

Sygn. akt III AUa 193/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 lipca 2015 r.

Sąd Apelacyjny - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Gdańsku

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Grażyna Czyżak
Sędziowie:	SSA Daria Stanek (spr.) SSO del. Alicja Podlewska
Protokolant:	stażysta Katarzyna Kręska

po rozpoznaniu w dniu 7 lipca 2015 r. w Gdańsku

sprawy M. K.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T.

o ustalenie obowiązku ubezpieczenia

na skutek apelacji M. K.

od wyroku Sądu Okręgowego w Toruniu IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 20 listopada 2014 r., sygn. akt IV U 1029/14

- zmienia zaskarżony wyrok i poprzedzające go decyzje z dnia 4 czerwca 2014 roku i z dnia 20 marca 2012 roku stwierdzając, że M. K. w okresie od dnia 13 czerwca 2009 roku do dnia 12 lutego 2012 roku nie podlegał obowiązkowi ubezpieczeń społecznych jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą;
- zasądza od pozwanego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w T. na rzecz M. K. kwotę 30,00 (trzydzieści 00/100) złotych tytułem zwrotu opłaty sądowej.

Sygn. akt III AUa 193/15

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 4 czerwca 2014 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział

w T., powołując się na przepisy art. 83a ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r.

o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009 r., nr 205, poz. 1585 ze zm.) odmówił uchylenia decyzji z dnia 20 marca 2012 r. i ponownego ustalenia podlegania przez M. K. obowiązkowi ubezpieczeń społecznych w okresie od 13.06.2009 r.

do 12.02.2012 r. poprzez stwierdzenie niepodlegania temu obowiązkowi.

Organ rentowy wskazał, iż przedmiotową decyzją określono obowiązek podlegania przez ubezpieczonego ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej Zakład (...) oraz podstawę wymiaru składek. Od decyzji ubezpieczony nie złożył odwołania. Domagając się aktualnie jej uchylenia ubezpieczony powołał się na decyzję NFZ z dnia 12 czerwca 2013 r. ustalającą brak podstaw do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w okresie od 1.01.2008 r. do 09.08.2012 r., jednakże postanowieniem z dnia 9.01.2014 r. zostało wszczęte postępowanie w sprawie nieważności powyższej decyzji. Organ rentowy ustalił nadto, iż ubezpieczony z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej zgłosił obowiązek podatkowy w Urzędzie Skarbowym w G. od 28.12.1999 r., kilkakrotnie zawieszany, ostatnio wznowiony od 21.09.2005 r. Brak informacji o likwidacji działalności gospodarczej. Mając na uwadze powyższe organ rentowy ocenił, iż wskazane okoliczności nie spełniają przesłanek art. 83a ust. 1 powołanej ustawy, tj. nie stanowią nowych dowodów ani nowych okoliczności, które mają wpływ na prawo określone przedmiotową decyzją.

W odwołaniu od powyższej decyzji M. K. wniósł o uchylenie decyzji z dnia 20 marca 2012 r. w całości i umorzenie postępowania. Ubezpieczony podniósł, iż przedmiotowa decyzja została wydana jedynie w oparciu o wpis w ewidencji działalności gospodarczej, organ rentowy nie badał i nie uwzględnił przesłanek mających wpływ na obowiązek podlegania ubezpieczeniom społecznym przez ubezpieczonego, a które winny stanowić podstawę jej uchylenia. Ubezpieczony wskazał mianowicie, iż sporna decyzja została wydana przed uzyskaniem stanowiska NFZ, który w decyzji z dnia 12.06.2013 r. stwierdził niepodleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu od 1.01.2008 r. Ubezpieczony wskazał nadto, iż wnioskiem z dnia 9.08.2012 r. zwrócił się do organu ewidencyjnego o wykreślenie wpisu w ewidencji działalności gospodarczej z datą zaprzestania jej prowadzenia w dniu 31.12.2007 r., po której nie uzyskiwał także żadnych dochodów, co z kolei potwierdza zaświadczenie z urzędu skarbowego z dnia 14.06.2012 r. Nadto w okresie od 13.06.2009 r. do 12.02.2012 r. ubezpieczony otrzymywał świadczenie rehabilitacyjne od organu rentowego. Wszystkie powyższe okoliczności w ocenie odwołującego spełniają przesłanki nowych dowodów w sprawie, stanowiąc podstawę do ponownego ustalania okresu podlegania ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej - potwierdzając jej faktyczne nieprowadzenie, które nie stanowi tytułu do ubezpieczeń społecznych.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie podtrzymując stanowisko zajęte w skarżonej decyzji.

Sąd Okręgowy w Toruniu – wydział IV Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 20 listopada 2014 r. oddalił odwołanie M. K. (sygn. akt IV U 1029/14).

Sąd Okręgowy orzekał w oparciu o następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne.

W okresie od 5 lutego 1997 r. do 31 marca 2008 r. ubezpieczony był zatrudniony w (...) S.A. w G. - firma ulegała okresowym przekształceniom wraz ze zmianą nazwy ((...) Sp. z o.o. i (...) Sp. z o.o.).

Ubezpieczony pracował w oddziale remontowym, zajmując się remontami urządzeń dźwigowych typu suwnice. Legitymował się odpowiednimi kwalifikacjami, mającymi charakter bezterminowy. Urządzenia dźwigowe były stare, wymagające częstych napraw, co z kolei generowało konieczność pracy w nadgodzinach. Aby obejść przepisy limitujące ilość nadgodzin strony uzgodniły, iż ubezpieczony zarejestruje samodzielną działalność gospodarczą, w ramach której będzie wykonywał naprawy poza godzinami zasadniczego zatrudnienia.

Ubezpieczony rozpoczął prowadzenie przedmiotowej działalności gospodarczej -zarejestrowanej w ewidencji działalności gospodarczej Urzędu Miasta w G.

pod numerem (...) - od dnia 15 maja 1998 r. - pod firmą Zakład (...). W ramach przedmiotu działalności ubezpieczony zajmował się instalatorstwem elektrycznym i remontami elektrycznymi wyłącznie na rzecz pracodawcy, co odbywało się

na podstawie zleceń na indywidualne prace, zaś ubezpieczony po ich wykonaniu wystawiał rachunki. Korzystał z materiałów i narzędzi udostępnionych przez pracodawcę; nie posiadał własnego zaplecza sprzętowego ani nie wynajmował pomieszczeń. Poza pracą na rzecz pracodawcy nie świadczył innych usług w ramach działalności gospodarczej, nie poszukiwał innych klientów.

Regularnie usługi na rzecz (...) ubezpieczony wykonywał do 2007 r. Firma systematycznie wymieniała sprzęt dźwigowy na nowszy, co przekładało się na mniejszy zakres prac remontowych i konserwacyjnych.

Natomiast od 17 marca 2008 r. do 12 czerwca 2009 r. ubezpieczony był zatrudniony w T. S.j. Ocynkownia w G., również w charakterze elektromechanika. Od 17 października 2008 r. przebywał na zasiłku chorobowym, a od 11 marca 2009 r. na świadczeniu rehabilitacyjnym.

Świadczenie rehabilitacyjne ubezpieczony pobierał również po ustaniu zatrudnienia od 13 czerwca 2009 r. do 9 grudnia 2009 r. Natomiast od 10 grudnia 2012 r. do nadal pobiera rentę z tytułu niezdolności do pracy.

Podstawą do przyznania świadczeń w ówczesnym okresie były zmiany zwyrodnieniowe stawu kolanowego, odnowione po przebytych w latach 90'tych złamaniu kości piszczelowej prawej; w marcu 2009 r. i maju 2012 r. ubezpieczony przeszedł artroskopię.

