



Sygn. akt II USKP 86/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 stycznia 2023 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Leszek Bielecki (przewodniczący)

SSN Robert Stefanicki (sprawozdawca)

SSN Renata Żywicka

w sprawie z odwołania J. K.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w Olsztynie

o ustalenie podlegania obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i

wypadkowemu oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń

Społecznych w dniu 24 stycznia 2023 r.,

skarg kasacyjnych odwołującej się i organu rentowego od wyroku

Sądu Apelacyjnego w Białymstoku

z dnia 11 marca 2021 r., sygn. akt III AUa 796/20,

**I. uchyla zaskarżony wyrok w punkcie 1a) i oddala apelację
skarżącej J. K. od wyroku Sądu Okręgowego w Olsztynie IV
Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych,**

II. oddala skargę kasacyjną J. K.,

**III. odstępuje od obciążenia skarżącej J. K. kosztami
postępowania kasacyjnego i apelacyjnego pozwanego Zakładu
Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Olsztynie.**

UZASADNIENIE

Sąd Apelacyjny w Białymstoku, III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w wyroku z dnia 11 marca 2021 r. po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 3 marca 2021 r. sprawy z odwołania J. K. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Olsztynie o ustalenie podlegania obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu na skutek apelacji wnioskodawczyni J. K. od wyroku Sądu Okręgowego w Olsztynie IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 29 września 2020 r. (IV U 912/19) zmienił zaskarżony wyrok oraz poprzedzającą go decyzję i stwierdził, że J. K. podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 9 lipca 2016 r. do 21 lipca 2017 r. oraz od 31 stycznia 2019 r. oraz nie podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 22 lipca 2017 r. do 30 stycznia 2019 r. i w tym zakresie oddalił odwołanie, oraz apelację w pozostałej części.

Decyzją z dnia 5 marca 2019 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Olsztynie stwierdził, że J. K. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 8 lipca 2016 r. Zdaniem organu nie prowadziła ona faktycznie działalności gospodarczej. Potwierdzeniu stanowiska Zakładu Ubezpieczeń Społecznych służyć mają:

- złożenie wniosku o wypłatę zasiłku macierzyńskiego bezpośrednio po miesiącu, w którym ubezpieczona zmieniła podstawę wymiaru składki z 30% na 250% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia (marzec 2013 r.),

- pobieranie kolejnych świadczeń pieniężnych po zakończeniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego (od dnia 9 kwietnia 2014 r. do dnia 8 lipca 2016 r.),

- żaden z okresów zdolności do pracy występujących w latach 2016-2018 nie przekraczał 3 miesięcy, co powodowało, że każde kolejne świadczenie pieniężne obliczone było od podstawy wymiaru składek zadeklarowanej w marcu 2013 r.,

- w latach 2014-2017 ubezpieczona wykazywała zerowe przychody,
- brak kasy fiskalnej oraz faktur potwierdzających przeprowadzane szkolenia i kursy.

Od przedmiotowej decyzji J. K. wniosła odwołanie, w którym podniosła, że faktycznie prowadziła działalność gospodarczą w spornym okresie, zaś organ rentowy dokonał wybiórczej oceny dowodów, czego konsekwencją było wyprowadzenie błędnych wniosków skutkujących wydaniem zaskarżonej decyzji.

Sąd Okręgowy w Olsztynie wyrokiem z dnia 29 września 2020 r. oddalił odwołanie i w ramach poczynionych ustaleń przyjął, że J. K. zgłosiła rozpoczęcie działalności gospodarczej dnia 1 czerwca 2012 r. Zgodnie ze wpisem w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej przedmiotem jej działalności było fryzjerstwo oraz pozostałe zabiegi kosmetyczne wykonywane w lokalu wynajmowanym od męża – P. K.. W pierwszym okresie prowadzonej działalności zadeklarowana podstawa wymiaru składki wynosiła 30% prognozowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia. Następnie dokonała wyrejestrowania z ubezpieczenia, aby w marcu 2013 r. przystąpić do niego ponownie, ale już z zadeklarowaną podstawą wymiaru składki 250% prognozowanego wynagrodzenia.

Od dnia 10 kwietnia 2013 r. ubezpieczona występowała kolejno o wypłatę zasiłku macierzyńskiego, zasiłku chorobowego od dnia 9 kwietnia 2014 r. do dnia 3 stycznia 2015 r., świadczenia rehabilitacyjnego od dnia 4 stycznia 2015 r. do dnia 2 lutego 2015 r., kolejnego zasiłku macierzyńskiego od dnia 3 lutego 2015 r. do dnia 1 lutego 2016 r., zasiłku chorobowego od dnia 2 lutego 2016 r. do dnia 8 lipca 2016 r. Przy czym żaden z okresów zdolności do pracy nie był dłuższy od pełnych 3 miesięcy, co skutkowało naliczaniem kolejnych świadczeń pieniężnych od podstawy wymiaru składek zadeklarowanych w marcu 2013 r. maksymalnej podstawy składek 250% prognozowanego wynagrodzenia. W okresie od kwietnia 2013 do lipca 2018 r. ubezpieczona pobrała kwotę 373.376,13 zł brutto z tytułu świadczeń społecznych, a jej wpłaty do systemu ubezpieczeń w tym okresie opiewały na łączną kwotę 2.943,02 zł.

Sąd Okręgowy wskazał, że spór w niniejszej sprawie koncentrował się na ustaleniu, czy ubezpieczona prowadzi działalność gospodarczą, a w związku z tym podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym oraz dobrowolnie

ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 9 lipca 2016 r. Zdaniem Sądu Okręgowego – biorąc pod uwagę definicję działalności gospodarczej wysłowioną w art. 3 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo Przedsiębiorców (Dz.U. z 2018 r., poz. 646 ze zm.) – należy uznać, że odwołująca nie prowadziła pozarolniczej działalności gospodarczej, zważywszy, że nie realizowała deklarowanych usług w sposób ciągły, zarobkowy i zorganizowany. Ciągłość wykonywania działalności gospodarczej oznacza, że nie ma ona charakteru incydentalnego, okazjonalnego, ale zadaniowy, związany z racjonalnym prowadzeniem przedsiębiorstwa i jego utrzymaniem. Podejmujący działalność musi zakładać prowadzenie jej w dłuższym przedziale czasowym.

W świetle niekwestionowanego przez ubezpieczoną i Zakład Ubezpieczeń Społecznych stanu faktycznego J. K. w latach 2014-2017 nie wykazywała żadnych dochodów. W 2018 r. przychody wyniosły 7.790,00 zł. Bez znaczenia dla tych ustaleń pozostaje kwestia wyjaśnień ubezpieczonej, iż w okresach niepobierania świadczeń społecznych prowadziła działalność m.in. poprzez „dowiadywanie się o rynku usług” i wykorzystywanie różnych form „marketingu szeptanego”. Czynności te nie korespondują z legalną definicją prowadzenia działalności gospodarczej. Są jedynie jej pochodnymi aspektami, zaś w swojej istocie prowadzenie takiej działalności polega na sprzedaży towarów i świadczenia usług. Oczywistym pozostaje, iż specyfika prowadzenia działalności ma to do siebie, iż w niektórych okresach może występować brak przychodów, a nawet straty. Jest to naturalne i pozostaje w istocie prowadzenia takiej działalności. Nie można jednak pomijać, iż w pewnym momencie ponoszenia strat księgowych przedsiębiorca winien przeanalizować kwestie ewentualnego zrezygnowania z prowadzenia działalności celem uniknięcia strat faktycznych.

