

Sygn. akt III AUa 1858/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 czerwca 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach

Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

| | |
|----------------|--|
| Przewodniczący | SSA Tadeusz Szweda (spr.) |
| Sędziowie | SSA Jolanta Pietrzak SSA Marek Procek |
| Protokolant | Elżbieta Szewczyk |

po rozpoznaniu w dniu 14 czerwca 2018r. w Katowicach

sprawy z odwołania A. M.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o podleganie ubezpieczeniom społecznym

na skutek apelacji ubezpieczonej A. M.

od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w Katowicach z dnia 3 sierpnia 2017r. sygn. akt XI U 607/17

1. **oddala apelację,**

2. **zasądza od ubezpieczonej A. M. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. kwotę 240 zł (dwieście czterdzieści złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.**

/-/SSA J.Pietrzak /-/SSA T.Szweda /-/SSA M.Procek

Sędzia Przewodniczący Sędzia

Sygn. akt III AUa 1858/17

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) z dnia 28 lutego 2017r. organ rentowy - Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. stwierdził, że ubezpieczona A. M., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu

oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 18 października 2014r.

W odwołaniu od w/w decyzji ubezpieczona wniosła o jej zmianę przez stwierdzenie, że jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 18 października 2014r. do dnia 31 stycznia 2017r. Ubezpieczona wniosła nadto o zasądzenie od ZUS kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W odpowiedzi na wyżej opisane odwołanie organ rentowy, podtrzymując treść zaskarżonej decyzji, wniósł o jego oddalenie oraz o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przewidzianych prawem.

Wyrokiem z dnia 3 sierpnia 2017r. Sąd Okręgowy w Katowicach oddalił odwołanie A. M. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. z dnia 28 lutego 2017r., nr (...) oraz zasądził od odwołującej A. M. na rzecz organu rentowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Okręgowy ustalił, że ubezpieczona A. M. od dnia 1 lipca 2010r. do dnia 31 stycznia 2017r. zarejestrowała prowadzenie działalności gospodarczej pod firmą Przedsiębiorstwo Handlowo - Usługowe (...) z siedzibą w S., przy ulicy (...). Jej przeważającym przedmiotem była działalność agentów i brokerów ubezpieczeniowych, ale działalność ta oparta była także o sprzedaż detaliczną prowadzoną przez domy sprzedaży wysyłkowej lub Internet, transport drogowy towarów, pozostałą działalność usługową w zakresie informacji, gdzie indziej niesklasyfikowaną, pozostałą działalność wspomagającą usługi finansowe, z wyłączeniem ubezpieczeń i funduszy emerytalnych, pozostałą działalność wspomagającą ubezpieczenia i fundusze emerytalne, działalność agencji reklamowych, badanie rynku i opinii publicznej, działalność w zakresie specjalistycznego projektowania, pozostałą działalność profesjonalną, naukową i techniczną, gdzie indziej niesklasyfikowaną, działalność usługową związaną z administracyjną obsługą biura oraz wykonywanie fotokopii, przygotowywanie dokumentów i pozostałą specjalistyczną działalność wspomagającą prowadzenie biura. Powyższa działalność była przez ubezpieczoną zawieszona od dnia 7 lutego 2011r. do dnia 14 marca 2011r. Ubezpieczona z działalności gospodarczej wykazywała obroty w miesięcznych deklaracjach VAT-7 złożonych od kwietnia 2011r. do sierpnia 2013r. oraz w deklaracji za październik 2014r. Od 2010r. A. M. wykazywała dochody z działalności gospodarczej, przy czym za 2013r. wykazała dochód w wysokości 23.198,93 zł, w 2014r. wykazała dochód w wysokości 4.888 zł, a w 2015r. nie wykazała żadnego dochodu.

