



Sygn. akt III USKP 144/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 października 2022 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Jarosław Sobutka (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Leszek Bielecki

SSN Zbigniew Korzeniowski

w sprawie z odwołania E. D.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Szczecinie

o podleganie ubezpieczeniom społecznym,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń

Społecznych w dniu 12 października 2022 r.,

skargi kasacyjnej odwołującej się od wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie

z dnia 26 maja 2020 r., sygn. akt III AUa 441/19,

1. oddala skargę kasacyjną,

**2. odstępuje od obciążenia skarżącej kosztami postępowania
kasacyjnego strony pozwanej.**

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 10 września 2019 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie ubezpieczonej E. D. od decyzji z dnia 4 marca 2019 r. (nr [...]) Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Szczecinie, którą to decyzją organ rentowy uznał, że E. D., jako osoba

prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, od dnia 21 października 2016 r. nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. Dodatkowo Sąd obciążył ubezpieczoną na rzecz zakładu rentowego kwotą w wysokości 180 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Na skutek apelacji ubezpieczonej, wyrokiem z dnia 26 maja 2020 r. Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił apelację i zasądził od ubezpieczonej na rzecz organu rentowego kwotę w wysokości 240 zł. tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego organu rentowego w postępowaniu apelacyjnym. Sąd Apelacyjny stwierdził, że ustalenia dokonane przez Sąd pierwszej instancji są prawidłowe i znajdują odzwierciedlenie w treści przedstawionych w sprawie dowodów. Sąd odwoławczy poczynił te ustalenia częścią własnego wyroku. Sąd drugiej instancji wskazał także, że jedynymi dowodami mającymi potwierdzić okoliczność prowadzenia w spornym okresie działalności gospodarczej, przedstawionymi przez ubezpieczoną, były jej własne zeznania oraz przedłożone faktury za podnajem nieruchomości oraz umowa najmu. Sąd pierwszej instancji przyjął, że zaproponowane dowody nie są wystarczające do przyjęcia, iż ubezpieczona w spornym okresie faktycznie prowadziła działalność gospodarczą. Sąd zauważył, że przedkładane faktury dokumentują jedynie osiąganie dochodów za podnajem lokalu. Co jednak ważne, kwoty wynikające z przedkładanych faktur są znacznie niższe niż kwoty, które co miesiąc ubezpieczona płaciła za wynajmowany lokal. Nie było w sprawie kwestionowane, że przed 21 października 2016 r. ubezpieczona prowadziła działalność, jednakże od tej daty zaniechała prowadzenia działalności gospodarczej, ponosiła same straty, jej działania nie były nakierowane na osiągnięcie zysku, działalność przez nią prowadzona nie miała charakteru zarobkowego. Co więcej, w okresach, kiedy ubezpieczona odzyskiwała zdolność do pracy, nie podejmowała żadnej aktywności, która związana byłaby z prowadzoną działalnością, nie próbowała nawet poszukiwać klientów na oferowane usługi. Ubezpieczona nie kwestionowała, że w spornym okresie jedynie podnajmowała lokal i tylko do tego ograniczyła się jej aktywność związana z prowadzoną działalnością. Sąd odwoławczy podkreślił, że w spornym okresie ubezpieczona

odnotowywała stratę z prowadzonej działalności. Od maja do lipca 2015 r. ubezpieczona jedynie na krótki okres zadeklarowała najwyższą podstawę wymiaru składek. Wcześniej podstawa ta wynosiła 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia tj. w okresie od stycznia do grudnia 2014 r. - 2.247,60 zł, w okresie od stycznia do kwietnia 2015 r. - 2.375,40 zł. Podniesienie podstawy wymiaru składek bezpośrednio poprzedzało niezdolność do pracy E. D. związaną z ciążą. Wobec czego, zdaniem Sądu, uprawnionym jest twierdzenie, że dochody, jakie uzyskiwała ubezpieczona, nie wystarczały na opłacenie składek, co powodowało, że *de facto* celem prowadzenia działalności przez ubezpieczoną było nie osiąganie zysku, a opłacanie składek. Takie postępowanie, interpretowane w świetle innych okoliczności, wskazuje na intencję ubezpieczonej, która w momencie rozpoczęcia korzystania ze zwolnień lekarskich związanych ze stanem zdrowia w okresie ciąży, a następnie w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego, chciała zapewnić sobie w sposób nieusprawiedliwiony korzystne świadczenia z systemu ubezpieczeń społecznych. Trudno bowiem wyobrazić sobie inną motywację do ustalenia podstawy wymiaru składek w maksymalnej wysokości przez ubezpieczoną, niż chęć uzyskiwania wysokiego zasiłku chorobowego i macierzyńskiego. Ponadto, w uzasadnieniu wyroku sądu odwoławczego wspomniano, że to na ubezpieczonej, zgodnie z ogólną zasadą wyrażoną w art. 6 k.c., ciążył ciężar wykazania, iż w spornym okresie faktycznie prowadziła działalność gospodarczą (stałą działalność zarobkową) i Sąd Okręgowy uznał, iż ubezpieczona nie podołała temu obowiązkowi.