W styczniu 2010 r. (...) S.A. zwróciło się do ubezpieczonego z zamówieniem wykonania usługi przygotowania i konserwacji dźwigu towarowego, którym zajmował się podczas zatrudnienia - zamówienie nr (...) na kwotę 610 zł. Ubezpieczony w ramach działalności gospodarczej zrealizował usługę, przy czym w związku ze stanem zdrowia czynności faktyczne wykonywał przybrany w tym celu znajomy ubezpieczonego. Przegląd i konserwacja były przeprowadzane regularnie, co miesiąc, aż do 24 stycznia 2011 r.

W styczniu 2011 r. były pracodawca ponownie zwrócił się do ubezpieczonego o wykonanie tożsamej usługi w kolejnym roku, jednakże tym razem ubezpieczony odmówił realizacji zamówienia.

Decyzją z dnia 20 marca 2012 r. ZUS Oddział w T. stwierdził, że M. K. jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą - Zakład (...) podlega obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu i rentowym oraz wypadkowemu w okresie od 13.06.2009 r. do 12.02.2012 r.

Przed wydaniem decyzji organ rentowy zwrócił się o udzielenie informacji w przedmiocie prowadzenia działalności gospodarczej do właściwego urzędu skarbowego oraz ustalił przebieg ubezpieczenia, w tym pobieranie świadczeń z ubezpieczenia chorobowego.

M. K. nie złożył odwołania od powyższej decyzji.

Decyzją z dnia 12 czerwca 2012 r. (...) Narodowego Funduszu Zdrowia ustalili, iż M. K. z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej

- w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2007 r. podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego;

- w okresie od 1 stycznia 2008 r. do 9 sierpnia 2012 r. nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego.

W dniu 9 sierpnia 2012 r. ubezpieczony złożył w organie ewidencyjnym wniosek

o wyrejestrowanie działalności gospodarczej z datą zaprzestania wykonywania działalności od 31 grudnia 2007 r.

Uprzednio ubezpieczony nie zgłaszał wniosków o wyrejestrowanie bądź zawieszenie prowadzenia działalności. Natomiast w dniu 16 listopada 2011 r. zgłosił zmianę we wpisie ewidencyjnym w zakresie określenia przedmiotu działalności wobec obowiązku jej zaktualizowania według zmian w (...).

Informację o zawieszeniu prowadzenia działalności ubezpieczony składał natomiast w urzędzie skarbowym, ostatnio od dnia 21 września 2005 r. zgłosił wznowienie prowadzenia działalności po jej uprzednim zawieszeniu w 2003 r. Ubezpieczony rozliczał się również na podstawie PIT-36, przy czym za lata 2008-2011 wykazywał zerowy przychód z prowadzenia działalności gospodarczej.

Wnioskiem z dnia 26 listopada 2013 r. M. K. zwrócił się do organu rentowego o uchylenie decyzji z dnia 20 marca 2012 r. i umorzenie postępowania. Ubezpieczony powołał się na decyzję NFZ z dnia 12 czerwca 2012 r. oraz wykreślenie działalności gospodarczej z ewidencji działalności gospodarczej z datą zaprzestania prowadzenia działalności od 31 grudnia 2007 r., a nadto pobieranie w spornym okresie świadczeń z ubezpieczenia chorobowego.

W efekcie organ rentowy wydał w dniu 4 czerwca 2014 r. zaskarżoną decyzję, odmawiając uchylenia decyzji z dnia 20 marca 2012 r. i ponownego ustalenia podlegania przez ubezpieczonego obowiązkowi ubezpieczeń społecznych w okresie od 13.06.2009 r. do 12.02.2012 r. poprzez stwierdzenie niepodlegania temu obowiązkowi.

Decyzją z dnia 30 maja 2014 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia stwierdził nieważność decyzji z dnia 12 czerwca 2012 r. w części stwierdzającej niepodleganie przez M. K. ubezpieczeniu zdrowotnemu w okresie od 1 stycznia 2008 r. do 9 sierpnia 2012 r. z tytułu pozarolniczej działalności gospodarczej.

Powyższa decyzja została utrzymana w mocy decyzją Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2014 r.

Sąd Okręgowy wskazał, że powyższy stan faktyczny ustalono na podstawie okoliczności bezspornych oraz dokumentów zgromadzonych w toku postępowania i zawartych w załączonych aktach organu rentowego. Ich treść nie budziła wątpliwości Sądu, a nadto żadna ze stron nie zakwestionowała autentyczności zawartych w nich informacji.

Ustalenia faktyczne Sąd I instancji poczynił również uwzględniając dowód z przesłuchania ubezpieczonego, który uznano za ogólnie wiarygodny w zakresie niesprzecznym z pozostałym zebrany w sprawie materiałem dowodowym. W szczególności brak było podstaw do kwestionowania zeznań ubezpieczonego na okoliczność zakresu i sposobu prowadzonej działalności gospodarczej w powiązaniu z (...) oraz wykonywanych prac, a także powodów zaprzestania aktywności zawodowej, zarówno pracowniczej, jak i prowadzenia działalności gospodarczej ze względów zdrowotnych, co znajduje uzasadnienie w załączonej dokumentacji akt rentowych. Ubezpieczony nie kwestionował natomiast, iż aż do 9 sierpnia 2012 r. nie złożył wniosku o wyrejestrowanie działalności gospodarczej, przy czym tłumaczenie, iż nie wiedział o takiej możliwości nie znalazło uznania Sądu Okręgowego. Za bliższe prawdy Sąd uznał tłumaczenia opierające się na obawie wyrejestrowania i związanych z tym ewentualnych kontroli z organu rentowego i urzędu skarbowego, co zważywszy na niewywiązywanie się z obowiązku opłacenia składek, jak i prawidłowego rozliczania dochodów z działalności (złożenie za 2010 r. PITu „zerowego” mimo osiągnięcia przychodu z tego tytułu) nie było nieuzasadnione, jednakże pozostające bez znaczenia dla istotnych okoliczności niniejszej sprawy. Ubezpieczony nie kwestionował bowiem ostatecznie, iż w 2010 r. wykonywał w ramach działalności gospodarczej usługę na rzecz (...), potwierdzoną w niekwestionowanych dokumentach przesłanych przez ten podmiot, wyjaśniając jedynie, iż powyższe ograniczało się do „firmowania” usługi, a jej faktycznym wykonaniem zajął się znajomy. Sąd I instancji

stwierdził, że nie miał podstaw do podważenia powyższych twierdzeń, pozostających jednakże bez wpływu na ocenę prawną.

Sąd Okręgowy wskazał, że w myśl art. 83a ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1442) prawo lub zobowiązanie stwierdzone decyzją ostateczną Zakładu ulega ponownemu ustaleniu na wniosek osoby zainteresowanej lub z urzędu, jeżeli po uprawomocnieniu się decyzji zostaną przedłożone nowe dowody lub ujawniono okoliczności istniejące przed wydaniem tej decyzji, które mają wpływ na to prawo lub zobowiązanie.

