.) i stwierdzając, że w jego ocenie zgromadzony w niniejszej sprawie materiał dowodowy nie potwierdza, aby ubezpieczony od 13 kwietnia 2014 r. prowadził na własny rachunek pozarolniczą działalność gospodarczą.

Charakterystyczne jest przy tym, że skarżący, również w apelacji, w istocie nie wskazuje jakichkolwiek dowodów na to, aby poza początkowym okresem w którym związany był umową o przyznanie środków na podjęcie działalności gospodarczej, wykonywał faktycznie działalność gospodarczą.

Oceny tej w żadnej mierze nie zmieniają dowody uzupełniające dopuszczone przez Sąd Apelacyjny: decyzje dotyczące świadczenia rehabilitacyjnego, jego zwrotu i postępowania odwoławczego, opinie biegłych co do charakteru dolegliwości na jakie cierpi ubezpieczony, ich nieprzewidywalnego wystąpienia i przewlekłości - mogą ewentualnie służyć w postępowaniu o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, zaś w sporze dotyczącym rzeczywistego prowadzenia działalności gospodarczej - w żaden sposób nie wspierają twierdzeń ubezpieczonego o rzeczywistym prowadzeniu tej działalności.

Zeznanie podatkowe za 2013 r. oraz ewidencja przychodów za sierpień i wrzesień 2013 r., czy też fakt, że w przeszłości ubezpieczony świadczył usługi stolarskie, nie potwierdzają, aby ubezpieczony w spornym okresie (od 13 marca 2014 r.) w sposób zorganizowany i ciągły prowadził działalność gospodarczą, czy też podejmował starania w tym kierunku. Natomiast uzyskanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności to kolejna, obok tak licznych i długotrwałych okresów niezdolności do pracy z powodu choroby, okoliczność mogąca wskazywać, że J.B. może ewentualnie być uznany za osobę niezdolną do pracy w rozumieniu art. 12 ustawy o emeryturach i rentach.

Dla porządku Sąd Apelacyjny dodał, że istotnie, zgodnie z ustalonym poglądem orzecznictwa (por. uchwałę siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 21 kwietnia 2010 r., II UZP 1/10, OSNP 2010 nr 21-22, poz. 267), 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 z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.). Niemniej jednak ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, także w ocenie Sądu Apelacyjnego wynika jednoznacznie, że w spornym okresie ubezpieczony, pomiędzy okresami pobierania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, jedynie stwarzał pozory prowadzenia działalności gospodarczej. Brak zatem podstaw z art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1 i art. 13 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych do objęcia go ubezpieczeniami społecznymi z tego tytułu.

Z tych przyczyn, stosownie do art. 385 k.p.c. orzeczono, jak w sentencji.

Skargę kasacyjną złożył ubezpieczony, zaskarżając wyrok Sądu Apelacyjnego w całości i wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku oraz przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu w Katowicach do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego. Skargę kasacyjną oparł na:

1) naruszeniu przepisów postępowania mogącego mieć istotny wpływ na wynik sprawy, a mianowicie:

a) art. 328 § 2 k.p.c. przez brak zastosowania i nieprzedstawienie w uzasadnieniu wyroku toku rozumowania Sądu Apelacyjnego, który doprowadził do ustalenia podstawy faktycznej i motywów prawnych wydanego wyroku,

b) art. 241, art. 232 i art. 212 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 i art. 299 k.p.c., przez brak zarządzenia uzupełnienia postępowania dowodowego poprzez przeprowadzenie dowodu z przesłuchania ubezpieczonego, służącego ustaleniu faktu mającego istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy oraz brak dążenia do wyjaśnienia istotnych okoliczności sprawy, które są sporne,

2) naruszenia prawa materialnego:

a) art. 3 ustawy prawo przedsiębiorców poprzez błędną wykładnię skutkującą przyjęciem, że ubezpieczony od 13 marca 2014 r. stwarzał pozory prowadzenia działalności gospodarczej i tym samym nie spełnia przesłanek uznania go za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą podczas

gdy w rzeczywistości ubezpieczony w okresie od 13 marca 2014r. podejmował czynności pozwalające na stwierdzenie, że prowadzi działalność gospodarczą,

b) art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2016 r., poz. 963 ze zm., dalej: ustawa systemowa) w związku z art. 11 ust. 2 art. 12 i art. 13 pkt 4 ustawy systemowej poprzez brak zastosowania i przyjęcie, iż odwołujący nie podlegał ubezpieczeniom społecznym w okresie wskazanym w zaskarżonej decyzji, w sytuacji, gdy wykonywał on działalność gospodarczą i w związku z tym powinien on podlegać ubezpieczeniom społecznym gdy spełnił on wszystkie wymagane ww. przepisami przesłanki do podlegania ww. ubezpieczeniom.

