

UZASADNIENIE

Zaskarżoną decyzją Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w C. stwierdził, że J. B. (1) jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu

i ubezpieczeniu chorobowemu od 13 marca 2014 r., bowiem brak podstaw do przyjęcia, że w sposób ciągły i zorganizowany prowadził działalności gospodarczą.

W odwołaniu J. B. (1) domagał się zmiany zaskarżonej decyzji i ustalenia, że jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 13 kwietnia 2014 r., zarzucając dokonanie wadliwej wykładni art. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej pomijając bogate orzecznictwo w tym zakresie, z którego wynika, iż dla uznania zorganizowanego zespołu składników niematerialnych i materialnych za przedsiębiorstwo nie jest konieczne, aby ów zorganizowany zespół prowadził czynnie działalność gospodarczą, ale aby był jedynie zdolny do prowadzenia działalności tego typu. Dodał również, iż podejmował szereg działań przygotowawczych zawsze w okresach powrotu do zdrowia. To, że nie uzyskiwał efektu w postaci realizacji zamówień, czy nawet ich przyjęcia, nie nastąpiło z powodów, za które podnosi winę. Za kuriozalne należy przyjąć założenie, że stworzył pozór prowadzenia działalności gospodarczej, zwłaszcza że zorganizował w pełni wyposażony zakład pracy – stolarnię, a w okresie od marca 2014 r. zakupił materiał, poszukiwał zleceń, prowadził badania marketingowe, analizował oferty, zamieścił ogłoszenie w Internecie, pomalował zakład i chciał stworzyć stronę internetową i prowadził w tym zakresie rozmowy itp. Czynności te wykonywał codziennie od kilku do kilkunastu godzin. Przychód z działalności prowadzonej samodzielnie można uzyskać dopiero po pewnym czasie, w jego przypadku pierwszy przychód wystąpił po dwóch miesiącach. Jego aktywność zawodowa przerywana jest okresami niezdolności do pracy, albowiem choruje na przewlekłe zaburzenia lękowe z napadami lęku, których nie można przewidzieć, a dodatkowo leczy się z powodu wrzodziejącego zapalenia jelita oraz poważnych kłopotów z kręgosłupem, które powodują czasową utratę władzy w nogach lub zeszywnienie kręgosłupa. Organ rentowy dysponuje dokumentami, z których wynika, że przebywanie na długotrwałych zwolnieniach lekarskich jest w pełni uzasadnione. Ocena sprawy nie może zatem nastąpić w oderwaniu od stanu jego zdrowia.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie, z przyczyn które stanowiły podstawę wydania zaskarżonej decyzji.

Sąd Okręgowy w Częstochowie ustalił, że J. B. (1) w dniu 10 czerwca 2013 r. zawarł ze Starostą (...), w imieniu którego działał Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w M., umowę o przyznanie środków na podjęcie działalności gospodarczej i przyznał ubezpieczonemu jednorazowe środki w wysokości 20.100 zł z przeznaczeniem na podjęcie działalności gospodarczej w zakresie – zakładu stolarskiego. Zgodnie z § 3 umowy, strona zobowiązuje się do m.in. do uruchomienia działalności gospodarczej w terminie

1 miesiąca od daty podpisania umowy oraz prowadzenia jej przez okres co najmniej

12 miesięcy oraz dokonania wydatkowania całości otrzymanych środków zgodnie

ze specyfikacją wydatków wskazaną we wniosku w terminie do dwóch miesięcy od dnia zawarcia umowy. W myśl § 7 umowy Urząd zastrzega sobie prawo natychmiastowego rozwiązania umowy w części lub całości w razie: wykorzystania przyznanych środków niezgodnie z jej przeznaczeniem, niepodjęcia lub nieterminowego uruchomienia działalności gospodarczej, prowadzenia działalności gospodarczej przez okres krótszy niż 12 miesięcy, zawieszenia działalności gospodarczej albo zaprzestania jej prowadzenia w okresie trwania umowy, wydzierżawienia lub sprzedaży majątku sfinansowanego z przyznanych środków, podjęcia zatrudnienia w okresie pierwszych 12 miesięcy prowadzenia działalności gospodarczej, złożenia niezgodnych z prawdą oświadczeń, zaświadczeń lub informacji podanych we wniosku z dnia 22 maja 2013 r. o przyznanie środków na podjęcie działalności gospodarczej, utrudnienia kontroli i nie wypełnienia innych obowiązków o których mowa

w § 3 pkt 1 i naruszenia innych warunków umowy w szczególności § 6 pkt 1.

Prawne zabezpieczenie przyznanych środków stanowiło:

- a) oświadczenie podane we wniosku z dnia 22 maja 2013 r., gdzie strona i współmałżonek oświadczają zdolność spłacenia przyznanych środków całym swoim majątkiem;
- b) poręczenie – poręczyciele i ich współmałżonkowie świadczą całym swoim majątkiem: A. G., J. S. (1) i J. S. (2) oraz J. B. (2).

