



WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 sierpnia 2024 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Bohdan Bieniek (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Jolanta Frańczak

SSN Halina Kiriło

w sprawie z odwołania B. R.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w Gdańsku

o ustalenie podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym i

dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoby prowadzącej pozarolniczą
działalność gospodarczą,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 27 sierpnia 2024 r.,

skargi kasacyjnej odwołującej się od wyroku Sądu Apelacyjnego w Gdańsku
z dnia 17 lutego 2022 r., sygn. akt III AUa 16/21,

**uchyla zaskarżony wyrok w całości i przekazuje sprawę do
ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach
postępowania kasacyjnego Sądowi Apelacyjnemu w Gdańsku.**

Jolanta Frańczak Bohdan Bieniek Halina Kiriło

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w Gdańsku, wyrokiem z dnia 26 października 2020 r., zmienił decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Gdańsku z dnia 6 grudnia 2019 r., stwierdzając, że B. R. podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności od 18 stycznia 2017 r. i zasądził od organu rentowego na jej rzecz kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Okręgowy ustalił, że ubezpieczona z wykształcenia jest technikiem kosmetycznym i prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą, której przedmiotem były usługi kosmetyczne w ramach gabinetu kosmetycznego, świadczone przez nią osobiście od 7 czerwca 2010 r. do 8 kwietnia 2014 r., przy czym od 2012 r. działalność była zawieszona. Ponownie ubezpieczona zaczęła wykonywanie działalności o tym samym profilu od dnia 1 listopada 2014 r., w związku z czym zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego, rentowych, wypadkowego oraz dobrowolnego chorobowego ubezpieczenia z podstawą wymiaru składek 9.897,50 zł.

W związku z podjęciem działalności gospodarczej w zakresie usług kosmetycznych ubezpieczona zawarła w dniu 1 listopada 2014 r. umowę najmu części lokalu o powierzchni użytkowej 26 m² położonej przy ul. [...] w P.. Umowę tę ubezpieczona rozwiązała dopiero w dniu 31 lipca 2017 r. Od dnia 1 listopada 2014 r. ubezpieczona zawarła również umowę na prowadzenie dokumentacji księgowej z doradcą podatkowym.

W okresie od 1 lutego 2015 r. do 17 stycznia 2017 r. ubezpieczona pobierała naprzemiennie zasiłki chorobowe, macierzyńskie i świadczenie rehabilitacyjne.

Sąd Okręgowy podniósł, że w sprawie kwestią sporną było ustalenie, czy ubezpieczona po dniu 17 stycznia 2017 r., to jest po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego prowadziła nadal pozarolniczą działalność gospodarczą. Poza sporem pozostawało, że organ rentowy nie kwestionował skuteczności tytułu podlegania przez ubezpieczoną obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w związku z prowadzeniem działalności od dnia 1 listopada 2014 r.

W ocenie Sądu Okręgowego, ubezpieczona przedstawiła wiarygodne dowody potwierdzające kontynuowanie przez nią pozarolniczej działalności gospodarczej w takiej samej formie i zakresie, jak we wcześniejszym okresie (którego pozwany nie

kwestionował), a także przedstawiła racjonalne argumenty przemawiające za tym, że zaskarżona decyzja, eliminująca ją z ubezpieczeń społecznych od 18 stycznia 2017 r., była pozbawiona podstaw. Na przeszkodzie faktycznemu wykonywaniu po dniu 17 stycznia 2017 r. (po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego) usług kosmetycznych, rozumianych jako wykonywanie zabiegów zgodnie z profilem założonej działalności gospodarczej, stały okoliczności faktyczne związane z niekwestionowaną przez organ rentowy niezdolnością do pracy spowodowaną licznymi schorzeniami i dolegliwościami kręgosłupa, jak i dolegliwościami w kolejnej ciąży. Jak wynika z niespornych ustaleń w okresie od 18 stycznia 2017 r. do 18 lipca 2017 r. ubezpieczona pobierała zasiłek chorobowy, od dnia 19 lipca 2017 r. do 13 lipca 2018 r. świadczenie rehabilitacyjne, następnie od 14 lipca 2018 r. do 2 września 2018 r. ponownie zasiłek chorobowy, a od 3 września 2018 r. do 1 września 2019 r., pobierała zasiłek macierzyński, aby w dalszej kolejności od 2 września 2019 r. do 30 listopada 2019 r. korzystała z zasiłku chorobowego.