Od powyższego wyroku skargę kasacyjną wniosła powódka, zarzucając naruszenie przepisów prawa materialnego:

a) art. 13 ust. 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez błędną jego wykładnię i przyjęcie, że od 21.10.2016 r. ubezpieczona nie prowadziła działalności gospodarczej, 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;

- pobieranie zasiłków chorobowych, zasiłku macierzyńskiego 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 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;

- 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 wysokości świadczy o tym, że ubezpieczona nie prowadziła działalności gospodarczej podczas gdy odwołująca zadeklarowała podstawę wymiaru składek w ustawowo przewidzianych widelkach i nikt jej nigdy nie informował, że jedyną składką jaką może opłacić jest ta najniższa, aby nie musieć potem być napiętnowana jako osoba, która chciała oszukać innych ubezpieczonych;

b) art. 2a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez jego błędną wykładnię i uznanie, że skorzystanie z możliwości przewidzianych przez ustawodawcę czyli podwyższenie podstawy wymiaru składek i pobranie zasiłków w wyższej wysokości narusza zasady równego traktowania, mimo że ta zasada nie oznacza, że wyłączone są różnice w rodzajach świadczeń, różnych w odmiennych ubezpieczeniach, poza tym na tę zasadę mogą powołać się osoby należące do grupy gorzej traktowanych, którym nie przyznano tych samych korzyści, jakie przysługują osobom uprzywilejowanym, a nie na odbieraniu im tych korzyści;

c) art. 8 ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych w zw. art. 3 prawo przedsiębiorców (dawniej art. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej) poprzez ich błędną wykładnię prowadzącą do wadliwego uznania, że działalność ubezpieczonej nie miała charakteru zarobkowego, gdyż w okresie przebywania na zwolnieniach

chorobowych osiągała stratę 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;

d) art. 58 § 2 k.c. poprzez jego zastosowanie w sytuacji, gdy z utartego już w orzecznictwie stanowiska zasad współżycia społecznego nie można stosować na zasadzie analogii do stosunków ubezpieczeniowym nie regulowanych prawem prywatnym;

e) art. 7 pkt 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczeń społecznych w razie choroby i macierzyństwa poprzez jego niezastosowanie i nie ujęcie w wyroku, że mimo że sąd uznaje, że od 21 października 2016 r. ubezpieczona nie podlega ubezpieczeniom, to przysługuje jej zasiłek chorobowy za okres od 21 października 2016 r. do 6 sierpnia 2017 r., gdyż ubezpieczona stała się niezdolna do pracy w ciągu 14 dni od ustania tytułu do ubezpieczenia chorobowego.

W uzasadnieniu przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania skarżąca wskazała, że w niniejszej sprawie występuje istotne zagadnienie prawne (autorka kasacji formułuje w tym miejscu 9 pytań), a także to, że skarga kasacyjna jest oczywiście uzasadniona.

Z uwagi na powyższe, skarżąca wniosła o:

1. uchylenie zaskarżonego wyroku i poprzedzającego go wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 10 września 2019 r. w całości oraz orzeczenie co do istoty sprawy poprzez uwzględnienie odwołania ubezpieczonej od decyzji organu rentowego w całości i zmianę decyzji organu rentowego poprzez ustalenie, że powódka podlega pod obowiązkowe ubezpieczenie: emerytalne, rentowe i wypadkowe oraz dobrowolne ubezpieczenie chorobowe od dnia 21.10.2016 r. do nadal.