Zdaniem Sądu I instancji trudno byłoby uznać, że działalność gospodarcza ubezpieczonej była prowadzona w sposób ciągły, zważywszy, że przez ponad 4 lata czynności związane z jej prowadzeniem były wykonywane średnio przez 75 dni w roku. Oznaczałoby to bowiem, że średnia efektywność pracy przy wskazanych wyżej założeniach wynosiła ok. 30%. Nie sposób w takiej sytuacji uznać, że deklarowana przez nią działalność była wykonywana w sposób ciągły, w celach zarobkowych i miała charakter rzeczywisty.

Sąd zwrócił też uwagę na to, że stosunek ubezpieczenia społecznego nie ma charakteru cywilnoprawnego, opartego na równorzędności jego podmiotów i wzajemności (ekwiwalentności) świadczeń, lecz jest uregulowanym ustawowo stosunkiem prawnym opartym na zasadzie solidaryzmu. Składka w ubezpieczeniach społecznych jest osobistym wkładem ubezpieczonego, z przeznaczeniem na tworzenie ogólnego funduszu ubezpieczeniowego, z którego prawo do świadczeń czerpią ci ubezpieczeni, którym ziści się określone ryzyko socjalne. W świetle powyższego pobranie przez ubezpieczoną z systemu kwoty 373.376,13 zł brutto z tytułu świadczeń społecznych oraz wpłacenie w tym czasie do funduszu kwoty zaledwie 2.943,02 zł, zdaniem Sądu w oczywisty sposób łamie regułę solidaryzmu.

Istotne w sprawie jest to, że organ rentowy wszczął postępowanie administracyjne w celu ustalenia, czy J.K. faktycznie prowadziła działalność gospodarczą, a zatem czy rzeczywiście podlegała ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Konsekwencją przeprowadzonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych postępowania było przyjęcie, że ubezpieczona nie prowadziła faktycznie działalności gospodarczej od dnia 9 lipca 2016 r., bo za taką nie można uznawać działalności mającej charakter fikcyjny czy doraźny. Z decyzją organu rentowego ubezpieczona nie zgodziła się, czego wyrazem było wniesione odwołanie od spornej decyzji do Sądu Okręgowego. Sąd ten wyrokiem z dnia 29 września 2020 r. oddalił wniesione odwołanie.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pełnomocnik odwołującej się, zaskarżając go w całości. Zarzucił:

- naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. mające istotny wpływ na rozstrzygnięcie sprawy poprzez przyjęcie błędnych sprzecznych ze zgromadzonym materiałem ustaleń faktycznych, że ubezpieczona nie prowadziła w okresie od dnia 9 lipca 2016 r. działalności gospodarczej, pomimo że – jej zdaniem – była ona faktycznie prowadzona,

- błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu przez Sąd I instancji, że ubezpieczona nie prowadziła działalności gospodarczej w spornym okresie, pomimo że brak prowadzonej działalności gospodarczej przez pewien

okres ze względu na niezdolność do pracy nie może przekreślać istoty prowadzenia działalności gospodarczej przez ubezpieczoną,

- błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, że ubezpieczona wypełniła wyłącznie formalne czynności dotyczące zarejestrowania działalności gospodarczej, w celu uzyskania wysokich świadczeń z tytułu podlegania do ubezpieczeń w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, pomimo że ubezpieczona podtrzymywała prowadzoną działalność gospodarczą, nie zawieszając jej,

- naruszenie przepisów prawa materialnego tj. art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 12 ust. 1, art. 13 pkt 4 i art. 14 ust. 1 i 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w związku z art. 3 ustawy Prawo Przedsiębiorców poprzez niewłaściwe zastosowanie oraz stwierdzenie, iż ubezpieczona nie prowadziła działalności gospodarczej w spornym okresie, a przez to nie podlegała do ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej tj. ubezpieczenia emerytalnego, rentowego, wypadkowego oraz chorobowego,

- art. 5 k.c. w zw. z art. 18 w zw. z art. 19 oraz art. 20 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez błędną wykładnię polegającą na stwierdzeniu, iż zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych przez ubezpieczoną z wysoką podstawą stanowiło czynność sprzeczną z klauzulą generalną zasad współżycia społecznego oraz zasadą solidaryzmu społecznego. Samo zarejestrowanie działalności gospodarczej nie może stanowić tytułu ubezpieczenia społecznego.

Działający w imieniu ubezpieczonej pełnomocnik wniósł o zmianę wyroku oraz poprzedzając wyrok decyzji organu rentowego poprzez przyjęcie, iż ubezpieczona podlegała ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej od dnia 9 lipca 2016 r., a w ramach ostrożności procesowej dochodząco uchylenia przedmiotowego wyroku oraz przekazania sprawy do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji, oraz o zasądzenie od organu rentowego na rzecz ubezpieczonej kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych za obie instancje.

Sąd Apelacyjny uznał, że dla oceny czy J. K. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą powinna podlegać obowiązkowo ubezpieczeniom, kluczowe znaczenie ma odpowiedź na pytanie, czy doszło do

zaprzestania wykonywania przez nią działalności gospodarczej w prawnym rozumieniu art. 13 pkt 4 w zw. z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych i art. 2 ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (obecnie art. 3 ustawy Prawo Przedsiębiorców). Zdaniem Sądu odwoławczego z niekwestionowanych ustaleń wynika, że w kolejnych latach objętych ubezpieczeniem J. K. korzystała ze świadczeń ubezpieczeniowych, w tym od dnia 10 kwietnia 2013 r. do dnia 8 lipca 2016 r. nieprzerwanie pobierała świadczenia społeczne, a w następnych latach również o nie występowała, jednak bez zachowania ciągłości.

Raz jeszcze należy podkreślić, że żaden z okresów zdolności do pracy nie był dłuższy od pełnych 3 miesięcy, co skutkowało naliczaniem kolejnych świadczeń pieniężnych od podstawy wymiaru składek z marca 2013 r.

Sąd Apelacyjny decyzję organu rentowego uznał za błędną. Stwierdził m.in., że skoro nie ma wiążącej regulacji prawnej, w której świetle niezdolność do pracy, zwłaszcza długotrwała, osoby prowadzącej jednoosobową działalność gospodarczą byłaby równoznaczna z jej zaprzestaniem w prawnym rozumieniu, to wątpliwa jest decyzja, że takie zaprzestanie działalności można stwierdzić od następnego dnia po zakończeniu ostatniego świadczenia z tytułu niezdolności do pracy. Innymi słowy, skoro prawodawca nie przyjął, że dochodzi do zaprzestania działalności gospodarczej z chwilą niezdolności do pracy i rozpoczęcia pobierania zasiłku chorobowego, a po nim świadczenia rehabilitacyjnego, czy nawet jak w przedmiotowej sprawie kolejnych zasiłków chorobowych i macierzyńskiego, to nie ma tutaj podstaw do twierdzenia, że po upływie tego okresu będzie rozpoczynała od nowa prowadzenie działalności gospodarczej.

