

Sygn. akt III AUa 618/18

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 listopada 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Michał Bober
Sędziowie:	SA Alicja Podlewska SO del. Tomasz Koronowski (spr.)
Protokolant:	sekr. sądowy Katarzyna Kręska

po rozpoznaniu w dniu 14 listopada 2018 r. w Gdańsku

sprawy Z. H.

z udziałem B. M.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w E.

o podleganie ubezpieczeniom społecznym

na skutek apelacji Z. H. i B. M.

od wyroku Sądu Okręgowego w Elblągu IV Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 22 stycznia 2018 r., sygn. akt IV U 841/17

1. oddala obie apelacje;

2. zasądza od Z. H. i B. M. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w E. kwoty po 120,00 (sto dwadzieścia 00/100) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za drugą instancję.

SSA Alicja Podlewska SSA Michał Bober SSO del. Tomasz Koronowski

Sygn. akt III AUa 618/18

UZASADNIENIE

Pozwany Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w E. decyzją z 25 kwietnia 2017r., nr (...) ustalił, że Z. H., jako pracownik u płatnika składek (...), nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu od dnia 6 kwietnia 2016r.

Skarżący Z. H. wniósł odwołanie od powyższej decyzji pozwanego organu rentowego. W uzasadnieniu odwołania wywodził, że został zatrudniony na stanowisku przedstawiciel handlowy-kierowca i swoją pracę wykonywał zgodnie z umową o pracę.

W odpowiedzi na odwołanie pozwany Zakład Ubezpieczeń Społecznych w E. wniósł o jego oddalenie, podtrzymując argumentację zawartą w decyzji. Zdaniem organu zgłoszenie skarżącego do ubezpieczeń społecznych miało na celu nie rzeczywiste świadczenie pracy, lecz wyłącznie stworzenie formalnych przesłanek do uzyskania uprawnień do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby.

Płatnik składek B. M. poparła stanowisko skarżącego, wskazując że skarżący w jej firmie wykonywał archiwizację dokumentów, wykonywał zlecone przez nią czynności, oraz świadczył pracę jako kierowca, zawoził ją na spotkania z klientami, a swoją obecność odnotowywał na liście obecności. Na powyższe okoliczności płatnik zawnioskowała na dowody osobowe.

Wyrokiem z dnia 22 stycznia 2018r., sygn. akt IV U 841/17, Sąd Okręgowy w Elblągu oddalił odwołanie. Sąd ten oparł się na następujących ustaleniach i wnioskach:

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Płatnik składek B. M. od 2011r. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą w zakresie działalności agentów i brokerów ubezpieczeniowych. Zajmuje się ubezpieczeniem osób gospodarczych i fizycznych. W okresie działalności zatrudniała ona w okresach:

- od 9 marca 2012r. do 31 grudnia 2012r. M. M. wymiarze 1/2 etatu na stanowisku asystenta brokera, a od 1 stycznia 2013r. wymiarze pełnego etatu,
- od 1 października 2012r. do 30 listopada 2012r. O. M. w oparciu o umowę zlecenia,
- od 8 maja 2013r. do 7 listopada 2013r. A. K. w ramach stażu z UP,
- od 10 marca 2014r. do 31 marca 2014r. P. C. na podstawie umowy o dzieło,
- od 2 lipca 2014r. do 30 listopada 2014r. G. M. w ramach stażu z UP,
- od 6 kwietnia 2016r. Z. H., który od 1 czerwca 2016r. przebywa na zwolnieniu lekarskim.

Płatnik składek z powodu wypadku komunikacyjnego była niezdolna do pracy, pobierając zasiłek chorobowy w okresach: od 1 stycznia 2015r. do 3 marca 2015r., od 10 września 2015r. do 10 października 2015r., od 19 stycznia 2016r. do 2 lutego 2016r. i od 18 maja 2016r. do 31 maja 2016r.