Organ rentowy wniósł o oddalenie skargi i zasądzenie kosztów postępowania kasacyjnego według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna nie zawiera usprawiedliwionych podstaw.

Stosownie do treści art. 398¹³ k.p.c.:

§ 1. Sąd Najwyższy rozpoznaje skargę kasacyjną w granicach zaskarżenia oraz w granicach podstaw; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod rozwagę nieważność postępowania.

§ 2. W postępowaniu kasacyjnym nie jest dopuszczalne powołanie nowych faktów i dowodów, a Sąd Najwyższy jest związany ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia.

W judykaturze już wielokrotnie wypowiedano się na temat charakterystyki skargi kasacyjnej (por. postanowienia Sądu Najwyższego: z 13 czerwca 2018 r., II CSK 71/18, niepubl.; z dnia 14 lipca 2022 r., I CSK 2686/22, LEX nr 3395068). Wskazano, że skarga kasacyjna została ukształtowana w przepisach kodeksu postępowania cywilnego jako nadzwyczajny środek zaskarżenia, nakierowany na ochronę interesu publicznego przez zapewnienie rozwoju prawa, jednolitości orzecznictwa oraz prawidłowej wykładni, a także w celu usunięcia z obrotu prawnego orzeczeń wydanych w postępowaniu dotkniętym nieważnością lub

oczywiście wadliwych, nie zaś jako ogólnie dostępny środek zaskarżenia orzeczeń umożliwiający rozpoznanie sprawy w kolejnej instancji sądowej.

W niniejszej sprawie skarżący nie wskazał jako podstawy skargi kasacyjnej naruszenia przepisów postępowania, które miałyby powodować nieważność postępowania w sprawie. Jednak we wniosku o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania wskazał, iż zaskarżony wyrok został wydany w warunkach nieważności postępowania - z naruszeniem art. 379 pkt 5 k.p.c.

W związku z powyższym przy rozpoznaniu skargi niezbędna była analiza, czy wymagana jest ingerencja Sądu Najwyższego z urzędu z uwagi na ewentualną nieważność postępowania.

Skarżący upatrywał tej nieważności w nieprzeprowadzeniu przez Sąd Apelacyjny przesłuchania ubezpieczonego w miejscu zamieszkania, mimo braku możliwości stawienia się przed Sądem w celu złożenia zeznań, co miało pozbawić go możliwości obrony swych praw. Jak wskazał skarżący, wniosek o przesłuchanie ubezpieczonego w charakterze strony został zgłoszony na okoliczność zorganizowania przedsiębiorstwa i wykonywania działalności gospodarczej w okresach przywróconej zdolności do pracy ubezpieczonego. Z uwagi na brak możliwości złożenia zeznań, skarżący nie mógł wykazać, że prowadzona przez niego działalność gospodarcza nie miała charakteru pozornego co objawiało się m.in. w zakupie materiałów (drewna) i urządzeń oraz maszyn, wykonania instalacji elektrycznej - niezbędnych dla prowadzenia działalności gospodarczej. Według skarżącego pomimo, że Sąd Apelacyjny, oddalając powyższy wniosek dowodowy, wskazał, że dotyczy on okoliczności bezspornej, to w treści uzasadnienia wyroku (str. nr 11) Sąd Apelacyjny wskazał, że ubezpieczony „jedynie stwarza pozory prowadzenia działalności gospodarczej”.

Sąd Najwyższy analizując sprawę nie znalazł podstaw dla uznania z urzędu, iż w sprawie doszło do pozbawienia strony możliwości obrony swych praw, a co za tym idzie do nieważności postępowania.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmowało się, że pozbawienie strony możliwości obrony przysługujących jej praw prowadzące do nieważności postępowania polega na odjęciu jej w postępowaniu sądowym, wbrew jej woli, całkowitej możliwości podejmowania, albo świadomego zaniechania czynności

