



Sygn. akt III USKP 53/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 grudnia 2022 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Leszek Bielecki (przewodniczący)

SSN Robert Stefanicki

SSN Renata Żywicka (sprawozdawca)

w sprawie z odwołania K. M.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Gorzowie Wielkopolskim
o ustalenie podlegania ubezpieczeniom społecznym,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 6 grudnia 2022 r.,

skargi kasacyjnej odwołującej się od wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie
z dnia 11 lutego 2021 r., sygn. akt III AUa 431/20,

1) oddala skargę kasacyjną;

**2) zasądza od odwołującej się K. M. na rzecz pozwanego
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Gorzowie
Wielkopolskim kwotę 240 zł (dwieście czterdzieści złotych)
tytułem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 11 lutego 2021 r. Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział
Pracy i Ubezpieczeń Społecznych po rozpoznaniu sprawy K. M. przeciwko

Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Gorzowie Wielkopolskim o ustalenie podlegania ubezpieczeniom społecznym na skutek apelacji ubezpieczonej i organu rentowego od wyroku Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 17 września 2020 r., sygn. akt VI U 771/19 zmienił zaskarżony wyrok w punkcie I i III w ten sposób, że oddalił odwołanie oraz zasądził od K. M. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Gorzowie Wielkopolskim kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów procesu;

oddalił apelację ubezpieczonej oraz zasądził od K. M. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w Gorzowie Wielkopolskim kwotę 240 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego organu rentowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sąd Apelacyjny wskazał, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Gorzowie Wielkopolskim decyzją z 24 czerwca 2019 r., nr 1[...] stwierdził, że K.M. nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu od 10 października 2015 r. oraz nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu i chorobowemu od 10 października 2015 r.

Ubezpieczona w odwołaniu od decyzji, wniosła o jej zmianę i uznanie, że podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu od 10 października 2015 r. oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 10 października 2015 r.

Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołania. Podkreślił, że od 10 października 2015 r. ubezpieczona nie wykonywała działalności gospodarczej, a kontynuowanie zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych z tego tytułu, miało na celu wyłącznie uzyskiwanie świadczeń z ubezpieczeń społecznych, z których K. M. uczyniła sobie stałe źródło utrzymania. Powyższe potwierdza fakt, że usługi w ramach działalności gospodarczej K. M. były w rzeczywistości realizowane przez M.G. - partnera życiowego ubezpieczonej, który prowadzi firmę o podobnym profilu działalności.

Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z 17 września 2020 r. zmienił zaskarżoną decyzję i stwierdził, że K. M., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, nie mająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której

podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia podlegała: obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu od 10 października 2015 r. do 20 marca 2018 r., dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 10 października 2015 r. do 20 marca 2018 r., oddalił odwołanie w pozostałym zakresie i zniósł wzajemnie między stronami koszty procesu.

Sąd pierwszej instancji ustalił, że K. M., ur. [...].1983 r., od 1.07.2010 r. była zatrudniona na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony w pełnym wymiarze czasu pracy na stanowisku organizatora usług cateringowych w G.- M.G. z siedzibą w G.. Zakres obowiązków obejmował przygotowanie naczyń do organizacji przyjęć i imprez, przygotowanie naczyń przeznaczonych do wynajęcie dla firm i osób prywatnych, przyjmowanie zleceń na organizację przyjęć oraz imprez, obsługa i organizacja konferencji, spotkań, szkoleń, prezentacji, otwarć obiektów itp., przygotowanie stołów, układanie zastawy stołowej, dekoracji stołów, wykonywanie innych zadań służbowych związanych z charakterem prowadzonej działalności. Podczas pracy w G.- M.G., K. M. nawiązała szereg kontaktów biznesowych z podmiotami i osobami zajmującymi się organizacją imprez i wydarzeń kulturalnych, z biegiem lat uzyskiwała coraz większą samodzielność w działaniu i poszerzała swoje kompetencje biznesowe. W wykonywanej pracy była samodzielną, klienci G.- M.G. kontaktowali się bezpośrednio z nią. Ubezpieczona 13.10.2013 r. ukończyła szkolenie z zakresu fotografii cyfrowej. Chciała rozwijać swoją pasję fotograficzną i uczynić z niej źródło dochodu. Jednocześnie była świadoma swojej mocnej pozycji.

Podjęła zatem decyzję o usamodzielnieniu się i założeniu gospodarczej. Od 1.05.2014 r. ubezpieczona zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych jako osoba prowadząca działalność gospodarczą A.- K. M. z podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w wysokości 9365 zł. Jako przedmiot działalności gospodarczej wskazała m. in. działalność fotograficzną (jako dominującą), działalność wymagającą wystawiania przedstawień artystycznych, wspomagającą edukację, związaną z organizacją targów, wystaw i kongresów, public relations, czy działalność gastronomiczną.

W 2014 r. przebywała na zwolnieniu chorobowym od 5.06.2014 r. do 10.10.2014 r., od 11.10.2014 r. do 9.10.2015 r. pobierała zasiłek macierzyński.

Jeszcze w okresie, gdy przebywała na zasiłku macierzyńskim, zgłaszały się do niej podmioty zewnętrzne z prośbą o dokonanie wyceny wynajmu namiotów, stołów, czy organizacji imprez. Otrzymywała również zapytania ofertowe na organizację infrastruktury targowej.

W okresach od 16.10.2015 r. do 23.10.2015 r. oraz od 23.11.2015 r. do 28.11.2015 r. i od 3.12.2015 r. do 12.12.2015 r. przebywała na zasiłku opiekuńczym. W okresie 30.10.2015 r. do 10.11.2015 r. pobierała zaś zasiłek chorobowy. W okresie od 10.10.2015 r., tj. od pierwszego dnia po zakończeniu pobierania przez K. M. zasiłku macierzyńskiego, do końca 2015 r. wystawiła około 20 faktur na usługi fotograficzne. Nabywcą dwóch z nich na kwotę 2 x 100 zł był A., kolejnych dwóch L. na kwoty 2 x 150 zł, kolejnych dwóch na 200 zł każda – P., kolejnych trzech D. - 3 x 300 zł, oraz G.-M.G. na kwoty: 950 zł, 3.000 zł i 950 zł, kolejnych czterech zaś M. na kwoty 1.000 zł, 1.500 zł, 500 zł i 1.500 zł. Nadto cztery faktury za usługi fotograficzne ubezpieczona wystawiła dla nabywcy W. na kwoty 450, 650, 550 i 550 zł.

Po powrocie do pracy ubezpieczona skoncentrowała się przede wszystkim na rozwoju swojej działalności w zakresie usług fotograficznych. Posiadała aparat fotograficzny [...], statywy, obiektywy, plecak specjalistyczny, tła, profesjonalny płatny program do obróbki zdjęć. Nie posiadała własnego studia fotograficznego, bo nie było jej potrzebne, bowiem zdjęcia wykonywała u klienta lub w plenerze. Klientami ubezpieczonej były głównie podmioty gospodarcze. Wykonywała przede wszystkim fotografie do publikacji internetowych, czy materiałów reklamowo-informacyjnych. Usługa fotograficzna polegała na wykonaniu zdjęć i obróbce graficznej. W 2015 r. ubezpieczona osiągnęła z tytułu prowadzonej działalności przychód w wysokości 28.2786,37 zł.

W 2016 r. ubezpieczona kontynuowała rozwój działalności w zakresie usług fotograficznych. W związku z tym wystawiła szereg faktur na rzecz: A. na kwotę 150 zł oraz Wyższej Szkoły w P. na 770 zł, a ponadto dla tych samych podmiotów co w toku 2015, tj. 6 faktur dla P. na kwoty 4 x 150 zł i 2 x 200 zł, M. - 9 faktur na kwoty: 2 x 1.000 zł, 2 x 750 zł, 1.200 zł, 600 zł, 2 x 700 zł, 800 zł, L. - 2 faktury po 300 zł każda, W. - 5 faktur na kwoty: 2 x 150 zł i 3 x 900 zł, G.-M.G. - 4 faktury na kwoty: 2 x 1.200 zł, 950 zł i 650 zł oraz D.- 1 faktura na kwotę 150 zł. K. M.

dysponowała jednolitym wzorem druku zlecenia fotograficznego. Zlecenia z klientami podpisywała osobiście, a następnie osobiście je realizowała.

Ubezpieczona zrealizowała również szereg zleceń związanych z wynajmem sprzętu do organizacji imprez - namiotów, czy elementów techniki estradowej. Nie dysponowała własnym sprzętem w postaci namiotów, stołów, krzeseł, czy infrastruktury scenicznej. Jej działalność, w zakresie, w jakim dotyczyła zabezpieczenia szeroko pojętej infrastruktury technicznej imprez, obejmowała przede wszystkim usługi organizatorskie i konsultingowe. Klienci zgłaszali się do K.M. ze zleceniem zabezpieczenia technicznego imprezy, ubezpieczona zaś - przy wykorzystaniu usług podmiotów zewnętrznych - zapewniała stosowną infrastrukturę w postaci namiotów, hal namiotowych, stołów biesiadnych, czy infrastruktury scenicznej. W tym celu współpracowała z G.-M.G., a także z firmą państwa S.. K. M. w 2016 r. zrealizowała szereg zleceń. Organizowała infrastrukturę sceniczną dla imprezy plenerowej w 10.08.2016 r. w L. (faktura z 22.08.2016 r.). Wynajmowała namioty oraz stoły biesiadne dla Centrum w [...] podczas Świąt Województwa [...] i wydarzenia „N.”, a także dla Stowarzyszenia. Ubezpieczona w dniu 30.11.2016 r. wystawiła fakturę dla Komitetu Organizacyjnego Studniówki 2017 r. [...] Liceum Ogólnokształcącego w G.- termin 28.01.2017 r. na kwotę 4.300 zł za przygotowanie infrastruktury i oprawy zabawy studniówkowej. W dniach 14.05.2016 r., 31.05.2016 r. i 10.06.2016 r. zawarła umowy odpowiednio ze Ośrodkiem i Biblioteką Publiczną Gmina [...] oraz Powiatem [...], których przedmiotem było zabezpieczenie infrastruktury technicznej, tj. namiotów, stołów, czy krzeseł na potrzeby imprez plenerowych. W 2016 r. podejmowała szereg działań mających na celu pozyskanie nowych zleceń w zakresie organizacji imprez plenerowych. Z potencjalnymi klientami utrzymywała kontakt telefoniczny oraz e-mailowy. Przygotowywała również oferty i propozycje wyceny w zakresie zapewnienia infrastruktury technicznej podczas wydarzeń plenerowych. K. M. realizowała również działalność w zakresie wynajmu maskotek, które zakupiła wcześniej od M.G.. W dniu 11.04.2016 r. podpisała umowę z Urzędem Gminy [...], zobowiązując się do zabezpieczenia 2 sztuk chodzących maskotek wraz z animatorami. prowadzącymi działania happeningowe w trakcie imprezy. Wartość świadczeń ustalona została na kwotę 800 zł brutto. Na podstawie umowy z 16.05.2016 r.

zawartej z Ośrodkiem.1 z siedzibą w [...], ubezpieczona zobowiązała się do zabezpieczenia 3 sztuk chodzących maskotek wraz z animatorami prowadzącymi działania happeningowe w trakcie imprezy. Maskotki K. M. wynajmowała również na rzecz Ośrodka.2 w [...] w czerwcu 2016 r. W dniu 31.05.2016 r. ubezpieczona zawarła z Ośrodkiem.3 w [...] umowę, której przedmiotem było zapewnienie konferansjera podczas Dni B.. W związku z realizacją umów dotyczących wynajmu maskotek; czy zapewnienia konferansjera, K. M. podpisywała umowy o dzieło z uczniami/studentami.