Skarżący Z. H. posiada wykształcenie zawodowe formierz odlewnik. Od 1988r. do 20 czerwca 2012r. z przerwami prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą. Od dnia 21 czerwca 2012r. skarżący nie podlegał z żadnego tytułu ubezpieczeniu chorobowemu. W okresie od 21 czerwca 2012r. do 31 grudnia 2015r. skarżący pobierał świadczenie pielęgnacyjne przysługujące osobom sprawującym opiekę nad osobą legitymującą się orzeczeniem o niepełnosprawności (skarżący sprawował opiekę nad swoją matką). W okresie od 13.01.2016r. do 05.04.2016r. był zarejestrowany jako osoba bezrobotna.

Skarżący Z. H. w dniu 5 kwietnia 2016r. został zatrudniony u płatnika składek B. M. na czas nieokreślony w pełnym wymiarze czasu pracy na stanowisko przedstawiciel handlowy-kierowca z wynagrodzeniem 2.500 zł. Na stanowisko to nie była prowadzona rekrutacja. Skarżący przedłożył orzeczenie lekarskie dotyczące braku przeciwwskazań do zatrudnienia od 4 kwietnia 2016r. na stanowisko przedstawiciela handlowego –kierowcy.

Według pisemnego zakresu do obowiązków skarżącego należało: dostarczanie dokumentów do wyznaczonych klientów, przyjmowanie dokumentów od klientów, sporządzenie niezbędnej dokumentacji ubezpieczeniowej dla brokera, analiza rynku i pozyskiwanie nowych klientów, praca zgodnie z przyjętymi standardami firmy, podtrzymanie dobrego wizerunku firmy. Nadto w zakresie uprawnień i odpowiedzialności do obowiązków skarżącego miało należeć: prowadzenie samochodów stanowiących własność firmy, utrzymanie w odpowiednim stanie technicznym pojazdów, obsługa codzienna pojazdów, odpowiedzialność za przekazane dokumenty.

Dokument ZUS ZUA został złożony w ustawowym terminie, tj. 10 kwietnia 2016r. Od 1 czerwca 2016r. ubezpieczony jest niezdolny do pracy.

Organ rentowy wszczął postępowanie wyjaśniające celem ustalenia poprawności zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych skarżącego i 25 kwietnia 2017r. organ rentowy wydał zaskarżoną decyzję. Decyzja ta została zaskarżona przez Z. H..

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że zgodnie z art. 6 ust. 1 w związku z art. 8 ust. 1, 11 ust. 1, 12 ust. 1 oraz 13 pkt 1 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (obecnie Dz.U. z 2017, poz. 1778 ze zmianami; dalej: ustawa systemowa), obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym podlegają pracownicy, przez których rozumie się osoby pozostające w stosunku pracy. Art. 22 § 1 Kodeksu pracy stanowi zaś, iż przez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i w czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca do zatrudniania pracownika za wynagrodzeniem.

Z powyższej normy wynikają cechy, jakim musi odpowiadać umowa, aby mogła być zakwalifikowana jako umowa o pracę. Zarówno literatura przedmiotu, jak też orzecznictwo sądów powszechnych i Sądu Najwyższego wyszczególnia następujące cechy stosunku pracy:

1. stroną zobowiązaną do pracy /pracownikiem/ jest osoba fizyczna,
2. zobowiązuje się ona do pracy w zamian za wynagrodzeniem /odpłatność pracy/,
3. przedmiotem umowy ze strony pracownika jest samo pełnienie /wykonywanie/ pracy,
4. pracownik nie jest obciążony ryzykiem realizacji zobowiązania,
5. pracownik obowiązany jest świadczyć pracę osobiście,
6. pracownik w realizacji zobowiązania jest podporządkowany.