procesowych zmierzających do ochrony jej sfery prawnej (por. np. orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 21 czerwca 1961 r., 3 CR 953/60, Nowe Prawo 1963 nr 1, s. 117 i wyroki z dnia 20 stycznia 1966 r., II PR 371/65, OSNCP 1966 Nr 10, poz. 172). Pogląd ten doznał jednak modyfikacji w nowszym orzecznictwie Sądu Najwyższego, które przyjmuje, że pozbawienie strony możliwości obrony swych praw w rozumieniu art. 379 pkt 5 k.p.c. nie należy wiązać wyłącznie z sytuacją całkowitego wyłączenia strony od udziału w postępowaniu. Zachodzi ona także wówczas, gdy z powodu uchybienia przez sąd przepisom postępowania, strona wbrew swojej woli została faktycznie pozbawiona możliwości obrony swoich praw w jego istotnej części, jeżeli skutków tego uchybienia nie można było usunąć przed wydaniem orzeczenia w danej instancji i to bez względu na to, czy takie działanie strony mogłoby mieć znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 15 lipca 2005 r., IV CSK 84/10, LEX nr 621352; z dnia 4 marca 2009 r., IV CSK 468/08, LEX nr 515415; dnia 10 maja 2000 r., III CKN 416/98, OSNC 2000 nr 12, poz. 220; z dnia 13 czerwca 2002 r., V CKN 1057/00, LEX nr 55517; z dnia 17 lutego 2004 r., III CK 226/02, LEX nr 163995).

O nieważności postępowania można mówić również w przypadku, gdy pozbawienie strony możliwości obrony swych praw dotyczy tylko fragmentu procesu, na przykład ostatniej rozprawy bezpośrednio poprzedzającej wydanie wyroku. Ocena nieważności powinna się odbywać w odniesieniu do konkretnego przypadku (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 czerwca 2009 r., I PK 19/09, LEX nr 519171). Zarzut nieważności postępowania z przyczyny przewidzianej w art. 379 pkt 5 k.p.c. należy oceniać w okolicznościach konkretnej sprawy, różnorodność stanów faktycznych wyklucza bowiem możliwość sformułowania generalnej tezy definiującej tę przyczynę. Chodzi tu o takie uchybienia procesowe popełnione przez sąd, które w praktyce uniemożliwiły stronie podjęcie stosownej obrony przed wydaniem rozstrzygnięcia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 listopada 2004 r., I CK 226/04, LEX nr 277855). Nie można ograniczać pozbawienia strony możliwości obrony swych praw wyłącznie do sytuacji uniemożliwienia jej udziału w rozprawie, może bowiem zaistnieć taka sytuacja, w której, pomimo uczestnictwa strony w rozprawie, nastąpiło tego rodzaju poważne uchybienie, które doprowadziło do nieważności postępowania.

Pominięcie określonych wniosków dowodowych, samo w sobie, nie powoduje nieważności postępowania, lecz w przypadku gdy jest bezzasadne, stanowi naruszenie przepisów prawa procesowego, które ewentualnie może mieć wpływ na wynik sprawy. Jakkolwiek nie można pominąć dowodów, jeżeli dotychczasowe postępowanie prowadzi do wniosków sprzecznych z twierdzeniami strony zgłaszającej dowód (zob. orzeczenia Sądu Najwyższego: z dnia 26 września 1966 r., II CR 314/66, OSNCP 1967 Nr 2, poz. 39, z dnia 18 listopada 1969 r., II CR 308/69, OSNCP 1970 Nr 7-8, poz. 130), ale sąd nie ma też obowiązku prowadzenia postępowania dowodowego ponad potrzebę procesową sprawy.

Zauważyć należy, że nieważność postępowania zachodzi wówczas, gdy strona była rzeczywiście pozbawiona możliwości obrony i wskutek tego nie działała w postępowaniu, a nie, gdy mimo naruszenia przepisów postępowania podjęła czynności w procesie. Znaczy to tyle, że nieważność postępowania występuje wtedy, gdy strona postępowania wbrew swej woli zostanie faktycznie pozbawiona możliwości działania w postępowaniu lub jego istotnej części. Stwierdzenie, czy taki stan nastąpił, wymaga rozważenia, czy w konkretnej sprawie nastąpiło naruszenie przepisów procesowych, czy uchybienie to miało wpływ na możliwość działania strony oraz, czy pomimo zaistnienia tych dwóch przesłanek strona mogła bronić swoich praw. Tylko przy kumulatywnym spełnieniu tych wszystkich przesłanek można mówić o skutkującym nieważnością postępowania pozbawieniu strony możliwości obrony swoich praw (art. 379 pkt 5 k.p.c.). Nie każde naruszenie przepisów proceduralnych może być zatem w ten sposób traktowane (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 marca 2018 r., III PK 19/17, LEX nr 2496285). W orzecznictwie Sądu Najwyższego ugruntowane jest stanowisko, że nieuwzględnienie przez Sąd drugiej instancji wniosku dowodowego, nie uzasadnia twierdzenia o pozbawieniu strony możliwości obrony swych praw skutkującego nieważnością postępowania (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2018 r., IV CSK 590/17, LEX nr 2498003; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 października 2017 r., II PK 300/16, LEX nr 2426552; postanowienie z dnia 16 lutego 2017 r., II PZ 28/16, LEX nr 2269089; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 grudnia 2016 r., II PK 254/15, LEX nr 2188628; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 listopada 2016 r., III SK 67/15, LEX nr 2188798). Powołany przepis dotyczy takich