Uregulowana powyższym przepisem instytucja wznowienia postępowania w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych oznacza nadzwyczajną kontynuację postępowania w tej samej sprawie, która nie jest przy tym ograniczona czasowo, co oznacza, iż może ona być wydana w każdym czasie, jeżeli zostaną spełnione przesłanki wskazane w tym przepisie. Nadto, z brzmienia powołanego przepisu wynika, iż ponowne ustalenie prawa do świadczeń (lub zobowiązania) może nastąpić nie tylko w przypadku przedłożenia nowych dowodów, lecz także w przypadku ujawnienia okoliczności istniejących przed wydaniem decyzji, które mają wpływ na prawo do świadczeń. Przy czym nie jest wymagane ujawnienie nowych okoliczności, lecz takich okoliczności, które istniały przed wydaniem decyzji, a nie zostały przez organ rentowy uwzględnione. Okoliczności istniejące przed wydaniem decyzji rentowej nie muszą być tylko takimi, na które strony stosunku prawnego ubezpieczeń społecznych nie mogły się powołać w poprzednim postępowaniu (wtedy ich nie znały), lecz także takimi faktami, które powinny być znane przy dołożeniu należytej staranności, jednakże na skutek błędu, zaniedbania, przeoczenia czy nieznanomości przepisów nie zostały uwzględnione. Ujawnione okoliczności mogą wynikać zarówno ze zgłoszenia nowych (nieznanych) dowodów wpływających na odmienną, od dokonanej pierwotnie, ocenę stanu faktycznego, jak i stanowić podstawę do ponownego ustalenia prawa lub zobowiązania (por. wyrok WSA w Warszawie z dnia 15 marca 2007 r., V SA/Wa 170/07, LEX nr 960080; wyrok SA w Szczecinie z dnia 9 lutego 2010 r.. III AUa 714/09; Biul. SASz 2011/2/86-95).

Oceniając w ramach powyższych przesłanek okoliczności i dowody powołane przez ubezpieczonego wnoszącego o ponowne ustalenie podlegania ubezpieczeniom społecznym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej w okresie od 13 czerwca 2009 r. do 12 lutego 2012 r. Sąd Okręgowy wskazał, iż w większości nie posiadały one wymaganych cech.

Powyższe dotyczyło przede wszystkim okoliczności związanych z pobieraniem przez ubezpieczonego świadczeń rehabilitacyjnych, a następnie rentowych, która to okoliczność była znana organowi rentowemu w momencie wydania decyzji z 20 marca 2012 r. jako przyznanych i wypłacanych przez ten organ, zaś z drugiej strony nie miała charakteru istotnego dla ustalenia prowadzenia działalności gospodarczej, która nie musi być wykonywana osobiście, co miało miejsce w niniejszej sprawie.

Organ rentowy przed wydaniem przedmiotowej decyzji zwrócił się również do właściwego urzędu skarbowego o udzielenie informacji w przedmiocie wywiązywania się przez ubezpieczonego z obowiązków fiskalnych w związku z prowadzoną działalnością, ustalając, iż faktycznie ubezpieczony nie wykazywał z tego tytułu dochodów od 2008 r., jednakże w dalszym ciągu rozliczał się za pomocą PIT-38, a w 2005 r. zgłosił wznowienie prowadzenia działalności i do chwili obecnej nie poinformował o jej zawieszeniu bądź likwidacji. Wskazane w załączonym do wniosku o uchylenie decyzji zaświadczeniu z dnia 14 czerwca 2012 r. informacje nie stawiają „nowej” okoliczności, a wyłącznie powielenie informacji będących już w posiadaniu organu rentowego.

Takiego przymiotu nie posiadała ostatecznie również, jak uznał Sąd I instancji, decyzja (...) Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 czerwca 2012 r., ustalająca, iż ubezpieczony w okresie od 1 stycznia 2008 r. do 9 sierpnia 2012 r.

nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia decyzją z dnia 30 maja 2014 r. stwierdził nieważność przedmiotowej decyzji z dnia 12 czerwca 2012 r. w części stwierdzającej niepodleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu w okresie od 1 stycznia 2008 r. do 9 sierpnia 2012 r. z tytułu pozarolniczej działalności gospodarczej, a decyzja ta została utrzymana w mocy decyzją Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2014 r. Powyższe zaś eliminowało decyzję z dnia 12 czerwca 2012 r. z obrotu prawnego, a jako nieistniejąca na dzień wydania wyroku nie mogła stanowić jego podstawy (art. 316 § 1 k.p.c.).

Za spełniającą wymogi „nowości” Sąd I instancji uznał natomiast okoliczność wyrejestrowania działalności gospodarczej ubezpieczonego z ewidencji działalności gospodarczej na podstawie wniosku z dnia 9 sierpnia 2012 r. z datą zaprzestania prowadzenia działalności od dnia 31 grudnia 2007 r. Powyższe nie przekładało się jednakże na podważenie prawidłowości decyzji z dnia 20 marca 2012 r. w zakresie odmiennego ustalenia okresu podlegania przez ubezpieczonego obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Przeprowadzone postępowanie dowodowe nie pozwoliło bowiem przyjąć, w ocenie Sądu, że informacje wskazane we wniosku z dnia 9 sierpnia 2012 r. w zakresie zakończenia prowadzenia działalności gospodarczej z datą wsteczną były oparte na prawdzie.

Sąd Okręgowy podkreślił, że o prowadzeniu działalności gospodarczej nie przesądza sam wpis w ewidencji działalności gospodarczej, mający znaczenie kształtujące w sferze prawa gospodarczego, lecz faktycznie jej prowadzenie rodzące obowiązki w sferze ubezpieczeń społecznych. Prowadzenia działalności gospodarczej nie należy jednakże oceniać wyłącznie przez pryzmat osiągania z tego tytułu przychodów. Faktyczne niewykonywanie działalności gospodarczej w czasie oczekiwania na kolejne zamówienie lub w czasie ich poszukiwania nie oznacza zaprzestania prowadzenia takiej działalności i nie powoduje uchylenia obowiązku ubezpieczenia społecznego, tożsamo jak brak rentowności prowadzonej działalności (por. wyrok WSA z dnia 11 grudnia 2008 r., VII SA/Wa 764/08; tak też SN, postanowienie z dnia 23 lipca 2008 r., I UK 64/08; wyrok SA w Białymstoku z dnia 24 czerwca 2008 r., III AUa 534/08; OSAB 2008/2-3/71).

Wyznacznikiem rzeczywistego prowadzenia działalności, nawet mimo braku elementów obiektywnie widocznych, jest natomiast gotowość do jej prowadzenia i zamiar (wola) osoby prowadzącej działalność gospodarczą (tak: wyrok SN z dnia 25 listopada 2005 r., I UK 80/05). Ubezpieczony, mimo wskazywanego faktycznego zakończenia prowadzenia działalności z końcem 2007 r., w roku 2010 podjął się jej prowadzenia wobec otrzymania zlecenia od byłego pracodawcy, a zamówiona usługa została rzeczywiście wykonana. Fakt, iż nie miało to charakteru osobistych czynności ubezpieczonego pozostaje, zdaniem Sądu Okręgowego, bez znaczenia. Żaden przepis prawa nie obliguje przedsiębiorcy do osobistego świadczenia pracy w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, a posługiwanie się w tym celu osobami stale zatrudnionymi bądź okolicznościowo przyznanymi jest powszechnie praktykowane.

Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że w konsekwencji upadł również argument stanu zdrowia ubezpieczonego. Nie jest bowiem przerwą w wykonywaniu działalności korzystanie ze zwolnienia lekarskiego przez przedsiębiorcę. Przerwa w prowadzeniu pozarolniczej działalności spowodowana stanem zdrowia (chorobą) nie może być traktowana na równi z zaprzestaniem wykonywania tej działalności. Okres faktycznego przestoju w wykonywaniu pozarolniczej działalności z powodu choroby (z uwagi na stan zdrowia) stanowi element ryzyka, z którym powinien liczyć się każdy podejmujący tego typu działalność (por. wyrok SN z dnia 20 marca 2009 r., II UK 308/08). Ubezpieczony, mimo bezsprzecznej niezdolności do pracy w spornym okresie, potrafił zapewnić wykonanie usługi w ramach działalności gospodarczej, która „firmowała” naprawę i z tytułu której otrzymał przychód, notabene nie rozliczony w zeznaniu podatkowym. Sąd I instancji uwzględnił także, iż ubezpieczony do 2011 r. rozliczał się z urzędem skarbowym właśnie jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą i nie zgłaszał w tym okresie zawieszenia jej prowadzenia, o której to możliwości bezsprzecznie był świadomy, albowiem

korzystał z niej w uprzednich latach. Ubezpieczony w 2011 r. zgłosił również zmiany we wpisie w ewidencji działalności gospodarczej, co prawda wymuszone zmianą przepisów (w zakresie (...)), jednakże wykonane przez ubezpieczonego, bez podjęcia próby wyrejestrowania działalności. Tłumaczenie, iż dopiero w 2012 r. dowiedział się o takiej możliwości, jak wyżej wskazano, nie znalazło uznania Sądu Okręgowego. Nie sam jednakże fakt braku uprzedniego wyrejestrowania, ale pozostawanie w gotowości do wykonywania usług w ramach zarejestrowanej działalności gospodarczej i jej rzeczywista i bezsporna realizacja, przekreślały, zdaniem Sadu, wiarygodność zgłoszonego w tym okresie wniosku o jej wyrejestrowanie z datą zaprzestania prowadzenia od 31 grudnia 2007 r.

Reasumując, Sąd Okręgowy stanął na stanowisku, iż mimo wskazania nowego dowodu w świetle art. 83a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych brak było podstaw do uchylecia decyzji z dnia 20 marca 2012 r. i ponownego ustalenia podlegania przez M. K. obowiązkowi ubezpieczeń społecznych w okresie od 13.06.2009 r. do 12.02.2012 r. poprzez stwierdzenie niepodlegania temu obowiązkowi. Wydana w tym zakresie odmowna decyzja organu rentowego odpowiadała prawu. Odwołanie podlegało oddaleniu, o czym orzeczono na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c.

Apelację od wyroku wywiódł ubezpieczony, zarzucając naruszenie wskutek błędnej wykładni i niezastosowania art. 467 k.p.c. i art. 468 k.p.c.

Wskazując na powyższe apelujący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i poprzedzających go decyzji organu rentowego w całości i przekazanie sprawy organowi rentowemu do ponownego rozpoznania.

Skarżący stwierdził, że podstawą zarówno wniosku do organu rentowego, jak i zaskarżenia decyzji organu rentowego było wskazanie nowego dowodu, o którym mowa w art. 83a ustawy systemowej w postaci wyrejestrowania działalności gospodarczej dnia 9 sierpnia 2012 r. z datą zaprzestania z dniem 31 grudnia 2007 r., wydanie decyzji przez organ rentowy przed uzyskaniem wymaganego prawem stanowiska organu, do którego o zajęcie stanowiska organ rentowy się zwrócił, wydanie decyzji przez dyrektora NFZ o niepodleganiu ubezpieczeniom zdrowotnym.

Sąd Okręgowy, oceniając dowody w sprawie uznał, iż pierwsza z przyczyn zasługuje na uznanie, i stanowi ona nowy dowód w rozumieniu przepisu art. 83a ustawy systemowej, lecz nie stanowi to podstawy do ponownego ustalenia podlegania ubezpieczeniom. Zdaniem ubezpieczonego stanowisko takie kłóci się z normą logicznego rozumowania - skoro zaistniał nowy dowód obligujący do ponownego przeprowadzenia postępowania dowodowego i wydania nowej decyzji w sprawie, to oznacza tym samym, iż poprzednia (obowiązująca) decyzja dotknięta jest wadą prawną i nie może być określona jako odpowiadająca prawu.

Zdaniem apelującego, skoro Sąd uznał, iż istnieją okoliczności uzasadniające uznanie za nowy dowód faktu wyrejestrowania działalności gospodarczej apelującego, to zgodnie z art. 83a ust. 1 prawo to podlega z mocy prawa ponownemu ustaleniu przez organ rentowy.

Apelujący podniósł, iż organ rentowy wydał zaskarżoną decyzję przed uzyskaniem stanowiska innego organu, w tym przypadku NFZ, o który sam wcześniej w trybie art. 106 k.p.a. wystąpił. Tej kwestii Sąd Okręgowy w ogóle nie rozważał i całkowicie pominął ją, wydając zaskarżony wyrok.

Apelujący podniósł, iż w dniu 1 września 2014 r. złożył skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie na decyzję Prezesa NFZ z dnia 11 sierpnia 2014 r., utrzymującą w mocy wcześniejszą decyzję Prezesa NFZ, stwierdzającą nieważność decyzji Dyrektora NFZ z dnia 12.06.2013 r., stwierdzającej niepodleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu w okresie od 1 stycznia 2008 r. do 9 sierpnia 2012 r. Zdaniem apelującego z tego powodu decyzja organu rentowego jest dotknięta wadą powodującą jej nieważność

z mocy prawa. Pominięcie powyższego zarzutu przez Sąd Okręgowy w Toruniu stanowi również podstawę do uchylecia zaskarżonego wyroku.

Wnioskodawca podkreślił również, że Sąd wyciągnął mylne wnioski z zeznań apelującego w sprawie wykonywania czynności na rzecz (...) SA Apelujący zeznał, iż faktycznie zamówienie nr (...) na kwotę 610 zł przyjął tylko z tego względu,

iż faktyczny wykonawca tej pracy nie posiadał na dzień jego przyjęcia właściwych, wymaganych do jej wykonania uprawnień wysokościowych i dozoru technicznego - grupy (...) min,1,5 KV. Apelujący był więc faktycznie firmującym to przedsięwzięcie a firmantem był pracownik (...) SA i to on, pomimo wystawienia przez apelującego rachunku, był odbiorcą wynagrodzenia za to zlecenie. Czynność powyższa była czynnością jednorazową wykonaną tylko w miesiącu styczniu - pochodnymi czynnościami przyjętego zlecenia był obowiązek okresowych przeglądów konserwacyjnych urzędnika, czego dokonywał również firmant posiadający już wówczas uprawnienia. Powyższe jednoznacznie wskazuje,

że apelujący nie prowadził w roku 2010 działalności gospodarczej - był wyłącznie firmującym. Nadto, w miesiącu lutym 2010 r. utracił posiadane uprawnienia dozoru technicznego z powodu upływu okresu, na jaki miały ważność, a z powodu stanu zdrowia nie mógł ich ponownie uzyskać.

W tym stanie zdrowia, pobierając od dnia 10 grudnia 2009 r. (nie jak określił Sąd od 2012 r.) rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i nie posiadając koniecznych do wykonywania działalności uprawnień, apelujący nie mógł wykonywać działalności gospodarczej ani jej w inny sposób prowadzić np. zatrudniając pracownika, ponieważ po pierwsze - nie posiadał koniecznych uprawnień i po drugie - straciłby prawo do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, a po trzecie - po prostu nie był w stanie jej prowadzić.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja M. K. skutkuje zmianą zaskarżonego wyroku i poprzedzających go decyzji z dnia 4 czerwca 2014 r. oraz z dnia 20 marca 2012 r.

Przedmiotem sporu w niniejszej sprawie była możliwość ponownego ustalenia kwestii podlegania przez M. K. obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym od dnia 13 czerwca 2009 r. do dnia 12 lutego 2012 r. na podstawie art. 83a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego we wskazanym powyżej zakresie Sąd Okręgowy przekroczył granice swobodnej oceny dowodów – art. 233 § 1 k.p.c. i dokonał błędnej oceny stanu faktycznego niniejszej sprawy, a w konsekwencji - poczynił nieprawidłowe ustalenia prawne, co skutkowało naruszeniem przepisów prawa materialnego.