2. 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.

3. Przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania na podstawie art. 398⁹ § 1 pkt 4 k.p.c. gdyż skarga kasacyjna jest oczywiście uzasadniona.

4. Wstrzymanie skuteczności wyroku do czasu zakończenia się postępowania kasacyjnego;
względnie o:

5. uchylenie wyroku sądu drugiej instancji i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd Apelacyjny w Szczecinie oraz zasądzenie od organu rentowego na rzecz ubezpieczonej zwrotu kosztów sądowych oraz kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Pismem z dnia 17 września 2020 r. organ rentowy wywiódł odpowiedź na skargę kasacyjną wnioskując o odmowę przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania, ewentualnie o oddalenie skargi kasacyjnej oraz zasądzenie od skarżącej na rzecz pozwanego kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu kasacyjnym według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna okazała się niezasadna.

Na podstawie art. 398¹³ § 1 k.p.c. Sąd Najwyższy rozpoznaje skargę kasacyjną w granicach zaskarżenia oraz w granicach podstaw; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod rozwagę nieważność postępowania.

Skarżąca oparła skargę kasacyjną na zarzutach naruszenia przez Sąd drugiej instancji przepisów prawa materialnego, poprzez niewłaściwą ich wykładnię. W przedmiotowej sprawie, wobec nieoparcia skargi kasacyjnej na podstawie naruszenia przepisów postępowania, zakres kognicji Sądu Najwyższego wytyczyły zarzuty podniesione w ramach kasacyjnej podstawy naruszenia prawa materialnego, a wobec związania Sądu Najwyższego z mocy art. 398¹³ § 2 k.p.c. poczynionymi w toku procesu ustaleniami faktycznymi, stanowiącymi podstawę zaskarżonego wyroku, te ustalenia stały się punktem odniesienia w ocenie prawidłowości wykładni i zastosowania przepisów materialnoprawnych przy ferowaniu orzeczenia drugoinstancyjnego.

Zgodnie z art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c. strona może oprzeć skargę kasacyjną m.in. na naruszeniu prawa materialnego, polegającym na jego błędnej wykładni. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że błędna wykładnia prawa polegać może bądź na zastosowaniu normy nieistniejącej (jest to tzw. pogwałcenie prawa w ścisłym tego słowa znaczeniu i praktycznie dotyczy z reguły stosowania przepisów uchylonych), bądź na mylnym zrozumieniu treści lub znaczenia przepisu prawnego, względnie niezrozumieniu intencji ustawodawcy (...). Naruszenie prawa materialnego przez niewłaściwe zastosowanie oznacza tzw. błąd w subsumcji, a więc błąd w podciągnięciu konkretnego stanu faktycznego pod abstrakcyjny stan faktyczny zawarty w normie prawnej, czyli pod hipotezę danej normy. Wyraża się także pogląd, że naruszenie to polega na błędnym przyjęciu lub zaprzeczeniu związku, jaki występuje między faktem ustalonym w procesie a normą prawną (...). Niekiedy jednak może chodzić o subsumcję w innym nieco znaczeniu. Jeżeli bowiem przepis prawny zawiera pewne ogólne pojęcie (szczególna uciążliwość, rażąca strata, wina, zasady współżycia społecznego), to wówczas do sądu należy stwierdzenie, czy ustalony stan faktyczny mieści się w granicach danego pojęcia prawnego. I w tym zakresie może dojść do błędu, który powinien zostać wytknięty w ramach pierwszej podstawy kasacyjnej (por. T. Wiśniewski (red.), Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom. II, Warszawa 2021, teza 5 do art. 398³). Oceniając zasadność podstawy kasacyjnej naruszenia prawa materialnego, należy opierać się jedynie na stanie faktycznym, który stał się podstawą zaskarżonego wyroku (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 11 grudnia 2002 r., I CKN 1315/00, LEX nr 75349). W szczególności nie można skutecznie dowodzić błędu subsumcji przez kwestionowanie prawidłowości dokonanych przez sąd ustaleń faktycznych (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 20 grudnia 2001 r., V CKN 510/00, LEX nr 53098) - por. A. Jakubecki (red.), Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz aktualizowany. Tom I. Warszawa 2019, teza 4 i 5 do art. 398³). W sytuacji gdy skarżący wprawdzie zarzuca naruszenie szeregu przepisów prawa materialnego, ale uzasadnienia tego naruszenia upatruje w niewłaściwym ustaleniu faktów oraz nieprawidłowej ocenie zgromadzonego materiału dowodowego przez orzekające w sprawie sądy, to w tej sytuacji nie można uznać, że w zaskarżonym wyroku zostały naruszone wskazane w skardze kasacyjnej przepisy prawa materialnego. Zarzut ten również stanowi