sytuacji, gdy strona faktycznie została pozbawiona możliwości działania w sprawie np. wskutek niedoręczenia lub wadliwego doręczenia zawiadomienia o rozprawie, czy wskutek rozpoznania sprawy mimo wykazania stosownym zaświadczeniem lekarskim, iż strona nie mogła się stawić w sądzie (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 stycznia 2009 r., II CSK 446/08, LEX nr 488960).

Taka sytuacja nie miała jednak miejsca w niniejszej sprawie. Skarżący był w niniejszej sprawie reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika, który został zawiadomiony o terminie rozprawy odwoławczej w sposób prawidłowy. Ochrona praw skarżącego była zatem zapewniona, a poza tym ewentualna obecność wnioskodawcy prowadziła wyłącznie do możliwości przedstawienia stanowiska końcowego, skoro Sąd Apelacyjny nie widział potrzeby przesłuchania wnioskodawcy w charakterze strony. Swoje argumenty skarżący mógł jednak wyłożyć w piśmie, gdyż wiedział, że z powodów zdrowotnych nie będzie mógł stawić się w sądzie. W tej sytuacji trudno uznać zasadność argumentacji skarżącego w tym zakresie, stąd też zarzuty wskazane przez niego nie mogły odnieść zamierzonego skutku.

Dodatkowo wskazać należy, że kwestia stwarzania pozorów prowadzenia działalności gospodarczej należy do sfery oceny wad oświadczeń woli i jako taka należy do sfery oceny dowodów dokonywanych przez Sąd odwoławczy. Skarżący sygnalizując brak możliwości obrony swych praw przed Sądem drugiej instancji, zmierza do pominięcia ograniczenia z art. 398³ § 3 k.p.c., w myśl którego podstawy skargi kasacyjnej nie mogą stanowić zarzuty dotyczące ustalenia faktów lub oceny dowodów. Za powyższym przemawia również fakt, że w podstawach kasacyjnych brak jest zarzutu nieważności postępowania (prawidłowo sformułowanego o zarzutu naruszenia art. 386 § 2 k.p.c. w związku z art. 378 § 1 k.p.c. oraz art. 379 pkt 5 k.p.c.).

Należy przy tym przypomnieć, że zgodnie z art. 376 k.p.c. rozprawa przed Sądem drugiej instancji odbywa się bez względu na niestawiennictwo jednej lub obu stron. Przepis ten statuuje zasadę fakultatywności udziału stron w postępowaniu odwoławczym. Stawiennictwo stron na rozprawę przed sądem drugiej instancji nie jest obligatoryjne. Wyjątek stanowi sytuacja, gdy sąd drugiej instancji zobowiązał stronę do osobistego stawiennictwa w celu przeprowadzenia

dowodu z przesłuchania stron. W niniejszej sprawie Sąd drugiej instancji nie widział takiej potrzeby i wyjaśnił w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia, że skarżący złożył wniosek o przesłuchanie go na okoliczność zorganizowana przedsiębiorstwa i wykonywania działalności gospodarczej w okresach przywróconej zdolności do pracy ubezpieczonego. Były to okoliczności ustalone w toku postępowania na podstawie innych dowodów (m.in. dokumentów, wyjaśnień ubezpieczonego, zeznań świadków), zresztą zgodnie z twierdzeniami ubezpieczonego. Sąd Apelacyjny stwierdził, że sprawa została dostatecznie wyjaśniona.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 241, art. 232 i art. 212 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 i art. 299 k.p.c. (zresztą nieprawidłowo sformułowanego), podkreślić należy, że kwestia konieczności przeprowadzenia dowodu z przesłuchania strony leży w zakresie swobodnej decyzji sądu, opartej na analizie materiału dowodowego w zakresie jego spójności i zupełności. Dowód z przesłuchania stron jest dowodem fakultatywnym, subsydiarnym i symetrycznym. Według art. 299 k.p.c. Sąd przeprowadza dowód z przesłuchania stron wtedy, gdy po wyczerpaniu środków dowodowych lub w ich braku pozostały niewyjaśnione fakty istotne dla rozstrzygnięcia sprawy. Jak wynika z treści tego przepisu, Sąd nie przesłuchuje stron co do wszystkich faktów będących przedmiotem postępowania dowodowego, lecz tylko co do faktów spornych, mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy i to jedynie wówczas, gdy albo przeprowadzone dowody nie pozwoliły wyjaśnić istoty sprawy albo gdy nie ma dowodów, które pozwoliłyby wyjaśnić tę istotę. Według więc regulacji zawartej w tym przepisie dowód z przesłuchania stron ma charakter posiłkowy, pomocniczy (subsidiarny), a jego przeprowadzenie nie może służyć sprawdzeniu wyników dotychczasowego postępowania dowodowego ani przesądzać wyników tego postępowania. Jest to dowód fakultatywny. Kompetencje sądu wynikające z art. 299 *in fine* k.p.c. nie mają charakteru bezwzględnego obowiązku, a aktualizują się one jedynie wówczas, gdy sąd uzna, że dotychczasowe rezultaty przeprowadzonego postępowania dowodowego nie prowadzą do wyjaśnienia faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (por. wyrok Sądu Najwyższego z 8 grudnia 2000 r., I CKN 1129/99, LEX nr 51635).