Przypomnieć przy tym należy, iż prawidłowe rozstrzygnięcie każdej sprawy uzależnione jest od spełnienia przez Sąd orzekający dwóch naczelných obowiązków procesowych, tj. przeprowadzenia postępowania dowodowego w sposób określony przepisami kodeksu postępowania cywilnego oraz dokonania wszechstronnej oceny całokształtu okoliczności ujawnionych w toku rozprawy głównej. Rozstrzygnięcie to winno również znajdować oparcie w przepisach prawa materialnego adekwatnych do poczynionych ustaleń faktycznych. Kontrola instancyjna zaskarżonego orzeczenia ma natomiast na celu ustalenie, czy w sprawie będącej przedmiotem rozpoznania Sąd pierwszej instancji sprostał tym wymogom. Istotą postępowania apelacyjnego jest zbadanie zasadności zarzutów skierowanych przeciwko orzeczeniu sądu pierwszej instancji. Sąd odwoławczy orzeka jednak w oparciu o całokształt zgromadzonego materiału dowodowego, dokonując na nowo jego własnej, samodzielnej i swobodnej oceny, w tym oceny zgromadzonych w postępowaniu przed sądami obu instancji dowodów. Jako Sąd merytoryczny, bazując na tym samym materiale dowodowym, co Sąd pierwszej instancji, Sąd odwoławczy może czynić własne, odmienne ustalenia

(por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 lutego 2003 r., sygn. akt IV CKN 1752/00, LEX nr 78279, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 maja 2002 r., sygn. akt II CKN 615/00, LEX nr 55097).

Mając na uwadze przedmiot niniejszej sprawy Sąd Apelacyjny zwraca uwagę, iż stosownie do treści art. 123 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, w sprawach uregulowanych ustawą stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej. Przed wejściem w życie art. 83a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, tj. przed dniem 1 stycznia 2003 r., uchylenie prawomocnej decyzji w sprawie objęcia ubezpieczeniem społecznym lub ustania ubezpieczenia mogło nastąpić w trybie wznowienia postępowania na zasadach określonych w art. 145 k.p.a. w związku z art. 123 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2004 r., II UK 359/03, OSNP 2004 Nr 24, poz. 425).

Ponowne ustalenie prawa lub zobowiązania stwierdzonego ostateczną decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na podstawie obowiązującego obecnie art. 83a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych jest natomiast instytucją odrębną od wznowienia postępowania administracyjnego, wprowadzoną zamiast wznowienia postępowania administracyjnego. Jej regulacja jest wyczerpująca, co wyłącza stosowanie przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczących wznowienia postępowania

(por. między innymi motywy uchwały Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2005 r., II UZP 15/05, OSNP 2006, nr 17-18, poz. 176).

W świetle powyższego wniosek "o wznowienie postępowania" w indywidualnej sprawie zakończonej uprzednio prawomocną decyzją organu rentowego dotyczącą zgłaszania do ubezpieczeń społecznych ubezpieczeń (art. 83 ust. 1 pkt 1 ustawy

o systemie ubezpieczeń), z powołaniem się na "nowe okoliczności faktyczne lub nowe dowody istniejące w dniu wydania decyzji", podlega rozpoznaniu w trybie przewidzianym

w art. 83a ust. 1 lub 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, a nie na podstawie

art. 145 k.p.a. Ani organ rentowy, ani sąd ubezpieczeń społecznych nie są związane podstawą prawną wskazaną we wniosku "o wznowienie postępowania", bowiem wystarczającą przesłanką zastosowania art. 83a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych jest wskazanie przez stronę przyczyn "wznowienia" odpowiadających podstawom ponownego ustalenia prawa lub zobowiązania wymienionym w tym przepisie.

Dodać jeszcze należy, iż przepis art. 83a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie określa granic czasowych wydania decyzji w przedmiocie ponownego ustalenia prawa lub zobowiązania stwierdzonego decyzją organu rentowego, co oznacza,

że może ona być wydana w każdym czasie, jeżeli zostaną spełnione przesłanki wskazane

w tym przepisie (por. np. wyroki Sądu Najwyższego z 2 kwietnia 2009 r., III UK 86/08, OSNP 2010, nr 21-22, poz. 268 oraz z dnia 9 marca 2011 r., III UK 86/10, LEX nr 818611).

Wzruszalność decyzji polega przede wszystkim na niwelowaniu tzw. wad materialnoprawnych, czyli uchybień organu rentowego w zakresie rozstrzygnięcia

o faktach warunkujących uprawnienia i obowiązki w sferze ubezpieczeń społecznych,

lecz także – co warto podkreślić – zaniedbań samych ubezpieczonych wywołanych ich nieporadnością w dokumentowaniu praw i obowiązków lub niedostateczną znajomością warunków, od spełnienia których zależy przyznanie uprawnień ubezpieczeniowych. Biorąc pod uwagę charakter ubezpieczeń społecznych i cele jakie ta gałąź prawa ma realizować (między innymi zabezpieczenie świadczeń - środków utrzymania w razie zaistnienia ryzyka ubezpieczeniowego) zaistniała bowiem konieczność przyznania stronom szerokich uprawnień zarówno w celu kwestionowania ustalonych pierwotnie praw i obowiązków, jak i ponownego ubiegania się o ponowne ustalenie uprawnień lub obowiązków z zakresu ubezpieczeń społecznych. Dlatego też w orzecznictwie przeważa pogląd, że decyzje Zakładu Ubezpieczeń Społecznych nie mają waloru powagi rzeczy osądzonej, bowiem zasadą rządzącą stosunkami ubezpieczeń społecznych jest możliwość wzruszenia ustaleń stanowiących podstawę faktyczną

prawomocnych orzeczeń, także przez wydanie nowej decyzji organu rentowego (por uchwałę Sądu Najwyższego z 3 października 1996 r., II UZP 18/96, OSNAPiUS 1997

Nr 7, poz. 117; postan. Sądu Najwyższego z 7 maja 2009 r. III UK 100/o8, OSNP 2011/1-2/24). Decyzja organu rentowego nie ma przymiotu powagi rzeczy osądzonej,

co oznacza, że organ rentowy lub ubezpieczony mogą podważyć poczynione wcześniej ustalenia i zmierzać do ustalenia zgodnego z rzeczywistym stanem rzeczy, jeżeli powołano się na nowe dowody lub ujawniono okoliczności istniejące przed wydaniem decyzji mające wpływ na ustalenie uprawnień ubezpieczeniowych. W wyniku zastosowania instytucji ponownego ustalania prawa w sferze ubezpieczeń społecznych następuje nadzwyczajna kontynuacja postępowania w tej samej sprawie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2000 r., II UKN 41/00, Prok. i Pr. 2001/6/39), w którym organ rentowy ma możliwość zniwelowania własnego uchybienia powstałego przy ustalaniu prawa, natomiast zainteresowany uprawniony jest do ubiegania się o ustalenie prawa, którego mu nie przyznano, jeżeli wcześniej nie powołał się na okoliczności uzasadniające powstanie takich uprawnień.