Poprawnie ujmując, osoba ubezpieczona nie rozpoczyna działalności od nowa, ale kontynuuje wcześniej wykonywaną. Znaczenie ma więc ocena tych czynności. W przypadku odwołującej, która po 9 dniach przerwy w pobieraniu zasiłków, ponownie stała się niezdolna do pracy na długi okres, bo trwający ponad rok – od dnia 18 lipca 2016 r. do dnia 21 lipca 2017 r. pobierała kolejny zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne i po 4 dniach przerwy ponownie zasiłek chorobowy, zrozumiałe jest, że nie powróciła ona do kontynuowania działalności gospodarczej. Dalszy zły stan zdrowia, mógł uzasadniać czasowe

niepodejmowanie czynności zmierzających do powrotu do pracy. Orzecznictwo Sądu Najwyższego precyzyjnie definiuje ciągłość prowadzenia działalności gospodarczej. Nie każda przerwa stanowiła uzasadnienie wyłączenia z obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym (wyroki Sądu Najwyższego z dnia: 19 marca 2007 r., III UK 133/06; 14 września 2007 r., III UK 35/07; 4 stycznia 2008 r., I UK 208/07; 4 kwietnia 2008 r., I UK 293/07). Zapewne miał to na uwadze prawodawca, wprowadzając możliwość czasowego zawieszenia działalności bez likwidacji stosunku zatrudnienia – art. 14a ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, a po 30 kwietnia 2018 r. – art. 22 - 25 ustawy z 6 marca 2018 r. Prawo Przedsiębiorców.

Przy czym odróżnia się etap przygotowania do otwarcia i prowadzenia działalności od przygotowania do prowadzenia dotychczasowej działalności gospodarczej po długim okresie niezdolności do pracy. Zakończenie długotrwałego okresu niezdolności do pracy nie musi być równoznaczne z odzyskaniem pełnej zdolności do pracy. W rozpoznawanej sprawie przyjęto pełną zdolność do prowadzenia działalności gospodarczej, mimo że w krótkim czasie po 9 dniach przerwy odwołująca ponownie stała się niezdolna do pracy i stan ten utrzymywał się przez ponad rok, do dnia 21 lipca 2017 r. W ocenie Sądu Apelacyjnego nie musi to przemawiać za tezą o zaprzestaniu działalności gospodarczej z dniem 9 lipca 2016 r., ponieważ stan zdrowia odwołującej nie pozwalał jej na kontynuowanie działalności.

Okres niezdolności do pracy nie jest *ex lege* równoznaczny z zaprzestaniem działalności gospodarczej. W okresie niezdolności do pracy ubezpieczony z reguły nie podejmuje żadnej pracy ze względu na przesłankę utraty prawa do zasiłku chorobowego (art. 17 ust. 1 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa). Natomiast zgodnie z regułami racjonalnego działania i wymogami ciągłości i stałości prowadzenia działalności gospodarczej J. K. powinna po okresie niezdolności podjąć wykonywanie czynności w ramach prowadzonej przez siebie dotychczas działalności gospodarczej. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w stanie faktycznym sprawy nie można było przyjąć, że ubezpieczona powróciła do jej wykonywania po upływie okresu długotrwałej niezdolności do pracy, to jest po 21

lipca 2017 r. Pobierała w tym czasie przez krótkie 1 lub 2 tygodniowe okresy kolejne zasiłki w większości z tytułu opieki nad dzieckiem, które przerywane były okresami zdolności do pracy, nieprzekraczającymi 3 miesięcy. W tej sytuacji trudno tłumaczyć, co mogłoby uzasadniać niepodjęcie przez odwołującą czynności faktycznych zmierzających do powrotu do pracy, a przede wszystkim zarejestrowania dopiero w 2019 r. kasy fiskalnej. Odwołująca się twierdziła wprawdzie, że powróciła do działalności usługowej w styczniu 2018 r. i prowadziła ją w kolejnych latach, jednak nie zostało to potwierdzone jakimkolwiek dowodem. W ocenie Sądu Apelacyjnego, J.K. nie przejawiała woli kontynuowania działalności gospodarczej po 21 lipca 2017 r., a okoliczności faktyczne uzasadniają stwierdzenie trwałego zaprzestania działalności po tej dacie. O zaprzestaniu prowadzonej działalności można mówić dopiero od dnia 22 lipca 2017 r., ponieważ wówczas odwołująca nie podjęła czynności, jakich należałoby oczekiwać od osoby powracającej do wykonywania działalności gospodarczej. Zdaniem Sądu II instancji o rzeczywistym prowadzeniu działalności gospodarczej przez ubezpieczoną można mówić dopiero od 31 stycznia 2019 r., a więc z momentem rejestracji kasy fiskalnej i wykazaniem pierwszej sprzedaży usług.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok i poprzedzając go decyzję oraz stwierdził, że J.K. podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 9 lipca 2016 r. do dnia 21 lipca 2017 r. oraz od dnia 31 stycznia 2019 r., a nie podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 22 lipca 2017 r. do dnia 30 stycznia 2019 r. i w tym zakresie odwołanie oddalił, a na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację w pozostałej części.

Skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego złożył organ rentowy, wnosząc w niej o uchylenie zaskarżonego w części wyroku (punkt 1 lit. a wyroku) i oddalenie w tym zakresie apelacji ubezpieczonej od wyroku Sądu Okręgowego w Olsztynie, a w ramach ostrożności procesowej wniósł o uchylenie zaskarżonego w części wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu w Białymstoku do

ponownego rozpoznania oraz zasądzenie kosztów postępowania kasacyjnego według norm przepisanych.

Zgodnie z art. 398³ § 1 pkt 1 i 2 za podstawę skargi organ przyjął naruszenie prawa materialnego i przepisów postępowania cywilnego mające istotny wpływ na wynik sprawy, a mianowicie:

- art. 13 pkt 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych w zw. z art. 2 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej poprzez błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że ubezpieczona nie zaprzestała prowadzenia działalności gospodarczej w okresie od dnia 9 lipca 2016 r. do dnia 21 lipca 2017 r. oraz od dnia 31 stycznia 2019 r. w sytuacji, gdy działania jej nie były nakierowane na chęć osiągnięcia zysku, wobec czego nie miały zarobkowego charakteru oraz ze względu na zamiar ubezpieczonej nie miały cechy ciągłości,

- art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1, art. 13 pkt 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych przez błędne przyjęcie, iż ubezpieczona podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 9 lipca 2016 r. do 21 lipca 2017 r. oraz od 31 stycznia 2019 r. z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej,

- art. 382 k.p.c. w związku z art. 327¹ § 1 pkt 1 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c., polegające na bezpodstawnym pominięciu dowodów wskazujących na brak jakiegokolwiek działalności ubezpieczonej i w konsekwencji przyjęciu, iż w okresie od dnia 9 lipca 2016 r. do dnia 21 lipca 2017 r. oraz od dnia 31 stycznia 2019 r. nie zaprzestała prowadzenia działalności gospodarczej, które to uchybienie miało przesądzający wpływ na wynik sprawy, skutkowało bowiem bezpodstawnym przyjęciem o podleganiu obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym we wskazanym okresie.