jedynie próbę polemiki z oceną stanu faktycznego niniejszej sprawy dokonaną przez Sąd drugiej instancji. Tymczasem, zgodnie z art. 398³ § 3 k.p.c., podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące ustalenia faktów lub oceny dowodów. Sąd Najwyższy jest bowiem związany ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia (art. 398¹³ § 2 *in fine* k.p.c.).

Pomimo argumentów przedstawionych wyżej, przechodząc na grunt wskazanych w skardze kasacyjnej zarzutów, Sąd Najwyższy stwierdza, że strona skarżąca, formułując zarzuty naruszenia przepisów prawa materialnego, a w szczególności art. 13 ust. 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych czy też art. 8 ust. 6 pkt 1 ustawy systemowej, w związku z art. 3 ustawy Prawo przedsiębiorców, pomija istotę podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu przez osoby fizyczne prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą. Należy więc przypomnieć, że okresy podlegania ubezpieczeniu społecznemu z tytułu prowadzenia działalności pozarolniczej wyznaczone zostały jako okresy "od dnia rozpoczęcia działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności". Pojęcia te nie zostały w ustawie systemowej zdefiniowane, natomiast w orzecznictwie utrwaliło się stanowisko, oparte na wykładni językowej, według którego rozpoczęcie działalności gospodarczej oznacza faktyczne podjęcie tej działalności, a jej zaprzestanie jest równoznaczne z faktycznym zakończeniem działalności. Na prowadzenie działalności składają się także czynności zmierzające do późniejszej realizacji czynności gospodarczych (czynności przygotowawcze), przy czym w ocenie, czy zostały podjęte czynności zmierzające bezpośrednio do rozpoczęcia wykonywania działalności, należy uwzględniać wszelkie okoliczności sprawy, w tym także zamiar (wolę) osoby prowadzącej działalność gospodarczą (wyrok Sądu Najwyższego z 25 listopada 2005 r., I UK 80/05, OSNP 2006 nr 19-20, poz. 309). Obowiązkowi ubezpieczenia nie podlegają osoby, które wprawdzie zadeklarowały zamiar prowadzenia działalności gospodarczej przez uzyskanie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej i zgłoszenie do ubezpieczenia, lecz działalności tej faktycznie nie podjęły i nie prowadziły (wyrok Sądu Najwyższego z 3 sierpnia 2000 r., II UKN 659/99, Legalis). W orzecznictwie (por. wyrok Sądu Najwyższego z 25 listopada 2005 r., I UK 80/05, OSNP 2006 nr 19-20, poz. 309)