Wyjaśnienia wymaga, iż przesłankami ponownej oceny uprawnień ubezpieczeniowych są "nowe dowody" i "ujawnione okoliczności" istniejące przed podjęciem decyzji i mające wpływ na ustalenie prawa. Odnosząc się do pierwszej podstawy wznowienia postępowania należy stwierdzić, że wzruszenie takiego rozstrzygnięcia może być przeprowadzone w sytuacji przedstawienia nowych dowodów podważających wiarygodność uprzednio zgromadzonego materiału dowodowego. Szeroko ujmowana jest przesłanka ujawnionych okoliczności istniejących przed wydaniem decyzji rentowej. Okoliczności te nie muszą być tylko faktami, na które strony realizacyjnego stosunku prawnego ubezpieczeń społecznych nie mogły się powołać w poprzednim postępowaniu (wtedy ich nie znały),

lecz także takimi faktami, które powinny być znane przy dołożeniu należytej staranności, jednakże na skutek błędu, zaniedbania, przeoczenia czy nieznanomości przepisów nie zostały uwzględnione. Ujawnione okoliczności mogą zatem wynikać zarówno ze zgłoszenia nowych (nieznanych) dowodów wpływających na odmienną, od dokonanej pierwotnie, ocenę stanu faktycznego, jak i stanowić podstawę do ponownego ustalenia prawa lub zobowiązania (por. uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 marca 2014 r., III AUa 805/13, LEX nr 1466823).

Stosownie do ust. 1 art. 83 a ustawy systemowej prawo lub zobowiązanie stwierdzone decyzją ostateczną Zakładu ulega ponownemu ustaleniu na wniosek osoby zainteresowanej lub z urzędu, jeżeli po uprawomocnieniu się decyzji zostaną przedłożone nowe dowody

lub ujawniono okoliczności istniejące przed wydaniem tej decyzji, które mają wpływ na to prawo lub zobowiązanie. Przepis art. 83a ust. 2 tej ustawy odsyła do Kodeksu postępowania administracyjnego w zakresie zasad, jakimi należy kierować się przy zmianie, unieważnieniu lub uchyleniu decyzji prawomocnej, od której nie wniesiono odwołania do sądu. Sąd Apelacyjny zwraca przy tym uwagę, iż art. 83a ust. 1 ustawy systemowej zawiera regułę generalną dla wszystkich wypadków zmiany prawomocnej decyzji – zarówno niezaskarżonej (ust. 2), jak i zaskarżonej (ust. 3).

Uchylenie bądź zmiana tej decyzji wymagają zatem stwierdzenia, że wystąpiły przesłanki o których mowa w art. 83a ust. 1 (przedłożenie nowych dowodów lub ujawnienie okoliczności istniejących w chwili wydania decyzji merytorycznej, które mają wpływ

na ocenianie nią uprawnień) oraz zastosowania przesłanek z art. 154 § 1 k.p.a. (jeżeli

za uchyleniem bądź zmianą decyzji ostatecznej, na mocy której żadna strona nie nabyła prawa przemawia interes społeczny lub słuszny interes strony) – por. uzasadnienie wyroku SN

z dnia 8 października 2010 r., I UK 113/10, LEX nr 694229.

W tym miejscu wypada zatem przypomnieć, iż M. K., domagając się zmiany decyzji z dnia 4 czerwca 2014 r. oraz 20 marca 2012 r., powołał się na nowe dowody

i okoliczności, z których miałyby wynikać, iż w okresie 13 czerwca 2009 r. do dnia 12 lutego 2012 r. nie prowadził on działalności gospodarczej.

Przedmiotowe okoliczności i dowody na ich poparcie były znane wnioskodawcy

przed wydaniem decyzji o objęciu obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznym. Należy jednak podkreślić, że w treści art. 83a ustawy systemowej nie chodzi wyłącznie o okoliczności nowe, na które wnioskodawca nie mógł się powołać w toku postępowania. Można dopuścić powołanie się przez ubezpieczonego lub inną osobę, której praw dotyczy decyzja na dowody lub okoliczności, które były jej znane, a których organ rentowy nie uwzględnił wydając decyzję. Taki pogląd, istotny w niniejszej sprawie, wyraził Sąd Najwyższy w cytowanym powyżej wyroku z dnia 8 października 2010 r., a Sąd Apelacyjny w niniejszym składzie w pełni go podziela. Sąd Najwyższy wyjaśnił, że gdyby sięgać do analogii w zakresie zasad wznawiania postępowania cywilnego (art. 403 § 2 k.p.c.), należałoby powiedzieć, że chodzi jedynie o okoliczności lub dowody istniejące przed wydaniem decyzji, których strona nie знаła (por. np. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2010 r., sygn. II PZ 5/10 oraz wyrok z dnia 2 lutego 2010 r., sygn. II UK 167/09). Wydaje się jednak konieczne uwzględnianie w tym przypadku specyfiki prawa ubezpieczeń społecznych. Istnienie obowiązku podlegania ubezpieczeniom czy prawa do świadczeń ustalane jest z mocy samego prawa, decyzja ma co do zasady znaczenie jedynie deklaratoryjne. Prawo do emerytury (art. 114 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z FUS; tj. Dz. U. z 2009 r. Nr 153 poz. 1227 ze zm.) regulowane jest podobnymi (do art. 83a ustawy systemowej) zasadami w zakresie ujawnienia nowych okoliczności. Na kwiecień tego przepisu Sąd Najwyższy stwierdził (por. postanowienie z dnia 5 listopada 2009 r., sygn. II UK 87/09), że nie chodzi w nim o okoliczności nowe, na które wnioskodawca nie mógł się powołać w toku postępowania. W związku z tym dopuszczalne jest powołanie dowodów lub okoliczności, które były stronie znane, a których organ rentowy nie uwzględnił wydając decyzję (por. wyrok SN z dnia 8 października 2010 r., I UK 113/10, LEX nr 694229).

W ocenie Sądu Apelacyjnego takimi okolicznościami i dowodami są w realiach niniejszej sprawy: wykreślenie przez ubezpieczonego działalności gospodarczej na podstawie wniosku z dnia 9 sierpnia 2012 r. z datą zaprzestania prowadzenia działalności od dnia 31 grudnia 2007 r., zaświadczenie Naczelnika Urzędu Skarbowego w G. z dnia 14 czerwca 2012 r. (k. 14 akt ZUS), wyjaśnienia ubezpieczonego złożone w trybie art. 303 k.p.c., jak również pobieranie przez wnioskodawcę świadczenia rehabilitacyjnego, a następnie świadczenia rentowego.

W tym miejscu należy podkreślić, iż Sąd I instancji przeprowadził prawidłowe rozważania prawne w przedmiocie rozumienia pojęcia prowadzenia działalności gospodarczej na gruncie prawa ubezpieczeń społecznych. Powołując się jednak na trafną argumentację, błędnie zastosował wynikające z niej wnioski do stanu faktycznego niniejszej sprawy.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 1442 ze zm.) 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 ustawy systemowej obowiązek ubezpieczenia powstaje z dniem rozpoczęcia działalności rodzącej obowiązek ubezpieczenia do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności.

W art. 8 ust. 6 pkt 1 ustawy systemowej wskazano, iż za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą uważa się osobę prowadzącą tę działalność na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych.

Przepis art. 2 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 672 ze zm.) definiuje działalność gospodarczą jako zarobkową działalność wytwórczą, budowlaną, handlową, usługową oraz poszukiwanie, rozpoznawanie

i wydobywanie kopalin ze złóż, a także działalność zawodową, wykonywaną w sposób zorganizowany i ciągły. Jest to legalna definicja działalności gospodarczej, co oznacza,

że powinna być ona traktowana jako powszechnie obowiązujące rozumienie tego pojęcia

w polskim systemie prawnym (por. postanowienie SN z dnia 2 lutego 2009 r., V KK 330/08, Prok. i Pr.-wkl. 2009, Nr 6, poz. 17, zob. też uchwałę Sądu Najwyższego z 23 lutego 2005 r., III CZP 88/04, OSNC 2006, Nr 1, poz. 5).