Ubezpieczona w dniu 14 marca 2011r., tj. z chwilą ponownego podjęcia prowadzenia działalności gospodarczej, zawarła na czas nieokreślony z (...) A. P. z siedzibą w K. umowę o świadczenie usług na rzecz (...) A. P. z siedzibą w K., polegających na badaniu rynku i opinii publicznej i pozostałej działalności profesjonalnej, naukowej i technicznej, gdzie indziej niesklasyfikowanej. Strony ustaliły, że zakresem zadań ubezpieczonej będzie prowadzenie działań marketingowych, pozyskiwanie klientów, przygotowywanie odpowiednich baz danych, badanie potencjału rynkowego, popytu i zwyczajów klientów w celu zwiększenia sprzedaży i wprowadzenia nowych produktów, utrzymywanie długoterminowych relacji z klientami, konsultacje z klientami oraz przygotowywanie ofert handlowych. Za wykonane usługi (...) zobowiązał się do zapłaty A. M. wynagrodzenia w wysokości 2.025 zł netto miesięcznie na podstawie wystawianych faktur. Dodatkowo ubezpieczonej przysługiwać miało dodatkowe wynagrodzenie prowizyjne od każdej podpisanej umowy (zlecenia). W dniu 17 października 2014r. ubezpieczona wystawiła (...) S.A. z siedzibą w K. fakturę VAT na kwotę

4.888 zł netto (6.012,24 zł brutto) za wykonanie pracy biurowej w zakresie wyprowadzenia ewidencji gospodarki materiałowej dla pięciu firm, z którymi współpracowała (...) S.A. Od dnia 1 lutego 2017r. jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę na stanowisku specjalisty do spraw gospodarki odpadami w dziale marketingu przedsiębiorstwa (...) z siedzibą w T..

Z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, ubezpieczona deklarowała miesięczne podstawy wymiaru składek za maj 2013r. w wysokości 9.225,75 zł,

za czerwiec 2013r. w wysokości 9.225,75 zł, za lipiec 2013r. w wysokości 9.225,75 zł oraz za sierpień w wysokości 1.190,42 zł. W dniu 15 października 2013r. ubezpieczona urodziła dziecko i w związku z tym, od dnia 15 października 2013r.

do dnia 13 października 2014r. była uprawniona do zasiłku macierzyńskiego. Po tym okresie ubezpieczona nie prowadziła działalności gospodarczej. Ostatnim przychodem związanym z jej wykonywaniem była zapłata za wyżej opisaną fakturę wystawioną (...) S.A. z siedzibą w K.. Od dnia 18 października 2014r. do dnia 17 kwietnia 2015r., od dnia 24 kwietnia 2015r. do dnia 22 października 2015r.,

od dnia 26 października 2015r. do dnia 17 kwietnia 2016r., od dnia 22 kwietnia 2016r. do dnia 19 października 2016r. oraz od dnia 21 października 2016r. do dnia

31 stycznia 2017r. A. M. pobierała zasiłek chorobowy z powodu niezdolności do wykonywania pracy udokumentowanej przedkładanymi zaświadczeniami ZUS ZLA. W złożonych dokumentach rozliczeniowych za kilkudniowe okresy przerw

w w/w niezdolności do pracy deklarowała podstawy wymiaru składek w wysokości 1.208,39 zł za październik 2014r., 1.979,50 zł za kwiecień 2015r., 957,82 zł

za październik 2015r., 1.351,67 zł za kwiecień 2016r., 327,02 zł za październik 2016r.