Skarżący kasacyjnie wniosek o przyjęcie do rozpoznania przedmiotowej skargi oparł na przesłance zawartej w art. 398⁹ § 1 pkt 4 k.p.c. Stanowi ona o wymogu oczywistej zasadności skargi. Sięgając do orzecznictwa Sądu Najwyższego, skarżący kasacyjnie wskazał, że oczywista zasadność skargi kasacyjnej ma miejsce jedynie w okolicznościach, gdy bez konieczności dokonywania pogłębionej analizy jest oczywiste, że zasługuje ona na

uwzględnienie i rozpatrzenie, a zatem ma miejsce kwalifikowana postać naruszenia prawa, zauważalna *prima facie* przy wykorzystaniu podstawowej wiedzy prawniczej. W przedmiotowej sprawie niewłaściwe zastosowanie prawa jest z góry widoczne dla prawnika, bez potrzeby dokonywania pogłębionej analizy. Skarżący kasacyjnie stwierdził, że wobec oczywistego błędu w subsumcji normy prawnej do ustalonego stanu faktycznego, skarga kasacyjna zasługuje na przyjęcie do rozpoznania jako oczywiście uzasadniona. Zaskarżone orzeczenie oczywiście narusza prawo. Stąd potrzeba eliminacji wyroku z obrotu prawnego. W ocenie wnoszącego skargę organu rentowego Sąd Apelacyjny w Białymstoku rażąco naruszył zarówno przepisy prawa materialnego, jak i procesowego. Z taką właśnie sytuacją – zdaniem skarżącego kasacyjnie – mamy tutaj do czynienia. Sąd Apelacyjny, stosując art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1, art. 13 pkt 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych w sposób oczywisty naruszył prawo – orzekł o podleganiu J. K. obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 9 lipca 2016 r. do dnia 21 lipca 2017 r. oraz od dnia 31 stycznia 2019 r. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, pomimo uznania, że odwołująca nie powróciła do kontynuowania działalności gospodarczej w trakcie przerw w pobieraniu zasiłków we wskazanym wyżej okresie.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną ubezpieczona, działając przez swojego pełnomocnika, wniosła o odmowę przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania, natomiast w przypadku przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania o oddalenie jej w całości jako całkowicie bezzasadnej oraz o zwrot kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych za postępowanie kasacyjne, w tym również kosztów zastępstwa procesowego w przypadku nieprzyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania. Odnosząc się do podstaw wniesienia samej skargi kasacyjnej przez organ rentowy ubezpieczona wskazała, że brak jest podstaw do jej przyjęcia i rozpoznania. Jej zdaniem Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie wykazał spełnienia przesłanki dotyczącej oczywistej zasadności skargi. Bowiem zarówno zarzuty, jak i uzasadnienie skargi „w istocie

rzeczy sprowadza się do niedopuszczalnej i ewidentnie chybionej polemiki z poczynaniami i ustaleniami faktycznymi”.

Od wyroku Sądu Apelacyjnego skargę kasacyjną wniosła przez swojego pełnomocnika również ubezpieczona J. K.. Działając w oparciu o art. 398¹ § 1 k.p.c., zaskarżyła niniejszy wyrok w części, a mianowicie w pkt 1 lit. b oraz wniosła o jego uchylenie we wskazanej części, a także o zmianę zaskarżonego wyroku w części i orzeczenia co do istoty sprawy poprzez ustalenie, że ubezpieczona podlegała ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej oraz o zasądzenie od pozwanego na jej rzecz zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Zaskarżonemu wyrokowi Sądu Apelacyjnego ubezpieczona zarzuciła naruszenie przepisów prawa materialnego, a mianowicie art. 3 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo Przedsiębiorców polegające na niewłaściwym zastosowaniu oraz stwierdzeniu, że w okresie od dnia 22 lipca 2017 r. do dnia 30 stycznia 2019 r. ubezpieczona nie prowadziła pozarolniczej działalności gospodarczej mimo wykazania, że są spełnione przesłanki określone tym przepisem, czyli jej charakter zarobkowy, zorganizowanie i ciągłość statuujące działalność gospodarczą oraz art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 8 ust. 6 pkt 1, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1 i art. 13 pkt 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych przez niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że wnioskodawczyni nie podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu od dnia 22 lipca 2017 r. do dnia 30 stycznia 2019 r. i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 22 lipca 2017 r. do dnia 30 stycznia 2019 r. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w sytuacji, gdy działalność ta miała charakter zarobkowy i była prowadzona w sposób ciągły, a której zgłoszeniu i prowadzeniu nie można przypisać zamiaru nadużycia prawa do świadczeń.

Na podstawie art. 398⁴ § 2 k.p.c. wniosła o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania. Jako uzasadnienie jej przyjęcia do rozpoznania wskazała art. 398⁹ § 1 pkt 4 k.p.c. jako że – jej zdaniem – skarga jest oczywiście uzasadniona, ponieważ w rozpatrywanej przez Sąd Apelacyjny w Białymstoku sprawie z odwołania od decyzji ubezpieczonej nastąpiło oczywiste naruszenie przepisów prawa

materialnego w postaci ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawy Prawo Przedsiębiorców widocznych na pierwszy rzut oka. Skarżąca kasacyjnie stan niezgodności z prawem identyfikuje jako „rażące naruszenie przepisów prawa materialnego”. Polegało ono na wyłączeniu J. K. z ubezpieczeń społecznych z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej oraz nieprawidłowego zastosowania przez Sąd odwoławczy wskazanych przepisów prawa materialnego. Jej zdaniem Sąd Apelacyjny naruszył w sposób rażący art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 8 ust. 6 pkt 1, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1 i art. 13 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz art. 3 ustawy Prawo Przedsiębiorców poprzez stwierdzenie braku prowadzenia przez nią działalności gospodarczej. Zaskarżone orzeczenie w oczywisty sposób narusza prawo, gdyż zostało wydane w wyniku niewątpliwie błędnego zastosowania przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawy Prawo Przedsiębiorców. Co istotne, za zasadnością skargi kasacyjnej przemawia również fakt naruszenia przez Sąd Apelacyjny w Białymstoku zasady kontrolnego charakteru postępowania apelacyjnego i adekwatnego zastosowania przepisów prawa materialnego (m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 października 2016 r., III UK 270/16).