Z dniem 13 czerwca 2013 r. J. B. (1) zgłosił rozpoczęcie działalności gospodarczej pod firmą Przedsiębiorstwo Handlowo-Usługowe (...) J. B. (1). W ramach tej działalności w dniu 22 lipca 2013 r. zakupił maszyny stolarskie na łączną kwotę 20.101 zł, a w dniu 22 sierpnia 2013 r. materiały elektryczne. W dniu 4 września 2013 r. na stronach internetowych Gumtree, Alegratka.pl oraz tablica.pl umieszczona została oferta firmy dotycząca wykonania osłom grzejnikowych. Przychód z działalności gospodarczej wyniósł w sierpniu 2013 r. 4.700 zł oraz we wrześniu 3.200 zł.

Z tytułu działalności gospodarczej ubezpieczony zadeklarował podstawę wymiaru dobrowolnej składki na ubezpieczenie chorobowe w wysokości: 1.336,70 zł w czerwcu 2013 r.; 9.350,13 zł w lipcu i sierpniu 2013 r.; 916,86 zł we wrześniu 2013 r.; 0 zł w okresie od października 2013 r. do lutego 2014 r.; 580,03 zł w marcu 2014 r.; 0 zł w okresie od kwietnia do lipca 2014 r.; 435,02 zł w sierpniu 2014 r.; 149, 84 zł we wrześniu 2014 r.; 0 zł w okresie od października 2014 r. do września 2015 r.; 229,88 zł w październiku 2015 r.; 79,18 zł w listopadzie 2015 r.; 0 zł w okresie od grudnia 2015 r. do marca 2016 r.; 1.459,80 zł w kwietniu 2016 r.; 0 zł w okresie od maja 2016 r. do listopada 2016 r.; 1.177,26 zł w grudniu 2016 r.; 165,02 zł w styczniu 2017 r.; 0 zł w okresie od lutego 2017 r. do czerwca 2017 r.; 495,06 zł w lipcu 2017 r. oraz 0 zł w okresie od sierpnia 2017 r. do grudnia 2017 r.

Ubezpieczony był niezdolny do pracy w okresach: od 12 września 2013 r. do 12 marca 2014 r.; od 21 marca 2014 r. do 25 sierpnia 2014 r.; od 3 września 2014 r. do 3 marca 2015 r.; od 4 marca 2015 r. do 29 października 2015 r. – świadczenie rehabilitacyjne; od 2 listopada 2015 r. do 31 marca 2016 r.; od 19 kwietnia 2016 r. do 17 października 2016 r.; od 18 października 2016 r. 16 grudnia 2016 r. – świadczenie rehabilitacyjne od 3 stycznia 2017 r. do 3 lipca 2017 r. oraz od 10 lipca 2017 r. do 19 listopada 2017 r. i w tych okresach organ rentowy wypłacił mu zasiłki chorobowe w wysokości: 39.157,30 zł za okres od 12 marca 2013 r. do 12 marca 2014 r.; 33.993,70 zł za okres od 21 marca 2014 r. do 25 sierpnia 2014 r.; 39.157,30 zł za okres od 3 września 2014 r. do 3 marca 2015 r.; 52.041 zł za okres od 4 marca 2015 r. do 29 października 2015 r. – świadczenie rehabilitacyjne; 32.487,65 zł za okres od 2 listopada 2015 r. do 31 marca 2016 r.; 39.157,30 zł za okres od 19 kwietnia 2016 r. do 17 października 2016 r.; 14.523 zł za okres od 18 października 2016 r. 16 grudnia 2016 r. – świadczenie rehabilitacyjne, 39.157,30 zł za okres od 3 stycznia 2017 r. do 3 lipca 2017 r. oraz 26.033,15 zł za okres od 10 lipca 2017 r. do 19 listopada 2017 r.

W okresach przerw między okresami niezdolności do pracy, tj.: od 13 marca 2014 r. do 20 marca 2014 r.; od 26 sierpnia 2014 r. do 2 września 2014 r.; od 30 października 2015 r. do 1 listopada 2015 r.; od 1 kwietnia 2016 r. do 18 kwietnia 2016 r.; od 17 grudnia 2016 r.

do 2 stycznia 2017 r. J. B. (1) od 13 do 20 marca 2014 r. samodzielnie pomalował swój zakład oraz poszukiwał zleceń, przeprowadzał rozmowy dotyczące stworzenia strony internetowej oraz wykonał stół montażowy na potrzeby swojego zakładu. Od 26 sierpnia 2014 r. do 2 września 2014 r. zamontował oświetlenie obszaru pracy maszyny do obróbki drewna, poszukiwał ewentualnych zleceń. Podobnie jego działania wyglądały w okresie od 30 października 2015 r. do 1 listopada 2015 r. oraz od 1 kwietnia 2016 r. do 18 kwietnia 2016 r., kiedy to także prowadził badania marketingowe w terenie polegające

na odnajdywaniu i ocenie możliwości rynkowych, z dniem 7 kwietnia 2016 r. przez Internet zakupił klucz elektryczny oraz przeprowadził analizę ofert wśród dostawców i producentów materiałów. Od 17 grudnia 2016 r. do 2 stycznia 2017 r. zmodernizował jedną maszyną, a pozostałe samodzielnie poddał konserwacji oraz z dniem 27 grudnia 2016 r. zakupił jedną płytę osb. W dniu 28 grudnia 2016 r. wysłał również zapytanie do jednej z firm o możliwości wysyłki kurierskiej obióg dębowych przy zakupie 10 m².