Dalej Sąd pierwszej instancji orzekł, że całkowicie nieuzasadnione jest czynienie przez organ rentowy zarzutów co do niewykazania przez ubezpieczoną, że po dniu 17 stycznia 2017 r. nie wykonywała ona działalności gospodarczej. Istnienie ciągłości niezdolności do pracy, którą stwierdza organ rentowy, przyznając ubezpieczonej prawo do świadczeń chorobowych na kolejne okresy, stoi na przeszkodzie jej wykonywaniu z uwagi na kateryczne brzmienie art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst: Dz.U. z 2023 r., poz. 2780). Ubezpieczona nie mogła wykonywać jakiegokolwiek działalności, albowiem jej wykonywanie byłoby sprzeczne z celem zwolnienia lekarskiego i z całą pewnością pozbawiłoby ją prawa do świadczeń.

Sąd Okręgowy, mając na względzie *stricte* osobisty charakter wykonywanych przez ubezpieczoną usług, wskazał, że w sytuacji, gdy ubezpieczona nie zatrudniała i nie zatrudnia pracowników, nie miała faktycznie jakichkolwiek możliwości wykonywania działalności gospodarczej, co jednak w żadnej mierze nie przesądzało o tym, że ubezpieczona nie zamierzała po dniu 17 stycznia 2017 r. jej nadal wykonywać. Nie można było także uznać, że w sytuacji przedłużającej się niezdolności do pracy przedsiębiorca powinien zatrudnić pracownika

(zleceniobiorcę), zgłosić osobę współpracującą lub ustanowić pełnomocnika do prowadzenia działalności, co zapewniałoby ciągłość jej prowadzenia i uzyskiwanie dochodów, albowiem w obowiązującym stanie prawnym brak jest podstaw do narzucania przedsiębiorcy sposobu wykonywania i prowadzenia działalności gospodarczej. Bezsporna niezdolność ubezpieczonej do pracy i związany z tym brak możliwości zarobkowania, są rekompensowane świadczeniami chorobowymi. Taki jest właśnie cel tych świadczeń.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku, wyrokiem z dnia 17 lutego 2022 r., zmienił zaskarżony wyrok i oddalił odwołanie ubezpieczonej od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Oddział w Gdańsku z dnia 6 grudnia 2019 r.

W ocenie tego Sądu, istotą sporu było ustalenie czy ubezpieczona po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego (od 18 stycznia 2017 r.) prowadziła działalność gospodarczą.

Sąd Apelacyjny dokonał odmiennej oceny materiału dowodowego sprawy i nie podzielił argumentacji, że ubezpieczona kupiła meble do gabinetu, które następnie zostały przeniesione do domu i tam są użytkowane, czego dowodzić miały załączone przed ostatnią rozprawą zdjęcia. Dowód ten nie był wiarygodny w kontekście dwóch okoliczności. Po pierwsze, przedstawione na zdjęciach meble to typowe meble z I., które stanowią meble domowe (oczywiście mogą być też wykorzystywane przy działalności gospodarczej). Jednocześnie Sąd ten podważył zakup wskazanych mebli, w kontekście zawartej przez ubezpieczoną umowy o podnajem części lokalu, która obejmowała podnajem lokalu wraz ze znajdującym się w nim wyposażeniem.

Dalej Sąd podkreślił, że z przedłożonych dokumentów wynika, że w 2014 r., czyli przez dwa miesiące (listopad, grudzień) prowadzonej działalności uzyskała tylko przychód w kwocie 3.300 zł a dochód 2.345,55 zł, który nie pozwoliłby jej opłacić składki nawet za jeden miesiąc. Za 2015 r. ubezpieczona nie przedstawiła żadnych dowodów, by osiągnęła dochód z prowadzonej działalności, choć jeszcze w styczniu ją prowadziła.