podkreśla się, że istnienie samego wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nie przesądza o faktycznym prowadzeniu tej działalności (wpis ma charakter deklaratoryjny, tak uchwała Sądu Najwyższego z 26 stycznia 1996 r., III CZP 111/95, OSNC 1996 nr 5, poz. 63; postanowienie Sądu Najwyższego z 26 sierpnia 1998 r., II CZ 74/98, OSNC 1999 nr 2, poz. 36). Zarówno wpis, jak i jego wykreślenie nie mają znaczenia prawnego dla bytu przedsiębiorcy w rozumieniu prawa ubezpieczeń społecznych, który zależy od prowadzenia działalności gospodarczej (wyrok Sądu Najwyższego z 24 maja 2000 r., II UKN 568/99, OSNAPIUS 2001 nr 22, poz. 678; wyrok Sądu Najwyższego z 3 sierpnia 2000 r., II UKN 659/99, Legalis; wyrok Sądu Najwyższego z 6 maja 1999 r., II UKN 610/98, OSNAPIUS 2000 nr 13, poz. 519). Z rejestracji działalności wynika domniemanie prawne (art. 234 k.p.c.), według którego osoba wpisana do ewidencji jest traktowana jako prowadząca działalność gospodarczą (por. wyrok Sądu Najwyższego z 10 grudnia 1997 r., II UKN 392/97, OSNAPIUS 1998 nr 19, poz. 584; wyrok Sądu Najwyższego z 15 kwietnia 1998 r., II UKN 583/98, OSNAPIUS 1999 nr 7, poz. 247; wyrok Sądu Najwyższego z 31 marca 2000 r., II UKN 457/99, OSNAPIUS 2001 nr 18, poz. 564; wyrok Sądu Najwyższego z 11 stycznia 2005 r., I UK 105/04, OSNP 2005 nr 13, poz. 198; wyrok Sądu Najwyższego z 16 maja 2006 r., I UK 289/05, OSNP 2007 nr 11-12, poz. 168). Domniemanie to może być oczywiście obalone. Wykonywanie działalności gospodarczej obejmuje zarówno pewne działania dokonywane w wewnętrznych ramach prowadzonego przez przedsiębiorcę przedsiębiorstwa (kształtowanie jego wewnętrznej struktury, wyznaczanie zadań i ról poszczególnym składnikom przedsiębiorstwa w realizowaniu danego procesu gospodarczego, tworzenie określonych produktów materialnych oraz realizowanie usług), jak też działania dokonywane w relacjach zewnętrznych, wyrażające się przede wszystkim w zawieraniu umów z osobami trzecimi (dostawcami, klientami), w dochodzeniu roszczeń (m.in. z tych umów), a także w podejmowaniu działań reklamowych, promocyjnych itp." (M. Szydło, Moment czasowy podjęcia działalności gospodarczej, s. 3).

Z istoty ubezpieczenia społecznego osoby prowadzącej działalność pozarolniczą wynika, że obowiązek ubezpieczenia społecznego powstaje z mocy prawa, z chwilą podjęcia działalności na zasadach regulowanych wcześniej w

ustawie o swobodzie działalności gospodarczej (a obecnie w ustawie z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców, jednolity tekst:Dz.U. z 2021 r., poz. 162 ze zm.) i ustaje z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym zaprzestano prowadzenia działalności gospodarczej. Nie może być mowy o przerwach w prowadzeniu działalności gospodarczej dlatego, że działalność gospodarcza jest działalnością prowadzoną w sposób ciągły, z zamiarem jej prowadzenia w dłuższym czasie. Zamiar ten odzwierciedla uzyskanie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej i zgłaszanie do organu ewidencyjnego powstałych po dokonaniu wpisu zmian stanu faktycznego i prawnego odnoszących się do przedsiębiorcy i wykonywanej przez niego działalności gospodarczej, w tym wskazania daty rozpoczęcia działalności i informowania o zaprzestaniu jej wykonywania. Cecha ciągłości została przypisana działalności gospodarczej w definicji ustalonej w art. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej (obecnie art. 3 ustawy prawo przedsiębiorców). Krótkotrwałe okresy niezdolności do wykonywania działalności gospodarczej z powodu choroby, pomiędzy którymi są systematycznie wykonywane usługi wchodzące w zakres tej działalności, nie mogą być uznane ze okresy zaprzestania działalności powodujące ustanie obowiązku ubezpieczenia społecznego (wyrok Sądu Najwyższego z 8 grudnia 2009 r., I UK 179/09, MoPr 2008, Nr 9). W przypadku natomiast dłuższych przerw i niemożności prowadzenia działalności gospodarczej, ustawodawca przewidział instytucję zawieszenia działalności gospodarczej - stanowi ona wzmocnienie wcześniejszych stwierdzeń o łączeniu ubezpieczenia społecznego z tytułu prowadzenia działalności z ciągłym, nieprzerwanym jej wykonywaniem. Zawieszenie działalności gospodarczej można traktować najogólniej jako przerwę lub przestój w jej prowadzeniu wymuszone przez okoliczności, które uniemożliwiają prowadzenie jej w sposób zorganizowany i ciągły dla realizacji celu zarobkowego; stan, w którym nadal istnieje przedsiębiorstwo i powstałe stosunki, zarówno prywatnoprawne (np. umowy prawa cywilnego, umowa spółki cywilnej, itp.), jak też publicznoprawne (np. koncesje, zezwolenia, licencje, wpis do rejestru regulowanej działalności gospodarczej), lecz działalność gospodarcza zostaje wstrzymana (por. M.A. Waligórski, Prawo przedsiębiorcy do zawieszania i wznawiania, s. 2). O zaprzestaniu prowadzenia działalności gospodarczej, powodującym wyłączenie z