Naruszenie art. 299 k.p.c. może mieć miejsce wtedy, gdy nieprzesłuchanie stron - mimo zgłoszenia takiego wniosku dowodowego przez jedną z nich albo

nawet bez takiego wniosku (art. 232 zdanie drugie k.p.c.) - mogło wpłynąć na wynik sprawy, rozumiany jako wyjaśnienie wszystkich istotnych i spornych okoliczności dotyczących. Sąd Apelacyjny uznał dotychczasowy materiał dowodowy za wystarczający dla rozstrzygnięcia.

W obowiązującym stanie prawnym Sąd Najwyższy nie jest uprawniony do badania prawidłowości zarówno ustaleń faktycznych, jak i oceny dowodów, dokonanych przez Sąd drugiej instancji. Niewątpliwie Sąd Apelacyjny jest „Sądem faktu”, zaś Sąd Najwyższy „Sądem prawa”. W konsekwencji, jak wskazano już wyżej Sąd Najwyższy rozpoznając skargę kasacyjną, jest związany ustalonym stanem faktycznym sprawy. Związanie to wyklucza w szczególności badanie, czy sąd drugiej instancji nie przekroczył granic swobodnej ich oceny (tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 6 sierpnia 2012 r., II CSK 108/12, LEX nr 1228780).

W orzeczeniu z dnia 14 września 2017 r., sygn. akt V CSK 600/16, Sąd Najwyższy, uznał, że „Sąd Najwyższy rozstrzygając o skardze, jest, zgodnie z art. 398¹³ § 2 k.p.c. związany ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia. Związanie to wyklucza nie tylko przeprowadzenie w jakimkolwiek zakresie dowodów, lecz także badanie, czy sąd drugiej instancji nie przekroczył granic swobodnej ich oceny. Z tego punktu widzenia każdy zarzut skargi kasacyjnej, który ma na celu polemikę z ustaleniami faktycznymi sądu drugiej instancji, chociażby pod pozorem kwestionowania wykładni lub niewłaściwego zastosowania określonych przepisów prawa materialnego, z uwagi na jego sprzeczność z art. 398³ § 3 k.p.c. jest niedopuszczalny. Takie ograniczenie, w odniesieniu do zarzutów procesowych, oznacza eliminację tych zarzutów, które bezpośrednio dotyczą podstawy faktycznej wyrokowania. Możliwe jest natomiast powoływanie się na takie naruszenie przepisów postępowania, których ostateczną konsekwencją jest błędne ustalenie stanu faktycznego, a które nie należą do kategorii błędnej oceny dowodów, ani też błędnego wnioskowania”.

W ocenie Sądu Najwyższego, Sąd Apelacyjny niniejszej sprawie w sposób prawidłowy ustalił stan faktyczny, a w świetle dowodów zgromadzonych w sprawie zasadnie uznał, że zaskarżona decyzja ZUS była prawidłowa.

Odnosząc się do nieprawidłowości sporządzenia uzasadnienia wyroku jako podstawy skargi kasacyjnej wskazać należy, że Sąd Najwyższy wielokrotnie wypowiadał się w tej kwestii w swoich orzeczeniach (patrz m.in. wyrok z 17 września 2020 r., II PK 6/19). Sąd Najwyższy stwierdził, że „Wyjątkowo jednak, niezgodne z art. 328 § 2 k.p.c. sporządzenie uzasadnienia wyroku sądu drugiej instancji, może stanowić usprawiedliwioną podstawę skargi kasacyjnej, gdy niezachowanie jego wymagań konstrukcyjnych będzie czynić zasadny kasacyjny zarzut naruszenia prawa materialnego przez jego zastosowanie do niedostatecznie jasno ustalonego stanu faktycznego lub gdy uniemożliwia całkowicie dokonanie oceny toku wyводу, który doprowadził do wydania orzeczenia albo nie pozwala na jego kontrolę kasacyjną”.