Sąd Okręgowy ustalił, że w 2016 r. K. M. przebywała na zasiłkach opiekuńczych w okresach: 25.01-4.02.2016 r., 10.02-19.02.2016 r., 30.03 - 8.04.2016 r., 6.07-15.07.2016 r., 17.12-31.12.2016 r. Na zwolnieniach chorobowych w związku z niezdolnością do pracy przebywała w dniach: 18.03-29.03.2016 r., 29.04-6.05.2016 r., 20.05-30.05.2016 r., 4.08-31.08.2016 r., 5.10-11.10.2016 r., 27.10-9.12.2016 r.

W czasie pobierania zasiłków, zdarzały się sporadyczne sytuacje, gdy faktury za wykonane usługi, wystawiał za K. M. jej partner, aby ta nie naruszała warunków korzystania ze świadczeń ubezpieczeniowych. M.G. posiadał jedynie ustne upoważnienie do działania w imieniu K. M.. W 2016 r. K. M. osiągnęła z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej przychód | w wysokości 76.070,89 zł.

K. M. kontynuowała prowadzenie działalności gospodarczej również w 2017 r. W dniu 30.11.2017 r. wystawiła fakturę dla M. na kwotę 2.000 zł za usługę fotograficzną. Podejmowała starania celem pozyskania nowych zleceń. Inicjowała kontakt z klientami oraz osobiście odpowiadała na zapytania ofertowe m. in. w zakresie organizacji imprezy Święto Województwa [...] 2017. W 2017 r. rozwinęła działalność w zakresie wynajmu namiotów. Nawiązała współpracę z nowymi podmiotami, tj.: [...] R. S.A., Gminą [...]1 - Urzędem Miejskim w T., Stowarzyszeniem.1. Stowarzyszeniem.2, P. Sp. z o.o. sp. k. z siedzibą w G., Ośrodkiem.4 w [...], czy Ośrodkiem i Biblioteką Publiczną Gminy [...]. Zrealizowała również duże zlecenie dla Centrum związane z wynajmem namiotów podczas Festiwalu [...] w ramach Święta Województwa [...]. Ubezpieczona kontynuowała współpracę z G.-M.G.. W 2017 r. K.M. realizowała również działalność w zakresie

wynajmu maskotek oraz współpracowała z osobami trzecimi na podstawie umowy o dzieło.

Ubezpieczona w 2017 r. pobierała zasiłek opiekuńczy w okresach: 27.01-4.02.2017 r., 20.02-1.03.2017 r., 12.06-2.07.2017 r., 24.08-31.08.2017 r., 20.11-25.11.2017 r. Na zwolnieniach chorobowych przebywała w okresach: 7.04-21.04.2017 r., 6.06-10.06.2017 r., 3.07-7.07.2017 r., 21.09-29.09.2017r., 13.12-22.12.2017 r. W okresach, gdy ubezpieczona pobierała zasiłki, faktury w jej imieniu sporadyczne wystawiał M.G. na podstawie ustnego upoważnienia. Z działalności w 2017 r. ubezpieczona osiągnęła przychód w wysokości 50.795,77 zł.

W 2018 r. K. M. przebywała na zasiłku opiekuńczym w okresach: 18-24.01.2018 r., 26.02-2.03.2018r., 30.11-7.12.2019 r., 30.01-9.02.2018 r., 9-22.04.2018 r., 30.04-9.05.2018 r., 11.05-11.07.2018 r., 17-31.07.2018 r., 7.08-31.10.2018 r.

W dniach 2.01. i 30.01.2018 r. oraz 20.03.2018 r. wystawiła faktury dla M. za usługę fotograficzną odpowiednio na kwoty na 2.500 zł, 1.000 zł oraz 1.000 zł. W czasie, gdy ubezpieczona pobierała zasiłek, M.G. zawierał w jej imieniu umowy o dzieło i wystawiał rachunki na rzecz osób, które realizowały występy jako maskotki lub podejmowały się rozłożenia i złożenia sprzętu. W 2018 r., oprócz trzech zleceń wykonanych na rzecz M., K. M. nie zrealizowała zleceń fotograficznych dla innych podmiotów. Wszystkie zlecenia, jakie K. M. wykonała w 2018 r., dotyczyły wynajmu sprzętu i infrastruktury na imprezy i wydarzenia plenerowe w miesiącach maj - październik 2018 r. Faktury za te usługi wystawiane były w okresie, gdy ubezpieczona przebywała na zasiłku i niemal wszystkie wydrukowane zostały na druku faktur G.- M.G..

Jednocześnie w 2018 r. G.-M.G. wystawiła szereg faktur dla K. M. za wynajem sprzętu do organizacji imprez: 9.02.2018 r. na 492 zł za wynajem sprzętu do organizacji imprez w lutym 2018 r., 30.04.2018 r. na kwotę 123 zł za wynajem sprzętu do organizacji imprez w kwietniu 2018 r., 31.05.2018 r. na kwotę 738 zł za przygotowanie, koordynację i realizację zleceń w maju 2018 r. oraz na 615 zł za wynajem sprzętu w maju 2018 r., 31.07.2018 r. na kwotę 738 zł za przygotowanie, koordynację i realizację zleceń w lipcu 2018 r., 31.07.2018 r. na kwotę 2.214 zł za wynajem sprzętu do organizacji imprez w lipcu 2018 r., 30.06.2018 r. na kwotę 738

zł za przygotowanie, koordynację i realizację zleceń w czerwcu 2018 r. oraz na 615 zł za wynajem sprzętu do organizacji imprez 31.10.2018 r. na kwotę 738 zł.

W 2018 r. ubezpieczona osiągnęła przychód z działalności gospodarczej 65.647,84 zł.

Ubezpieczona pobierała zasiłek opiekuńczy w okresach: 23-27.01.2019 r. 6-7.03.2019 r., 11-18.03.2019 r. - zasiłek chorobowy. W dniach 28.02., 29.03., 30.04., 30.05. i 30.06.2019 r. K. M. i wystawiła faktury dla M. za usługi fotograficzne odpowiednio na kwoty na 2.000 zł, 1.200 zł oraz 1.200 zł, 2.000 zł i 2.000 zł. A ponadto 30.06.2019 r. za usługi fotograficzne na rzecz G.-M.G. na kwotę 950 zł oraz 20.05.2019 r. na kwotę 400 zł na za usługi fotograficzne na rzecz A.. W maju i lipcu 2019 r. kontaktowała się mailowo w związku z organizacją imprez z podmiotami zewnętrznymi.

K. M. i M.G. od 2008 r. są w związku nieformalnym i posiadają dwóch synów. Mieszkają razem, prowadzą wspólne gospodarstwo domowe. W latach 2015-2018 synowie K. M. i M.G. często chorowali, zwłaszcza I. G. w latach 2015-2017 zmagali się dolegliwościami związanymi z zapaleniem ucha oraz schorzeniami dróg oddechowych. Z problemami zdrowotnymi w latach 2016-2018 zmagala się również K. M.. Nasiliły się u niej zwłaszcza dolegliwości związane z biodrem lewym, wymagała rehabilitacji i leczenia. W 2018 r. ubezpieczona straciła ciążę. K. M. korzysta z usług księgowej J. D., która jest jej kuzynką.

Sąd Okręgowy w części uwzględnił odwołanie, mając na uwadze art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 8 ust. 6 pkt 1, art. 11 ust. 2, art. 13 pkt 4 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2020 r., poz. 266, dalej u.s.u.s.). Sąd I instancji ocenił, że zaskarżona decyzja miała za przedmiot wyłącznie podleganie ubezpieczeniom społecznym i nie obejmowała wysokości świadczenia z ubezpieczenia społecznego, zatem wysokość zgłoszonej podstawy wymiaru składek pozostawała bez znaczenia. Sąd Okręgowy nie zgodził się z zarzutem manipulowania przez ubezpieczoną okresami pobierania zasiłku chorobowego i opiekuńczego, tak, aby nie wykorzystać całego okresu zasiłkowego w ramach ubezpieczenia chorobowego. Wskazał, że analiza okresów pobierania przez ubezpieczoną zasiłku chorobowego wskazuje, że w latach 2015-2017 nigdy nie zbliżyła się nawet do granicy 182 dni i wyczerpania całego okresu zasiłkowego,

za wyjątkiem roku 2018. W okresie zgłoszenia do ubezpieczenia wcale nie wykazała jedynie kilkumiesięcznego okresu zdolności do pracy. W 2016 r. jest to proporcja około 200 dni pracujących do 160 pobierania zasiłku, w 2017 r. około 270 do 110 dni. Sąd I instancji ocenił, że po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego K. M. nie porzuciła wykonywania usług fotograficznych. Jej działalność gospodarcza znacznie wykraczała poza organizację wydarzeń plenerowych i wynajem infrastruktury technicznej. K. M. i M.G. zgodnie wskazali, że zasadniczym celem założenia działalności gospodarczej przez ubezpieczoną było rozwijanie jej pasji do fotografii oraz chęć uczynienia z niej źródła utrzymania. K. M. akcentowała również zamiar uzyskania niezależności, wcześniej bowiem była zatrudniona w firmie swojego partnera życiowego. Przedstawione przez ubezpieczoną powody rozpoczęcia samodzielnej działalności nie wzbudzały wątpliwości sądu, bowiem zasady logiki i doświadczenia życiowego wskazują niezbicie, że niezwykle ważnym dla zabezpieczenia własnych interesów jest posiadanie pewnej niezależności finansowej i zawodowej przez partnerów. Sądowi Okręgowemu ujawniły się jako szczególnie niezasadne zarzuty organu rentowego, w odniesieniu do roku 2015, że ubezpieczona porzuciła wykonywanie usług fotograficznych na rzecz wynajmu infrastruktury dla - wydarzeń plenerowych. Ubezpieczona przedłożyła, bowiem około 20 faktur potwierdzających realizację przez nią, w ciągu 3 miesięcy po powrocie do aktywności zawodowej, szeregu zleceń właśnie z zakresu fotografii. Nabywcą usług fotograficznych były: A., L., V., C., G., M., W.. Faktury na rzecz wszystkich podmiotów wystawione zostały w dniach, gdy ubezpieczona nie pobierała zasiłków chorobowego, czy macierzyńskiego, co potwierdzało fakt działalności stałej i zawodowej. Sąd Okręgowy uznał, że nie były sprzeczne z prawem działania polegające na odpłatnym wykonywaniu usług na rzecz członków rodziny. S. G. i M.G. korzystali w swojej działalności z usług fotografa, zatem nie dziwiło sądu, że realizację tych usług woleli powierzyć osobie z rodziny, zamiast obcej osobie trzeciej. Wbrew twierdzeniom organu rentowego M.G. i jego ojciec nie byli jedynymi klientami K. M., bowiem świadczyła usługi fotograficzne na rzecz szeregu innych podmiotów. Ubezpieczona kontynuowała rozwój swojej działalności w zakresie usług fotograficznych również w 2016 r., zarówno dla nowych podmiotów, takich jak A. ,

czy Wyższa Szkoła w P., jak i dla klientów, z którymi współpracowała w 2015 r. Widoczny jest wyraźny wzrost ilości zleceń w zakresie usług fotograficznych. W tym okresie K. M. dysponowała jednolitym wzorem druku zlecenia fotograficznego. Równolegle realizowała również zlecenia związane z organizacją infrastruktury technicznej wydarzeń plenerowych.