W dniu 2 stycznia 2017 r. na stronie internetowej Olx wystawił ogłoszenie firmy dotyczące usług stolarskich w zakresie architektury ogrodowej, zabudowy wnęk, zabudowy grzejników, parapetów drewnianych i innych, a w okresie od 4 do 9 lipca 2017 r. poszukiwał klientów i producentów półproduktów oraz w dniu 8 lipca 2017 r. zakupił wiertarkę.

J. B. (1) od wielu lat cierpi na zaburzenia lękowe z napadami lęku (paniki), z powodu których leczy się psychiatrycznie. Ponadto leczy się na schorzenia jelita oraz kręgosłupa, które okresowo się zaostrzają.

Decyzją z 6 grudnia 2017 r. organ rentowy zmienił decyzję z 24 listopada 2017 r. i odmówił ubezpieczonemu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego od 18 października 2016 r. do 16 grudnia 2016 r. oraz zobowiązał ubezpieczonego do zwrotu pobranego świadczenia rehabilitacyjnego wraz z odsetkami w łącznej kwocie 15.567,83 zł. Ubezpieczony zaskarżył tę decyzję do Sądu Rejonowego w Częstochowie.

Ustaleń powyższych dokonał Sąd Okręgowy w oparciu o akta rentowe, akta Sądu Rejonowego w Częstochowie sygn. akt VII U 186/09, dokumenty załączone do akt sprawy k. 94-106, k. 113-118 oraz zeznania świadków P. G. i J. S. (1).

Mając je na uwadze Sąd Okręgowy wskazał dyspozycje: art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 11 ust.2, art.12 ust.1, art.13 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jedn. Dz. U z 2017 r. poz. 1778 z późn. zm.) i stwierdził, że w jego ocenie zgromadzony w niniejszej sprawie materiał dowodowy nie potwierdza, aby ubezpieczony od 13 kwietnia 2014 r. prowadził na własny rachunek pozarolniczą działalność gospodarczą.

Zgodnie z poglądem Sądu Najwyższego wyrażonym w wyroku z 13 września 2016 r. sygn. akt I UK 455/15 (LEX nr 2122404), prowadzenie działalności gospodarczej o tyle stanowi tytuł podlegania ubezpieczeniom, o ile faktycznie ubezpieczony działalność tę wykonuje, choć stopień natężenia jego aktywności może być różny. Natomiast kwestie związane z formalnym zarejestrowaniem, wyrejestrowaniem, czy zgłaszaniem przerw w tej działalności mają ewentualnie znaczenie w sferze dowodowej, nie przesądzają natomiast same w sobie o podleganiu obowiązkowi ubezpieczenia społecznego, o czym będzie mowa niżej (por. wyrok Sądu Najwyższego z 4 stycznia 2008 r., sygn. I UK 202/07, LEX

nr 442890; wyrok Sądu Najwyższego z lutego 2010 r., sygn. akt, II UK 186/09, LEX nr 590235). Równocześnie prowadzenie działalności gospodarczej to proces rozciągnięty w czasie, charakteryzujący się stałym wykonywaniem lub co najmniej stałą gotowością do wykonywania czynności (kupna, sprzedaży, świadczenia usług) wchodzących w zakres prowadzonej przez przedsiębiorcę działalności w dłuższych okresach czasu.

W sprawie niesporne pozostawało, że J. B. (1) od 13 czerwca 2013 r. do 4 grudnia 2017 r. figurował w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą. Konsekwencją istnienia takiego wpisu było domniemanie (wzruszalne), że ubezpieczony w tym okresie prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą zgodną z tym wpisem (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z 22 lutego 2010 r., I UK 240/09, LEX nr 585723).

W ocenie Sądu Okręgowego całokształt zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wskazuje, że J. B. (1) działalność tę prowadził jedynie na samym początku, a związane to było m.in. z zawartą ze Starostą (...) umową o przyznanie środków na podjęcie działalności gospodarczej. Gdyby bowiem działalność ta nie była wykonywana przez

okres co najmniej 12 miesięcy, ubezpieczony zobowiązany zostałby do zwrotu uzyskanych środków finansowych. Z tego też względu na początku faktycznie podjął się zakupu maszyn, aktywnie poszukiwał klientów, o czym świadczy także uzyskany

w sierpniu i wrześniu 2013 r. zysk z tej działalności. Natomiast po pierwszym długotrwałym „zwolnieniu lekarskim” trwającym od 12 września 2013 r. do 12 marca 2014 r., ubezpieczony nie kontynuował już działalności gospodarczej, a jedynie stwarzał tego formalne pozory.