W świetle art. 327¹ § 1 k.p.c. (w poprzednim stanie prawnym art. 328 § 2 k.p.c., który to przepis skarżący błędnie powołał) w związku z art. 391 § 1 k.p.c. i art. 382 k.p.c. nie jest bowiem możliwe prawidłowe zastosowanie prawa materialnego bez zgodnego z prawem procesowym ustalenia podstawy faktycznej rozstrzygnięcia (por. między innymi wyrok Sądu Najwyższego z 11 kwietnia 2006 r., I PK 164/05, Monitor Prawa Pracy 2006 nr 10, s. 541). I odwrotnie - zarzuty naruszenia przepisów postępowania mają znaczenie, jeżeli uchybienia mogły mieć istotny wpływ na wynik sprawy (art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c.), zatem w pierw decyduje prawidłowo rozumiane prawo materialne, które określa przesłanki dochodzonego świadczenia, a te wyznaczają, jakie ustalenia stanu faktycznego są konieczne i mają znaczenie dla rozstrzygnięcia sporu (art. 227 k.p.c.).

Sąd Najwyższy wielokrotnie wskazywał, że uzasadnienia sądów odwoławczych nie muszą, a zwykle wręcz nie powinny zawierać wszystkich elementów typowych dla uzasadnienia orzeczenia Sądu pierwszej instancji, lecz jedynie te z elementów, które ze względu na treść apelacji i zakres rozpoznania sprawy są niezbędne do przedstawienia motywów wydanego przez ten sąd rozstrzygnięcia (zob. postanowienie z dnia 19 lutego 2021 r., V CSK 188/20, niepubl.), a naruszenie przez sąd drugiej instancji zasad sporządzania uzasadnienia orzeczenia (aktualnie uregulowanych w art. 327¹ k.p.c. oraz art. 387 § 2¹ k.p.c.) jedynie wyjątkowo może stanowić usprawiedliwioną podstawę kasacyjną, co ma miejsce, gdy skutek uchybienia wymaganiom stawianym uzasadnieniu,

zaskarżone orzeczenie nie poddaje się kontroli kasacyjnej (zob. postanowienie z dnia 13 maja 2021 r., V CSKP 101/21, niepubl.).

Powyższa linia orzecznicza jest kontynuowana. Podobnie wypowiedział się Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 22 lipca 2021 r., sygn. akt I PSK 108/21 (LEX nr 3392583) wskazując, że:

„Powołanie się w skardze kasacyjnej na naruszenie art. 327¹ § 1 i 2 k.p.c. ... jest usprawiedliwione w tych tylko wyjątkowych wypadkach, gdy uzasadnienie wyroku sądu drugiej instancji nie zawiera wszystkich wymaganych elementów konstrukcyjnych lub zawiera tak kardynalne braki, że niemożliwe jest dokonanie oceny toku wyводу, który doprowadził do wydania orzeczenia, co uniemożliwia przeprowadzenie kontroli kasacyjnej. Tylko bowiem wówczas stwierdzone wady mogą mieć wpływ na wynik sprawy.

W niniejszej sprawie, Sąd drugiej instancji, mimo zwięzłego uzasadnienia, wyjaśnił w oparciu o jakie dowody ustalił stan faktyczny (podzielając w całości ustalenia Sądu Okręgowego oraz przeprowadzając uzupełniające postępowanie dowodowe), a pisemne uzasadnienie wyroku wyjaśnia motywy rozstrzygnięcia w sprawie i poddaje się kontroli kasacyjnej.

W konsekwencji wbrew zarzutom skargi, Sąd Apelacyjny w Katowicach nie naruszył przepisów postępowania wskazanych w podstawach kasacyjnych, tj. art. 328 § 2 k.p.c., art. 241, art. 232 i art. 212 § 1 k.p.c. w związku z art. 227 i art. 299 k.p.c.

W ocenie Sądu Najwyższego Sąd Apelacyjny w Katowicach w sprawie objętej skargą nie naruszył również przepisów prawa materialnego.