Sąd drugiej instancji nie uwzględnił twierdzenia organu rentowego, że zlecenia były realizowane w 2016 r. przez M.G.. Wprawdzie zarówno, ubezpieczona, jak i jej partner życiowy działali na podobnym rynku, to usługi świadczone przez K. M. miały charakter samodzielny. Ubezpieczona rozpoczynając działalność gospodarczą, dysponowała bazą kontaktów i potencjalnych klientów, którą rozwinęła jeszcze podczas pracy w G.- M.G.. Była osobą znaną w środowisku, niezależną od swojego partnera. Z materiału dowodowego sprawy wynika, że w roku 2016 to ubezpieczona, a nie M.G., utrzymywała kontakty z kontrahentami.

Sąd Okręgowy ocenił, że nie można czynić mu zarzutu z faktu, że ubezpieczona nie dysponowała własną infrastrukturą techniczną do organizacji imprez, a jedną z firm, z którymi współpracowała w zakresie wynajmu takiego sprzętu, była zaś spółka M.G.. Działalność ubezpieczonej w znacznej mierze opierała się bowiem na szeroko pojętej organizacji infrastruktury technicznej wydarzeń plenerowych - kontrahenci zgłaszali się do niej z prośbą o przygotowanie stosownej ofert wraz z kosztorysem, następnie zlecali jej wykonanie konkretnej usługi, przy której wykonaniu K. M. posługiwała się podmiotami zewnętrznymi, dysponującymi odpowiednim asortymentem. Często w ramach jednego wydarzenia, ubezpieczona korzystała z usług kilku innych przedsiębiorców, czy to właśnie grupy MS M.G., czy firmy S.. Skoro był popyt na tego rodzaju usługi, tj. zlecenie wynajmu sprzętu ubezpieczonej, która pełniła rolę swego rodzaju koordynatora, zamiast kilku podmiotom zewnętrznym, to według sądu, zgodnie z zasadami prawidłowej gospodarki, K. M. takie usługi świadczyła i nie była to działalność noszącą znamiona pozornej. Nie bez znaczenia pozostawało, że zlecniodawcami ubezpieczonej w zakresie usług wynajmu infrastruktury technicznej były głównie podmioty korzystające ze środków publicznych, takie jak Centrum w [...]. Ośrodek i Biblioteka Publiczna Gminy [...] oraz Powiat [...].

W 2016 r. K. M. realizowała również działalność w zakresie wynajmu maskotek. Przy wykonaniu tych usług współpracowała najczęściej z osobami uczącymi się do 26 roku życia, na podstawie umów o dzieło, co stanowiło typowy sposób postępowania przedsiębiorców w tego rodzaju działalności. Powyższą działalność realizowała również w 2017 r. Ograniczyła wprowadzić zlecenia fotograficzne, lecz jednocześnie podejmowała starania celem pozyskania nowych zleceń.

W 2017 r. ubezpieczona rozwinęła działalność w zakresie wynajmu namiotów, nawiązując współpracę z nowymi podmiotami i kontynuowała działalność w zakresie wynajmu maskotek oraz współpracę z osobami trzecimi na podstawie umowy o dzieło. Na początku 2018 r. wystawiła faktury za usługę fotograficzną. W ocenie sądu I instancji, aktywności K. M. świadczyła o wykonywaniu przez nią w okresie od 1.10.2015 r. do 20.03.2018 r. działalności mającej charakter zarobkowy, zorganizowany, ciągły oraz wykonywanej we własnym imieniu. Wprowadzić ubezpieczona nie wykonywała osobiście pewnych czynności i np. faktury były podpisywane przez M.G., jednak były to sytuacje sporadyczne, determinowane pobieraniem przez ubezpieczoną zasiłku chorobowego i opiekuńczego.

Powyższe nie wpływało na możliwość zakwalifikowania działalnością gospodarczej ubezpieczonej w tym okresie jako ciągłej, zorganizowanej i wykonywanej we własnym imieniu. K. M. przedstawiała oferty i cenniki, utrzymywała kontakt z klientami oraz czyniła starania aby pozyskać nowych kontrahentów. Ubezpieczona w okresach pomiędzy pobieraniem zasiłku chorobowego, czy opiekuńczego, przejawiała aktywność wskazującą na wolę zachowania ciągłości prowadzonej działalności gospodarczej, przejawiającą się w nawiązywaniu relacji biznesowych, podejmowaniu czynności księgowych, sporządzaniu ofert, czy utrzymywaniu kontaktu z klientami. Charakter wykonywanych przez ubezpieczoną czynności, ilość wykonanych usług oraz fakt kontynuacji działalności gospodarczej po urodzeniu dziecka, w odniesieniu do całokształtu okoliczności sprawy wskazywał, że działalność nie miała jedynie incydentalnego charakteru, a stanowiła zespół wielu czynności związanych z profilem zarejestrowanej działalności, wykonywanych w sposobu zawodowy. Organ

rentowy, zarzucając ubezpieczonej pozorność czynności podejmowanych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, nie podjął jakiejkolwiek inicjatywy dowodowej zmierzającej do wykazania, że przedłożone faktury, czy umowy zajęcia te miały charakter pozorny.

Sąd Okręgowy, odnosząc się do aktywności ubezpieczonej po 20.03.2018 r. miał na względzie, że przez zasadniczą część 2018 r. podejmowanie przez nią aktywności zawodowej było niemożliwe, z uwagi na długotrwały okres pobierania zasiłku początku 2018 r. zrealizowała jedynie 3 zlecenia fotograficzne na rzecz M. i na tym jej aktywność się zakończyła. Fakt, że w 2018 r. nadal była zgłoszona do CEIDG jako aktywny przedsiębiorca, jak również osiągnięcie przez nią przychodu w wysokości 50.795,77 zł, nie stanowiły wystarczającego dowodu, że rzeczywiście prowadziła wówczas działalność gospodarczą w sposób stały, zorganizowany, ciągły i racjonalny. Wręcz przeciwnie, chronologia zdarzeń oraz sytuacja ubezpieczonej, mając na uwadze doświadczenie życiowe wskazuje, iż jej działania miały na celu próbę "legalizacji" rzekomo prowadzonej działalności gospodarczej. Praktycznie wszystkie dalsze zlecenia, jakie K. M. zrealizowała w roku 2018 dotyczyły wynajmu sprzętu i infrastruktury na imprezy i wydarzenia plenerowe w miesiącach maj - październik. Niemal wszystkie faktury dotyczące realizacji wskazanych zleceń, wystawione zostały w okresie, gdy ubezpieczona pobierała zasiłek chorobowy. Wystawione zostały na papierze firmowym G.- M.G. - i nie były to jednostkowe faktury, omyłkowo wydrukowane na niewłaściwym papierze, bowiem praktycznie wszystkie faktury mają nadrukowany logotyp G.- M.G.. Jednocześnie w 2018 r. G.- M.G. wystawiła szereg faktur dla K. M. za wynajem sprzętu do organizacji imprez. Sąd Okręgowy stwierdził, że w 2018 r. nie zachodziła gospodarcza potrzeba, aby odwołująca w ogóle występowała jako wykonawca zleceń. Wystarczające były czynności podejmowane samodzielnie przez M.G.. To M.G. podpisywał wszelkie umowy z klientami, on realizował następnie zlecenia - wypożyczając w tym celu własny sprzęt, za co wystawiał fakturę dla ubezpieczonej - a na końcu wystawiał fakturę na własnym papierze firmowym. Brak dowodu na to, aby K. M. uczestniczyła po marcu 2018 r. w prowadzeniu własnej działalności gospodarczej. W przeciwieństwie do dokumentacji z lat poprzednich, w 2018 r. brak jakichkolwiek dowodów aktywności

ubezpieczonej w postaci korespondencji mailowej, przygotowanych ofert, czy podpisanych faktur. Długotrwałe zwolnienie chorobowe nie stanowiło żadnego usprawiedliwienia, bowiem wskazano, w okresach pomiędzy pobieraniem kolejnych zasiłków, K. M. nie przejawiała jakiegokolwiek aktywności w ramach prowadzonej działalności. Tymczasem z zasad logiki i doświadczenia życiowego wynika, że naturalnym działaniem, po okresie długotrwałej nieobecności w pracy, jest podjęcie działań celem nadrobienia ewentualnych zaległości, podtrzymania relacji z klientami, uporządkowania spraw formalnych. Po 20 marca 2018 r. ubezpieczona zaprzestała samodzielnego prowadzenia działalności gospodarczej. Nie przedstawiła obiektywnych dowodów świadczących, że faktycznie prowadziła działalność gospodarczą i że faktycznie miała wolę prowadzenia jej w sposób stały, zorganizowany, ciągły i racjonalny. Jedynie do 20 marca 2018 r. wykonywała usługi fotograficzne, które jak podkreślała były wykonywane przez nią osobiście. W 2019 r. aktywność ubezpieczonej w ramach prowadzonej działalności gospodarczej uległa znacznemu zintensyfikowaniu. Wystawienie, począwszy od lutego 2019 r. kilku faktur za usługi fotograficzne oraz wznowienie korespondencji mailowej z klientami w maju i lipcu 2019 r. zbiegło się jednak w czasie z otrzymaniem przez K. M. zawiadomienia od ZUS Oddziału w Gorzowie - Wielkopolskim o zamiarze wszczęcia kontroli w zakresie prawidłowości i rzetelności obliczania składek na ubezpieczenia społeczne oraz innych kładek, do których pobierania zobowiązany jest zakład oraz zgłaszanie do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego. Sąd Okręgowy ocenił, że działania te były związane bezpośrednio z obawą przed ewentualnymi negatywnymi wynikami kontroli organu rentowego, a nie rzeczywistą wolą zorganizowanego, stałego, ciągłego i racjonalnego prowadzenia działalności gospodarczej przez ubezpieczoną.

Apelację od wyroku złożył organ rentowy i odwołująca.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych zaskarżył powyższy wyrok w części, co do punktów I i III, zarzucając wyrokowi:

1. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 6 k.c.: przez błędną wykładnię i bezzasadne przyjęcie, że ciężar udowodnienia faktu i okoliczności, dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej i istnienia podstaw, będących tytułem ubezpieczenia, spoczywa na organie rentowym;