W swojej analizie Sąd Apelacyjny przyjął również, że w okresie listopad, grudzień 2014 r., mając na uwadze przychód z działalności, ubezpieczona mogła przyjąć co najwyżej po kilkanaście osób miesięcznie. W tych warunkach raczej nikt nie pamiętał jej umiejętności w 2017 r., czy 2018 r. Stąd też jej słowa, że klientki

pytały ją, kiedy wraca do pracy, Sąd uznał za nieprawdziwe. Dalej Sąd odwoławczy uznał, że ubezpieczona, kiedy zorientowała się, że nie musi już sprawiać wrażenia, że chce dalej prowadzić działalność, rozwiązała umowę na podnajem lokalu, ponieważ lekarz orzekł dwumiesięczny okres świadczenia rehabilitacyjnego, zapewniając ubezpieczoną o konieczności przedłużenia tego świadczenia. Tym samym ubezpieczona - nie chcąc tracić pieniędzy na czynsz - rozwiązała umowę.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, ubezpieczona, która rzekomo miała „chęć” dalszego prowadzenia działalności po urlopie macierzyńskim, w ogóle się do tego nie przygotowywała. Sąd wskazał, że nie przedstawiła żadnych dowodów na okoliczność ponownego otwarcia zakładu. Gdyby – zdaniem Sądu – faktycznie zamierzała prowadzić po urlopie macierzyńskim działalność, po kilku latach nieobecności na rynku, opracowałaby nowy cennik, wydrukowała ulotki, zakupiła kosmetyki pielęgnacyjne.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, ubezpieczona nie miała zamiaru prowadzenia działalności gospodarczej zarówno po zakończeniu urlopu macierzyńskiego od 18 stycznia 2017 r., jak i od 1 listopada 2014 r., choć ten okres nie został zakwestionowany przez ZUS. Celem zgłoszonej działalności i wykonanie kilkunastu zabiegów kosmetycznych miało na celu uwiarygodnić, że prowadzi ona taką działalność, by następnie uzyskać tytuł do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i rozpocząć leczenie dolegliwości.

Sąd Apelacyjny podkreślił, że podstawą do powstania obowiązku ubezpieczenia społecznego z mocy art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2024 r., poz. 497, dalej jako ustawa systemowa) jest faktyczne wykonywanie działalności pozarolniczej (art. 13 pkt 4 tej ustawy), w tym działalności gospodarczej, czyli rzeczywiste podjęcie i prowadzenie działalności zarobkowej, wykonywanej w sposób zorganizowany i ciągły. Ocena, czy w okolicznościach konkretnej sprawy działalność gospodarcza rzeczywiście jest wykonywana, należy do sfery ustaleń faktycznych. Te zaś w przedmiotowej sprawie wskazują, że zgłoszenie prowadzenia działalności gospodarczej przez ubezpieczoną nie miało faktycznie na celu prowadzenia jej w sposób zorganizowany i ciągły, a od początku chodziło o uzyskanie tylko tytułu do ubezpieczeń. Nie przyświecał tej działalności cel zarobkowy, bo dochód jaki uzyskała

nie wystarczał nawet na opłacenie składki za jeden miesiąc podlegania ubezpieczeniom. Ponadto nie podejmowała działań marketingowych, a rozwiązując umowę o podnajem lokalu także okazała, że nie zależało jej na ciągłości działalności, ponieważ z chwilą zakończenia świadczenia rehabilitacyjnego nie miałaby gdzie jej prowadzić. Konstatając Sąd Apelacyjny uznał, że ubezpieczona założyła, że nie będzie prowadzić przedmiotowej działalności pozarolniczej, a będzie korzystać jedynie ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Skargę kasacyjną wywiódł pełnomocnik ubezpieczonej, zaskarżając wyrok Sądu Apelacyjnego w całości.

W podstawach skargi wskazano na naruszenie przepisów prawa procesowego, to jest (-) art. 382 k.p.c. oraz art. 327¹ § 1 pkt 1 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c., które to naruszenie miało istotny wpływ na wynik sprawy przez błędne przyjęcie, że: (-) w przedmiotowej sprawie zgłoszenie prowadzenia działalności gospodarczej nie miało na celu jej prowadzenia a „od początku, w świetle ustalonego stanu faktycznego, chodziło o uzyskanie tylko i wyłącznie tytułu do ubezpieczeń” w sytuacji, gdy ani organ rentowy, ani Sąd pierwszej instancji nie kwestionowali działalności gospodarczej ubezpieczonej przed 18 stycznia 2017 r., ani nie była badana przed Sądem pierwszej instancji zasadność podlegania ubezpieczeniom społecznym przed tą datą, gdyż nie to było przedmiotem sporu, co oznacza, że Sąd drugiej instancji w swoich ustaleniach wyszedł poza zakres przedmiotu sporu; (-) choroba kręgosłupa ubezpieczonej wcale nie nasiliła się dopiero w czasie ciąży z pierwszym dzieckiem, gdyż ubezpieczona przebywała na zwolnieniu chorobowym na kilka miesięcy przed zajściem w ciążę, a od 1 lutego 2015 r. była na zwolnieniu z powodu depresji, a nie z powodu kręgosłupa, więc Sąd drugiej instancji poczynił ustalenia w oderwaniu od zgromadzonego przez Sąd pierwszej instancji materiału dowodowego; (-) skoro podczas trwania zasiłku macierzyńskiego ubezpieczona nie przygotowywała się do dalszego prowadzenia działalności przez opracowanie nowego cennika, wydrukowania ulotek, zakupieniu kosmetyków, to oznacza, że ubezpieczona nie chciała wrócić do jej prowadzenia, mimo że ubezpieczona tłumaczyła, iż powrót do działalności planuje dopiero po powrocie do zdrowia, co Sąd pierwszej instancji prawidłowo ustalił, zaś zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa ubezpieczona nie ma obowiązku czynić