ubezpieczenia społecznego, decyduje faktyczne zaprzestanie tej działalności, a nie złożenie do organu rentowego wniosku o wyrejestrowanie z ubezpieczenia społecznego, jeżeli działalność gospodarcza jest nadal prowadzona (wyrok Sądu Najwyższego z 12 listopada 2007 r., I UK 147/07, Legalis). *B. Gudowska, J. Strusińska-Żukowska (red.), Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz. Wyd. 2, Warszawa 2014.*

Obowiązek ubezpieczenia wynika z faktycznego prowadzenia działalności, a kwestie związane z formalnym zarejestrowaniem, wyrejestrowaniem, czy zgłaszaniem przerw w tej działalności mające znaczenie w sferze dowodowej, nie przesądzają same w sobie o podleganiu obowiązkowi ubezpieczenia społecznego. Osoby faktycznie nieprowadzące takiej działalności nie podlegają przecież ubezpieczeniu społecznemu, nawet jeżeli dokonały wpisu do ewidencji działalności gospodarczej. Dla oceny czy dana osoba wykonuje pozarolniczą działalność gospodarczą mają znaczenie nie tylko okoliczności obiektywne (tzn. to, czy dana działalność jest faktycznie prowadzona), ale i subiektywne, rozumiane jako zamiar przedsiębiorcy. Nie mogą być akceptowane naganne i nieobojętne społecznie zachowania polegające na pozorowaniu prowadzenia przez krótki okres pozarolniczej działalności gospodarczej, całkowicie oderwanej od rachunku ekonomicznego (co polega na opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne kilkukrotnie wyższych od przychodów osiągniętych z tytułu działalności gospodarczej), których celem nie jest dostarczanie środków utrzymania, lecz jedynie - nabycie prawa do świadczeń z ubezpieczeń społecznych. W orzecznictwie Sądu Najwyższego jednolicie przyjmuje się, iż do powstania obowiązku ubezpieczenia w oparciu o art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy systemowej jest faktyczne wykonywanie działalności pozarolniczej (art. 13 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), w tym gospodarczej, co oznacza, że wykonywanie tejże działalności, to rzeczywista działalność zarobkowa wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły (por. np. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 25 listopada 2005 r., I UK 80/05, OSNP 2006 nr 19-20, poz. 309; z dnia 14 września 2007 r., III UK 35/07, LEX nr 483284; z dnia 18 lutego 2009 r., II UK 207/08, LEX nr 736738; z dnia 19 lutego 2009 r., II UK 215/08, LEX nr 736739; z dnia 19 lutego 2010 r., II UK 186/09, LEX nr 590235; z dnia 22 lutego 2010 r., I UK 240/09, LEX nr

585723; z dnia 18 listopada 2011 r., I UK 156/11, LEX nr 1102533). Sąd Najwyższy nie ma zatem wątpliwości, 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 (wyrok Sądu Najwyższego z 5 grudnia 2017 r., II UK 573/16, LEX nr 2434455).

Brak aktywności zawodowej, nawet wynikający wyłącznie ze stanu zdrowia – jak to miało miejsce w niniejszej sprawie - oznacza, że ubezpieczona nie prowadziła działalności gospodarczej. Potwierdza ten fakt także okoliczność wielomiesięcznego, nieprzerwanego korzystania przez nią z zasiłków. W związku z tym nie ma uzasadnienia teza o naruszeniu art. 3 ustawy Prawo przedsiębiorców przez przyjęcie przez Sąd odwoławczy, że ubezpieczona nie prowadziła faktycznie działalności gospodarczej i nie miała zamiaru jej prowadzić (tak m. in. w postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2021 r., I USK 274/21, Legalis nr 2639283). Według skarżącej, brak jej aktywności wynikał wyłącznie ze stanu zdrowia. Przyznaje ona zatem sama, że nie prowadziła działalności gospodarczej, gdyż uniemożliwiał jej to stan zdrowia.