J. B. (1) po miesiącu prowadzenia działalności gospodarczej zadeklarował maksymalną podstawę wymiaru składek. W ocenie Sądu Okręgowego jest to co najmniej zastanawiające biorąc pod uwagę, iż w celu rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej skorzystał on z pomocy Urzędu Pracy, który przekazał mu znaczną sumę pieniędzy na rozpoczęcie tej działalności. Z powyższego wynika zatem, iż nie posiadał on wówczas wystarczających środków finansowych, które pozwoliłyby mu na założenie samodzielnie własnego „interesu”. Ponadto z doświadczenia zawodowego wiadomym jest, iż początkowo koszty prowadzenia działalności są znacznie wyższe, niż uzyskiwane z niej zyski. Z tego względu wprowadzono nawet preferencyjne składki dla nowych przedsiębiorców, aby zapewnić im łatwiejszy rozruch działalności. Zatem żaden rozsądny przedsiębiorca, faktycznie planujący prowadzenie działalności, nie deklaruje na początku maksymalnej podstawy wymiaru składek, zwłaszcza że nie zna nawet potencjalnej wysokości swoich zysków. Uwzględniając przy tym uzyskany przez ubezpieczonego dochód z tej działalności, który w sierpniu 2013 r. wyniósł 4.700 zł, a we wrześniu 3.200 zł, trudno

za rozsądne uznać działania polegające na opłacaniu składki wyższej, niż łączny dochód z dwóch miesięcy.

Ustalenie przy tym tak wysokiej podstawy wymiaru składki przez osobę cierpiącą na zaburzenia lękowe, u której niezdolność do pracy może pojawić się nagle i niespodziewanie,

a więc u której okresy faktycznego świadczenia pracy mogą być krótkie, jest zdaniem Sądu Okręgowego co najmniej niezrozumiałe. Trudno bowiem za rozsądne uznać działania generujące bardzo wysokie koszty przy niepewnej perspektywie korzyści. Sytuacja wygląda natomiast zupełnie inaczej w przypadku, gdy działalność ta stanowić miała jedynie podstawę do uzyskania wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

W ocenie Sądu Okręgowego J. B. (1) ponadto nie wykazał, aby w okresach krótkich przerw między poszczególnymi okresami niezdolności faktycznie prowadził tę działalność gospodarczą. Niewątpliwie o prowadzeniu działalności nie świadczy zakup klucza elektrycznego czy wiertarki, bowiem ubezpieczony nie wykazał, aby zakup tych narzędzi miał związek z prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą. Takie urządzenia winny być na stanie w każdym zakładzie stolarskim, a ich zakup po 3 latach prowadzenia działalności gospodarczej, miał jedynie pokazać na zewnątrz, iż działalność ta była prowadzona. Nie można także przyjąć, aby ich zakup uzasadniony był zużyciem poprzednich narzędzi, albowiem ilość wykonanej od początku funkcjonowania zakładu pracy wyklucza przyjęcie tezy o możliwości zepsucia jakiegokolwiek sprzętu. Również ilość materiałów budowlanych, w tym zwłaszcza jednej płyty osb potwierdza, iż zakład stolarski

w rzeczywistości nie działał, a podejmowane przez ubezpieczonego działania miały wyłącznie charakter pozorujący.

Sąd Okręgowy nie pominął przy tym, iż ubezpieczony w okresach przerw między niezdolnościami do pracy pomalował swój zakład pracy, wykonał stół montażowy czy założył oświetlenie, jednakże działania te nie mogą świadczyć o prowadzeniu działalności gospodarczej. Na uwadze należy mieć bowiem fakt, iż wykonywane zostały one po ponad roku od rozpoczęcia tej działalności, mimo iż takie czynności przygotowawcze wykonuje się na samym początku. Nawet jednak gdyby przyjąć, iż J. B. (1) nie miał możliwości wykonywania tych czynności w czerwcu 2013 r., to nadal trudno za logiczne uznać działania ubezpieczonego, który w pierwszej kolejności po odzyskaniu zdolności do pracy zajmuje się malowaniem zakładu pracy, a więc generuje kolejne koszty, zamiast zająć się intensywnym poszukiwaniem klientów. J. B. (1) nie wykazał także, aby z okresach przerw między „zwolnieniami lekarskimi” aktywnie poszukiwał klientów. Na tę okoliczność nie przedłożył jakichkolwiek dowodów, a brak zleceń jedynie potwierdza tę okoliczność.