przygotowań do powrotu do działalności gospodarczej podczas trwania zasiłku macierzyńskiego, gdyż jest to usprawiedliwiony czas przestoju i możliwości skupienia się na wychowywaniu dziecka, co więcej po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego miała prawo przejść nawet na urlop wychowawczy; (-) do rozwiązania umowy najmu lokalu w dniu 31 lipca 2017 r. nie doszło z powodu przejścia ubezpieczonej na świadczenie rehabilitacyjne, gdyż Sąd drugiej instancji arbitralnie ustalił, że stan zdrowia nie był na tyle poważny i że - zdaniem Sądu - otrzymałaby na początku świadczenie rehabilitacyjne na dłuższy okres niż 2 miesiące, zaś z ustaleń faktycznych Sądu pierwszej instancji wynika, że ubezpieczona przebywała na tym świadczeniu rehabilitacyjnym przez cały rok (od 19 lipca 2017 r. do 13 lipca 2018 r.); (-) ubezpieczoną nie było stać na opłacenie składek na początku prowadzenia działalności gospodarczej, mimo że ten okres nie był objęty przedmiotem zaskarżonej decyzji ani ustaleń Sądu pierwszej instancji, a co więcej przedsiębiorca dowolnie deklaruje podstawę wymiaru składek w przypadku, gdy jego podleganie nie jest kwestionowane, co miało miejsce w przedmiotowej sprawie, gdyż w postępowaniu wyjaśniającym organ rentowy nie zakwestionował podlegania ubezpieczonej za okres od 1 listopada 2014 r., co potwierdziło prawidłowość zgłoszenia ubezpieczonej do ubezpieczeń społecznych; (-) słowa, że „klientki pytają, kiedy ubezpieczona wróci do pracy są nieprawdziwe” w sytuacji, gdy żaden materiał dowodowy zgromadzony w sprawie ani w pierwszej ani w drugiej instancji tego nie potwierdza i jest to tylko przypuszczenie Sądu drugiej instancji nieoparte żadnym materiałem dowodowym.

Dalej wskazano na naruszenie przepisów prawa materialnego, a mianowicie: (-) art. 13 ust. 4 ustawy systemowej w związku z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst: Dz.U. z 2023 r.. poz. 2780, dalej jako ustawa zasiłkowa), przez błędną wykładnię i przyjęcie, że od 18 stycznia 2017 r. ubezpieczona nie prowadziła działalności gospodarczej, a zatem nie podlega pod ubezpieczenia społeczne, mimo że prawidłowa wykładnia tego przepisu prowadzi do wniosku, że podczas zwolnień lekarskich nie można wyłączyć ubezpieczonego spod ubezpieczenia społecznego z powodu nieprowadzenia działalności gospodarczej, gdyż w tym okresie nie można świadczyć pracy zarobkowej, bo spowoduje to utratę