Artykuł 22 kp określa podstawowe cechy charakterystyczne stosunku pracy i zarazem jego podstawowy cel społeczno-gospodarczy. Jest to relacja prawna między pracownikiem, a pracodawcą, której główną treść stanowi zobowiązanie się pracownika do ciągłego, osobistego wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem /w warunkach organizacyjnego podporządkowania/, a pracodawcy do zatrudnienia pracownika za wynagrodzeniem. Przy czym z uwagi na fakt, iż stosunek pracy jest stosunkiem zobowiązaniowym uzewnętrzniającym wolę umawiających się stron, po stronie pracownika musi istnieć chęć świadczenia pracy oraz możliwość jej świadczenia, a po stronie pracodawcy potrzeba zatrudnienia i korzystania z pracy za wynagrodzeniem. W każdej sytuacji tego rodzaju szczegółowego wyjaśnienia wymaga, czy pomiędzy stronami nastąpiło nawiązanie stosunku pracy, rezultatem czego będzie skutek wynikający z systemu prawa ubezpieczeń społecznych w postaci podlegania pracowniczemu ubezpieczeniu społecznemu, czy też zgłoszenie do ubezpieczenia ma charakter fikcyjny, a to z tej przyczyny, że pomimo zawartej umowy o pracę nie nastąpiło nawiązanie stosunku pracy.

Sąd I instancji podkreślił, że pozorność czynności prawnej i zawarcie umowy w celu obejścia prawa, stanowią dwa różne pojęcia prawne. Inne są przesłanki nieważności bezwzględnej czynności prawnej dokonanej dla pozoru, aniżeli z powodu obejścia prawa.

Na gruncie podlegania ubezpieczeniom społecznym w związku z nawiązaniem stosunku pracy orzecznictwo wskazuje, że umowę o pracę uważa się za zawartą dla pozorów, jeżeli przy składaniu oświadczeń woli obie strony mają świadomość, że osoba określona w umowie o pracę jako pracownik nie będzie świadczyć pracy, a osoba wskazana jako pracodawca nie będzie z jej pracy korzystać (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 sierpnia 2005r., II UK 321/04, OSNP 2006/11-12/190). Do zawarcia umowy o pracę stosuje się bowiem odpowiednio na podstawie odesłania zawartego w art. 300 k.p. przepisy części ogólnej kodeksu cywilnego odnoszące się do oświadczenia woli (art. 82-88 kc). Zgodnie z art. 83 § 1 zd. 1 kc nieważne jest oświadczenie woli złożone drugiej stronie za jej zgodą dla pozorów. Art. 83 kc charakteryzuje czynność prawną pozorną przez wskazanie trzech jej elementów, które muszą wystąpić łącznie: oświadczenie woli musi być złożone tylko dla pozorów, oświadczenie woli musi być złożone drugiej stronie, adresat oświadczenia woli musi zgadzać się na dokonanie czynności prawnej jedynie dla pozorów. Złożenie oświadczenia woli dla pozorów oznacza, że osoba oświadczająca wole w każdym wypadku nie chce, aby powstały skutki prawne, jakie zwykle prawo łączy ze składaniem przez nią oświadczeniem. Brak zamiaru wywołania skutków prawnych oznacza, że osoba składająca oświadczenie woli albo nie chce w ogóle wywołać żadnych skutków prawnych, albo też chce wywołać inne, niż wynikałoby ze złożonego przez nią oświadczenia woli /por. wyrok SA w Gdańsku z dnia 11 stycznia 2007r., sygn. akt III AUa 2565/06).

Czynność prawna mająca na celu obejście ustawy polega natomiast na takim ukształtowaniu jej treści, które z punktu widzenia formalnego nie sprzeciwia się ustawie, ale w rzeczywistości zmierza do osiągnięcia celu, który jest przez nią zakazany (art. 58 k.c.). Do nawiązania stosunku pracy dochodzi poprzez złożenie zgodnych oświadczeń woli przez pracodawcę i pracownika, niezależnie od jego podstawy prawnej - art. 11 kp. Zgodnie z art. 22 kp, przez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem, w miejscu i w czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca do zatrudnienia pracownika za wynagrodzeniem. Celem zatem i zamiarem stron umowy o pracę winna być faktyczna realizacja treści stosunku pracy w granicach określonych zawartą umową, przy czym oba te elementy wyznaczają: ze strony pracodawcy - realna potrzeba ekonomiczna i umiejętności pracownika, zaś ze strony pracownika - ekwiwalentność wynagrodzenia uzyskanego za świadczenie pracownicze.