Umieszczenie

w Internecie kilku ogłoszeń, w świetle całokształtu przeprowadzonego postępowania dowodowego, nie może świadczyć o prowadzeniu tej działalności.

Sąd Okręgowy dodał, że na uwadze należało mieć również fakt, iż ubezpieczony w ramach prowadzonej działalności gospodarczej do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wpłacił składki, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe: w 2013 r. w wysokości 20.853,82 zł, a pobrał z tytułu zasiłków chorobowych kwotę 23.881,65 zł; w 2014 r.

w wysokości 1.164,89 zł, a pobrał z tytułu zasiłków chorobowych kwotę 75.087,35 zł;

w 2015 r. w wysokości 309,06 zł, a pobrał z tytułu zasiłków chorobowych i świadczenia rehabilitacyjnego kwotę 78.289,30 zł; w 2016 r. w wysokości 2.637,06 zł, a pobrał z tytułu zasiłków chorobowych i świadczenia rehabilitacyjnego kwotę 73.238,95 zł; w 2017 r.

w wysokości 660,08 zł, a pobrał z tytułu zasiłków chorobowych i świadczenia rehabilitacyjnego kwotę 65.190,45 zł.

Sąd Okręgowy przypomniał, iż prowadzenie działalności gospodarczej wywołuje skutki nie tylko bezpośrednie, dotyczące przedsiębiorcy, lecz także dalsze, pośrednie, w tym w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, albowiem kształtuje stosunek ubezpieczenia społecznego, tj. określa wysokość składki, a w konsekwencji prowadzi do uzyskania odpowiednich świadczeń. Są to skutki bardzo doniosłe zarówno z punktu widzenia interesu przedsiębiorcy, jak i interesu publicznego, a zatem należy uznać, iż ocena faktycznego zamiaru prowadzenia działalności gospodarczej powinna być dokonywana także z punktu widzenia prawa ubezpieczeń społecznych.

Z tych przyczyn odwołanie zostało oddalone.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego wniósł pełnomocnik ubezpieczonego, zarzucając:

1. naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, tj.:

- art. 236 kpc, przez dopuszczenie dowodu z akt ZUS bez konkretnego wskazania z których konkretnie dokumentów w aktach ZUS Sąd dowód dopuścił i jaki fakt te dokumenty mają potwierdzić oraz przez oddalenie wniosków dowodowych ubezpieczonego bez wskazania które wnioski sąd uznaje za nieistotne dla rozpoznania sprawy,

a) akta ZUS za 2013 r. zawierają 29 kart a za 2017 r. kart 30 a zatem sąd powinien omówić poszczególne dokumenty, które są istotne dla rozpoznania sprawy dopuszczając ten dowód;

b) dowody z dokumentów wnioskowane przez pełnomocnika znajdują się na kartach 11,12,13-20, 29-36,38-41,42-43, 54,55,56,57,58,69,70, 72-87, 94, 95-100, 101, 102-103, 104, 105, 106 i zostały zgłoszone dla wykazania określonych faktów, sąd bez podjęcia stosownego postanowienia dowodowego a nawet wbrew postanowieniu o oddaleniu wniosków dowodowych zgłoszonych przez ubezpieczonego w uzasadnieniu powołuje się na dowody z dokumentów na kartach 94-106 a także na dokumenty złożone przez Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w tym pismo procesowe k.113-118 bez wydania stosownego postanowienia dowodowego;

c) sąd w uzasadnieniu powołuje się na akta sprawy Sądu Rejonowego w Częstochowie sygn. akt VII U 186/09 bez dopuszczenia tego dowodu stosownym postanowieniem oraz bez wskazania które dokumenty potwierdzają i jakie fakty;

- art. 217 § 1 kpc w zw. z art. 227 kpc i art. 328 § 2 kpc polegające na niewskazaniu w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku przyczyn dla których sąd „oddalił dowody” zgłoszone przez ubezpieczonego istotne dla rozstrzygnięcia sprawy,

- art. 328 § 2 kpc przez niewyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem odpowiednich przepisów prawa,

- art. 233 § 1 i art. 328 § 2 kpc przez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów przeprowadzonych w sprawie wybiórczo dla postawionej przez organ i przyjętej przez Sąd

z naruszeniem zasad logiki oraz doświadczenia życiowego tezy, że ubezpieczony stworzył pozór działalności gospodarczej pomimo, że organ nie wykazał:

- aby choroba ubezpieczonego miała taki charakter,
- nastąpiła zmiana stanu faktycznego uzasadniająca zmianę stanowiska organu w sprawie wypłaty świadczeń;
- żadnym wnioskiem dowodowym, że działalność wykonywana przez ubezpieczonego miała charakter pozorny,