2. naruszenie prawa, procesowego, tj.: a) art. 232 zd. 1 k.p.c. przez błędną wykładnię i bezzasadne przyjęcie, że ciężar udowodnienia faktu i okoliczności, dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej i istnienia podstaw, będących tytułem ubezpieczenia spoczywa na organie rentowym w sytuacji gdy przedmiotowy, normatywny obowiązek dowodzenia jest w niniejszej sprawie po stronie ubezpieczonej, która powyższym wymogom nie sprostała wobec jej zaniechań dowodowych, b) pominięcie zasady kontrydiktoryjności, znajdującej wyraz w art. 232 zd. 1 k.p.c. i określającej, że to na stronie ubezpieczonej spoczywa ciężar wykazania okoliczności, dotyczących istnienia podstaw faktycznych, będących tytułem ubezpieczenia, c) art. 227 k.p.c., art. 233 § 1 k.p.c. i art. 327¹ § 1 pkt 1 k.p.c., polegające na dowolnej, a nie swobodnej ocenie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w wyniku błędnego uwzględnienia odwołania w sytuacji gdy takich podstaw nie było, w tym zakresie: - oparcie rozstrzygnięcia na subiektywnych zeznaniach świadka M.G. i ubezpieczonej, ponadto bezzasadne przyjęcie, że prowadzenie przez ubezpieczoną działalności gospodarczej znajdowało uzasadnienie w zebranych w sprawie materiale dowodowym, podczas gdy takiej konkluzji Sądu przeczą dokumenty w postaci faktur wystawionych w spornym okresie w celu „legalizacji” rzekomo prowadzonej działalności gospodarczej i wymienionych poniżej, tj. w pkt. 3b petitum apelacji; - pominięcie wystawionych przez ubezpieczoną w spornym okresie treści faktur, wymieniających „nabywców”, tj. ww. świadka, będącego jej partnerem życiowym i S. G., tj. ojca M.G.: - pominięcie treści odwołania ubezpieczonej i przyznanych tam, poprzez brak odniesienia i stanowiska, bezspornych okoliczności (art. 229 kpa, 230 k.p.a.), polegających na pobraniu przez wyżej wymienioną w latach 2014-2019 świadczeń z ZUS w łącznej kwocie 232.508,22 zł przy kwocie wpłaconych przez nią składek na ubezpieczone społeczne w wysokości 26.423,85 zł, jako świadczeń nieekwiwalentnych, ponadto brak jakiegokolwiek merytorycznego stanowiska i uzasadnia ekonomicznego dla zadeklarowanej podstawy wymiaru składek w wysokości 9.365 zł; - pominięcie istotnej okoliczności dotyczącej momentu rozpoczęcia przez ubezpieczoną działalności gospodarczej od 1.05.2014 r. i faktu pobierania przez ubezpieczoną zasiłku macierzyńskiego od 11.10.2014 r. do 09.10.2015 r., i następnie zasiłków

opiekuńczych w okresach wymienionych w spornej decyzji - w tym zakresie nie podjęcie jakiegokolwiek próby wyjaśnienia w/w okoliczności w sytuacji gdy chronologia w/w zdarzeń i sposób działania ubezpieczonej, w tym podejmowane przez nią „przedsięwzięcia gospodarcze” były ukierunkowane wyłącznie na uzyskanie wysokich świadczeń z ZUS, o czym przesądza również, pominięta przez Sąd okoliczność, polegająca na zmniejszeniu podstawy wymiaru składek do podstawy urzędowej, tj. najniższej możliwej, po zasiłku macierzyńskim; - pominięcie bezspornej okoliczności, dotyczącej nieposiadania przez ubezpieczoną sprzętu na wynajem i posiadania przedmiotowego sprzętu wyłącznie przez świadka M.G., tj. partnera życiowej odwołującej, z którym ma dzieci, prowadzi wspólne gospodarstwo domowe i korzystała „z jednego komputera”; - pominięcie, że strona odwołująca nie przedłożyła jakichkolwiek miarodajnych dowodów, w tym dokumentów, potwierdzających rodzaj osobiście wykonywanych czynności w ramach działalności gospodarczej bądź rezultat jej pracy wykonywanej w spornym okresie; - ponadto wydanie wadliwego wyroku w zaskarżonym zakresie w wyniku wewnętrznie sprzecznego i niespójnego stanowiska Sądu co do oceny stanu faktycznego w spornym okresie, w sytuacji gdy w tożsamym stanie faktycznym za okres po 20.03.2018 r. Sąd zasadnie oddalił odwołanie, przyjmując, że działania ubezpieczonej w tym okresie miały na celu próbę „legalizacji” rzekomo prowadzonej działalności gospodarczej, przy czym w sprawie zachodziła pozorność działalności ubezpieczonej w całym spornym okresie, a w konsekwencji zachodziły podstawy do oddalenia odwołania w całości.

Organ rentowy wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w części dotyczącej punktów I i III i oddalenie odwołania.

Ubezpieczona powyższy wyrok zaskarżyła w części oddalającej odwołanie p punkcie II oraz w części, w której Sąd pierwszej instancji orzekł o kosztach procesu.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzuciła:

1) naruszenie przepisów postępowania, które mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy, a mianowicie: - art. 233 §1 k.p.c. przez ocenę dowodów z faktur wystawionych przez przedsiębiorstwo ubezpieczonej w 2018 r., zaświadczenia ZUS o wypłaconych świadczeniach z 18.02.2019 r. oraz zeznań ubezpieczonej, sprzeczną z zasadami logicznego rozumowania przez przyjęcie za uzasadnienie

braku prowadzenia działalności gospodarczej niewykonywania zleceń fotograficznych przez ubezpieczoną po 20.03.2018 r. i zmianę w funkcjonowaniu działalności gospodarczej przez świadczenie usług polegających wyłącznie na wynajmie sprzętu i infrastruktury po 20.03.2018 r., w sytuacji gdy wcześniej Sąd pierwszej instancji sam stwierdza, że od 9.04.2018 r. do 31.10.2018 r. ubezpieczona przebywała na zwolnieniu chorobowym, a w ustaleniach faktycznych stwierdza, że w 2018 r. ubezpieczona straciła ciążę oraz że usługi fotograficzne ubezpieczona świadczyła wyłącznie osobiście; oceniając materiał dowodowy w sposób zgodny z zasadami logicznego rozumowania należało uznać, że niewykonywanie zleceń fotograficznych przez ubezpieczoną było spowodowane jej niedyspozycją zdrowotną w związku z utraconą ciążą i brakiem możliwości ich świadczenia przez kogokolwiek innego z uwagi na świadczenie tej części usług przedsiębiorstwa ubezpieczonej wyłącznie przez ubezpieczoną; - art. 233 §1 k.p.c. przez ocenę dowodów z faktur wystawionych przez przedsiębiorstwo ubezpieczonej, w tym faktur z 2018 r., zaświadczenia ZUS o wypłaconych świadczeniach z 18.02.2019 r. oraz zeznań ubezpieczonej i świadka M.G. w sposób nielogiczny i sprzeczny z zasadami doświadczenia życiowego i uznanie, że ubezpieczona nie prowadziła działalności gospodarczej także po 20.03.2018 r. m.in. z tej przyczyny, że w imieniu ubezpieczonej faktury z logotypem G.-M.G. wystawiał M.G. w sytuacji, gdy ubezpieczona nie mogła wystawiać tych faktur z uwagi na przebywanie na zwolnieniu chorobowym, a we wcześniejszych okresach również ubezpieczona korzystała z pomocy M.G., a sytuacja rodzinna ubezpieczonej i M.G. a związana ze stratą dziecka nie pozwala uznać omyłkowego zastosowania logotypu za okoliczność świadczącą o nieprowadzeniu działalności gospodarczej przez ubezpieczoną;

2) naruszenie prawa materialnego, tj. art. 16 ust. 1 ustawy o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy przez jego niezastosowanie i uznanie, że po 20.03.2018 r. ubezpieczona nie prowadziła działalności gospodarczej, pomimo domniemania prawdziwości wpisu do CEIDG;

3) naruszenie prawa materialnego, tj. art. 8 ust. 6 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z zw. z art. 3 ustawy Prawo przedsiębiorców przez

błędną wykładnię i uzależnienie uznania aktywności ubezpieczonej za wykonywanie działalności gospodarczej od motywacji która legła u podstaw wykonywania działalności gospodarczej; prawidłowa wykładnia ww. przepisów polega na uznaniu, że podmiot wówczas wykonuje działalność gospodarczą, gdy jego działalność, gdy jest zorganizowana, zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły, przyczyna z powodu której jest wykonywana jest bez znaczenia.

Sąd Apelacyjny, po dokonaniu dodatkowych ustaleń, rozważył sprawę i j uznał, zasadność apelacji organu rentowego oraz bezzasadność apelacji ubezpieczonej.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd pierwszej instancji błędnie ustalił, że ubezpieczona K. M. założyła działalność gospodarczą z zamiarem faktycznego jej prowadzenia i prowadziła ją przez okres ponad dwuletni w sposób zorganizowany i ciągły, a tym samym - jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą - podlegała od 1.10.2015 r. do 20.03.2018 r. obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz w tym samym czasie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

W szczególności, Sąd Apelacyjny podniósł, że Sąd Okręgowy nie rozważył zgromadzonych dowodów we wzajemnym powiązaniu, nie uchwycił związków logicznych wszystkich okoliczności sprawy i nie odwołał się prawidłowo do doświadczenia życiowego, co skutkowało dowolną oceną dowodów, błędnymi ustaleniami i w rezultacie nietrafnym rozstrzygnięciem. Natomiast ustalenie Sądu Okręgowego, wynikające z faktów bezspornych, Sąd Apelacyjny w całości zaakceptował i uczynił podstawą własnego rozstrzygnięcia.

Na wstępie Sąd drugiej instancji wskazał, że rozstrzygnięcie sprawy opierało się na treści następujących przepisów: art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1778; dalej jako „ustawa systemowa”), który stanowi, że obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność gospodarczą. Obowiązkowo ubezpieczeniu wypadkowemu podlegają osoby podlegające ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym (art. 12 ust. 1

ustawy systemowej). Natomiast dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10 (art. 11 ust. 2 ustawy systemowej). Na podstawie art. 13 pkt 4 cyt. ustawy obowiązek ubezpieczenia powstaje z dniem rozpoczęcia działalności rodzącej obowiązek ubezpieczenia do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności. Ponadto, w myśl art. 8 ust. 6 pkt 1 ww. za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą uważa się osobę prowadzącą tę działalność na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych.

Zgodnie z definicją z art. 2 ustawa o swobodzie działalności gospodarczej z 2 lipca 2004 r. (Dz.U. Nr 173, poz. 1807), obowiązującej w stanie faktycznym sprawy, działalnością gospodarczą jest zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa oraz poszukiwanie, rozpoznawanie i wydobywanie kopalin ze złóż, a także działalność zawodowa, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły. Analogiczną definicję przyjmuje aktualnie obowiązujący art. 3 ustawy z dnia 6.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców: Działalnością gospodarczą jest zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły. Zatem nie budzi wątpliwości, że podstawowe znaczenie dla objęcia ubezpieczeniem społecznym z tytułu działalności pozarolniczej ma fakt rzeczywistego wykonywania działalności zarobkowej we własnym imieniu, w sposób ciągły i zorganizowany. Tylko legalistyczna działalność pozarolnicza stanowi tytuł do ubezpieczenia społecznego.

Sąd drugiej instancji podkreślił, że ocena, czy działalność gospodarcza jest wykonywana w rozumieniu prawa, należy przede wszystkim do sfery ustaleń faktycznych, a dopiero w następnej kolejności do ich kwalifikacji prawnej. Sąd zauważył, że działalność gospodarcza, jako tytuł podlegania ubezpieczeniom społecznym w rozumieniu art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, tym różni się od tytułów opartych na zatrudnieniu pracowniczym lub zleceniobiorcy (art. 6 ust. 1 pkt 1 i 4), że zakres i wymiar ubezpieczenia zależy wyłącznie od woli przedsiębiorcy. Wykonywanie działalności, z racji wskazanej definicji, polega na powtarzalności podjętych działań, które podporządkowane są

regułom zysku i opłacalności. Ubezpieczenia społeczne są jedynie pochodną takiej działalności/

Sąd Apelacyjny stanowczo podkreślił, że założeniem wyjściowym do zarejestrowania działalności gospodarczej nie może być jedynie zamiar uzyskiwania zasiłków z ubezpieczenia chorobowego bez faktycznej aktywności zawodowej, przejawiającej się w rzeczywistej realizacji przedmiotu tej działalności.