Warto przypomnieć, że z mocy art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 11 ust. 2 i art. 12 ust. 1 ustawy systemowej, osoby prowadzące pozarolniczą działalność w rozumieniu art. 8 ust. 6 podlegają obowiązkowym ubezpieczeniom: emerytalnemu i rentowym oraz wypadkowemu, a na ich wniosek - także dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Trzeba zaznaczyć, że w myśl art. 196 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Przepisy wprowadzające ustawę Prawo przedsiębiorców oraz inne ustawy dotyczące działalności gospodarczej (Dz.U. z 2018 r., poz. 650), do postępowań w sprawach przedsiębiorców wszczętych na podstawie przepisów dotychczasowych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie tej ustawy, stosuje się przepisy

dotychczasowe. Do takich postępowań stosuje się zatem art. 8 ust. 6 pkt 1 ustawy systemowej w brzmieniu obowiązującym przed 30 kwietnia 2018 r., zgodnie z którym za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność uważa się osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych.

W niniejszej sprawie ma więc zastosowanie obowiązująca do 30 kwietnia 2018 r. ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 2168; dalej jako ustawa o swobodzie działalności gospodarczej).

Zgodnie z art. 13 pkt 4 ustawy systemowej, obowiązek podlegania osób prowadzących pozarolniczą działalność ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz wypadkowemu trwa od dnia rozpoczęcia wykonywania tej działalności do dnia zaprzestania wykonywania jej, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszone na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, zaś stosownie do art. 14 ust. 1 i 2 ustawy systemowej, objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i ustanie tego ubezpieczenia następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie ubezpieczeniem i o wyłączenie z tego ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia złożenia wniosku tej treści. Określenie czasowych granic podlegania tej kategorii podmiotów obowiązkowemu ubezpieczeniu dokonane zostało przez ustawodawcę w sposób formalny, wyznacza je bowiem rozpoczęcie i zaprzestanie wykonywania działalności.

W myśl art. 14 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, przedsiębiorcy mają zaś obowiązek dokonania wpisu do ewidencji działalności gospodarczej i mogą podjąć działalność dopiero po dopełnieniu tego obowiązku. Według art. 25 ust. 1 pkt 9 tejże ustawy, osoba fizyczna, wpisywana do tej ewidencji (Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej), powinna wskazać przedmiot wykonywanej przez siebie działalności gospodarczej, zgodnie z tzw. Polską Klasyfikacją Działalności. Wnioskodawca niewątpliwie spełnił te warunki i przez wpis do ewidencji działalności gospodarczej z dniem 13 czerwca 2013 r. uzyskał status przedsiębiorcy (osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą). W związku z powyższym, zgodnie z art. 36 ust. 3, art. 41 i art. 47 ustawy systemowej, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność miał

obowiązek dokonać zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz przesyłać do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w ustawowym terminie deklarację rozliczeniową i opłacać składki.

W rzerzucha orzecznictwie Sądu Najwyższego jednolicie przyjmuje się jednak, że podstawą do powstania obowiązku ubezpieczenia w oparciu o art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej jest faktyczne wykonywanie działalności pozarolniczej (wyroki Sądu Najwyższego: z 25 listopada 2005 r., I UK 80/05, OSNP 2006 nr 19-20, poz. 309; z 14 września 2007 r., III UK 35/07, LEX nr 483284; z 18 lutego 2009 r., II UK 207/08, LEX nr 736738; z 19 lutego 2009 r., II UK 215/08, LEX nr 736739; z 19 lutego 2010 r., II UK 186/09, LEX nr 590235; z 22 lutego 2010 r., I UK 240/09, LEX nr 585723; z 18 listopada 2011 r., I UK 156/11, LEX nr 1102533). Z tego względu sam wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej ma charakter deklaratoryjny i nie rozstrzyga istoty problemu, bowiem stanowi jedynie domniemanie - podlegające obaleniu - że działalność gospodarcza była rzeczywiście podjęta i prowadzona w okresie nim wskazanym (wyrok Sądu Najwyższego z 24 maja 2000 r., II UKN 568/99, OSNAPiUS 2001 nr 22, poz. 678).

Podnieść należy, że za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą ustawa ta uznaje osobę (fizyczną) prowadzącą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych (art. 8 ust. 6 pkt 1).

W stanie faktycznym w rozpoznawanej sprawie legalna definicja pojęcia działalności gospodarczej została zawarta w art. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Pod pojęciem działalności gospodarczej rozumiano zarobkową działalność wytwórczą, budowlaną, handlową, usługową oraz poszukiwanie, rozpoznawanie i wydobywanie kopalin ze złóż, a także działalność zawodową wykonywaną w sposób zorganizowany i ciągły. Obecnie definicję działalności gospodarczej zawiera art. 3 Prawa przedsiębiorców. Zgodnie z tym ostatnim przepisem, działalnością gospodarczą jest zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły. We wszystkich tych definicjach nacisk położony jest na zorganizowany i zarobkowy charakter, ciągłość i profesjonalizm.