- art. 233 § 1 kpc przez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego pomimo, że w uzasadnieniu wyroku sąd powołuje się na ocenę całego materiału dowodowego:

a) przez błędne przyjęcie, że ubezpieczony nie wykonał żadnych usług czy czynności, które wchodziły w zakres działalności gospodarczej i poczynienie takiego ustalenia pod tezę orzeczenia innego sądu na którego wyrok sąd się powołał w uzasadnieniu wyroku i w oderwaniu do dowodów zaproponowanych przez ubezpieczonego w niniejszej sprawie,

b) przez błędne przyjęcie że ubezpieczony w okresach powrotu do zdrowia miał przeprowadzić cały proces pozyskania zlecenia oraz ich wykonania i tylko wtedy jego aktywność zawodowa miałyby cechy działalności gospodarczej,

c) przez czynienie ustaleń związanych z tym jak powinna wyglądać działalność ubezpieczonego mimo, iż sąd nie dopuścił żadnego dowodu który mógłby stanowić podstawę do czynienia takich ustaleń,

d) przez zamienne stosowanie pojęć o innym charakterze prawnym: „przychód” i „dochód” oraz „wysokość składki” i „podstawa wymiaru składki”.

Skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego ewentualnie, na wypadek uznania przez sąd, że nie zachodzi podstawa do uchylenia zaskarżonego wyroku, o zmianę zaskarżonego wyroku i zmianę zaskarżonej decyzji przez ustalenie, że ubezpieczony J. B. (1) jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegał obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, wypadkowemu od 13 marca 2014 r. i dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 13 marca 2014 r. oraz zasądzenie od organu na rzecz ubezpieczonego kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm prawem przepisanych za pierwszą instancję. Wniósł nadto o zasądzenie od organu na rzecz ubezpieczonego kosztów postępowania apelacyjnego wraz z kosztami zastępstwa procesowego wg norm prawem przepisanych.

Wreszcie, na podstawie art. 380 kpc wniósł o rozpoznanie przez Sąd postanowienia Sądu Okręgowego w Częstochowie z 19 października 2018 r. oddalającego wnioski dowodowe ubezpieczonego z uzasadnieniem Sądu, że wnioski te są zbędne dla rozstrzygnięcia kontroli zgodności z prawem zaskarżonej decyzji, uchylenie tego postanowienia jako naruszającego prawo i dopuszczenie wniosków dowodowych zgłoszonych przez pełnomocnika ubezpieczonego w treści odwołania, w pismach przygotowawczych z dnia 12 marca 2018 r., 9 maja 2018 r. oraz na rozprawie w dniu 27 kwietnia 2018 r. i 19 października 2018 r., tj. :

1) z akt organu dotyczących udzielanych świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz dokumentów przedkładanych organowi dla przyznania świadczeń na okoliczność uzasadnionego prawa do pobierania tych świadczeń,

2) z akt sprawy rozpoznawanej przed Sądem Rejonowym w Częstochowie pod sygn. akt VII U 186/09 a w szczególności opinii biegłej sądowej na okoliczność charakteru dolegliwości na jakie cierpi ubezpieczonych, ich nieprzewidywalnego wystąpienia i przewlekłości,

3) z akt kontroli dokumentacji medycznej ubezpieczonego u lekarzy leczących ubezpieczonego na okoliczność stanu zdrowia ubezpieczonego uzasadniającego korzystanie

z długotrwałych zwolnień lekarskich w okresie objętym decyzją,

4) z wyniku badania radiologicznego z 19 stycznia 2017 r., karty informacyjnej dla pacjenta z 10 maja 2017 r., na okoliczność stanu zdrowia ubezpieczonego,

5) ze zdjęć przedsiębiorstwa ubezpieczonego na okoliczność wykazania zorganizowania przedsiębiorstwa ubezpieczonego,

6) z przesłuchania ubezpieczonego na okoliczność zorganizowania przedsiębiorstwa i wykonywania działalności gospodarczej w okresach przywróconej zdolności do pracy po okresach choroby,

7) z akt organu w zakresie postępowania wyjaśniającego pod koniec 2013 r., po pierwszym zwolnieniu lekarskim jakie przedłożył ubezpieczony na okoliczność, nie zgłaszania zastrzeżeń do prowadzenia przez ubezpieczonego działalności gospodarczej przez organ,

8) z decyzji organu z 6 grudnia 2017 r. (...) i odwołania wywiedzionego od tej decyzji przez ubezpieczonego na okoliczność zmiany zaskarżonej decyzji, zakresu tej zmiany oraz stanowiska ubezpieczonego wobec dokonanej zmiany,

9) zaświadczenia o niezaleganiu w opłacaniu składek z 31 stycznia 2018 r. na okoliczność, że ZUS na dzień wydania zaświadczenia wskazał, że ubezpieczony nie jest płatnikiem składek, oraz ubezpieczony ma obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz pracy i wskazał, że ubezpieczony nie ma zaległości w takich opłatach,

10) PIT 28 za 2013 r. na okoliczność, że ubezpieczony uzyskał przychód w kwocie 7900 zł z działalności gospodarczej w 2013 r.,