prawa do świadczeń zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej; (-) pobieranie zasiłków chorobowych, zasiłku macierzyńskiego czy świadczenia rehabilitacyjnego stanowi przesłankę do stwierdzenia, że działalność gospodarcza nie była faktycznie prowadzona, mimo że jest to usprawiedliwiona przeszkoda w jej zaprzestaniu na czas niezbędny do sprawowania osobistej opieki nad dziećmi i do powrotu do zdrowia i nie powinno to być uważane za zakończenie działalności gospodarczej, wniosek przeciwny prowadziłby bowiem do konieczności zamykania działalności od razu po urodzeniu dziecka lub przy poważanej chorobie, co pozbawiłoby ubezpieczoną środków do życia podczas choroby czy macierzyństwa; (-) korzystanie z zasiłków chorobowych, czy macierzyńskich stanowi argument świadczący o tym, że ubezpieczona nie prowadziła działalności, gdy tymczasem, jeżeli nawet cel rozpoczęcia działalności gospodarczej jest umotywowany tym, aby w przyszłości uzyskać świadczenia z ubezpieczenia społecznego, nie jest i nie może być uznany za sprzeczny z ustawą; (-) zadeklarowanie podstawy wymiaru składki w wyższej niż minimalna wysokości świadczy o tym, że ubezpieczona nie prowadziła działalności gospodarczej, podczas gdy odwołująca się zadeklarowała podstawę wymiaru składek w ustawowo przewidzianych widełkach i nikt jej nigdy nie informował, że jedyną składką, jaką może opłacić jest ta najniższa aby jej działalność następnie nie została zakwestionowana; (-) art. 8 ust. 6 pkt 1 ustawy systemowej w związku art. 3 Prawo przedsiębiorców (dawniej art. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej), przez ich błędną wykładnię prowadzącą do wadliwego uznania, że działalność ubezpieczonej nie miała charakteru zarobkowego, gdyż w okresie przebywania na nieprzerwanych zwolnieniach ubezpieczona nie wykazywała przychodu w sytuacji, gdy nawet uzyskiwanie straty z tytułu działalności gospodarczej w żaden sposób nie zwalnia z obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym, co oznacza, że fakt czasowego nieosiągnięcia przychodu nie niweczy obowiązku podlegania ubezpieczeniu, albowiem istotą działalności gospodarczej jest to, że jest prowadzona na rachunek i na ryzyko przedsiębiorcy; (-) art. 7 pkt 1 ustawy zasiłkowej, przez jego niezastosowanie, mimo że Sąd uznał, iż od 18 stycznia 2017 r. ubezpieczona nie podlegała ubezpieczeniom, to przysługiwał jej zasiłek chorobowy za okres od 18 stycznia 2017 r. do 18 lipca 2017 r., gdyż ubezpieczona stała się niezdolna do pracy w ciągu 14 dni od ustania tytułu do ubezpieczenia chorobowego.

Mając powyższe na uwadze, skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości oraz orzeczenie co do istoty sprawy przez uwzględnienie odwołania ubezpieczonej od decyzji organu rentowego w całości i zmianę decyzji organu rentowego przez ustalenie, że ubezpieczona podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu od dnia 18 stycznia 2017 r. do nadal; ewentualnie uchylenie wyroku Sądu drugiej instancji i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania temu Sądowi oraz zasądzenie od organu rentowego na rzecz ubezpieczonej kosztów dotychczasowego postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego za postępowanie przed Sądem pierwszej i drugiej instancji oraz kosztów postępowania kasacyjnego według norm przepisanych.

Organ rentowy w odpowiedzi na skargę kasacyjną wniósł o oddalenie jej w całości oraz zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie kasacyjne według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna okazała się uzasadniona i z tej przyczyny została uwzględniona.

Niemniej chybione są zarzuty naruszenia prawa procesowego (art. 382 w związku z art. 327¹ § 1 pkt 1 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c.), bowiem Sąd Najwyższy - ograniczając się do kontroli legalności zaskarżonego orzeczenia - rozpoznaje skargę kasacyjną, a nie sprawę poddaną pod osąd. Jest sądem prawa, a jego kognicja nie obejmuje badania prawidłowości ustaleń faktycznych i oceny dowodów. Z art. 398³ § 3 k.p.c. wynika wprost, że podstawą skargi nie mogą być zarzuty dotyczące ustalenia faktów lub oceny dowodów. Ponadto Sąd Najwyższy jest związany podstawą faktyczną rozstrzygnięcia (art. 398¹³ § 2 k.p.c.). Idąc dalej, w orzecznictwie wyjaśniono już, że art. 382 k.p.c. nie może stanowić samodzielnego uzasadnienia podstawy kasacyjnej. Stąd niezbędne jest wskazanie obok tej normy innych przepisów normujących postępowanie rozpoznawcze, którym sąd drugiej instancji, rozpoznając apelację, uchybił (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 6 stycznia 1999 r., II CKN 102/98, LEX nr 50665; z dnia 13 czerwca 2001 r., II CKN 537/00, LEX nr 52600; z dnia 12 grudnia 2001 r., III CKN 496/00, LEX nr 53130 i z

dnia 26 listopada 2004 r., V CK 263/04, LEX nr 520044). W rozpoznawanej sprawie skarżący łączy zarzut naruszenia art. 382 k.p.c. z art. 327¹ § 1 pkt 1 k.p.c., a przepis ten wskazuje, jakie elementy powinno zawierać uzasadnienie zaskarżonego wyroku. Jego zakres nie obejmuje badania poprawności przyjętego modelu decyzyjnego. Zatem wszelkie argumenty, które odwołują się do odmiennej oceny dowodów nie mogą przynieść spodziewanego rezultatu.