Za pozorną umowę o pracę nie można uznać takiej umowy, która w rzeczywistości była wykonywana - w ramach której pracownik faktycznie świadczy na rzecz pracodawcy pracę dobrowolnie podporządkowaną. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 28 lutego 2001r. (II UK 244/00) podał, że o fikcyjności umowy o pracę świadczy zamiar nawiązania stosunku ubezpieczenia społecznego bez rzeczywistego wykonywania tej umowy. Podobnie w wyroku z dnia 13 czerwca 2006r., w sprawie II UK 202/05, Sąd Najwyższy wskazał, że nie jest istotne, czy strony zawierające umowę o pracę miały realny zamiar wzajemnego zobowiązania się przez pracownika do świadczenia pracy, a przez pracodawcę do zapewnienia pracy i wynagrodzenia za nią - lecz to, czy taki zamiar stron został w rzeczywistości zrealizowany.

Nie sposób także nie przyjąć, że zamiarem stron zawierających umowę o pracę jest również immanentnie związany z faktem bycia pracownikiem fakt objęcia obowiązkiem ubezpieczenia społecznego. Wskazać jednak należy, że okoliczność ta nie może stanowić podstawy dla uznania umowy za nieważną. Zgodnie z powoływanym wyżej art. 58 kc, podstawą dla stwierdzenia nieważności umowy o pracę może być uznanie jej za czynność prawną podjętą w celu obejścia ustawy. Czynnością podjętą w celu obejścia ustawy jest jednak tylko taka czynność, która zmierza do osiągnięcia skutku zakazanego przez prawo. Stąd też zawarcie umowy o pracę nawet tylko z tego powodu, żeby uzyskać świadczenia z ubezpieczenia społecznego nie może być zakwalifikowane jako obejście prawa. Naturalne, całkowicie zgodne z porządkiem prawnym i zasadami współżycia społecznego, jest dążenie stron umowy o pracę do tego, aby pracownik z tytułu pracowniczego statusu uzyskiwał przewidziane w prawie o ubezpieczeniach społecznych prawa i świadczenia. Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 5 października 2005r., w sprawie I UK 32/05, wskazał, że zawierając umowę o pracę strony kierują się różnymi motywami indywidualnymi (tak też SN w wyroku z dnia 9 sierpnia 2005r., III UK 89/05, OSNP 2006/11-12/192). Sam fakt, iż zawierając umowę o pracę strony kierują się wyłącznie objęciem pracownika ubezpieczeniem społecznym nie może skutkować nieważnością takiej umowy, jednakże umowa taka musi być realizowana.

Zgodnie z utrwalonym orzecnictwem Sądu Najwyższego do objęcia pracowniczym ubezpieczeniem społecznym, nie może dojść, gdy zgłoszenie do ubezpieczenia dotyczy osoby, która nie jest pracownikiem, a zgłoszenie to następuje pod pozorem zatrudnienia (por. wyrok z dnia 18 października 2005r., sygn. akt II UK 43/05 i III UK 32/06 z dnia 18 maja 2006r.) Wobec tego warunkiem pracowniczego ubezpieczenia społecznego jest istnienie faktycznego stosunku pracy, a o ważności stosunku pracy świadczy to, czy oświadczenie woli zawarte w umowie pracy nie zawierają wad, które powodowałyby ich nieważność bądź bezskuteczność. Z powyższych względów na istnienie stosunku pracy nie składa się tylko zawarcie umowy o pracę, ale przede wszystkim zamiar stron oraz faktyczne wykonywanie określonej pracy, na warunkach wynikających z umowy.

Następnie Sąd I instancji wskazał, że w związku z zarzutem pozwanego organu, na skarżącym ciążył ciężar wykazania, że świadczył on pracę na rzecz B. M. w ramach zawartej umowy o pracę.