11) ewidencji przychodów za wrzesień 2013 r. na okoliczność, że ubezpieczony uzyskał przychód w kwocie 3200 zł,

12) ewidencji przychodów za sierpień 2013 r. na okoliczność że ubezpieczony uzyskał przychód w kwocie 4700 zł,

13) orzeczenia o stopniu niepełnosprawności znak (...) z 17 kwietnia 2018 r. na okoliczność ustalenia niepełnosprawności ubezpieczonego, jej stopnia, daty powstania, wskazań dotyczących zatrudnienia, pomocy osób trzecich,

14) pisma ubezpieczonego z 8 października 2013 r. do ZUS na okoliczność wyjaśnienia okoliczności prowadzenia działalności gospodarczej przez ubezpieczonego oraz poprzedzającego to pismo pisma ZUS z 3 października 2013 r. na okoliczność zakresu żądanych danych od ubezpieczonego w postępowaniu wyjaśniającym zasadność podlegania ubezpieczeniom społecznym,

15) Pisma PUP w M. z 4 września 2014 r. (...) PUP na okoliczność spełnienia warunków prowadzenia działalności gospodarczej przez wymagany okres 12 miesięcy i rozwiązania umowy o dofinansowanie,

16) z zaświadczeń z 8 maja 2013 r. i z 15 lipca 2014 r. na potwierdzenie, że ubezpieczony wcześniej również prowadził działalność gospodarczą w zakresie usług stolarskich,

17) z opinii biegłego lekarza sądowego neurologa oraz psychiatry dla ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonego i nieprzewidywalności wystąpienia choroby w trakcie całego leczenia, jej rzutów i stanu zdrowia w okresie od 2013 r. od kiedy ZUS zakwestionował prowadzenia działalności gospodarczej,

18) z opinii biegłego ortopedy z uwagi na chorobę kręgosłupa i niemożności wykonywania zwykłych czynności,

19) z publikacji, którą udostępnia ZUS z powołaniem na zawartą na 6 stronie informację dla osób ubezpieczonych,

20) z pisma ZUS z 9 października 2013 r. znak (...),

21) z pisma ZUS z 1 marca 2018 r. znak (...),

22) pisma ZUS z 3 października 2013 r. znak (...),

23) pisma ubezpieczonego z 8 października 2013 r.,

24) pisma ZUS z 10 października 2013 r. znak (...).

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

apelacja jest bezzasadna.

Sąd Okręgowy przeprowadził prawidłowe postępowanie dowodowe, nie przekraczając granicy wyznaczonej dyspozycją art. 233 § 1 kpc dokonał właściwych ustaleń faktycznych oraz wywiódł z nich logiczne i znajdujące oparcie we właściwie wskazanych przepisach prawa materialnego wnioski. Nie budzą też wątpliwości Sądu Apelacyjnego: trafność rozstrzygnięcia i rozważania przedstawione na jego uzasadnienie, które wymagają pewnego uzupełnienia.

Sąd Apelacyjny ponadto dopuścił dowody wymienione w punktach 2, 5, 8,10-13 i 16 uzasadnienia apelacji, na okoliczności tam wskazane: z akt sprawy rozpoznawanej przed Sądem Rejonowym w Częstochowie pod sygn. akt VII U 186/09 a w szczególności opinii biegłej sądowej na okoliczność charakteru dolegliwości na jakie cierpi ubezpieczonych, ich nieprzewidywalnego wystąpienia i przewlekłości; ze zdjęć przedsiębiorstwa ubezpieczonego na okoliczność wykazania zorganizowania przedsiębiorstwa ubezpieczonego, z decyzji organu rentowego z 6 grudnia 2017 r. nr (...) i odwołania wywiezionego od tej decyzji przez ubezpieczonego na okoliczność zmiany zaskarżonej decyzji, zakresu tej zmiany oraz stanowiska ubezpieczonego wobec dokonanej zmiany;

PIT 28 za 2013 r. na okoliczność, że ubezpieczony uzyskał przychód w kwocie 7900 zł

z działalności gospodarczej w 2013 r.; ewidencji przychodów za wrzesień 2013 r.

na okoliczność, że ubezpieczony uzyskał przychód w kwocie 3200 zł.; ewidencji przychodów za sierpień 2013 r. na

okoliczność, że ubezpieczony uzyskał przychód w kwocie 4700 zł.; orzeczenia o stopniu niepełnosprawności znak (...) z 17 kwietnia 2018 r.

na okoliczność niepełnosprawności ubezpieczonego, jej stopnia, daty powstania, wskazań dotyczących zatrudnienia, pomocy osób trzecich; z zaświadczeń z 8 maja 2013 r. i z 15 lipca 2014 r. na potwierdzenie, że ubezpieczony wcześniej również prowadził działalność gospodarczą w zakresie usług stolarskich.