Źródłem utrzymania osoby prowadzącej działalność gospodarczą jest dochód (czyli przychód po potrąceniu kosztów jego uzyskania). Działalność gospodarcza jest nastawiona na zysk, czyli jej prowadzenie zakłada, że przychód będzie wyższy od kosztów jego uzyskania, a dochód netto (rozumiany jako przychód pomniejszony o koszty jego uzyskania, z odliczeniem następnie wszelkich obciążeń publicznoprawnych, w tym podatków i składek na ubezpieczenia społeczne), stanowiący zysk przedsiębiorcy, pozwoli na jego utrzymanie. Jeżeli przedsiębiorca z powodu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą nie może prowadzić działalności gospodarczej i w związku z tym uzyskiwać przychodu (dochodu i zysku), to źródłem jego utrzymania staje się zasiłek chorobowy. Pozbawienie prawa do zasiłku chorobowego na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej ma natomiast uzasadnienie wówczas, gdyby skarżąca uzyskała tytuł ubezpieczenia w postaci prowadzenia działalności gospodarczej, czyli gdyby podlegała obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, a w konsekwencji nabyła tytuł do objęcia jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. W tym kontekście nabiera znaczenia

okoliczność faktycznego prowadzenia (kontynuowania) działalności gospodarczej. Bowiem tylko rzeczywiste prowadzenie działalności gospodarczej stanowi tytuł podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym. Wypada także podkreślić, że powstanie obowiązku ubezpieczeń społecznych nie zależy od tego, czy działalność prowadzona przez ubezpieczoną przynosi dochody, czy też jest prowadzona ze stratą. Jest to okoliczność niemająca znaczenia dla powstania obowiązku ubezpieczeń społecznych. Inaczej przedstawia się jednak sytuacja, gdy brak jest faktycznego wykonywania przez ubezpieczoną czynności związanych z działalnością zarobkową – jak to ma miejsce w niniejszej sprawie - co jest równoznaczne z brakiem choćby potencjalnej możliwości uzyskiwania dochodów. W takim przypadku nie dochodzi do jej podjęcia lub kontynuowania (tak m. in. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 24 marca 2021 r., III USK 127/21, Legalis nr 2611032).

Ocena spełnienia kryteriów podlegania ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności (tu gospodarczej) odnoszona jest zawsze do stanu faktycznego konkretnej sprawy, którym Sąd Najwyższy z mocy art. 398¹³ § 2 k.p.c., jak to zostało zaznaczone już wcześniej, jest związany.

Z wyżej wskazanych względów nie może być także mowy w niniejszej sprawie o naruszeniu przez Sąd Apelacyjny art. 2a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Klauzula generalna zasad współżycia społecznego, do których można zaliczyć reguły równości i niedyskryminowania stron stosunku ubezpieczenia społecznego, może mieć zastosowanie jedynie w sytuacji, gdy ściśle wskazane okoliczności konkretnej sprawy, nie budzą najmniejszych wątpliwości co do zamiaru, zakresu i celu określonej czynności prawnej. Nie będzie miała ona zastosowania w sytuacji, kiedy nieuprawnione korzyści uzyskuje osoba pozorująca prowadzenie działalności gospodarczej w celu uzyskania świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Niesłuszny jest także zarzut, zawarty w skardze kasacyjnej, naruszenia przez Sąd Apelacyjny art. 58 § 2 k.c. Trzeba przy tym pamiętać o odrębności stosunku ubezpieczenia społecznego (będącego uregulowanym ustawowo stosunkiem prawnym opartym na zasadzie solidarności, w którym Zakład Ubezpieczeń Społecznych realizuje wobec drugiej strony ustawowe kompetencje) i