Dalej Sąd Okręgowy ustalił, że ubezpieczona od dnia 18 października 2014r.

do dnia 17 kwietnia 2015r., od dnia 24 kwietnia 2015r. do dnia 22 października 2015r., od dnia 26 października 2015r. do dnia 17 kwietnia 2016r., od dnia

22 kwietnia 2016r. do dnia 19 października 2016r. oraz od dnia 21 października 2016r. do dnia 31 stycznia 2017r. pozostawała w ortopedycznym i neurologicznym leczeniu schorzeń kręgosłupa (ból odcinka szyjnego kręgosłupa i odcinka lędźwiowo - krzyżowego na tle skoliozy rotacyjnej, rwy kulszowej), w dermatologicznym leczeniu zmian skórnych (atopowe zapalenie skóry), w leczeniu psychiatrycznym (przewlekłe zaburzenia adaptacyjne), w leczeniu gastroenterologicznym (okresowe krwawienie

z odbytu, nieregularne wypróżnianie, bóle w nadbrzuszu). Jednak ubezpieczona pozostawała w leczeniu gastroenterologicznym i leczeniu dolegliwości bólowych kręgosłupa spowodowanych m.in. rotacją odcinka lędźwiowego przynajmniej

od 2005r. Zdiagnozowane dolegliwości były u niej doraźnie leczone w kolejnych latach podczas wizyt u lekarza rodzinnego, który kierował ubezpieczoną do leczenia specjalistycznego.

Sąd Okręgowy, powołując się na treść art. 83 ust. 1 pkt 1, 2 i 3, art. 6 ust. 1

pkt 5 oraz art. 12 ust. 1 i art. 13 pkt 4 (w brzmieniu od 20 września 2008r.) ustawy

z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych, zwaną dalej ustawą systemową wywiódł, że w trakcie postępowania dowodowego ubezpieczona nie naprowadziła żadnych okoliczności faktycznych oraz dowodów, które przemawiałyby za stwierdzeniem, że w spornym okresie od dnia 18 października 2014r. do dnia 31 stycznia 2017r. miała rzeczywistą wolę prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Bezspornym było, że ubezpieczona po urlopie macierzyńskim pozostawała w leczeniu ortopedycznym, neurologicznym, dermatologicznym, psychiatrycznym i gastroenterologicznym, zaś od dnia

18 października 2014r. do dnia 17 kwietnia 2015r., od dnia 24 kwietnia 2015r. do dnia 22 października 2015r., od dnia 26 października 2015r. do dnia 17 kwietnia 2016r.,

od dnia 22 kwietnia 2016r. do dnia 19 października 2016r. oraz od dnia

21 października 2016r. do dnia 31 stycznia 2017r. pozostawała z tej przyczyny niezdolna do pracy. Zgromadzony materiał dowodowy, a w szczególności historia choroby poradni lekarza rodzinnego, wskazuje jednak, że A. M. od

dłuższego czasu zmagala się z problemami zdrowotnymi. Właściwie bezpośrednio przed spornym okresem, w którym organ rentowy wyłączył ją z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, ubezpieczona pobierała zasiłek macierzyński obliczony od najwyższej, możliwej podstawy wymiaru składek. Jedynym przychodem uzyskanym z tytułu zarejestrowanej działalności gospodarczej w 2014r. była kwota wynikająca z faktury realizującej umowę

o świadczenie usług zawartej z (...) S.A. z siedzibą w K.. Był to, zdaniem Sądu Okręgowego ostatni, ujawniony na zewnątrz, przejaw wykonywania zarejestrowanej przez odwołującą działalności gospodarczej. Sąd Okręgowy na podstawie tych okoliczności uznał, że jedynym celem rzekomego kontynuowania działalności gospodarczej po okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego było objęcie ubezpieczonej obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi i dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, przy jednoczesnym krótkotrwałym okresie podlegania w/w ubezpieczeniach. Związane to było najpewniej z deklarowanymi dolegliwościami zdrowotnymi A. M., podjęciem ambulatoryjnego leczenia w ramach ubezpieczenia społecznego oraz dalszym zamiarem otrzymywania świadczeń z systemu ubezpieczeń społecznych.