W pozostałym zakresie Sąd Apelacyjny po myśli art.217 § 3 kpc oddalił wnioski dowodowe zawarte w apelacji, bowiem obejmują one okoliczności bezsporne, dotyczy to również wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych lekarzy (bowiem rodzaj schorzenia i jego przebieg jest bezsporny). Pominął również dowód z przesłuchania ubezpieczonego na okoliczność organizowania przedsiębiorstwa i wykonywania działalności gospodarczej w okresach przywróconej zdolności do pracy po okresach choroby, mając na uwadze, że w postępowaniu przed Sądem I instancji ubezpieczony dowodził zaświadczeniami wystawianymi przez lekarza sądowego, że może być przesłuchany tylko w miejscu zamieszkania. Jak stanowi art.299 kpc, jeżeli po wyczerpaniu środków dowodowych lub

w ich braku pozostały niewyjaśnione fakty istotne dla rozstrzygnięcia sprawy, sąd dla wyjaśnienia tych faktów może dopuścić dowód z przesłuchania stron. Jest to zatem dowód

o charakterze posiłkowym a w niniejszej sprawie w ocenie Sądu Apelacyjnego zebrany dotychczas materiał dowodowy pozwolił na wyjaśnienie faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy.

Z tych przyczyn po myśli art. 380 kpc Sąd Apelacyjny dokonał jedynie częściowej zmiany postanowienia dowodowego Sądu Okręgowego w Częstochowie z 19 października 2018 r. W konsekwencji, w ocenie Sądu Apelacyjnego nie mógł być uznany za trafny zarzut naruszenia art. 236 kpc, art. 217 § 1 kpc w zw. z art. 227 kpc i art. 328 § 2 kpc.

Wbrew zarzutom apelacji, Sąd I instancji wyjaśnił podstawę prawną wyroku z przytoczeniem odpowiednich przepisów prawa, wskazując dyspozycje: art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1, art. 13 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jedn. Dz. U z 2017 r. poz. 1778 z późn. zm.) i stwierdzając, że w jego ocenie zgromadzony w niniejszej sprawie materiał dowodowy nie potwierdza, aby ubezpieczony od 13 kwietnia 2014 r. prowadził na własny rachunek pozarolniczą działalność gospodarczą.

Charakterystyczne jest przy tym, że skarżący, również w apelacji, w istocie nie wskazuje jakichkolwiek dowodów na to, aby poza początkowym okresem w którym związany był umową o przyznanie środków na podjęcie działalności gospodarczej, wykonywał faktycznie działalność gospodarczą.

Oceny tej w żadnej mierze nie zmieniają dowody uzupełniająco dopuszczone przez Sąd Apelacyjny: decyzje dotyczące świadczenia rehabilitacyjnego, jego zwrotu i postępowania odwoławczego, opinie biegłych co do charakteru dolegliwości na jakie cierpi ubezpieczony, ich nieprzewidywalnego wystąpienia i przewlekłości – mogą ewentualnie służyć w postępowaniu o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, zaś w sporze dotyczącym rzeczywistego prowadzenia działalności gospodarczej - w żaden sposób nie wspierają twierdzeń ubezpieczonego o rzeczywistym prowadzeniu tej działalności.

Zeznanie podatkowe za 2013 r. oraz ewidencja przychodów za sierpień i wrzesień 2013 r., czy też fakt, że w przeszłości ubezpieczony świadczył usługi stolarskie, nie potwierdzają, aby ubezpieczony w spornym okresie (od 13 marca 2014 r.) w sposób zorganizowany i ciągle prowadził działalność gospodarczą, czy też podejmował starania w tym kierunku. Natomiast uzyskanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności to kolejna, obok tak licznych i długotrwałych okresów niezdolności do pracy z powodu choroby, okoliczność mogąca wskazywać, że J. B. (1) może ewentualnie być uznany za osobę niezdolną do pracy w rozumieniu art. 12 ustawy o emeryturach i rentach.

Dla porządku można dodać, że istotnie, zgodnie z ustalonym poglądem orzecznictwa (por. uchwałę 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 21 kwietnia 2010 r. sygn. akt II UZP 1/10, OSNP Nr 21-22 z 2010 r. poz.267), Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie jest uprawniony do kwestionowania kwoty zadeklarowanej przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność jako podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, jeżeli mieści się ona w granicach określonych ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.).

Niemniej jednak ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, także w ocenie Sądu Apelacyjnego wynika jednoznacznie, że w spornym okresie ubezpieczony, pomiędzy okresami pobierania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, jedynie stwarzał pozory prowadzenia działalności gospodarczej. Brak zatem podstaw z art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1 i art. 13 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych do objęcia go ubezpieczeniami społecznymi z tego tytułu.

Z tych przyczyn, po myśli art. 385 kpc orzeczono, jak w sentencji

/-/ SSA W.Bzibziak /-/ SSA W.Nowakowski /-/ SSA A.Kolonko

Sędzia Przewodniczący Sędzia