stosunku cywilnoprawnego, opartego na zasadzie równorzędności jego podmiotów i wzajemności świadczeń. Konsekwencją tego jest wyłączenie stosowania wprost przepisów prawa cywilnego w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych poza przypadkami wyraźnego odesłania do nich przez normę tej ostatniej gałęzi prawa i dokonywania wykładni przepisów prawa ubezpieczeń społecznych z uwzględnieniem zasad współżycia społecznego (art. 5 k.c. lub art. 8 k.p.). Powoływanie się przez Sądy orzekające w sprawie na unormowania prawa cywilnego przy rozstrzyganiu sporu z zakresu ubezpieczeń społecznych dotyczyło jednak ważności czynności prawnej, kreującej stosunek prawny stanowiący tytuł do podlegania ubezpieczeniom społecznym. Orzecznictwo sądowe w tym zakresie przeszło ewolucję. Przede wszystkim zwrócono uwagę na nieprawidłowe kwalifikowanie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych umów o pracę jako czynności pozornych i zarazem zmierzających do obejścia ustawy podkreślając, że złożenie oświadczenia woli dla pozorów w rozumieniu art. 83 § 1 k.c. oznacza, iż osoba oświadczająca wolę nie chce, aby powstały skutki prawne, jakie zwykle prawo łączy ze składanym oświadczeniem, natomiast czynność prawna mająca a na celu obejście ustawy w ujęciu art. 58 § 1 k.c. polega na takim ukształtowaniu jego treści, która z punktu widzenia formalnego nie sprzeciwia się ustawie, ale w rzeczywistości zmierza do zrealizowania celu ustawowo zakazanego. Czynność zmierzająca do obejścia prawa nie może więc być jednocześnie czynnością pozorną choćby z tego względu, że pierwsza zostaje rzeczywiście dokonana, zaś druga jest jedynie symulowana (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 25 lipca 2004 r., I PK 42/04, OSNP 2005 nr 14, poz. 209; z dnia 25 stycznia 2005 r., II UK 141/04, OSNP 2005 nr 15, poz. 235; z dnia 9 sierpnia 2005 r., III UK 89/05, OSNP 2006 nr 11-12, poz. 192 i z dnia 29 marca 2006 r., II PK 163, OSNP 2007 nr 6, poz. 71). W kolejnych orzeczeniach Sąd Najwyższy wyrażał jednak pogląd, iż o czynności prawnej sprzecznej z ustawą lub mającej na celu obejście ustawy można mówić tylko wtedy, gdy czynność taka pozwala na uniknięcie zakazów, nakazów lub obciążeń wynikających z przepisu ustawy i tylko z takim zamiarem została dokonana. Działalność gospodarcza podejmowana (kontynuowana) dla pozorów nie stanowi tytułu do podlegania ubezpieczeniom społecznym. Dokonana przez Sąd drugiej instancji wykładnia powołanych wyżej przepisów prawa materialnego jest

zatem zgodna z utrwaloną linią orzecznictwa. Uznając zaś, że zachodzą podstawy do zanegowania w oparciu o art. 58 k.c. czynności podejmowanych przez ubezpieczoną, Sąd ten logicznie i przekonująco uzasadnił swoje stanowisko, szczegółowo analizując wszystkie okoliczności sprawy, by ostatecznie skonkludować, że mamy do czynienia z naruszeniem zasad współżycia społecznego przez świadome dążenie do osiągnięcia nieuzasadnionych (zawyżonych) korzyści z systemu ubezpieczeń społecznych kosztem innych uczestników tego systemu (por. wyrok Sądu Najwyższego z 1 czerwca 2017 r., I UK 253/16, Legalis nr 1675543).

I na koniec, żadnego skutku nie może także wywołać zarzut naruszenia art. 7 pkt 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczeń społecznych w razie choroby i macierzyństwa poprzez jego niezastosowanie i nie ujęcie w wyroku, że mimo że sąd uznaje, że od 21 października 2016 r. ubezpieczona nie podlega ubezpieczeniom, to przysługuje jej zasiłek chorobowy za okres od 21 października 2016 r. do 6 sierpnia 2017 r., gdyż ubezpieczona stała się niezdolna do pracy w ciągu 14 dni od ustania tytułu do ubezpieczenia chorobowego. Zarzut ten wykracza bowiem poza zakres rozpoznawanej sprawy i z tego powodu nie może być przedmiotem zainteresowania Sądu Najwyższego rozpoznającego skargę kasacyjną.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c. i art. 102 k.p.c., orzekł jak w sentencji.

[as]