Proces cywilny, w tym także proces w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, jest procesem kontradiktoryjnym i zgodnie z zasadą zawartą w art. 6 kc „ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne”. Strony są obowiązane więc wskazywać dowody dla stwierdzenia tych faktów (art. 232 kpc). To one bowiem są wyłącznym dysponentem toczącego się postępowania i one wreszcie ponoszą odpowiedzialność za jego wynik. Sąd orzeka na podstawie twierdzeń i dowodów dostarczonych przez strony i tylko wyjątkowo, np. w sytuacji ewidentnej nieporadności strony, ma obowiązek prowadzenia postępowania dowodowego z urzędu. Taka sytuacja nie miała w przedmiotowej sprawie miejsca, bowiem płatnik składek która poparła odwołanie skarżącego, była reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika.

Poza sporem było, że zostały spełnione formalne warunki do podjęcia zatrudnienia.

W ocenie Sądu I instancji odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie.

W pierwszej kolejności Sąd Okręgowy wskazał, że skarżący jest bratem płatnika składek B. M.. Ocena zatrudnienia Z. H. w tej sytuacji wymagała rygorystycznych ustaleń i przekonującej oceny, że zostały spełnione nie tylko formalne, ale i realne warunki do podjęcia zatrudnienia, a następnie, że miało miejsce rzeczywiste wykonywanie przez osobę skarżącego obowiązków o cechach charakteryzujących stosunek pracy wywołujących zobowiązanie pracownicze. Jednocześnie Sąd I instancji zaznaczył, że podziela stanowisko Sądu Najwyższego, wyrażone w wyroku z dnia 19 października 2007r. w sprawie II UK 56/07, w którym Sąd Najwyższy wskazał, że „podleganie ubezpieczeniu społecznemu wynika z prawdziwego zatrudnienia, a nie z samego faktu zawarcia umowy o pracę. Dokument w postaci umowy o pracę nie jest niepodważalnym dowodem na to, że osoby podpisujące go, jako strony umowy, faktycznie złożyły oświadczenia woli o treści zapisanej w dokumencie.”

W ocenie Sądu Okręgowego materiał dowodowy zebrany w sprawie wskazuje, że zatrudnienie ubezpieczonego nastąpiło tylko i wyłącznie, aby mógł on otrzymać świadczenie z ubezpieczenia społecznego, przy czym czynności, jakie wykonywał skarżący, miały tylko za zadanie uwiarygodnić jego zatrudnienie w ramach stosunku pracy. Sąd I instancji nie negował, że czynności wskazywane przez świadków skarżący wykonywał. Sąd Okręgowy przyjął, że nie miał żadnych podstaw, aby zeznaniom świadków nie przyznać waloru wiarygodności. Niemniej jednak zeznania świadków nie miały ostatecznie wpływu na ocenę dokonaną przez Sąd I instancji. Zdaniem Sądu Okręgowego opisywane przez świadków czynności nie były wykonywane w reżimie art. 22 kp. Z zeznań tych świadków nie wynika element ciągłości wykonywanych czynności przez skarżącego.

Sąd I instancji nie negował, że B. M. jako przedsiębiorca ma prawo zatrudnienia kogo chce, ale już w zakresie oceny woli stron przy zawieraniu umowy o pracę, koniecznym jest zaznaczenie, że zamiarem skarżącego jak i płatnika było umożliwienie skarżącemu jedynie skorzystania ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Zwraca bowiem uwagę to, że skarżący od dnia 21 czerwca 2012r. nie podlegał z żadnego tytułu ubezpieczeniu chorobowemu. W dniu 11 lutego 2016r. skarżący otrzymał skierowanie do szpitala na oddział chorób płuc z adnotacją, że jest ono pilne. W dniu 10 marca 2016r. w historii choroby odnotowano „napady dny moczanowej, duszność spoczynkowa, stan ogólny zły, nie skorzystał ze skierowania do szpitala, nie wyraża zgody na skierowanie do szpitala”. Zdaniem Sądu Okręgowego z

powyższego wyniku, że konieczność hospitalizacji wystąpiła już w miesiącu lutym jak i w marcu 2016r., a ubezpieczony pomimo takich zaleceń podjął od 6 kwietnia 2016r. zatrudnienie u siostry w wymiarze pełnego etatu. W ocenie Sądu I instancji zapisy w dokumentacji medycznej jednoznacznie wskazują, że skarżący podjął zatrudnienie tylko i wyłącznie, aby uzyskać świadczenie z ubezpieczenia społecznego. Płatnik składek jako osoba bliska miała wiedzę na temat zdrowia skarżącego i Sąd Okręgowy nie dał wiary, że zawierając umowę ze skarżącym, nie mogła ona przypuszczać, że będzie on niedyspozycyjny i w krótkim okresie czasu stanie się niezdolny do pracy.