Z rozpoczęciem działalności gospodarczej ściśle łączy się obowiązek wpisu

do ewidencji działalności gospodarczej. Wpis ma jednak charakter deklaratoryjny, a nie - konstytutywny i nie kreuje bytu prawnego przedsiębiorcy. Zgłoszenie i wpis do ewidencji działalności gospodarczej stanowi tylko podstawę rozpoczęcia działalności gospodarczej

w rozumieniu jej legalizacji i nie jest zdarzeniem ani czynnością utożsamianą z podjęciem takiej działalności (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 6 czerwca 2013 r.,

III AUa 1928/12, LEX nr 1339313). Określenie przez samego przedsiębiorcę daty rozpoczęcia działalności gospodarczej wpisywanej do ewidencji powoduje jednak powstanie domniemania faktycznego, że z tą datą działalność gospodarcza została podjęta i jest prowadzona aż do czasu jej wykreślenia z ewidencji. Domniemanie faktyczne ma znaczenie dowodowe i może być obalone, co oznacza, iż okres prowadzenia działalności gospodarczej wynikającej z wpisu do ewidencji może być korygowany, lecz czynność ta musi być powiązana z wynikami postępowania dowodowego. W takiej sytuacji ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która wywodzi z niego skutki prawne.

Jak podkreślił Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 13 listopada 2008 r.

(II UK 94/08, LEX nr 960472) przepis art. 13 pkt 4 ustawy systemowej jednoznacznie kładzie nacisk na rozpoczęcie wykonywania pozarolniczej działalności i zaprzestanie wykonywania tej działalności, a nie na moment dokonania w ewidencji działalności gospodarczej stosownego wpisu o zarejestrowaniu działalności oraz chwilę jego wykreślenia.

W konsekwencji obowiązku ubezpieczeń społecznych podlega osoba faktycznie prowadząca działalność gospodarczą (a więc wykonująca tę działalność), a nie osoba jedynie figurująca w ewidencji działalności gospodarczej na podstawie uzyskanego wpisu, która działalności tej nie prowadzi (nie wykonuje). Tym samym okres pomiędzy uzyskaniem wpisu a jego wykreśleniem nie musi odpowiadać i w konkretnych przypadkach nie odpowiada okresowi wykonywania działalności gospodarczej. Skoro więc podleganie obowiązkowi ubezpieczenia społecznego jest pochodną prowadzenia (wykonywania) działalności gospodarczej, a nie wpisu w ewidencji, to nie podlega przymusowi ubezpieczenia zarówno osoba, która pomimo zgłoszenia działalności gospodarczej do ewidencji i uzyskania stosownego wpisu nie podjęła jej z różnych przyczyn, jak i osoba, która - mimo faktycznego niewykonywania działalności gospodarczej po jej podjęciu - jest wpisana do ewidencji, gdyż nie zgłoszono zawiadomienia o zaprzestaniu prowadzenia tej działalności. Inne rozumienie art. 13 pkt 4 ustawy systemowej mogłoby prowadzić do przypadków legalizacji fikcyjnego rejestrowania działalności gospodarczej wyłącznie w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej.

Podkreślić należy, że ubezpieczenie z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej powstaje z mocy prawa. Wprawdzie w decyzjach dotyczących tej kwestii używa się niejako zwyczajowo sformułowania „obejmuje ubezpieczeniem społecznym”, jednakże nie zmienia to faktu, że ubezpieczenie to powstaje z mocy prawa, a decyzja organu rentowego ma jedynie charakter deklaratoryjny, potwierdzający powstanie prawa z chwilą ziszczenia się jego ustawowych przesłanek. Przepis art. 6 ust. 1 pkt 5 w związku z art. 13 pkt 4 ustawy systemowej kreuje obowiązek podlegania osób prowadzących pozarolniczą działalność ubezpieczeniom z mocy ustawy od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności

do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności. Tak więc, to nie decyzja organu rentowego powoduje powstanie tego obowiązku, a jedynie potwierdza ona ten obowiązek. Decyzja ta wydawana jest na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 2 ustawy systemowej i nie jest decyzją kształtującą prawa i obowiązki, a jedynie decyzją potwierdzającą przebieg ubezpieczeń. Innymi słowy, o obowiązku ubezpieczenia przesądzają przepisy prawa, a nie wola ubezpieczonego lub organu rentowego.

Mając na uwadze powyższe Sąd odwoławczy przychylił się do stanowiska Sądu

I instancji, że obowiązek ubezpieczenia osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą wynika z faktycznego prowadzenia tej działalności.

Pogląd ten znajduje zresztą potwierdzenie w orzecznictwie Sądu Najwyższego. Przykładowo można wskazać, iż w wyroku z dnia 25 listopada 2005 r. (I UK 80/05, OSNAPiUS 2006, nr 19-20, poz. 309) Sąd Najwyższy wskazał, iż w przepisie art. 13 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych chodzi o faktyczne wykonywanie działalności pozarolniczej, w tym gospodarczej, co oznacza, iż wykonywanie tejże działalności, to rzeczywista działalność o cechach określonych w przywołanym art. 2 ust. 1 Prawa działalności gospodarczej, czyli działalność zarobkowa wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły. W wyroku z dnia 14 września 2007 r. (sygn. akt III UK 35/07) Sąd Najwyższy stwierdził natomiast, że obowiązek ubezpieczenia osoby prowadzącej pozarolniczą działalność - w tym działalność gospodarczą - wynika z faktycznego prowadzenia tej działalności. Tym samym do powstania obowiązku ubezpieczenia wymagane jest faktyczne prowadzenie tej działalności. Wykonywanie pozarolniczej działalności gospodarczej w świetle powyższego, to rzeczywista działalność zarobkowa, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły.

Mając na uwadze zaprezentowane poglądy podkreślić należy, że ocena, czy działalność gospodarcza jest wykonywana, należy przede wszystkim do sfery ustaleń faktycznych, a dopiero w następnej kolejności - do ich kwalifikacji prawnej. Działalność gospodarcza to prawnie określona sytuacja, którą trzeba oceniać na podstawie zbadania konkretnych okoliczności faktycznych, wypełniających znamiona tej działalności lub ich niewypełniających. Prowadzenie działalności gospodarczej jest zatem kategorią obiektywną, niezależnie od tego, jak działalność tę ocenia sam prowadzący ją podmiot i jak ją nazywa oraz czy dopełnia ciężących na nim obowiązków z tą działalnością związanych, czy też nie.

Sąd Okręgowy prawidłowo ustalił, że M. K. rozpoczął prowadzenie działalności gospodarczej od dnia 15 maja 1998 r. pod firmą Zakład (...). W ramach przedmiotu działalności ubezpieczony zajmował się instalatorstwem elektrycznym i remontami elektrycznymi. Poza pracą na rzecz pracodawcy nie świadczył w ramach działalności gospodarczej usług na rzecz innych klientów. Regularnie usługi na rzecz (...) ubezpieczony wykonywał do 2007 r. Od 17 marca 2008 r. do 12 czerwca 2009 r. ubezpieczony był zatrudniony w T. S.j. Ocynkownia w G. w charakterze elektromechanika.

Sąd Apelacyjny odmiennie niż Sąd I instancji ocenił jednak okoliczności związane z zakończeniem przez ubezpieczonego działalności gospodarczej. W ocenie Sądu odwoławczego Sąd I instancji przekroczył granice swobodnej oceny dowodów zakreślone przez art. 233 § 1 k.p.c. analizując materiał dowodowy w przedmiotowym zakresie.