W odniesieniu do spraw z zakresu ubezpieczeń społecznych, postępowanie sądowe toczy się na skutek odwołania od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, która jest podejmowana na podstawie przepisów procedury administracyjnej, w określonym stanie faktycznym ustalonym przez Zakład. Z chwilą, gdy sprawa zawiśnie przed sądem, toczy się już w trybie procesu cywilnego, chociaż uwzględnieniem proceduralnych odrębności przewidzianych dla rozstrzygania kategorii spraw z zakresu ubezpieczeń społecznych. Organ i osoba odwołująca się od decyzji są równorzędnymi stronami procesu sądowego, a sąd zobligowany jest uwzględniać reguły dowodowe przewidziane w procedurze cywilnej, wynikające z art. 213 § 1 k.p.c., 228 § 1 k.p.c., 230 i 231 k.p.c. W takiej sprawie odwołanie zastępuje pozew, a zatem to na odwołującym spoczywa ciężar wykazania, że zaskarżona decyzja jest z pewnych względów wadliwa. Powszechnie przyjmuje się w orzecznictwie, że postępowanie sądowe w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych nie toczy się od nowa, lecz stanowi kontynuację uprzedniego postępowania przed organem rentowym (np. wyrok Sądu Najwyższego z 9 grudnia 2008 r., I UK 151/08, OSNP 2010 nr 11-12, poz. 146). Z tej przyczyny obowiązkiem strony wnoszącej odwołanie jest ustosunkowanie się do ustaleń organu rentowego ze wszystkimi konsekwencjami wynikającymi z art. 232 k.p.c. i przedstawienie własnych dowodów na prawnie istotne okoliczności. W tym celu, odwołujący musi przedstawić dowody, które uzasadniają zarzut wadliwości decyzji. Oczywiście, o ile decyzja organu opiera się na wątpliwych podstawach faktycznych, odwołujący się, będący adresatem decyzji, nie będzie miał problemu proceduralnego z podważeniem zasadności decyzji. Natomiast jeżeli organ oparł decyzję na faktach miarodajnych, kwestionujący decyzję musi przedstawić dowody podważające te fakty. Skoro więc odwołująca się - wbrew wynikom postępowania kontrolnego, sformułowanym przez organ w oparciu o

całokształt okoliczności sprawy - twierdzi, że w spornym okresie faktycznie prowadziła działalność gospodarczą, to musi przedstawić wiarygodne dowody, ewentualnie fakty bezsporne wskazujące na tę okoliczność.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, rację miał organ, że ubezpieczona nie zaoferowała przekonujących i miarodajnych dowodów, jednoznacznie wskazujących na wolę prowadzenia działalności gospodarczej, a jedynie kreowała przedsięwzięcia gospodarcze na potrzeby uzyskania bardzo wysokich świadczeń z ZUS. Należy podkreślić, że merytoryczny charakter orzekania w postępowaniu apelacyjnym polega na tym, że sąd apelacyjny, o ile zaistnieje taka konieczność, ma obowiązek dokonać własnych ustaleń i z punktu widzenia prawa materialnego, samodzielnie ocenić sprawę.

Sąd Apelacyjny w aktualnym postępowaniu, mając na uwadze materiał dowodowy zgromadzony w sprawie, treść uzasadnienia wyroku sądu pierwszej instancji oraz zarzuty podniesione przez organ rentowy i ubezpieczoną, dokonał własnych ustaleń i własnej oceny prawnej, w szczególności przy uwzględnieniu szeregu obiektywnych okoliczności, towarzyszących tak zarejestrowaniu, jak i prowadzeniu działalności pozarolniczej, które pominął Sąd pierwszej instancji.

Sąd Apelacyjny uznał, że Sąd Okręgowy, w oparciu o niekwestionowane zeznania świadka M.G. i ubezpieczonej prawidłowo ustalił, że od 2008 r. K. M. i M.G. są w związku nieformalnym, mają dwóch synów, mieszkają razem i prowadzą wspólne gospodarstwo domowe. Sąd Apelacyjny nadto ustalił, że M.G. prowadzi działalność gospodarczą w przedmiocie organizacji imprez, konferencji, wynajmu sprzętu, koordynacji w zakresie realizacji tego typu przedsięwzięć; od 2005 r. zatrudniał m.in. koordynatora do spraw technicznych oraz pracowników sezonowych w oparciu o umowy cywilnoprawne. Jest właścicielem takich sprzętów do organizacji wydarzeń, jak stoły, namioty. W działalności zawodowej korzysta też ze sprzętu innych firm, z którymi stale współpracuje, np. sprzętem estradowym dysponuje firma Szafrąńskich (zeznania świadka M.G.a. k. 187).

Sąd Apelacyjny uzupełniając ustalił, że K. M. od 1.07.2010 r. była zatrudniona na umowę o pracę na czas nieokreślony w pełnym wymiarze czasu pracy na stanowisku organizatora usług cateringowych w G.-M.G. za wynagrodzeniem 1.400 zł, co wynika z dołączonej umowy o pracę. Klienci G.- M.G.

kontaktowali się bezpośrednio z ubezpieczoną, a to z racji zajmowanego przez nią stanowiska organizatora usług. Stosunek pracy między ubezpieczoną a jej konkubentem ustał z datą 30.04.2014 r., jednak brak w aktach sprawy dokumentu potwierdzającego formę ustania stosunku pracy. Bezspornie ubezpieczona od 1.05.2014 r. zgłosiła do CEIDG rozpoczęcie działalności gospodarczej pod firmą A.-K. M.. Jako osoba rozpoczynająca prowadzenie działalności pozarolniczej, nie skorzystała z przysługującego jej prawa do opłacania składek na preferencyjnych warunkach, tj. od podstawy wymiaru wynoszącej 30% kwoty minimalnej wynagrodzenia, lecz zadeklarowała maksymalną podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w kwocie 9.365 zł. Ubezpieczona nie umotywowwała takiego działania, chociaż było rażąco nieracjonalne z punktu widzenia młodego przedsiębiorcy. Działalność ubezpieczonej miała za przedmiot usługi fotograficzne, organizację imprez oraz wynajem maskotek chodzących. Bezspornie, ubezpieczona nabyła maskotki już po rozpoczęciu działalności od swojego konkubenta.

Ubezpieczona zarejestrowała działalność gospodarczą ze świadomością, że jest w ciąży, co wynika z faktu, że od 11.10.2014 r. pobierała zasiłek macierzyński, zaś współczesne metody diagnostyczne pozwalają na wykrycie ciąży już w drugim tygodniu. Po miesiącu od zarejestrowania działalności, ubezpieczona stała się niezdolna do pracy i od 5.06.2014 r. pobierała zasiłek chorobowy. Absencja ubezpieczonej w okresie zarejestrowanej aktywnej działalności gospodarczej przedstawiała się następująco:

- 7.08.2018 r. do 31.10.2018 r. zwolnienie chorobowe,
- 30.11.2018 r. do 7.12.2019 r. zasiłek opiekuńczy,
- 23.01.2019 r. do 27.01.2019 r. zasiłek opiekuńczy,
- 6.03.2019 r. do 7.03.2019 r. zasiłek opiekuńczy,
- 11.03.2019 r. do 18.03.2019 r. zasiłek chorobowy

Z przedstawionego zestawienia wynika, że w ramach zarejestrowanej działalności, ubezpieczona na przestrzeni ponad czterech lat, faktycznie była zdolna do pracy jedynie w krótkich okresach pomiędzy korzystaniem z zasiłków opiekuńczych i chorobowych; okresy zasiłkowe nieustannie przeplatały się z okresami aktywności, przy czym najdłuższe nieprzerwane okresy aktywności, tylko

trzykrotnie dobiegały do półtora miesiąca, pozostałe okresy aktywności to zwykle kilka do kilkunastu dni, sporadycznie do miesiąca. Bezsprzecznie, w czasie gdy ubezpieczona pobierała zasiłki, konkubent ubezpieczonej M.G. zawierał w jej imieniu umowy o dzieło i wystawiał rachunki na rzecz osób, które realizowały występy jako maskotki lub podejmowały się rozłożenia i złożenia sprzętu na potrzeby imprez. Równolegle prowadził własną działalność gospodarczą w branży wydarzenia.

Bezsprzecznie S. jest ojcem M.G. i prowadzi działalność pod Firmą M. w branży organizacji i produkcji eventów nieprzerwanie od 1992 r., [https\[...\]](#) Bezsprzecznie też, ubezpieczona w latach 2014-2019 pobrała świadczenia z ZUS w łącznej kwocie 232.508,22 zł, przy kwocie wpłaconych przez nią składek na ubezpieczenie społeczne w wysokości 26.423,85 zł.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, całokształt okoliczności tej sprawy nie pozwolił na ustalenie, że K. M. faktycznie kiedykolwiek prowadziła, w rozumieniu ustawowym, zarejestrowaną przez siebie działalność gospodarczą, polegającą na świadczeniu usług fotograficznych, na wynajmie sprzętu czy wynajmie maskotek. Sekwencja zdarzeń, jak i dokumenty przesądzają, że działalność tę od samego początku faktycznie prowadził jej konkubent, u którego K. M. wcześniej przez długi okres pozostawała zatrudniona w ramach umowy o pracę, zaś rejestracja działalności przez odwołującą miała na celu jedynie jej socjalne zabezpieczenie przez zagwarantowanie systematycznych świadczeń z zabezpieczenia społecznego, i to w maksymalnych dopuszczalnych wartościach. Należy podkreślić, że przeważająca większość faktur przedkładanych przez odwołującą się dotyczyła wynajmu sprzętu, którego właścicielem był partner ubezpieczonej. Według zeznań ubezpieczonej i świadka, zadaniem ubezpieczonej było jedynie zlecenie swojemu konkubentowi całej obsługi imprez. Niemniej, Sąd Apelacyjny nie dał wiary temu twierdzeniu i uwzględnił, jako istotną okoliczność, że faktycznie, w dotychczasowych relacjach zawodowych, to ubezpieczona w ramach powierzonych obowiązków pracowniczych z tytułu zatrudnienia pracowniczego u M.G., w całości zajmowała się organizacją usług; cateringowych. W ocenie Sądu drugiej instancji, działalność ubezpieczonej jako przedsiębiorcy, ograniczyła się jedynie do wypełnienia formalności przy założeniu działalności, w celu stworzenia odrębnego

podmiotu gospodarczego, który miał funkcjonować niezależnie od działalności M.G., a który faktycznie był prowadzony przez jej konkubenta, jako jednorodna przedmiotowo działalność gospodarcza. Ubezpieczona, bezsprzecznie zarejestrowała działalność, która przedmiotowo była fragmentem aktywności zawodowej jej partnera, który wprost zeznał, że zawsze zatrudniał koordynatora. Należy podkreślić, że z prawidłowych ustaleń sprawy wynika, że ubezpieczona postawiła sobie za cel pośredniczenie w szukaniu klientów dla swojego partnera, co robiła dotychczas, w okresie zatrudnienia pracowniczego u M.G..

W przekonaniu Sądu Apelacyjnego, de facto po zarejestrowaniu działalności nie doszło więc do jakichkolwiek zmian, z tym wyjątkiem, że ubezpieczona wykazywała się bardzo wysoką absencją. Ubezpieczona dalej pracowała na rzecz M.G. i pomagała mu w prowadzeniu firmy, co jednak nie stanowiło o prowadzeniu własnej działalności gospodarczej. Zatem w realiach sprawy, przedłożone faktury poświadczały jedynie świadczenie usług przez M.G. na rzecz podmiotów trzecich, przy czym należy zaznaczyć, że wszyscy dotychczasowi kontrahenci M.G. zawsze wprost komunikowali się z ubezpieczoną, jako koordynatorem usługi. Natomiast kreowanie na podstawie tych faktur faktu, że to ubezpieczona pośredniczyła w organizacji usług, miało na celu jedynie uwiarygodnienie działalności ubezpieczonej i stworzenie pozorów jej prowadzenia przez ubezpieczoną.