Zdaniem skarżącej Sąd Apelacyjny w Białymstoku w sposób nieprawidłowy przyjął, że ubezpieczona nie podlegała ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, pomimo że w spornym okresie prowadzonej działalności gospodarczej, intensywność oraz stopień świadczenia usług był taki sam i trwał w takim samym zakresie od 2013 r. Skarżąca kasacyjnie podkreśliła, że Sąd Apelacyjny w sposób błędny zakwalifikował jej zachowanie jako nieświadczące o prowadzeniu działalności gospodarczej, chociaż jej zdaniem prowadzone działania wypełniają ustawową definicję prowadzenia takiej działalności. Jej zdaniem oznacza to, że Sąd Apelacyjny w Białymstoku naruszył w sposób rażący art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 8 ust. 6 pkt 1, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1 i art. 13 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz art. 3 ustawy Prawo Przedsiębiorców poprzez stwierdzenie braku prowadzenia przez nią działalności gospodarczej. Art. 3 Prawa Przedsiębiorców, którego naruszenie poprzez błędne zastosowanie ubezpieczona zarzuca, definiuje działalność gospodarczą jako zorganizowaną działalność zarobkową, wykonywaną we własnym imieniu i w

sposób ciągły (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 lutego 2018 r., II UK 184/17). Przy czym ciągłość jest ujmowana w dwóch aspektach, a mianowicie powtarzalności wykonywanych czynności oraz zamiarze prowadzenia jej w dłuższym przedziale czasu. Stanowi to legalną definicję działalności gospodarczej. Powyższe oznacza, że ta definicja prowadzonej działalności gospodarczej powinna być traktowana jako powszechnie obowiązujące rozumienie tego pojęcia w polskim systemie prawnym. Taka ocena była pokłosiem przeprowadzonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych postępowania administracyjnego, w którego wyniku organ stwierdził, że ubezpieczona nie prowadziła faktycznie działalności gospodarczej od dnia 9 lipca 2016 r., natomiast wykazywana przez nią aktywność posiadała znamiona fikcyjności. Sąd II instancji nie podzielił stanowiska ubezpieczonej, że prowadziła ona działalność gospodarczą od dnia 22 lipca 2017 r. do dnia 30 stycznia 2019 r. Prowadzenie działalności gospodarczej – jak wielokrotnie podkreślał Sąd Najwyższy – statuuje działanie ciągłe, zorganizowane i powtarzalne.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną ubezpieczonej Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł o jej nieprzyjęcie do rozpoznania na skutek braku przesłanek umożliwiających merytoryczne jej rozpoznanie. Z ostrożności procesowej, w razie przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania wniósł o oddalenie skargi kasacyjnej i zasądzenie kosztów postępowania kasacyjnego według norm przepisanych. W ocenie organu rentowego skarga kasacyjna ubezpieczonej jest nieuzasadniona zważywszy, że nie została spełniona przesłanka wskazana w art. 398⁹ § 1 pkt 4 k.p.c. warunkująca przyjęcie skargi do rozpoznania. W sprawie brak jest – zdaniem organu – podstaw do stwierdzenia, że zostały tak rażąco naruszone normy prawa materialnego, że została spełniona przesłanka ze wskazanego przepisu rzutuująca na wydanie nieprawidłowego orzeczenia.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna jest szczególnym środkiem zaskarżenia. Nie przysługuje ona bowiem od każdego orzeczenia sądu drugiej instancji, które nie satysfakcjonuje strony skarżącej. Jej przyjęcie do merytorycznego rozpoznania musi być

uzasadnione istotnym interesem publicznym. Skarga kasacyjna ma służyć m.in. wyeliminowaniu orzeczeń oczywiście wadliwych (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 lipca 2019 r., I UK 337/18). Jej przyjęcie do merytorycznego rozpoznania ma być uzasadnione istotnym interesem publicznym, w szczególności dokonywania wykładni przepisów, które jeszcze nie doczekały się sądowej interpretacji albo wywołują wątpliwości co do ich znaczenia (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 lipca 2019 r., I UK 337/18).

Sąd Najwyższy jest sądem co do prawa. Podstawową jego funkcją jest zapewnienie w ramach nadzoru zgodności z prawem oraz jednolitości orzecznictwa sądów powszechnych przez rozpoznawanie kasacji, a także innych środków odwoławczych (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 lutego 2018 r., II UK 184/17).

Sąd Najwyższy rozstrzygający w niniejszym składzie wyraża pogląd, że opatrzenie naruszenia przymiotnikiem „rażący” jest nietrafne, zważywszy, że na szerokiej skali naruszeń zajmuje miejsce skrajne pozostawiające poza sankcjami wielość oczywistych naruszeń. W uzasadnieniu wyroku z dnia 29 listopada 2018 r. (III UK 271/16) Sąd Najwyższy przyjął, że z pojęciem „rażącego naruszenia prawa” mamy do czynienia wówczas, gdy kumulatywnie zostają spełnione następujące przesłanki: 1. oczywistość naruszenia prawa polegająca na widocznej *prima facie* sprzeczności między treścią rozstrzygnięcia a przepisami prawa stanowiącymi jego podstawę, 2. przepis, który został naruszony, nie wymaga przy jego stosowaniu wykładni prawa, 3. skutki, które wywołuje decyzja, są nie do pogodzenia z wymaganiami praworządności, które należy chronić nawet kosztem obalenia tej decyzji (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 2015 r., III UK 104/14).

W niniejszej odpowiedzi na skargę Zakład Ubezpieczeń Społecznych podkreślił, że wyrok Sądu Apelacyjnego oddalający w powyższym zakresie apelację jest słuszny i zgodny z prawem, zważywszy, że odwołująca w okresie od dnia 22 lipca 2017 r. do dnia 30 stycznia 2019 r. nie podjęła się wykonywania czynności w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej, wobec czego istnieje podstawa do uznania, że nie podlegała ona z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym. W ocenie organu rentowego uzasadnienie podstawy kasacyjnej wniesionej skargi stanowi w istocie polemikę z wywodami Sądu

Apelacyjnego i nie zawiera racjonalnych argumentów podważających trafność zaskarżonego orzeczenia.

Okolicznością uzasadniającą przyjęcie i rozpoznanie skargi kasacyjnej przez Sąd Najwyższy jest oczywista jej zasadność. W rozumieniu niniejszego przepisu skarżący kasacyjnie w celu jej wykazania powinien uwzględniać kwalifikowany charakter naruszenia prawa, a więc nie tyle samą oczywistą zasadność skargi, ile konsekwencje oczywistego naruszenia prowadzące do wydania nieprawidłowego rozstrzygnięcia. W odpowiedzi na skargę kasacyjną Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ubezpieczona stwierdziła, że przy powołaniu się w skardze kasacyjnej na przesłankę przedsądu, jaką jest jej oczywista zasadność, należy w motywach wniosku zawrzeć wywód prawny, wyjaśniający, w czym się ona wyraża i przedstawić argumenty na poparcie tego twierdzenia. O ile dla uwzględnienia skargi wystarczy, że jej podstawa jest usprawiedliwiona, to dla przyjęcia skargi do rozpoznania niezbędne jest wykazanie istotnej, a więc kwalifikowanej postaci naruszenia przepisów prawa materialnego lub procesowego, jeżeli miały wpływ na wynik sprawy.