Sąd Okręgowy podkreślił, że podziela tezę, że nie można uznawać za prowadzenie działalności gospodarczej sytuacji, kiedy nie ma zamiaru prowadzenia zorganizowanej zawodowej działalności, a prowadzenie działalności ma polegać tylko na uzyskiwaniu świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Zdaniem Sądu Okręgowego, ubezpieczona w toku postępowania administracyjnego oraz postępowania sądowego przedstawiła wyłącznie gołosłowne zapewnienia, że w przerwach kolejnych okresów niezdolności do pracy sondowała rynek pracy w zakresie swoich kwalifikacji. Z zeznań A. M. wynika, że w w/w czasie nie wykonywała działalności gospodarczej, a w zasadzie podejmowała jedynie działania mające na celu znalezienie etatowej pracy zarobkowej. Znamionym pozostaje, że odwołująca po dniu 17 października 2014r. nie osiągała żadnego przychodu. Powyższe nie pozwala na uznanie, że zarejestrowana przez nią działalność gospodarcza miała charakter zarobkowy, zorganizowany i ciągły. Z przedstawionych okoliczności faktycznych nie można wysnuć wniosku, że ubezpieczonej towarzyszył zamiar dalszego prowadzenia zorganizowanej zawodowej działalności. Powyższemu nie stoi w sprzeczności opłacanie przez ubezpieczoną składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, gdyż jest to jedynie przejaw formalnego upozorowania kontynuowania działalności gospodarczej.

Sąd Okręgowy zważył wreszcie, że w stosunku do A. M. nie może mieć zastosowania podnoszony przez nią w odwołaniu art. 17 ust. 1 ustawy z dnia

25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, albowiem przepis ten stosuje się do innej kategorii ubezpieczonych chorobowo osób, tj. do ubezpieczonych, którzy w okresie orzeczonej niezdolności do pracy wykorzystują zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia.

Wobec powyższego, Sąd Okręgowy uznał, że organ rentowy w zaskarżonej decyzji z dnia 28 lutego 2017r. prawidłowo wyłączył ubezpieczoną z ubezpieczeń społecznych od dnia 18 października 2014r., albowiem od tej daty faktycznie nie wykonywała działalności gospodarczej.

Mając powyższe na względzie, Sąd Okręgowy w punkcie 1 sentencji wyroku na mocy art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 12 ust. 1, art. 11 ust. 2 i art. 13 pkt 4 ustawy systemowej przy zastosowaniu art. 83 § 1 k.c. i art. 300 k.p. odwołanie ubezpieczonej oddalił, jako bezzasadne.

O kosztach zastępstwa procesowego organu rentowego Sąd Okręgowy orzekł w punkcie 2 sentencji wyroku w oparciu o art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. oraz § 9 ust. 2 i § 15 ust. 1 i 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015r., poz. 1804).

Apelację od powyższego wyroku wniosła ubezpieczona, zaskarżając

go w całości.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzuciła:

1. sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego przez przyjęcie, że:

- po upływie okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego, tj. po 13 października 2014r., ubezpieczona nie prowadziła działalności gospodarczej, podczas, gdy w rzeczywistości w dniach od 14 do 17 października 2014r. ubezpieczona w ramach wykonywanej działalności gospodarczej współpracowała z (...) SA z/s w K. i z tego tytułu wystawiła fakturę VAT,

- w przerwach kolejnych okresów niezdolności do pracy ubezpieczona nie wykonywała działalności gospodarczej, a w zasadzie podejmowała jedynie działania mające na celu znalezienie etatowej pracy zarobkowej, podczas, gdy z zeznań ubezpieczonej jednoznacznie wynika, że w rzeczywistości ubezpieczona sondowała rynek pracy w zakresie swoich kwalifikacji, szukała zleceń, zleceniodawców, podmiotów mogących podjąć z nią współpracę, a zatrudnienie w ramach stosunku pracy było tylko jedną z opcji rozważanych przez ubezpieczoną;

1. naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na wynik sprawy, tj. art. 233 § 1 k.p.c., poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny dowodów w sprawie, co polegało na:

- odmowie dania wiary zeznaniom ubezpieczonej, że w przerwach kolejnych okresów niezdolności do pracy ubezpieczona sondowała rynek pracy w zakresie swych kwalifikacji, szukała zleceń, zleceniodawców, podmiotów mogących podjąć z nią współpracę, w sytuacji, gdy zeznania te zasługują na wiarę, ponieważ są zgodne z zebraniem materiałem dowodowym i prawdziwe w świetle zasad doświadczenia życiowego,

- uznaniu opłacania składek na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe jedynie za przejaw formalnego upozorowania kontynuowania działalność gospodarczej, w sytuacji, gdy były one przejawem realnego zamiaru wykonywania działalności gospodarczej,

- uznaniu, że ubezpieczonej nie towarzyszył zamiar dalszego prowadzenia zorganizowanej działalności zawodowej, a zarejestrowana przez nią działalność nie miała charakteru zarobkowego, zorganizowanego i ciągłego, w sytuacji, gdy zamiaru ciągłego prowadzenia działalności nie podważa okresowa niezdolność do pracy,

- uznaniu, że ubezpieczonej nie towarzyszył zamiar dalszego prowadzenia zorganizowanej działalności zawodowej, a zarejestrowana przez nią działalność nie miała charakteru zarobkowego, zorganizowanego i ciągłego, w sytuacji, gdy zamiaru ciągłego prowadzenia działalności nie podważa minimalizacja kosztów wykonywanej działalności, a zwłaszcza okresowy brak zleceń i klientów;

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 13 pkt 4 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2016r., poz. 963 ze zm.) w związku z art. 2 ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej, przez przyjęcie, że ubezpieczona nie spełnia przesłanek uznania za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą od 18 października 2014r., podczas, gdy w rzeczywistości takie przesłanki spełnia.

W związku z powyższym, skarżąca wniosła o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie odwołania, przez stwierdzenie, że ubezpieczona, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu

od 18 października 2014r. do 31 stycznia 2015 r., ewentualnie, że ubezpieczona, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 18 października 2014r.

do 19 października 2016r., ewentualnie o stwierdzenie, że ubezpieczona, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 18 października 2014r.

do 17 kwietnia 2016r., ewentualnie o stwierdzenie, że ubezpieczona, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 18 października 2014r.

do 22 października 2015r., ewentualnie o stwierdzenie, że ubezpieczona, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 18 października 2014r.

do 17 kwietnia 2015r., ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania;

2. zasądzenie od organu rentowego na rzecz ubezpieczonej kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację organ rentowy wniósł o oddalenie apelacji w całości oraz zasądzenie zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu odwoławczym według norm przewidzianych prawem.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja ubezpieczonej nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd I instancji przeprowadził prawidłowe postępowanie dowodowe i na jego podstawie dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych i wywiódł trafne wnioski. Z tego względu, Sąd Apelacyjny uznał, że brak jest podstaw do zakwestionowania zaskarżonego pkt 1 wyroku z dnia 3 sierpnia 2017r.

Spór sprowadzał się do ustalenia, czy ubezpieczona, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlega obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 18 października 2018 r. do 31 stycznia 2017 r.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017r., poz. 1778 j.t.), obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność. Stosownie do art. 11 ust. 2 cyt. ustawy, dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 5. Z kolei w myśl art. 12 ust. 1 w/w ustawy, obowiązkowo ubezpieczeniu wypadkowemu podlegają osoby podlegające ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym. W myśl

art. 13 pkt 4 powołanej ustawy, obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu podlegają osoby fizyczne w następujących okresach: osoby prowadzące pozarolniczą działalność - od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, nie zasługuje na uwzględnienie podniesiony przez apelującą zarzut naruszenia art. 233 k.p.c., gdyż skuteczność takiego zarzutu wymaga wykazania rażącego naruszenia dyrektyw oceny dowodów wskazanych

w tymże przepisie, czyli wykazania, że ocena Sądu I instancji jest sprzeczna z zasadami logicznego rozumowania, czy doświadczenia życiowego i dlaczego. Jeśli

z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, nawet wtedy, gdy na podstawie tego materiału dowodowego dawały się wysnuć wnioski odmienne. Podkreślić należy, że wnioski, jakie zostały wysnute przez Sąd I instancji, są zgodne z logiką, doświadczeniem życiowym i nie naruszają zasad wiedzy.