Nadto płatnik składek nie wykazała, aby była potrzeba zatrudniania pracownika w wymiarze pełnego etatu jak i nie wykazała, aby skarżący miał zapewniony front robót w powyższym wymiarze. Z historii zatrudnienia przez płatnika składek pracowników wynika, że w wymiarze pełnego etatu na czas nieokreślony została zatrudniona od 1 stycznia 2013r. tylko M. M.. Natomiast O. M. była zatrudniona w oparciu o umowę zlecenia w okresie od 1 października 2012r. do 30 listopada 2012r., P. C. na podstawie umowy o dzieło w okresie od 10 marca 2014r. do 31 marca 2014r., a w ramach stażu z UP były zatrudnione: od 8 maja 2013r. do 7 listopada 2013r. A. K. i od 2 lipca 2014r. do 30 listopada 2014r. G. M.. Wskazać należy, że z postępowania wyjaśniającego przeprowadzonego przez organ rentowy wynikało nadto, że po skarżącym płatnik składek od października 2016r. zatrudniła E. S., ale - jak wskazywała sama płatnik - z innym zakresem czynności niż zakres Z. H.. Z załączonych do akt kontrolnych ZUS zakresów czynności E. S. i Z. H. wynika, że zakresy te są na tyle różne, że można wnioskować, iż zatrudnienie E. S. nie nastąpiło z uwagi na nieobecność skarżącego z powodu jego długotrwałej niezdolności do pracy i potrzeby jego zastąpienia. Powyższe, w ocenie Sądu, także oznacza, że nie zachodziła w ogóle potrzeba wykonywania zadań określonych w umowie zawartej przez skarżącego z B. M. w sposób ciągły, w określonych godzinach pracy i to – co należy podkreślić - w wymiarze pełnego etatu.

Sąd nie dał wiary, że konieczność zatrudnienia skarżącego spowodowana była potrzebą przeprowadzenia archiwizacji akt. Z zeznań płatnika składek złożonych przed organem rentowy w postępowaniu wyjaśniającym wynikało, że przed zatrudnieniem Z. H. „w firmie nie było tak dużej ilości dokumentów i nie było potrzeby zatrudnienia osoby do sporządzenia archiwum”. W kontekście tych zeznań nie są więc wiarygodne twierdzenia płatnika w postępowaniu sądowym o konieczności dokonania po pierwsze samej archiwizacji, a po drugie tak dużej ilości akt zarchiwizowanych przez skarżącego. Zdaniem Sądu Okręgowego płatnik nie wykazała, aby konieczność dokonania archiwizacji akt wymagała aż zatrudnienia dodatkowego pracownika w wymiarze całego etatu.

Sąd I instancji zwrócił również uwagę, że zeznań samego skarżącego wynikało także, iż nie miał on zapewnionego frontu pracy w ramach pełnego etatu. Jak wskazał ubezpieczony, nie odnotowywał on godzin przyścia i wyjścia z biura, raz przychodził o 10.00, raz o 11.00, pracował po 7-8 godzin, a „jak nie było pani M., to jeździł na przeglądy i naprawy”. Z zeznań skarżącego wynikało, że powyższe wyjazdy na przeglądy i naprawy zajmowały mu cały dzień. Dla Sądu Okręgowego niezrozumiałym było, aby odstawienie samochodu do przeglądu czy do naprawy powodowało wyłączenie pracownika z jego obowiązków na cały dzień. Skarżący przecież sam nie dokonywał naprawy samochodu i jeżeli był w stanie czekać w serwisie cały dzień na ukończenie naprawy czy przeglądu, to oznacza tylko, że jego obecność w tym czasie w biurze w danym dniu nie była potrzebna. Natomiast z doświadczenia życiowego wynika, że oddając samochód do przeglądu czy naprawy umawiana jest godzina jego odbioru i to po uprzednim potwierdzeniu telefonicznym. Fakt, że ubezpieczony, oddając samochód do przeglądu, nie wracał do biura, oznacza tylko, że nie miał żadnych prac do wykonania.