W odpowiedzi na skargę organu ubezpieczona stwierdziła, że „Zarzut naruszenia przez Sąd Apelacyjny art. 382 k.p.c. w zw. z art. 327¹ § 1 pkt 1 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. należy uznać całkowicie za chybiony”. Organ rentowy budując przedmiotowy zarzut, nie wykazał, jakie dowody zostały pominięte, wskazujące na brak prowadzonej działalności gospodarczej przez ubezpieczoną (terminy od dnia 9 lipca 2016 r. do dnia 21 lipca 2017 r. oraz od dnia 31 stycznia 2019 r.). Zgodnie z obecnie obowiązującym art. 327¹ § 1 k.p.c. uzasadnienie wyroku powinno zawierać: wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, obejmującej ustalenie faktów, które sąd uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej, wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa. Tym samym niedopuszczalne jest konstruowanie uzasadnienia wyroku w sposób, który negatywnie wpływałby na jego czytelność i zrozumiałość.

Zarzut naruszenia art. 382 k.p.c. może wypełniać podstawę kasacyjną tylko w wypadku pominięcia przez Sąd II instancji części zebranego w sprawie materiału, w związku z czym strona powołująca się na naruszenie tego przepisu powinna

wskazać materiał dowodowy, który został przez Sąd II instancji pominięty przy wydaniu wyroku, i wykazać, że popełnione uchybienie mogło mieć wpływ na wynik sprawy. W rozpoznawanej sprawie skarżący organ nie wskazał na istnienie takich okoliczności.

Zdaniem ubezpieczonej skarżący kasacyjnie organ nie podjął istotnego wątku, który powinien znaleźć odbicie w argumentacji Sądu I i II instancji, że dysproporcja między otrzymywanymi świadczeniami z ubezpieczenia a przychodem z działalności gospodarczej może skutecznie zanegować podstawy do ubezpieczenia, jeżeli dysproporcja ta jest zamierzonym następstwem celowych zachowań ubezpieczonego. W takim przypadku można uznać, że celem rozpoczęcia i prowadzenia pozarolniczej działalności nie był zarobek, lecz uzyskanie świadczeń z ubezpieczenia chorobowego przy pewnym lub niemal z pełnym przekonaniem spełnieniu ryzyka ubezpieczeniowego. Okoliczności takich organ rentowy jednak nie wykazał, podobnie jak nie uczynił tego Sąd I instancji.

Na marginesie należy podnieść, że ubezpieczona miała świadomość faktu, że „Składka w ubezpieczeniach społecznych jest wprawdzie osobistym wkładem ubezpieczonego, ale z przeznaczeniem na tworzenie ogólnego funduszu ubezpieczeniowego, z którego prawo do świadczeń czerpią ci ubezpieczeni, którym ziści się określone ryzyko socjalne”, ale tych uwag nie kieruje pod własnym adresem.

Zaskarżonemu wyrokowi Sądu Apelacyjnego zarzuciła:

- naruszenie przepisów prawa materialnego tj. art. 3 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo Przedsiębiorców polegające na niewłaściwym zastosowaniu oraz stwierdzeniu, że w okresie od dnia 22 lipca 2017 r. do dnia 30 stycznia 2019 r. ubezpieczona nie prowadziła pozarolniczej działalności gospodarczej mimo wykazania, że są spełnione przesłanki określone tym przepisem, czyli zarobkowość, zorganizowanie oraz ciągłość statuujące działalność gospodarczą,

- naruszenie przepisów prawa materialnego tj. 6 ust. 1 pkt 5, art. 8 ust. 6 pkt 1, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1 i art. 13 pkt 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych przez niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że wnioskodawczyni nie podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu od dnia 22 lipca 2017 r.

do dnia 30 stycznia 2019 r. i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 22 lipca 2017 r. do dnia 30 stycznia 2019 r. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w sytuacji, gdy działalność ta miała charakter zarobkowy i była prowadzona w sposób ciągły, a której zgłoszeniu i prowadzeniu nie można przypisać zamiaru nadużycia prawa do świadczeń (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 lutego 2018 r., II UK 184/17).

Za podstawę przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania skarżąca kasacyjnie uczyniła przesłankę zawartą w art. 398⁹ § 1 pkt 4 k.p.c. oczywistej zasadności skargi. Powyższe wynika z faktu, iż w rozpatrywanej przez Sąd Apelacyjny w Białymstoku sprawie z odwołania od decyzji ubezpieczonej nastąpiło oczywiste naruszenie przepisów prawa materialnego ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych tj. wskazywanych wyżej oraz ustawy Prawo Przedsiębiorców widocznych na pierwszy „rzut oka”, których prawidłowe zastosowanie w stanie faktycznym jak u ubezpieczonej nie budzi żadnych wątpliwości w orzecznictwie sądów powszechnych, Sądu Najwyższego i doktrynie.

Istota sporu w niniejszej sprawie według skarżącej sprowadza się de facto do wskazania, czy J.K. od dnia 22 lipca 2017 r., tuż po zakończeniu pobierania zasiłku chorobowego ponownie prowadziła aktywnie działalność gospodarczą i w związku z tym, czy powstał tytuł ubezpieczenia społecznego. Sądy I i II instancji nie podzieliły stanowiska ubezpieczonej, że prowadziła ona działalność gospodarczą w okresie od dnia 22 lipca 2017 r. do dnia 30 stycznia 2019 r. Zdaniem skarżącej kasacyjnie prowadzenie działalności gospodarczej oznacza działanie ciągłe i zorganizowane. Aspekt ten faktycznie sprowadza się do prowadzenia działalności w sposób ciągły, biorąc pod uwagę powtarzalność, co nie jest równoznaczne z koniecznością wykonywania działalności gospodarczej bez przerwy. Istotny jest jednak zamiar powtarzalności określonych czynności w celu osiągnięcia przychodu. Cechę ciągłości prowadzonej działalności należy rozumieć, że z kręgu działalności gospodarczej należy wykluczyć czynności wykonywane okazjonalnie, sporadycznie czy jednorazowo. Zdaniem skarżącego kasacyjnie organu działalność J. K. nie miała charakteru ciągłego, zważywszy, że przez 4 lata czynności związane z jej prowadzeniem były wykonywane średnio 75 dni w roku. W konsekwencji uprawniony jest pogląd, że nie zostały spełnione ustawowe przesłanki – art. 6 ust. 1

pkt 5, art. 11 ust. 2 i art. 12 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych - objęcia ją ochroną ubezpieczeniową w okresie od dnia 9 lipca 2016 r. do dnia 21 lipca 2017 r. oraz do dnia 31 stycznia 2019 r.

Nie można – zdaniem skarżącej kasacyjnie – wykluczyć ubezpieczonej jako osoby prowadzącej działalność gospodarczą, z tego względu, że przez okres sporny tj. od dnia 22 lipca 2017 r. do dnia 30 stycznia 2019 r., czyli po dniu zakończenia pobierania zasiłku chorobowego prowadziła działalność gospodarczą, o czym świadczą przedstawione przez nią w toku postępowania pierwszoinstancyjnego dowody w postaci dowodów sprzedaży, a także zeznania świadków. Jej zdaniem Sąd Apelacyjny błędnie zakwalifikował zachowanie ubezpieczonej jako nieświadczące o prowadzonej działalności gospodarczej pomimo powtarzalności, ciągłości i zarobkowego charakteru wykonywanych usług, o czym również świadczy osiągnięty w 2018 oraz 2019 r. przychód.