Przechodząc do analizy zarzutów prawa materialnego, należy zauważyć, że Sąd odwoławczy miał przesądzić, czy odwołująca się podlega (lub nie) ubezpieczeniom społecznym (obowiązkowym i dobrowolnemu) od dnia 18 stycznia 2017 r., czyli od następnego dnia po zakończeniu urlopu macierzyńskiego. Dodatkową zmienną jest to, że we wskazanej dacie (i później) odwołująca się była niezdolna do pracy z powodu choroby. Nie ma przy tym wątpliwości, że przed powstaniem niezdolności do pracy odwołująca się prowadziła działalność gospodarczą. Inna rzecz, czy to ustalenie jest prawidłowe, lecz ono obecnie wiąże i nie podlega weryfikacji przez pryzmat osiąganych dochodów i deklarowanych podstaw wymiaru. Stąd też wszelkie próby, prowadzące do szerokiej oceny zachowania ubezpieczonej, muszą aprobeować zaistniałe już zdarzenia, których sam organ rentowy nie podważył. W tym też wyraża się specyfika spraw z zakresu ubezpieczeń społecznych, która obliguje do postrzegania problemu przez pryzmat zaskarżonej decyzji, a nie pełnego swobodnego osądu sprawy, jaki wynika (może wynikać) z nieskrępowanego analizowania materiału dowodowego.

Wracając do istoty problemu, to w orzecznictwie wyjaśniono już sytuację, w której szukano rozwiązania, czy możliwe jest podleganie ubezpieczeniom społecznym po urlopie macierzyńskim (z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności), gdy jednocześnie z uwagi na chorobę przedsiębiorca nie uczestniczy w obrocie gospodarczym, choć wykonuje działania mogące w przyszłości umożliwić mu to uczestnictwo.

Zgodnie z art. 13 pkt 4 ustawy systemowej osoby prowadzące pozarolniczą działalność podlegają ubezpieczeniom społecznym od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie art. 36a tej ustawy oraz przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo

przedsiębiorców. W licznych orzecznictwie Sądu Najwyższego wskazuje się, że o poprowadzeniu działalności gospodarczej decyduje jej faktyczne wykonywanie. Z uwagi na funkcję zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz praktykę gospodarczą (wykonywanie działalności jednoosobowo) należy uznać, że jeżeli okresowe wstrzymanie działalności wynika z niezdolności do pracy (zasiłku chorobowego albo macierzyńskiego), to z punktu widzenia prawa ubezpieczeń społecznych w dalszym ciągu istnieje tytuł do podlegania tym ubezpieczeniom. Okres niezdolności do pracy z powodu choroby osoby prowadzącej pozarolniczą działalność jest bez wątpienia okresem przerwy w faktycznym wykonywaniu tej działalności, w czasie której osoba objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym może otrzymać zasiłek chorobowy. Inaczej rzecz ujmując, przerwa w prowadzeniu pozarolniczej działalności spowodowana stanem zdrowia (chorobą) nie może być traktowana na równi z zaprzestaniem wykonywania tej działalności (co do zasady). Wystarczy w tej mierze odwołać się do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 9 czerwca 2021 r., II USKP 62/21 (OSNP 2022 nr 3, poz. 31), w którym przyjęto, że możliwe jest podleganie ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej po urlopie macierzyńskim w sytuacji, gdy z uwagi na chorobę ubezpieczona nie uczestniczy w obrocie gospodarczym, choć wykonuje rzeczywiste działania mogące w przyszłości umożliwić jej to uczestnictwo. W uzasadnieniu wskazanego wyroku Sąd Najwyższy przyjął, że słowo „prowadzić” używane jest jako konsekwencja terminu „działalność”. Skoro dana osoba zajmuje się działalnością gospodarczą, to inaczej rzecz ujmując należy twierdzić, że działalność tę prowadzi. Dodatkowo zaś zapoznanie się z art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej zmusza do stwierdzenia, że ubezpieczony (a zatem również prowadzący działalność gospodarczą) w okresie orzeczonej niezdolności do pracy nie może wykonywać pracy zarobkowej ani wykorzystywać zwolnienia od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia. W rezultacie staje się jasne, że niezdolność do pracy nie rzutuje na ocenę czy dana osoba prowadzi działalność gospodarczą. Kategorie te współistnieją, nie można jednak za pomocą jednej z nich odwzorowywać zakresu znaczeniowego drugiej.