Sąd drugiej instancji szczegółowo wyjaśnił, biorąc pod uwagę powyższe kryteria, dlaczego w przypadku ubezpieczonego nie można przyjąć, że taką zorganizowaną i ciągłą działalność zarobkową prowadził. Jest to domena ustaleń faktycznych, co oznacza, że ustalenie to nie podlega kontroli kasacyjnej (art. 398¹³ § 2 k.p.c.).

Podkreślić trzeba, że domniemanie prawdziwości danych wpisanych do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej może zostać skutecznie obalone. W sprawie objętej skargą Sąd Apelacyjny właściwie uznał, że pomimo dokonania stosownego wpisu w rejestrze przedsiębiorców, działalność gospodarcza po pierwszym długotrwałym zwolnieniu lekarskim trwającym od 12 września 2013 r. do 12 marca 2014 r. nie była przez ubezpieczonego prowadzona w rozumieniu przepisów prawa.

W tym miejscu podkreślić należy, iż Sąd Najwyższy w postanowieniu z 12 sierpnia 2014 r. sygn. akt I UK 73/14, stwierdził, że o ubezpieczeniu decyduje działalność gospodarcza, czyli jej rozpoczęcie i prowadzenie, tak określa się podstawę (tytuł) podlegania ubezpieczeniom społecznym w art. 13 pkt 4 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Jeżeli te warunki nie wystąpiły, to inny stan faktyczny i prawny nie może wynikać z wpisu do rejestru (ewidencji), bo upada domniemanie z art. 33 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej - po prostu dane wpisane nie są prawdziwe. Domniemanie wynikające z tego przepisu nie zastępuje zatem warunków składających się na tytuł ubezpieczenia. Innymi słowy w przypadku sporu sam wpis nie przesądza faktów i prawa.

Uwzględniając zatem powołane orzecznictwo oraz materiał dowodowy zgromadzony w sprawie Sąd drugiej instancji prawidłowo ustalił, że od dnia 13 marca 2014 r. ubezpieczony nie prowadził na własny rachunek pozarolniczej działalności gospodarczej.

W dotychczasowym orzecznictwie Sąd Najwyższy wielokrotnie wskazywał na przesłankę zarobkowego charakteru działalności gospodarczej. I tak w wyroku z dnia 6 kwietnia 2017 r., sygn. akt II UK 98/16, Sąd Najwyższy stwierdził, że przesłanka zarobkowego charakteru działalności zostanie spełniona wtedy, gdy jej prowadzenie przynosi rzeczywisty zysk, ale należy również uznać sytuację, gdy

pomimo jego nieosiągnięcia, przedsiębiorca nastawiony był na uzyskanie dochodu. W tej mierze istotny jest wyznaczony przez przedsiębiorcę cel, który w każdym przypadku, poprzez realizację zamierzonych przedsięwzięć musi zakładać wynik finansowy. Zarobkowy charakter musi być nastawiony na zysk, który powinien co najmniej pokryć koszty założenia i prowadzenia przedsięwzięcia.

Jednak wykonywanie działalności nie może mieć charakteru incydentalnego lub pozorowanego. Cel zadaniowy, związany z prowadzeniem przedsiębiorstwa i jego utrzymaniem, wytyczony przez osobę podejmującą działalność musi więc zakładać nastawienie na trwanie działalności w dłuższym przedziale czasowym.

Uwzględniając zatem powołane orzecznictwo oraz materiał dowodowy zgromadzony w sprawie Sąd Apelacyjny prawidłowo ustalił, że od dnia 13 marca 2014 r. ubezpieczony nie prowadził na własny rachunek pozarolniczej działalności gospodarczej, a podejmowane przez niego działania miały na celu wyłącznie stworzenie pozorów wykonywania działalności gospodarczej. Dowody zgromadzone w sprawie nie potwierdziły w żadnym razie, aby ubezpieczony od dnia 13 marca 2014 r. prowadził działalność gospodarczą w sposób zorganizowany i ciągły.

Biorąc powyższe rozważania pod uwagę, na zasadzie z mocy art. 398¹⁴ § 1 k.p.c. oddalono skargę kasacyjną jako bezzasadną.

O kosztach postępowania kasacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., art. 108 § 1 k.p.c., w związku z art. 391 § 1 k.p.c. i art. 398²¹ k.p.c. oraz § 10 ust. 2 pkt 2 w zw. z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (jednolity tekst: Dz.U. z 2018 r., poz. 265) - pkt 2 wyroku.

[as]