Konsekwencją przedstawionego wyżej poglądu, według którego o istnieniu tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym przesądza faktyczne prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej, jest niekwestionowane w orzecznictwie prawo organu rentowego do kontroli samego tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym w sytuacji zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego przy dysproporcji wynikającej z niskiego przychodu i zadeklarowania zawyżonej podstawy składek (wyroki Sądu Najwyższego z dnia: 28 listopada 2017 r., III UK 273/16; 6 kwietnia 2017 r., III UK 102/16; 8 października 2015 r., I UK 453/14; 4 listopada 2015 r., II UK 437/14). Nie budzi bowiem wątpliwości, że działalność gospodarcza powinna mieć charakter zarobkowy. Przesłanka zarobkowego charakteru jest spełniona wtedy, gdy prowadzenie działalności gospodarczej nastawione jest na uzyskanie dochodu, choć może się zdarzyć, że działalność ta w danym okresie przynosi straty. W tej mierze istotny jest jednak wyznaczony przez przedsiębiorcę cel, który przez realizację zamierzonych przedsięwzięć musi zakładać dany wynik finansowy. Zarobkowy charakter jest nastawiony na zysk, który powinien co najmniej pokryć koszty założenia i prowadzenia przedsięwzięcia (zob. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24 listopada 2008 r., II GSK 1219/10). Nie zasługuje na aprobatę instrumentalne wykorzystywanie regulacji prawnej polegające na

zgłoszeniu podstawy wymiaru składek w oderwaniu od niskich przychodów z działalności (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2018 r., II UK 413/17).

Z tego względu inaczej należy ocenić sytuację niż odwołująca, w której następuje opłacanie składek na ubezpieczenia społeczne w wysokości znacznie przekraczającej obowiązujące minimum. Taka multiplikacja kosztów prowadzonej działalności nieuzasadniona jest zatem potrzebą inwestowania w podjęte przedsięwzięcie celem jego perspektywicznego rozwoju (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 października 2017 r., I UK 395/16). Może to wskazywać na aspekt subiektywny nie tyle podjęcia i wykonywania zarobkowej działalności gospodarczej, ile włączenia do systemu ubezpieczeń społecznych w celu uzyskania wysokich świadczeń. Uwypukla się to szczególnie w sytuacji, gdy osoba rozpoczynająca działalność i deklarująca taką podstawę wymiaru składki, ma świadomość, że stan zdrowia czyni ją niezdolną do jej prowadzenia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 marca 2018 r., III UK 47/17). Głównym celem prowadzenia działalności gospodarczej jest zarobek, dochodu wystarczającego na utrzymanie i rozwój przedsiębiorcy i jego przedsiębiorstwa (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 lipca 2019 r., I UK 132/18), a nie uzyskanie zasiłków z ubezpieczenia chorobowego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 września 2017 r., I UK 366/16). Sąd Najwyższy uznaje (podobnie wyroki z dnia: 5 września 2018 r., I UK 208/17; 2 lipca 2019 r., I UK 100/18; 21 listopada 2011 r., II UK 69/11; 17 października 2018 r., II UK 302/17), że zawarcie umowy o pracę lub uruchomienie pozarolniczej działalności z wygórowaną i nieznajdującą usprawiedliwienia deklaracją nadmiernie wysokiej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w okolicznościach, gdy osoba zgłaszająca się do ubezpieczeń społecznych w krótkim czasie korzysta z określonych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, może podlegać ocenie jako wykreowanie fikcyjnego tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym. Działania osób rejestrujących działalność gospodarczą mogą się rozmijać z prawnym rozumieniem tej działalności albo iść dalej, czyli wykorzystywać tę instytucję dla osiągnięcia innych celów (art. 58 k.c.). W ocenie Sądu stosownie do zasady równego traktowania i bez względu na tytuł ubezpieczenia organ rentowy może korygować deklaracje zawyżonej podstawy wymiaru i składek opłacanych od

nierzetelnie wysokiej podstawy wymiaru składek przez ubezpieczonych, którzy dążą do uzyskania nienależnie zawyżonych świadczeń z tego ubezpieczenia.

Odnosząc się do skargi kasacyjnej ubezpieczonej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych stwierdził, że nie doszło do naruszenia prawa materialnego, na które powołuje się skarżąca kasacyjnie. Jego zdaniem Sąd Apelacyjny zasadnie przyjął, że J.K. w okresie od dnia 22 lipca 2017 r. do dnia 30 stycznia 2019 r. nie podjęła się wykonywania czynności w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej. Za słuszością stanowiska Sądu II instancji przemawia fakt zakupu kasy rejestrującej przez ubezpieczoną i zarejestrowanie jej dopiero w dniu 31 stycznia 2019 r. oraz wykazanie w kolejnych miesiącach pierwszej sprzedaży usług. Pozwala to na uznanie, że ze wskazaną datą można wiązać powrót J. K. do wykonywania działalności gospodarczej. Zdaniem Sądu Najwyższego rozstrzygającego w niniejszej sprawie odpowiadający na skargę kasacyjną ubezpieczonej, organ trafnie przyjął, że w świetle art. 13 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych tylko rzeczywiste prowadzenie działalności gospodarczej stanowi podstawę do objęcia jej z tego tytułu ubezpieczeniami społecznymi (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 lutego 2018 r., II UK 184/17). Zatem oczywiste jest, że brak prowadzenia takiej działalności nie powinien skutkować ochroną ubezpieczeniową.

Organ rentowy jest władny dokonywać samodzielnych ustaleń w zakresie istnienia tytułu do ubezpieczenia społecznego tak jak sądy rozpatrujące odwołanie od decyzji wydawanych w takich kwestiach. Art. 83 ust. 1 pkt 1 i pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych uprawnia organ rentowy do wydania decyzji indywidualnej, m.in. w zakresie dotyczącym zgłaszania do ubezpieczeń społecznych i przebiegu poszczególnych z nich. Zakład Ubezpieczeń Społecznych może w związku z tym z urzędu wydać decyzję stwierdzającą podleganie bądź nie ubezpieczeniom społecznym. W postępowaniu sądowym przedmiotem oceny jest zgodność z prawem, w aspekcie formalnym i materialnym, decyzji wydanej przez organ rentowy na wniosek lub z urzędu. Z tego wynika, że jest to postępowanie kontrolne, a sąd może zmienić decyzję i orzec co do istoty sprawy, jeśli stwierdzi, że organ rentowy uchybił prawu. Zgodnie z przejrzystym art. 38 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, w razie sporu dotyczącego obowiązku ubezpieczeń

społecznych Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje decyzję osobie zainteresowanej oraz płatnikowi składek. Zasady podlegania określonemu rodzajowi ubezpieczeń społecznych wynikają bowiem z przepisów o charakterze bezwzględnie obowiązującym, które kreują określony stosunek ubezpieczenia społecznego i według stanu prawnego z chwili powstania obowiązku ubezpieczenia (wyrok Sądu Najwyższego m.in. z dnia 11 lutego 1999 r., II UKN 461/98).