Bezspornym jest, iż w styczniu 2010 r. M. K. przyjął od (...) S.A. zamówienie wykonania usługi przygotowania i konserwacji dźwigu towarowego - zamówienie nr (...) na kwotę 610 zł. Sąd odwoławczy dał wiarę wyjaśnieniom ubezpieczonego, iż przyjął on zamówienie, gdyż jego faktyczny wykonawca nie posiadał wymaganych uprawnień wysokościowych i dozoru technicznego. Ustalając zatem - tożsamo jak Sąd I instancji - iż przedmiotowe zamówienie wykonała w rzeczywistości inna osoba, Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że nie chodziło o przybranie jej do pomocy w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, lecz że istotnie - jak podnosi wnioskodawca - firmował on jedynie to przedsięwzięcie. Znamienne jest fakt, że gdy w styczniu 2011 r. były pracodawca ponownie zwrócił się do ubezpieczonego o wykonanie tożsamej usługi w kolejnym roku, ubezpieczony odmówił realizacji zamówienia.

W ocenie Sądu II instancji powyższe okoliczności nie świadczą zatem o wykonywaniu przez M. K. w spornym okresie działalności gospodarczej.

W kontekście powyższego Sąd Apelacyjny zwraca uwagę na immanentną cechę działalności gospodarczej, jaką jest ciągłość jej prowadzenia. Ciągłość działalności gospodarczej oznacza, że jest to względna stałość (stabilność) jej wykonywania,

przy założeniu, iż nie jest to aktywność jednostkowa, sporadyczna. Trwanie czynności wynika już z samego znaczenia przymiotnika „ciągły”, który jest przeciwieństwem przymiotnika „jednorazowy”. W przypadku działalności gospodarczej nie jest przy tym wymagana cecha ciągłości w ścisłym znaczeniu – raczej rodzajowa powtarzalność, a nie jednorazowość działań (tak zob. wyrok WSA w Gliwicach z dnia 10 czerwca 2008 r., I SA/GI 886/07, CBOSA). Sporadyczne czy wręcz jednorazowe wykonywanie czynności wyklucza zatem uznanie określonej aktywności za wykonywanie działalności gospodarczej.

Sąd Apelacyjny zwraca również uwagę, iż ciągłość jako cecha działalności gospodarczej oznacza zamiar podmiotu podejmującego i wykonującego działalność gospodarczą, objawiający się w pewnej metodzie postępowania (powtarzalność czynności) właściwej rodzajowi działalności gospodarczej (A. Powalowski, S. Koroluk, Podejmowanie działalności gospodarczej w świetle regulacji prawnych, Bydgoszcz–Gdańsk 2005, s. 37).

Nie oznacza to oczywiście utożsamiania ciągłości z koniecznością wykonywania działalności gospodarczej bez przerwy. Z punktu widzenia ciągłości działalności gospodarczej istotny jednak staje się zamiar powtarzalności określonych czynności w celu osiągnięcia dochodu (zob. wyrok NSA z dnia 28 kwietnia 2011 r., II OSK 333/11, LEX nr 992553). Ciągłość musi być elementem zamiaru podmiotu podejmującego działalność gospodarczą (zob. wyrok WSA w Poznaniu z dnia 16 sierpnia 2012 r., II SA/Po 427/12, CBOSA). Należy ponadto zwrócić uwagę, iż ciągłość oznacza, że działalność gospodarcza nastawiona jest na z góry nieokreślony czas (tak SN w wyroku z dnia 4 stycznia 2008 r., I UK 208/07, LEX nr 442841).

Podsumowując, ciągłość działalności gospodarczej należy wiązać z regularnie występującymi, powtarzającymi się i trwającymi czynnościami. Przeciwieństwem ciągłości działalności są czynności wykonywane okazjonalnie, jednorazowo, sporadycznie (zob. wyrok NSA z dnia 17 września 1997 r., II SA 1089/96, Pr. Gosp. 1998, nr 1, s. 32). Co istotne, to zamiar powtarzalności w odniesieniu do aktywności (działalności) decyduje o pozytywnym lub negatywnym zaistnieniu przesłanki ciągłości”, przy czym Sąd Apelacyjny nie przeczy, iż przerwy w jej prowadzeniu nie dyskwalifikują cechy ciągłości (zob. M. Sieradzka, glosa do wyroku NSA z dnia 28 kwietnia 2011 r., II OSK 333/11, LEX/el. 2012, teza nr 2 i 3).

Mając na względzie powyższe wskazać należy, iż nawet przy przyjęciu koncepcji Sądu I instancji, iż to ubezpieczony wykonał zlecenie (...) S.A. ze stycznia 2010 r. posługując się jedynie osobą trzecią, brak byłoby podstaw do uznania na tej podstawie, iż prowadził on wówczas działalność gospodarczą.

Ustalenie, iż M. K. w spornym okresie nie prowadził działalności gospodarczej potwierdza dodatkowo fakt wyrejestrowania działalności wnioskiem z dnia 9 sierpnia 2012 r. z datą zaprzestania jej prowadzenia w dniu 31 grudnia 2007 r., stwarzający – jak już wyżej wyjaśniono – domniemanie prawne zakończenia prowadzenia działalności z dniem 31 grudnia 2007 r.

Należy nadto uwzględnić, iż z zaświadczenia z dnia 14 czerwca 2012 r., wydanego przez Naczelnika Urzędu Skarbowego w G. wynika, iż w latach 2008 – 2001 w PIT-36 M. K. nie wykazał osiągnięcia jakiegokolwiek przychodu z tytułu pozarolniczej działalności gospodarczej.

Nie można wreszcie, w kontekście całokształtu materiału dowodowego, pomijać i tej okoliczności, że od 22 sierpnia 2008 r. (nie, jak błędnie ustalił SO – od 17.10.2008 r.) wnioskodawca przebywał na zasiłku chorobowym, a od 15 marca 2009 r. (nie, jak błędnie ustalił SO – od 11.03.2009 r.) na świadczeniu rehabilitacyjnym, które pobierał również po ustaniu zatrudnienia od 13 czerwca 2009 r. do 9 grudnia 2009 r. i od 10 grudnia 2009 r. do 30 czerwca 2012 r. Natomiast od 10 grudnia 2012 r. ubezpieczony pobiera rentę z tytułu niezdolności do pracy, przyznaną mu z uwagi na zmiany zwyrodnieniowe stawu kolanowego. Podstawą przyznania i pobierania ww.

świadczeń przez ubezpieczonego było stwierdzenie czasowej niezdolności do pracy w związku z chorobą, a następnie ustalenie przez ZUS niezdolności do pracy w rozumieniu art. 12 ustawy o emeryturach i rentach z FUS.

Ustalenie, że M. K. po dniu 31 grudnia 2007 r. nie prowadził działalności gospodarczej potwierdza, iż w spornym okresie od dnia 13 czerwca 2009 r. do dnia 12 lutego 2012 r. nie posiadał on tytułu obowiązkowego podlegania ubezpieczeniom społecznym w postaci prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej.

W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny, działając na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok, jak również poprzedzające go decyzje z dnia 4 czerwca 2014 r. i 20 marca 2012 r. stwierdzając, że M. K. w okresie pod 13 czerwca 2009 r. do 12 lutego 2012 r. nie podlegał obowiązkowi ubezpieczeń społecznych jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, jak w pkt 1 wyroku.

W pkt 2 wyroku Sąd Apelacyjny zasądził od pozwanego na rzecz M. K. kwotę 30,00 zł tytułem zwrotu opłaty sądowej od apelacji, na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z art. 36 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (j.t. Dz. U. z 2010 r. Nr 90, poz. 594 ze zm.).