Trudno też nie oddać racji twierdzeniu skarżącej, że przedsiębiorcy to jedyna grupa ubezpieczonych, od której wymaga się udowodnienia aktywności zawodowej

w czasie pobierania zasiłku macierzyńskiego lub w trakcie krótkich okresów zdolności do pracy pomiędzy pobieraniem świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, a nawet - jak w niniejszej sprawie – w okresie pobierania zasiłku chorobowego. Takich wymogów nie stawia się ubezpieczonym pracownikom. Niewątpliwie brak refleksji w takim podejściu naraża organ rentowy, a następnie Sąd Apelacyjny na zarzut naruszenia art. 2a ustawy systemowej. Równe traktowanie oznacza przy tym traktowanie według jednakowej miary, bez zróżnicowań tak dyskryminujących, jak i faworyzujących. Omawiana zasada nakazuje zatem nakładać jednakowe obowiązki, ewentualnie przyznawać jednakowe prawa, podmiotom odznaczającym się tą samą cechą istotną, a jednocześnie dopuszcza, lecz nie wymaga, by nakładać różne obowiązki, ewentualnie przyznawać różne prawa, podmiotom, które mają taką cechę, oraz podmiotom, które jej nie mają (zob. K. Ślęzak [w:] K. Antonów red., Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz. Warszawa 2024, LEX).

Tym samym należy zgodzić się ze stanowiskiem skarżącej, że – co do zasady - nie można pozbawić przedsiębiorcy ubezpieczenia chorobowego podczas zwolnień lekarskich, bo w innym wypadku spowoduje to utratę prawa do świadczeń (art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej). Naturalnie w okresie niezdolności do pracy może rozpocząć się moment faktycznej likwidacji tej działalności (zaprzestanie wykonywania usług, sprzedaż narzędzi niezbędnych do wykonywania działalności, wypowiedzanie umów, zamknięcie strony internetowej, etc.) i tego rodzaju działania będą wówczas podstawą do formułowania stanowiska odnośnie do wyłączenia danej osoby z ubezpieczeń społecznych. Zatem decydować będzie indywidualny spłot okoliczności, który w harmonii z zasadą dobrej administracji pozwoli najpierw organowi rentowemu podjąć odpowiednią decyzję, to znaczy albo wobec zaprzestania działalności stwierdzić ustanie ubezpieczenia społecznego, albo w sytuacji intencjonalnego zawyżenia podstawy wymiaru składek (zob. uchwałę składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 29 listopada 2023 r., III UZP 3/23, LEX nr 3648265) orzec wyłącznie w zakresie wysokości podstawy wymiaru składek. Z kolei sąd powszechny nie powinien „drugiego okresu ubezpieczenia” (to jest od 18 stycznia 2017 r.) oceniać negatywnie przez odwołanie się do pierwszego przedziału czasu (od 1 listopada 2014 r. do 17 stycznia 2017 r.), w sytuacji, gdy sam pozwany nie zwalczał podstaw do podlegania ubezpieczeniom społecznym. System

ubezpieczeń społecznych musi być przewidywalny z perspektywy jego uczestników. Nie powinni oni być zaskakiwani odmienną oceną dowodów w postępowaniu sądowym, która przez pryzmat przeszłości ma wpłynąć na zdarzenia przyszłe.

Stanowiska Sądu Apelacyjnego nie uzasadnia również argument o długotrwałym korzystaniu przez odwołującą się ze świadczeń jak również ich wysokość, co w konsekwencji sprawia, że bilans składek i wypłat jest niekorzystny dla organu rentowego. Nie wolno jednak zapominać, że przedmiotem postępowania jest podleganie ubezpieczeniom społecznym, a nie podstawa wymiaru zasiłku chorobowego i macierzyńskiego. Dodatkowo, prawo ubezpieczeń społecznych nie zostało zbudowane na zasadzie równości między "wkładem własnym" ubezpieczonego a wypłacanymi mu świadczeniami. Relacja między należną składką a świadczeniem kształtowana jest ryzykiem ubezpieczeniowym, a ono w jednostkowych przypadkach będzie kreślić odmienne zależności (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2022 r., II USKP 203/21 (LEX nr 3399823)).