Sąd I instancji, po przeprowadzeniu postępowania dowodowego w sprawie, przedstawił szczegółowo i wyczerpująco ustalenia faktyczne oraz należycie uzasadnił dlaczego takie ustalenia poczynił. Nie ma racji skarżąca podnosząc w apelacji,

że po upływie pobierania zasiłku macierzyńskiego, tj. po 13 października 2014r. podjęła prowadzenie działalności gospodarczej w sytuacji, gdy na rozprawie z dnia

25 lipca 2017r., będąc przesłuchana na okoliczność ustalenia, czy istnieją przesłanki do wyłączenia z ubezpieczeń społecznych i czy działalność gospodarcza była prowadzona i w jakim zakresie, ubezpieczona zeznała, że „po powrocie z urlopu macierzyńskiego nie prowadziła działalności gospodarczej, gdyż nie pozwala jej na to jest stan zdrowia” (protokół rozprawy z dnia 25 lipca 2017r. zapis 00:04:40, k. 41). Ubezpieczona zeznała także, że po powrocie z urlopu macierzyńskiego wystawiła

za cały dalszy okres jedynie jedną fakturę z 17 października 2014r. W ocenie Sądu Apelacyjnego, złożone na rozprawie z dnia 14 czerwca 2018r. dokumenty w postaci umów zawartych przez ubezpieczoną, mogą co najwyżej potwierdzić okoliczność

ich zawarcia, lecz nie mogą stanowić podstawy do przyjęcia, że ubezpieczona faktycznie wykonywała działalność gospodarczą. Wątpliwe jest, aby ubezpieczona przez tak długi okres od 18 października 2014r. do 31 stycznia 2017r., tj. na dzień poprzedzający podjęcie pracy w oparciu o umowę o pracę u innego pracodawcy,

w tymże spornym okresie faktycznie podjęła inne czynności, niż związane

z poszukiwaniem pracy na etat. Niewiarygodne jest, aby ubezpieczona podjęła czynności polegające na stworzeniu odpowiednich warunków do wykonywania działalności gospodarczej. Wniosek ten znajduje pośrednio potwierdzenie w uzyskiwanych przez ubezpieczoną dochodach. W 2014r. ubezpieczona osiągnęła dochód w wysokości 4.888 zł, tj. z jednej faktury z dnia 17 października 2014r.,

przy czym, w kolejnym 2015r. nie uzyskała żadnego dochodu.

Tym samym, Sąd Okręgowy prawidłowo wywiódł, że celem opłacenie składek na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i dobrowolne ubezpieczanie chorobowe było jedynie stworzenie przez ubezpieczoną iluzji prowadzenia takiej działalności gospodarczej. Brak dochodu za 2015 rok i nikły dochód za 2014 rok, a także brak dalszej inicjatywy dowodowej po stronie ubezpieczonej w toku sprawy prowadzonej przed Sądem Okręgowym, pozwala przyjąć, że prawdziwym celem opłacania składek dla ubezpieczonej było osiągnięcie korzyści wynikającej z objęcia jej ubezpieczeniem społecznym przy faktycznym rzeczywistym braku woli prowadzenia takiej działalności gospodarczej w sposób ciągły, zorganizowany, z nastawieniem na osiągnięcie zysku.