Z uwagi na publicznoprawny charakter stosunku ubezpieczenia społecznego należy przyjąć, że regulacja ta dotyczy zarówno sytuacji, w której spór w przedmiocie istnienia obowiązku ubezpieczeń społecznych wystąpił między ubezpieczonym i płatnikiem składek, jak również wtedy, gdy Zakład Ubezpieczeń Społecznych, działając z urzędu, doszedł do przekonania, że określona osoba fizyczna podlega lub nie podlega obowiązkowi w zakresie ubezpieczeń społecznych (Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz, B. Gudowska, J. Strusińska-Żukowska (red.), Warszawa 2011, s. 562). Pojęcie „sporu dotyczącego obowiązku ubezpieczeń społecznych” odczytywać trzeba w powiązaniu z przepisem art. 83 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, mającym charakter regulacji szczególnej wobec art. 38 ust. 1 tej ustawy. Mogą to być więc decyzje dotyczące m.in. zgłaszania do ubezpieczeń społecznych, ustalania płatnika składek, przebiegu ubezpieczeń, ustalania wymiaru składek, jak i ich poboru.

Sąd Najwyższy rozstrzygając w niniejszym składzie, przyjmuje za dotychczasowym dorobkiem orzeczniczym Sądu Najwyższego i sądów powszechnych, że podleganie ubezpieczeniom społecznym następuje nie z samego formalnego zgłoszenia prowadzenia działalności gospodarczej, lecz z rzeczywistego jej zorganizowania, ciągłego wykonywania i zarobkowego charakteru (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 lipca 2019 r., I UK 337/18, wyrok Sądu Najwyższego z dnia: 8 października 2015 r., I UK 453/14; 25 stycznia 2017 r., II UK 621/15).

Tymczasem z poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych, którymi Sąd Najwyższy jest związany (art. 398¹³ § 2 k.p.c.), wynika, że ubezpieczona w podanych okresach roku nie wykonywała usługi związanej z zarejestrowaną działalnością gospodarczą, a zatem przez podany czas na wstępie nie wykazała

stosownego dochodu. Przy takich ustaleniach faktycznych zasadnie organ rentowy wskazał na wątpliwości co do rzeczywistego zamiaru prowadzenia przez ubezpieczoną działalności gospodarczej w spornym okresie i nie jest pozbawione motywów przyjęcie stanowiska, że działania skarżącej miały na celu wyłącznie pozorowanie takiej działalności, aby uzyskać świadczenia z ubezpieczeń. Tych okoliczności nie wziął pod uwagę Sąd Apelacyjny, ograniczając się przede wszystkim do oceny czynności wykonywanych przez ubezpieczoną w danym przedziale czasu oraz bezpodstawnie przyjmując, że ubezpieczona nie miała faktycznego obowiązku świadczenia usług w okresie pobierania świadczeń, mimo iż nie zawiesiła na ten okres prowadzonej działalności. Odwołując się przede wszystkim do czynności podejmowanych przez ubezpieczoną, Sąd Apelacyjny pominął, że istotne dla rozstrzygnięcia sprawy – aby ocenić czy w spornym okresie działania ubezpieczonej były nakierowane na chęć osiągnięcia z tego tytułu zysku – jest również to, w jakiej wysokości ubezpieczona zadeklarowała składki na ubezpieczenia społeczne, czy nadal tą działalność prowadzi i przy jakiej podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne. Wyznacznikiem, jak już wspomniano, działalności gospodarczej jest bowiem jej zarobkowy charakter. Z tych względów w orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwała się w ostatnim czasie pogląd, zgodnie z którym zarejestrowanie działalności gospodarczej i towarzyszące temu zadeklarowanie nieznajdującej pokrycia w przewidywanych zyskach wysokiej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne, a przy tym ze świadomością istnienia przeszkód do prowadzenia tej działalności, w tym związana z tym planowana przerwa w prowadzeniu działalności, może wskazywać na intencję nie tyle podjęcia i wykonywania zarobkowej działalności gospodarczej o charakterze ciągłym, ile włączenia się do systemu ubezpieczeń społecznych w celu uzyskania wysokich świadczeń (wyroki Sądu Najwyższego z dnia: 13 września 2016 r., I UK 455/15; 6 kwietnia 2017 r., II UK 98/16; 18 grudnia 2018 r., II UK 413/17). W konsekwencji w orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjęto, że ktoś, kto prowadzi działalność gospodarczą tylko po to, aby uzyskać świadczenia z ubezpieczenia społecznego, w istocie stwarza pozory tej działalności, ponieważ nie zmierza do pozyskania zarobku z działalności, co wypacza sens ustawowy tej

instytucji prawa (wyrok Sądu Najwyższego z dnia: 6 kwietnia 2017 r., II UK 98/16; 11 lutego 2021 r., II USKP 21/21).

Niewątpliwie nadużyciem prawa, działaniem sprzecznym z zasadami współżycia społecznego są zachowania ubezpieczonych wyrażające się zadeklarowaniem opłacania najwyższej możliwej według przepisów składki na ubezpieczenie chorobowe lub inne, kiedy to przepisy prawa ubezpieczeń społecznych nie zezwalają na posiłkowanie się instytucjami prawa przez działanie dla pozoru dokonywania czynności prawnej (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 lutego 2018 r., II UK 184/17). W uzasadnieniu wyroku z dnia 23 września 2020 r. (II UK 374/18) Sąd Najwyższy podniósł, że znaczne przekroczenie przeciętnego wynagrodzenia po zapłaceniu jednej składki na ubezpieczenie chorobowe w wysokości około 250 zł budzić może zastrzeżenia i kwalifikować się jako nadużycie z pokrzywdzeniem pozostałych uczestników funduszu ubezpieczeń społecznych. Są to działania sprzeczne z celem zasiłków chorobowych i macierzyńskich.

Sąd Najwyższy rozstrzygający w niniejszym składzie uznaje, że opinie ubezpieczonej rozmiągające się ze stanowiskiem organu rentowego oraz dorobkiem orzecznictwem i doktrynalnym nie zostały wystarczająco uzasadnione. W końcu należy nadmienić, że stosunek ubezpieczenia społecznego nie ma charakteru cywilnoprawnego, opartego na równorzędności jego podmiotów i ekwiwalentności świadczeń, lecz jest określonym ustawowo stosunkiem prawnym opartym na zasadzie solidaryzmu. Jak już wspomniano, składka w ubezpieczeniach społecznych jest osobistym wkładem ubezpieczonego, z przeznaczeniem na tworzenie ogólnego funduszu ubezpieczeniowego, z którego prawo do świadczeń czerpią ci ubezpieczeni, którym ziści się określone ryzyko. W świetle powyższego rażąca dysproporcja pomiędzy wysokością wkładu a pobieranymi, czasami kilkadziesiąt tysięcy procent wyższymi świadczeniami łamie zasadę solidaryzmu. Dlatego zarówno skarga kasacyjna, jak i apelacja ubezpieczonej podlega oddaleniu, a zaskarżony wyrok uchylony w punkcie 1a). Sąd Najwyższy odstąpił od obciążenia skarżącej kosztami. Stąd kierując się przedstawionymi racjami, na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c. i art. 102 k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji.