W rozpoznawanej sprawie, oceniając znaczenie występowania u odwołującej się po dniu 18 stycznia 2017 r. niezdolności do pracy, należy uwzględnić sekwencję zdarzeń. Ubezpieczona przed 20 stycznia 2016 r. (okres pobierania zasiłku macierzyńskiego) prowadziła działalność gospodarczą, organ rentowy nie zgłaszał uwag co do podlegania przez nią ubezpieczeniom społecznym. Nie kwestionował również podlegania przez nią ubezpieczeniom w czasie wcześniejszej niezdolności do pracy związanej z pobieraniem zasiłku chorobowego oraz świadczenia rehabilitacyjnego od 1 lutego 2015 r. do 19 stycznia 2016 r. Co więcej, organ rentowy wypłacił ubezpieczonej zasiłek chorobowy za okres od 18 stycznia 2017 r. do 18 lipca 2017 r., następnie od 19 lipca 2017 r., do 13 lipca 2018 r. świadczenie rehabilitacyjne i kolejno zasiłek chorobowy od 14 lipca 2018 r. do 2 września 2018 r. oraz zasiłek macierzyński od 3 września 2018 r. do 1 września 2019 r.

Kontekst faktyczny rozpoznawanej sprawy prowadzi do oceny, że zaskarżony wyrok Sądu Apelacyjnego nie jest trafny. Przypisując decydujące znaczenie niezdolności ubezpieczonej do pracy w okresie po 18 stycznia 2017 r. (czyli bezpośrednio po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego) - co miało stanowić przesłankę wykluczenia jej z ubezpieczeń społecznych - Sąd Apelacyjny

nie uwzględnił relacji między art. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej oraz przepisami ustawy systemowej.

W tych okolicznościach faktycznych przyjęcie, że w rozumieniu, art. 8 ust. 6 pkt 1 oraz art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1 i art. 13 pkt 4 ustawy systemowej odwołująca się nie prowadziła działalności pozarolniczej od 18 stycznia 2017 r., a zatem nie podlegała od tej daty ubezpieczeniom społecznym, było przedwczesne. Przejawem działalności ubezpieczonej pozostawało zarejestrowanie, jak również utrzymywanie w stanie gotowości niektórych elementów związanych z tą działalnością, takich najem lokalu czy utrzymanie infrastruktury (mebli). Przy rozpoznawaniu sprawy trzeba mieć na uwadze nie tylko same zasady, ale i rodzaj prowadzonego przedsięwzięcia, którzy rzutuje (może rzutować) na sposób wykonywania działalności. Chodzi w tej mierze generalnie o kwestię miejsca wykonywania działalności. Z ustaleń wynika, że odwołująca się prowadziła gabinet kosmetyczny. Tego rodzaju profil działalności pozwala wykonywać je nie tylko w specjalnie ku temu wynajętym miejscu (gabinet), lecz także w miejscu zamieszkania, czy też wręcz u klienta w domu. Z tego względu potencjalne uwagi co do rodzaju zakupionych mebli, wynajmu (jego zakończenia) nie mogą rzutować na samą możliwość prowadzenia działalności, bo ona – w związku z przerwą na macierzyństwo – może ulegać ograniczeniu i tym samym redukowaniu kosztów z tym związanych.

Nie zrozumiałe jest również kwestionowanie stanu zdrowia ubezpieczonej, bez podważania prawdziwości dokumentacji medycznej czy sporządzenia w tym zakresie opinii (choć nie ocena stanu zdrowia ubezpieczonej była przedmiotem niniejszego sporu).

Podsumowując, wykluczenie ubezpieczonej z ubezpieczeń społecznych po 18 stycznia 2017 r. byłoby ewentualnie możliwe z innych przyczyn niż przedstawione w zaskarżonym wyroku, w szczególności wówczas, gdyby organ rentowy wykazał, że po tej dacie nie tylko nie prowadziła ona efektywnej działalności gospodarczej, lecz także nie miała takiego zamiaru.

Kierując się przedstawionymi motywami oraz opierając się na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji wyroku.

[SOP]

[ms]