W orzecznictwie zgodnie przyjmuje się, że nie stanowi działalności gospodarczej działalność wykonywana okresowo i sporadycznie, ani sam wpis

do ewidencji działalności gospodarczej (Centralnej Ewidencji i Informacji

o Działalności Gospodarczej), który ma jedynie charakter deklaratoryjny (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 24 maja 2017r., sygn. akt III AUa 1154/16,

Lex nr 2302272, por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 24 stycznia 2017r., sygn. akt III AUa 92/16, Lex nr 2278246, por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 11 stycznia 2018r., sygn. akt III AUa 108/17, Lex nr 2493595). Powyższe wynika z tego, że art. 13 pkt 4 ustawy systemowej jednoznacznie kładzie nacisk

na rozpoczęcie działalności gospodarczej i zaprzestanie wykonywania tej działalności, a nie na moment dokonania w ewidencji działalności gospodarczej stosownego wpisu zarejestrowaniu działalności bądź jego wykreślenia (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 21 sierpnia 2017r., sygn. akt III AUa 1075/16,

Lex nr 2409337, por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 12 grudnia 2017r., sygn. akt III AUa 260/17, Lex nr 2436600).

Sytuacja taka ma miejsce w stosunku do ubezpieczonej, która formalnie w okresie spornym miała zarejestrowaną w CEIDG działalność gospodarczą, lecz wątpliwe jest, aby faktycznie wykonywała taką działalność gospodarczą w dodatku w sposób ciągły i o charakterze zarobkowym. Pojedynczą fakturę z 17 października 2014r., o której mowa wyżej, jaką ubezpieczoną wystawiła po powrocie z zasiłku macierzyńskiego, należy traktować jako pojedyncze zdarzenie, które nastąpiło po zakończeniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego, co w żadnej mierze nie może stanowić podstawy do skutecznego zakwestionowania ustaleń Sądu I instancji w tym zakresie. Ubezpieczona nie udowodniła w sprawie zgodnie z art. 6 k.c., że w okresie spornym rzeczywiście prowadziła działalność gospodarczą. Utknęło uwadze ubezpieczonej, że po zakończeniu okresu macierzyńskiego nie złożyła wniosku do organu rentowego o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. W aktach sprawy prowadzonej przez organ rentowy brakuje wniosku ubezpieczonej o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym po powrocie ubezpieczonej z urlopu macierzyńskiego. Na rozprawie apelacyjnej z dnia 14 czerwca 2018r. organ rentowy także nie potwierdził takiej okoliczności, tj. nie podał, że taki wniosek został faktycznie złożony przez ubezpieczoną. Zauważyć należy, że nawet, gdyby wystąpiła sytuacja, w której ubezpieczona faktycznie prowadziła działalność gospodarczą w okresie spornym, to po zakończeniu urlopu macierzyńskiego brak wniosku złożonego do organu rentowego o objęcie jej ubezpieczeniem chorobowym powoduje, że taki zasiłek nie przysługiwałby ubezpieczonej.

Z tego względu, rację ma organ rentowy podnosząc, że ubezpieczona faktycznie nie prowadziła działalności gospodarczej w sposób ciągły i zarobkowy.

W powyższych okolicznościach, Sąd Apelacyjny uznał za chybiony podniesiony w apelacji zarzut naruszenia przepisów prawa materialnego, tj. art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 13 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Skutkiem ustalenia przez Sąd, że ubezpieczona od dnia 18 października 2014r. faktycznie nie prowadziła działalność gospodarczą jest przyjęcie, że ubezpieczoną nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 18 października 2014r.

Z tych przyczyn, Sąd Apelacyjny na mocy art. 385 k.p.c. oddalił apelację ubezpieczonej, jako bezzasadną.

O kosztach procesu w postępowaniu apelacyjnym Sąd Apelacyjny rozstrzygnął na podstawie art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. w związku z § 9 ust. 2 w związku z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2018r., poz. 265 j.t.).

/-/SSA J.Pietrzak /-/SSA T.Szweda /-/SSA M.Procek
Sędzia Przewodniczący Sędzia

JR