Potwierdzeniem oceny Sądu jest także okoliczność, że wielokrotnie faktury w imieniu ubezpieczonej, bez pisemnego upoważnienia, wystawiał M.G. i to za okresy jej absencji chorobowej. Wskazane działanie M.G. prowadzi do wniosku, że działalność gospodarcza była przez niego prowadzona nieprzerwanie, w pełnym zakresie i to niezależnie od tego czy ubezpieczona była zdolna do pracy, czy nie. Sąd Apelacyjny zauważył też, że szeroko opisywana aktywność zawodowa ubezpieczonej musiała wpisywać się w krótkie okresy zdolności do pracy, czego ubezpieczona wiarygodnie nie wykazała. Co więcej, ze złożonych kserokopii dokumentów wynika, że aktywność zawodowa ubezpieczonej musiała być podejmowana w okresie niezdolności do pracy za które pobierała zasiłki chorobowe i opiekuńcze; i tak, tytułem przykładu: - email z 23.09.2014 r. od R. B. dot. pikniku rodzinnego, zapytanie ofertowe z 10.05.2017 r. dot. organizacji infrastruktury dla imprezy 21-25.06.2017 r., infrastruktura do imprezy 25-27.08.2017 r., infrastruktura

do imprezy 3.09.2017 r., gdy niezdolność do pracy trwała do 31 sierpnia. Nie sposób też uznać, że ubezpieczona przez kilka dni zdolności do pracy, podejmowała się organizacji wydarzenia, a tym bardziej wielu wydarzeń, po czym wszystko porzucała na czas niezdolności do pracy i po przerwie wracała do punktu wyjścia. W przekonaniu Sądu Apelacyjnego, działalność w rzeczywistości i nieprzerwanie prowadził konkubent ubezpieczonej, zaś ona sama w miarę możliwości pomagała w realizacji poszczególnych projektów, zgodnie z dotychczasowymi umiejętnościami, ale przy uwzględnieniu permanentnych absencji. W ocenie Sądu Apelacyjnego żadne zawodowe przedsięwzięcie nie ma racji bytu przy tak notorycznej absencji. W ciągu ponad czterech lat można stworzyć rozbudowane i dynamiczne przedsięwzięcie gospodarcze, ale nie w sytuacji, gdy przedsiębiorca jest ciągle niezdolny do pracy.

W ocenie Sądu Apelacyjnego niewiarygodne są też dowody na okoliczność świadczenia profesjonalnych usług fotograficznych. W przekonaniu Sądu, kilka faktur wystawionych rodzinie i znajomym nie potwierdzało zawodowego i zorganizowanego prowadzenia działalności gospodarczej w branży fotografia. Przede wszystkim K. M., wskazując że podstawą prowadzonej przez nią działalności miała być fotografia, nie posiadała profesjonalnego sprzętu, nie dysponowała przygotowaniem technicznym, ani wreszcie kwalifikacjami zawodowymi. Nie przedłożyła żadnych dowodów na okoliczność, iż nabywała sprzęt fotograficzny na potrzeby prowadzonej działalności. Sprzęt fotograficzny, którym dysponowała, to sprzęt jakim posługują przeciętni amatorzy fotografii. Co więcej, również faktury za rzekomo realizowane i usługi fotograficzne, w większości wystawiane były na rzecz jej konkubenta, bądź jego ojca. Faktury funkcjonujące w obrocie wśród członków rodziny i osób powiązanych, nie są dla Sądu wiarygodnym dowodem wykonania usługi, o ile strona nie przedstawi innych przekonujących dowodów rzeczywistego zrealizowania usługi, a takich w sprawie zabrakło. I wreszcie, nie sposób mówić o profesjonalizmie usług fotograficznych, gdy ktoś ukończył dziesięciogodzinne szkolenie z fotografii cyfrowej na poziomie podstawowym. Wobec wskazanych okoliczności, absolutnie niewiarygodne i naiwne było wyjaśnienie ubezpieczonej, że nie potrzebowała bardziej zaawansowanej bazy materialnej, ponieważ pracowała w terenie.

Sąd Apelacyjny, wobec tych wszystkich okoliczności uznał, że ubezpieczona realnie od początku nie wykonywała działalności w zakresie usług fotograficznych, czy wypożyczania sprzętu, wynajmu maskotek na swoją rzecz i na swój rachunek,, a działalność taką faktycznie realizował jej partner M.G.. W przekonaniu Sądu Apelacyjnego, jedynym celem sformalizowanej działalności gospodarczej ubezpieczonej była maksymalizacja świadczeń z ubezpieczenia społecznego, przez wykreowanie fałszywego tytułu ubezpieczenia.

Poza tym, ubezpieczona nie wyjaśniła, dlaczego zapragnęła usamodzielnąć się właśnie wtedy, gdy zaszła w ciążę, czyli w sytuacji, która jest nieprzewidywana i która ewidentnie nie sprzyja wyzwaniom zawodowym, zważywszy że już tylko macierzyństwo jest wielkim wyzwaniem. Doświadczenie życiowe nakazuje uznać, że w takiej sytuacji optymalne dla kobiety jest dotychczasowe zatrudnienie i to pracownicze. Nowe wyzwania zawodowe, bowiem zawsze narażają na stres i wytrącają ze strefy komfortu psychicznego. Patrząc na wysokość pobranych przez nią świadczeń z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, liczonych przecież od maksymalnej podstawy wymiaru składek, uwzględniając rachunek biznesowy można wyobrazić sobie rozumowanie ubezpieczonej i jej konkubenta, że naiwne byłoby pobieranie świadczeń od podstawy wymiaru 1.400 zł z tytułu zatrudnienia pracowniczego, jeśli możliwe było zmaksymalizowanie wymiaru podstawy przez wykreowanie fikcyjnej działalności gospodarczej, przy wykorzystaniu dotychczas prowadzonej działalności i kręgu zaprzyjaźnionych kontaktów rodzinno-biznesowych. Co więcej, w przekonaniu Sądu Apelacyjnego, z uwagi na nieustające okresy korzystania z zasiłków opiekuńczych i chorobowych, ubezpieczona od początku nie miała zamiaru prowadzenia ciągłej i zorganizowanej działalności gospodarczej na własny rachunek i w celu zarobkowym, tj. w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, i jej nie prowadziła, ponieważ taką działalność prowadził jej konkubent, a ona w tej działalności pomagała.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, całokształt okoliczności sprawy nie dawał podstaw do uznania, że K. M. w spornym okresie faktycznie prowadziła zarejestrowaną pozarolniczą działalność gospodarczą, w rozumieniu art. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, i że działalność stanowiła legalny tytuł

podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu, dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 8 ust. 6, art. 12 ust. 1 i art. 13 pkt 4 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Wprawdzie odwołująca dokonała wstępnych czynności formalnych, jak dokonanie wpisu do CEIDG, dokonanie zgłoszenia do celów ubezpieczeniowych i podatkowych, jak też wystawianie szeregu faktur, które mogłyby świadczyć o podjęciu działalności gospodarczej, to jednak w okolicznościach niniejszej sprawy, działań tych nie można utożsamiać z wolą jej rzeczywistego prowadzenia w rozumieniu legalistycznym. W ocenie Sądu Apelacyjnego, czynności przygotowawcze do działalności gospodarczej nie miały istotnego znaczenia przy ocenie stanu faktycznego, sprawy, ponieważ nie znalazły potwierdzenia w miarodajnych dowodach, które wskazywałyby na kontynuację działalności. Domniemanie prowadzenia działalności, wynikające z wpisu do urzędowej ewidencji, nie jest, bowiem tożsame z faktyczną działalnością w sensie przedmiotowym. Taką działalność faktyczną prowadził partner ubezpieczonej, podczas gdy ubezpieczona fizycznie nie była zdolna do tych czynności z powodu choroby lub opieki nad dziećmi. Natomiast podjęcie czynności zmierzających bezpośrednio do rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej może stanowić o jej wykonywaniu jedynie wówczas, gdy w ich następstwie doszło do faktycznego jej uruchomienia (por. wyrok Sądu Najwyższego z 25 listopada 2005 r., I UK 80/05; wyrok Sądu Najwyższego z 23 marca 2006 r., I UK 220/05; wyrok Sądu Najwyższego z 18 października 2011 r., II UK 51/11).

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, ocena dowodów dokonana przez Sąd pierwszej instancji, co do okresu po 20 marca 2018 r. nie naruszała, ani reguł logicznego myślenia, ani zasad doświadczenia życiowego, a co więcej, koreluje z oceną dowodów i ustaleniami Sądu Apelacyjnego, odnoszącymi się do okresu bezpośrednio po zarejestrowaniu działalności gospodarczej. Przedstawione zarzuty są wyrazem bardzo subiektywnej oceny, która odnosi się tylko do wyselekcjonowanego materiału dowodowego. Apelująca w istocie poprzestała na lakonicznych stwierdzeniach, że w spornym okresie nieprzerwanie prowadziła przedmiotową działalność. Sąd Apelacyjny, w oparciu o analizę wszystkich okoliczności sprawy stwierdził, że dowody materialne zostały spreparowane przez

stronę, tylko w celu uwiarygodnienia rzekomej aktywności gospodarczej odwołującej. Wymaga przy tym podkreślenia, że wszystkie działania ubezpieczonej w zakresie rzekomej działalności gospodarczej, były możliwe tylko dzięki temu, że faktyczną działalność prowadził jej konkubent i dysponował obszerną listą kontaktów handlowych, rzecz jasna bardziej lub mniej zażyłych. W takiej sytuacji strona ma zasadniczo nieograniczone możliwości wykreowania dowolnego zdarzenia prawnego, a nawet ukonstytuowania stosunku prawnego.

W przekonaniu Sądu Apelacyjnego, w wyżej opisane działania odwołującej pozostawały w ewidentnej sprzeczności z zasadą solidaryzmu ubezpieczeń społecznych. Ubezpieczona, bowiem uzyskiwała z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych nadmierne korzyści, nieadekwatne do wniesionych przez nią nakładów na Fundusz i finansowała koszty swojego utrzymania, z pokrzywdzeniem innych uczestników i beneficjentów systemu, którzy rzetelnie pracują i rozliczają zobowiązania publicznoprawne. Dla zdecydowanej większości pracowników, poza zasięgiem są świadczenia w takiej wysokości, jaką zagwarantowała sobie odwołująca wskutek zaplanowanego matactwa.

Naganne społecznie zachowanie ubezpieczonej, działanie świadomie nakierowane na pokrzywdzenie Funduszu, należącego przecież do wszystkich partycypujących w jego powstawaniu i utrzymywaniu, nie zasługuje na aprobatę prawną, a już na pewno nie powinno prowadzić do finansowego uprzywilejowania ubezpieczonej, w odniesieniu do rzetelnych płatników. Sąd Apelacyjny uznał, że odwołująca naruszyła ogólną zasadę art. 2a ustawy systemowej, zatem podjęte przez nią czynności na gruncie prawa ubezpieczeń społecznych, również z tej przyczyny, nie mogły korzystać z ochrony prawnej.

W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok w zakresie punktu I i III i orzekając co do istoty sprawy oddalił odwołanie ubezpieczonej. Na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił w całości apelację ubezpieczonej. O kosztach zastępstwa procesowego orzeczono na podstawie art. 108 § 1 k.p.c., zgodnie z wyrażoną w art. 98 § 1 k.p.c. zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania. Wysokość kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie apelacyjne, należnych organowi rentowemu, ustalono na podstawie § 9 ust. 2 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra

Sprawiedliwości z 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (jednolity tekst: Dz.U. 2018 r., poz. 265).

Skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie, Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 11 lutego 2021 r., sygn. akt III AUa 431/20 wniosła ubezpieczona, zaskarżając wyrok w całości i wniósł o uchylenie wyroku Sądu Apelacyjnego w Szczecinie, Wydziału III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 11 lutego 2021 r. w całości i przekazanie sprawy Sądowi drugiej instancji do ponownego rozpoznania oraz zasądzenie od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Gorzowie Wielkopolskim na rzecz K. M. kosztów postępowania kasacyjnego według norm przepisanych.

Skargę oparła na następujących podstawach:

1. naruszenia przepisów postępowania, które mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy, a mianowicie:

a. art. 378 § 1 k.p.c. w zw. z art. 230 k.p.c. w zw. z art. 327¹ § 1 k.p.c. poprzez wykroczenie przez Sąd II instancji poza granice apelacji i zakwestionowanie materiału dowodowego w postaci faktur, których wiarygodności organ rentowy w toku postępowania przed Sądem I instancji, a następnie w apelacji w ogóle nie podważał; powyższe uchybienie mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy, ponieważ doprowadziło Sąd do podważenia wiarygodności dowodowej wszystkich faktur przedłożonych do akt sprawy przez ubezpieczoną, uznając je za faktury „wymienione w kręgu osób powiązanych rodzinie i biznesowe”; gdyby organ rentowy zakwestionował wiarygodność innych faktur niż te wystawione na rzecz M.G. i S. G., wówczas ubezpieczona podjęłaby stosowną aktywność dowodową celem wykazania, że faktury te potwierdzają rzeczywistą transakcję gospodarczą, a takiej możliwości została ona pozbawiona;

b. art. 382 k.p.c. w zw. z art. 232 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. poprzez niedopuszczenie z urzędu dowodu z zeznań świadków wskazanych jako nabywcy usług na fakturach lub przedstawicieli nabywców usług wymienionych na fakturach celem wykazania faktu czy faktury i umowy przedłożone przez ubezpieczoną do akt sprawy dokumentowały rzeczywiste transakcje gospodarcze w sytuacji, gdy po raz pierwszy wiarygodność tych dowodów (poza fakturami wystawionymi na rzecz M.G. i S. G.) zakwestionował Sąd drugiej instancji w wyroku wydanym na posiedzeniu

niejawnym, a Sąd drugiej instancji kieruje w stosunku do ubezpieczonej tak poważne zarzuty jak mataczenie w sprawie, fabrykowanie dowodów i angażowanie osób postronnych w sfingowanie zdarzenia prawnego; powyższe uchybienie mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy, gdyż doprowadziło Sąd drugiej instancji do zakwestionowania wiarygodności materiału dowodowego na podstawie jedynie gołosłownych oskarżeń, nie wynikających z materiału dowodowego;

2. naruszenia prawa materialnego, a mianowicie

- art. 6 k.c. w zw. z art. 16 ust. 1 ustawy o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy oraz art. 6 k.c. w zw. z art. 33 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej poprzez ich błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że mimo ustanowienia domniemania prawnego prawdziwości wpisu w ewidencji, to na przedsiębiorcy spoczywa ciężar dowodu w zakresie potwierdzenia z rzeczywistym stanem rzeczy wniosku wyciągniętego z podstawy domniemania; prawidłowa wykładnia ww. przepisów polega natomiast na tym, że ciężar dowodu spoczywa na osobie, która chce obalić domniemanie wynikające z wpisu, tj. organie rentowym;

b. art. 18 ust. 8 w zw. z art. 20 ust. 1 i 3 ustawy o systemie ubezpieczeń poprzez ich błędną wykładnię, polegającą na uznaniu, iż osoba prowadząc pozarolniczą działalność gospodarczą musi uzasadnić przyjętą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe wyższą od minimalnej podstawy określonej w przepisach ustawy systemowej, podczas gdy prawidłowa wykładnia tego przepisu polega na całkowitej dowolności przedsiębiorcy przy określeniu podstawy wymiaru składek i jego związaniu jedynie kwotą minimalnej i maksymalnej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne określonych w przepisach ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych;

c. art. 8 ust. 6 pkt 1 w zw. z art. 18 ust. 8 w zw. z art. 20 ust. 1 i 3 ustawy o systemie ubezpieczeń poprzez ich błędną wykładnię, polegającą na przyjęciu, że na ocenę czy ubezpieczony prowadzi działalność gospodarczą ma wpływ wysokość zadeklarowanej przez niego podstawy wymiaru składek; prawidłowa wykładnia ww. przepisów polega na przyjęciu, że wysokość zadeklarowanej przez ubezpieczonego podstawy wymiaru składek nie ma wpływu na to czy określony

podmiot można uznać za osobą prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą i czy faktycznie prowadzi tą działalność;

d. art. 8 ust. 6 pkt 1 u.s.u.s. w zw. z art. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej w zw. z art. 22 Konstytucji poprzez ich błędną wykładnię i uznanie, że założenie działalności gospodarczej przez kobietę będącą w ciąży stanowi przeszkodę w podleganiu pod ubezpieczenia społeczne, w sytuacji gdy ustawodawca nie wyłączył możliwości podjęcia działalności gospodarczej przez kobietę będącą w ciąży, a stan ciąży w chwili podjęcia działalności gospodarczej nie stanowi przeszkody w podleganiu pod ubezpieczenia społeczne.

Organ rentowy wniósł o oddalenie skargi kasacyjnej- w przypadku przyjęcia jej do rozpoznania oraz o zasądzenie od ubezpieczonej na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa prawnego według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna jako bezzasadna podlegała oddaleniu.

Skarżąca, podnosząc zarzuty naruszenia prawa procesowego, usiłuje podważyć poczynione w sprawie ustalenia faktyczne co do braku faktycznego prowadzenia przez nią działalności gospodarczej oraz nieistnienia po jej stronie woli jej rzeczywistego prowadzenia od dnia wpisania do rejestru CIDG, formułując zarzut naruszenia prawa procesowego (art. 378 § 1 k.p.c. w zw. z art. 230 k.p.c. w zw. z art. 327¹ § 1 k.p.c., art. 382 k.p.c. w zw. z art. 232 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c.), lecz nie może to odnieść skutku wobec treści art. 398³ § 3 k.p.c.

Skargę kasacyjną można wprowadzić oprzeć na naruszeniu przepisów postępowania (jeżeli uchybienie to mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy), ale podstawą tą nie mogą być zarzuty dotyczące ustalenia faktów lub oceny dowodów, a takim niewątpliwie jest zarzut naruszenia art. 230 § 1 k.p.c. i art. 232 kpc (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 24 lutego 2006 r., II CSK 136/05, LEX nr 200973; z dnia 26 kwietnia 2006 r., V CSK 11/06, LexPolonica nr 406550; z dnia 26 maja 2006 r., V CSK 97/06, LEX nr 421049; z dnia 5 marca 2008 r., III UK 91/07, LEX nr 459225; z dnia 19 marca 2008 r., I PK 244/07, LEX nr 465983; z dnia 8 maja 2008 r., V CSK 579/07, LEX nr 393889; z dnia 3 grudnia 2008 r., I PK 94/08, LEX

nr 565993; z dnia 20 marca 2009 r., II CSK 611/08, LEX nr 527123; z dnia 21 kwietnia 2009 r., I UK 345/08, LEX nr 551000; z dnia 2 lipca 2009 r., I UK 50/09, LEX nr 529768; z dnia 24 września 2009 r., II UK 19/09, LEX nr 559947; z dnia 6 listopada 2009 r., III UK 43/09, LEX nr 560873 oraz z dnia 16 listopada 2009 r., II UK 114/09, LEX nr 558591).

Zgodnie z art. 378 § 1 k.p.c., sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę w granicach apelacji; w granicach zaskarżenia bierze jednak pod uwagę nieważność postępowania. Wyjaśniając ten przepis Sąd Najwyższy w uchwale składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego - zasadzie prawnej z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07 (OSNC 2008, nr 6, poz. 55) przyjął, że sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji nie jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego, wiążą go natomiast zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania. W uzasadnieniu tej uchwały wskazano, że sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę merytorycznie w granicach zaskarżenia, dokonuje własnych ustaleń faktycznych, prowadząc lub ponawiając dowody albo poprzestając na materiale zebranym przez sąd pierwszej instancji, ustala podstawę prawną orzeczenia, niezależnie od zarzutów podniesionych w apelacji. Istotne jest, że sąd drugiej instancji pełni funkcję sądu merytorycznego i z tej przyczyny może uzupełnić postępowanie dowodowe lub powtórzyć przeprowadzone dowody, a także może poczynić samodzielne ustalenia na podstawie materiału zebranego w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji.

Zgodnie bowiem z art. 382 k.p.c., sąd drugiej instancji orzeka na podstawie materiału dowodowego zebranego w postępowaniu w pierwszej instancji oraz w postępowaniu apelacyjnym. Sąd drugiej instancji może dokonać też samodzielnych ustaleń faktycznych stanowiących podstawę wydania wyroku przez sąd pierwszej instancji, bez potrzeby przeprowadzenia postępowania dowodowego uzasadniających odmienne, samodzielne ustalenia, chyba że szczególne okoliczności wymagają ponowienia lub uzupełnienia tego postępowania (uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego - zasada prawna z dnia 23 marca 1999 r., III CZP 59/98, OSNC 1999, nr 7-8, poz. 124). Jednakże wymaga to uwzględnienia całego materiału dowodowego przeprowadzonego przed Sądem

pierwszej instancji. Dochodzi do naruszenia art. 382 k.p.c. w zw. z art. 378 § 1 k.p.c. wówczas, gdy sąd drugiej instancji z uwagi na podniesione w apelacji zarzuty dokonuje własnych ustaleń faktycznych, a na ich podstawie oceny prawnej, z pominięciem części dowodów przeprowadzonych przez Sąd pierwszej instancji bez wyjaśnienia przyczyny pominięcia tych dowodów.

Przenosząc powyższe rozważania na kanwę niniejszej sprawy, Sąd Apelacyjny nie tylko nie pominął żadnych dowodów z postępowania przed Sądem pierwszej instancji, ale dokonał uzupełniających ustaleń faktycznych i własnej oceny dowodów (w tym dodatkowej analizy wystawionych faktur), analizując je w pod kątem realnej możliwości samodzielnego prowadzenia działalności gospodarczej przez ubezpieczoną w związku z okresami przebywania skarżącej na zasiłkach.

Nietrafny jest zatem zarzut naruszenia art. 382 k.p.c., bowiem - wbrew odmiennemu twierdzeniu ubezpieczonej - Sąd Apelacyjny dokonał analizy całokształtu okoliczności faktycznych i prawnych sprawy (czemu dał wyraz w uzasadnieniu swego wyroku) oraz doszedł do odmiennych konkluzji, niż te które były głównym motywem orzeczenia Sądu pierwszej instancji. Zgodnie zaś z przyjmowanym w judykaturze Sądu Najwyższego stanowiskiem, nie może być uwzględniony zarzut skargi kasacyjnej, który ma na celu polemikę z ustaleniami faktycznymi sądu drugiej instancji, chociażby pod pozorem błędnej wykładni lub niewłaściwego zastosowania określonych przepisów prawa (por. np. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 27 stycznia 2012 r., II UK 108/11, niepubl.; z dnia 8 marca 2013 r., III CSK 190/12, niepubl.; z dnia 6 lutego 2014 r., I CSK 252/13, niepubl.).

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

dotychczasowe. Do takich postępowań stosuje się zatem art. 8 ust. 6 pkt 1 ustawy systemowej w brzmieniu obowiązującym przed 30 kwietnia 2018 r., zgodnie z którym za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność uważa się osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych. W niniejszej sprawie ma więc zastosowanie obowiązująca do 30 kwietnia 2018 r. ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (jednolity tekst: Dz. U. z 2017 r., poz. 2168; dalej jako ustawa o swobodzie działalności gospodarczej) oraz wspomniana wyżej ustawa z 6 marca 2028 r. Prawo Przedsiębiorców (Dz.U. z 2021 r., poz. 162).

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

W myśl art. 14 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, przedsiębiorcy mają zaś obowiązek dokonania wpisu do ewidencji działalności gospodarczej i mogą podjąć działalność dopiero po dopełnieniu tego obowiązku. Według art. 25 ust. 1 pkt 9 tejże ustawy, osoba fizyczna, wpisywana do tej ewidencji (Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej), powinna wskazać przedmiot wykonywanej przez siebie działalności gospodarczej, zgodnie z tzw. Polską Klasyfikacją Działalności. Wnioskodawczyni niewątpliwie spełniła te warunki i przez wpis do ewidencji działalności gospodarczej w dniu 1.05.2014 r. uzyskała status przedsiębiorcy (osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą). W związku z powyższym, zgodnie z art. 36 ust. 3, art. 41 i art. 47

ustawy systemowej, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność miała obowiązek dokonać zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz przesyłać do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w ustawowym terminie deklarację rozliczeniową i opłacać składki.

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

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

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

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

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 16 ust. 1 ustawy o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy oraz art. 6 k.c. w zw. z art. 33 ustawy o swobodzie działalności, należało uznać go za bezpodstawny. Zwrócić po pierwsze należy uwagę, że ustawa ta weszła w życie 30 kwietnia 2018 r., w związku z powyższym nie może mieć zastosowania do ubezpieczonej, która działalność gospodarczą formalnie rozpoczęła w dniu 1 maja 2014 r. Wobec ubezpieczonej miały zastosowanie przepisy art. 14 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, które wskazywały, że przedsiębiorca może podjąć działalność gospodarczą w dniu złożenia wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo po uzyskaniu wpisu do rejestru przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym; wpisowi do ewidencji podlegają przedsiębiorcy będący osobami fizycznymi. Trzeba jednak zauważyć, że oba te przepisy mają tożsame znaczenie, zważywszy na fakt, że tylko przedsiębiorca wpisany do odpowiedniego rejestru ma możliwość rozpoczęcia działalności gospodarczej.

W tym miejscu należy zwrócić szczególną uwagę na stanowisko zawarte w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 czerwca 2009 r., IV CSK 71/09 (LEX nr 737288). Sąd Najwyższy wyjaśnił, że kwestia ciężaru dowodu może być rozpatrywana w aspekcie procesowym i materialno-prawnym. Aspekt procesowy (formalny) dotyczy obowiązków (powinności) stron procesu cywilnego w zakresie przedstawiania dowodów potrzebnych do rozstrzygnięcia sprawy. Wynika on z brzmienia art. 3 i 232 k.p.c., które stanowią, że strony i uczestnicy postępowania obowiązani są dawać wyjaśnienia co do okoliczności sprawy zgodnie z prawdą i bez zatajania czegokolwiek oraz przedstawiać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne.

Aspekt materialnoprawny dotyczy natomiast negatywnych skutków, jakie wiążą się - w myśl przepisów prawa - z nieudowodnieniem przez stronę faktów, z

których wywodzi ona skutki prawne (art. 6 k.c.). Przyjmuje się, że przedstawienie przez stronę dowodu w celu wykazania określonych twierdzeń o faktach, z których wywodzi dla siebie korzystne skutki, nie jest jej prawem czy obowiązkiem procesowym, lecz ciężarem procesowym, wynikającym i zagwarantowanym przepisami prawa, przede wszystkim w jej własnym interesie. To interes strony, jakim jest wygranie procesu, nakazuje jej podjąć wszelkie możliwe czynności procesowe w celu udowodnienia przez stronę faktów, z których wywodzi korzystne skutki prawne. Należy mieć na względzie, że sąd rozstrzyga sprawę według właściwego prawa materialnego na podstawie koniecznych ustaleń faktycznych uzyskanych dzięki zebranych środkom dowodowym. Na te ustalenia składają się dowody, które przedstawiają w pierwszej kolejności same strony, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 232 k.p.c.

W postępowaniu w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych kontroli podlega decyzja organu rentowego i ciężar dowodu będzie zależał od rodzaju decyzji. Jeżeli jest to decyzja, w której organ zmienia sytuację prawną ubezpieczonego, to powinien wykazać uzasadniające ją przesłanki faktyczne.

W niniejszej sprawie organ rentowy, po zgłoszeniu ubezpieczonej do ubezpieczenia i rozpoczęciu korzystania ze świadczeń związanych z niezdolnością do pracy, macierzyństwem i opieką na dzieckiem, przeprowadził postępowanie kontrolne i wydał zaskarżoną decyzję, w której podał szczegółowo z jakich przyczyn brak jest podstaw do objęcia jej ubezpieczeniami, w tym dobrowolnym chorobowym i jakie dowody zgromadził w czasie prowadzonego postępowania, które dają podstawy do takiego twierdzenia. Zatem jeżeli organ rentowy na podstawie materiałów zgromadzonych w postępowaniu administracyjnym zarzucił fikcję działalności gospodarczej, to w postępowaniu sądowym skarżąca zobowiązana była co najmniej do odniesienia się co do tych zarzutów (art. 221 k.p.c.) oraz wykazania faktów przeciwnych niż ustalone przez organ rentowy w zaskarżonej decyzji (tak też Sąd Najwyższy w wyroku z 21 listopada 2011 r., II UK 69/11, LEX nr 1108830).

Przepis art. 210 § 2 k.p.c. stanowi, że każda ze stron obowiązana jest do złożenia oświadczenia, co do twierdzeń strony przeciwnej, dotyczących okoliczności faktycznych. Poza tym po wniesieniu odwołania od decyzji sąd

zobligowany jest w czasie prowadzonego postępowania uwzględnić dalsze reguły dowodowe przewidziane w Kodeksie postępowania cywilnego, a mianowicie wynikające z art. 213 § 1 k.p.c., art. 228 § 1 k.p.c., art. 230 i art. 231 k.p.c. Postępowanie sądowe w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych nie toczy się od nowa, lecz stanowi kontynuację uprzedniego postępowania przed organem rentowym (wyrok Sądu Najwyższego z 9 grudnia 2008 r., I UK 151/08, OSNP 2010 nr 11-12, poz. 146). Z tej przyczyny obowiązkiem strony wnoszącej odwołanie jest ustosunkowanie się do twierdzeń organu rentowego ze wszystkimi konsekwencjami wynikającymi z art. 232 k.p.c.

Skarżąca nie zauważa, że pojęcia tzw. ciężaru dowodu w znaczeniu formalnym i ciężaru dowodu w znaczeniu materialnym, choć są wzajemnie zależne (ponieważ uznanie przez sąd twierdzeń strony za udowodnione jest oparte na treści informacji uzyskanych dzięki zebranych środkom dowodowym), nie mogą być utożsamiane, albowiem materialny ciężar dowodu traktuje się nie jako powinność dowodzenia, lecz jako regułę określającą, która strona poniesie negatywne skutki nieudowodnienia określonych twierdzeń o faktach istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Do naruszenia art. 6 k.c. dochodzi zatem wtedy, gdy sąd orzekający przypisuje obowiązek dowodowy innej stronie, niż ta, która z określonego faktu wywodzi skutki prawne. Okoliczność, czy określony podmiot wywiązał się ze swojego obowiązku udowodnienia faktów, z których wywodzi skutki prawne, nie należy już do materii objętej dyspozycją art. 6 k.c., a stanowi aspekt mieszczący się już w domenę przepisów procesowych. Przedstawienie bowiem przez stronę dowodu w celu wykazania określonych twierdzeń o faktach sprawy, z których wywodzi ona korzystne dla siebie skutki, nie jest jej prawem czy obowiązkiem procesowym, lecz ciężarem procesowym, wynikającym i zagwarantowanym przepisami prawa, przede wszystkim w jej własnym interesie (wyrok Sądu Najwyższego z 4 kwietnia 2014 r., II CSK 405/13, wyrok Sądu Najwyższego z 17 czerwca 2009 r., IV CSK 71/09).

W judykaturze utrwalił się 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 (np. spodziewane w nieodległym czasie urodzenie dziecka i związana z tym planowana przerwa w prowadzeniu działalności) może wskazywać na intencję (element subiektywny) 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 13 września 2016 r., I UK 455/15, LEX nr 2122404; z 6 kwietnia 2017 r., II UK 98/16, LEX nr 2307127; z 18 grudnia 2018 r., II UK 413/17, LEX nr 2609126). W konsekwencji tego uznaje się, że ktoś, kto twierdzi, iż prowadzi działalność gospodarczą tylko po to, aby uzyskać świadczenia z ubezpieczenia społecznego, w istocie stwarza pozory tej działalności, bowiem nie zmierza do pozyskania zarobku z działalności, co wypacza sens ustawowy tej instytucji prawa (wyrok Sądu Najwyższego z 6 kwietnia 2017 r., II UK 98/16, LEX nr 2307127).

Powyższe aspekty sprawy znalazły wyraz w uzasadnieniu Sądu drugiej instancji. Analizując zgromadzony materiał dowodowy i czyniąc na tej podstawie ustalenia faktyczne, a następnie poddając je ocenie prawnej, Sąd Apelacyjny wydał prawidłowe rozstrzygnięcie.

Podnieść należy, że ubezpieczona rejestrując działalność gospodarczą, zważywszy na przewidywany termin porodu, zdawała sobie sprawę z tego, że wysokie składki będzie opłacała przez krótki okres czasu, po czym przez wiele miesięcy będzie pobierała wysokie świadczenia z ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego. Faktycznie, przez cały sporny, prawie czteroletni okres, z niewielkimi tylko przerwami, ubezpieczona korzystała z zasiłków chorobowych, macierzyńskiego i opiekuńczych. Same zaś uiszczone przez skarżącą składki pozostawały w rażącej dysproporcji do pobranych przez nią świadczeń z ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego. Rację ma Sąd Apelacyjny, poddając w wątpliwość przesłanki, w szczególności ekonomiczne, jakimi kierowała się ubezpieczona deklarując maksymalną podstawę wymiaru składek tak dużej składki, przy równoczesnym braku prowadzenia w sposób zorganizowany i ciągły i we własnym imieniu działalności gospodarczej, co świadczyło o markowaniu działalności, zaś sama działalność od początku nie była nastawiona na zysk, chyba że za taki uznać spodziewane świadczenia z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Uzasadniona jest zatem konkluzja Sądu Apelacyjnego, że celem działań podejmowanych przez odwołującą się w okresie objętym sporem nie było zorganizowane i ciągle prowadzenie działalności gospodarczej oraz osiągnięcie z tego tytułu zysku, lecz jedynie stworzenie pozorów wykonywania takiej działalności, w celu zapewnienia sobie wysokich świadczeń z systemu ubezpieczeń społecznych przysługujących w razie choroby i macierzyństwa.

Dlatego też chybione są zarzuty naruszenia art. 8 ust. 6 pkt 1, art. 18 ust. 8 w zw. z art. 20 ust. 1 i 3 ustawy o systemie ubezpieczeń tym bardziej, że Sąd drugiej instancji takiej wykładni, jak wskazuje skarżąca, nie zastosował przy rozpoznawaniu sprawy. Podobnie trudno doszukać się w uzasadnieniu Sądu twierdzenia, że założenie działalności gospodarczej przez kobietę będącą w ciąży stanowi przeszkodę w podleganiu ubezpieczeniom społecznym, co pozwala na brak konieczności odnoszenia się do powyższego zarzutu.

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

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

[as]

I.n