Zwraca też uwagę podkreślana przez skarżącego i płatnika składek konieczność wyszukiwania w Internecie danych dotyczących wartości samochodów, co miał wykonywać skarżący w ramach swoich obowiązków. W ocenie Sądu I instancji powyższe czynności (jak i czynności polegające na przygotowywaniu akt do archiwizacji) są czynnościami wskazywanymi przez skarżącego i płatnika jedynie na potrzeby niniejszego postępowania w celu uwiarygodnienia świadczenia przez skarżącego pracy reżimie art. 22 kp. Na okoliczność wykonywania tych czynności strona skarżąca nie przedstawiła żadnych dowodów. Natomiast w ocenie Sądu ustalanie wartości przedmiotu ubezpieczenia jest normalną częścią pracy brokera i do ustalenia wartości potrzebny jest jedynie dostęp do Internetu, ustalenie trwa kilkanaście sekund i nie zachodzi potrzeba zatrudniania pracownika.

Zaznaczenia wymaga, że przed zatrudnieniem skarżącego, jak i podczas nieobecności skarżącego - z powodu jego niezdolności do pracy - płatnik nie zatrudnił nikogo na zastępstwo. Wprawdzie w październiku 2016r. została zatrudniona E. S. niemniej jednak z innym zakresem obowiązków niż Z. H..

W ocenie Sądu Okręgowego materiał dowodowy zebrany w sprawie wskazuje, że strony zadbały tylko o pozory zawarcia umowy o pracę i świadczenia przez ubezpieczonego pracy w ramach umowy o pracę, tj. podpisały umowę i sporządziły dokumenty z tym związane. Natomiast w żaden sposób nie wykazano potrzeby zatrudnienia pracownika w wymiarze pełnego etatu na stanowisku przedstawiciel handlowy – kierowca.

Na okoliczność, że skarżący wykonywał pracę przedstawiciela handlowego, ani sam skarżący, ani płatnik składek nie przedstawił żadnych dowodów. Jak wynikało z zeznań płatnika i skarżącego, nie miał upoważnienia do zawierania umów jak i podpisywania dokumentów. Umowy i pisma były każdorazowo podpisywane przez płatnika składek. Na okoliczność, że skarżący wykonywał obowiązki kierowcy przedstawiono zeznania świadków, którzy potwierdzili fakt przewiezienia im przez skarżącego umów ubezpieczeniowych. Sąd I instancji nie miał żadnych podstaw, aby zeznaniom tych świadków odmówić waloru prawdziwości. Niemniej jednak sam fakt wykonania tych czynności opisanych przez świadków, tj. dostarczenie im umów ubezpieczeniowych nie oznacza, że skarżący pracował w reżimie art. 22 kp. Zwraca uwagę, że kontakt świadków ze skarżącym był okazjonalny.

W ocenie Sądu w oparciu o zeznania świadka M. P. także nie można było wysnuć wniosku w jakim charakterze, jakie czynności i w jakim wymiarze czasu swoje czynności wykonywał skarżący Z. H.. Świadek ten na prośbę B. M. przygotował stanowisko komputerowe dla nowego pracownika i spotkał się z nim. Jednocześnie z zeznań tego świadka wynikało, że skarżący nie pracował na swoim loginie. Zdaniem Sądu I instancji wprawdzie nie było podstaw, aby tym zeznaniom odmówić waloru wiarygodności niemniej jednak zeznania te nic nowego do sprawy nie wnoszą, albowiem nie wyjaśniały zasadniczych kwestii spornych. Świadek ten miał ze skarżącym okazjonalny kontakt.

W kontekście powyższych rozważań jako mało przekonujące jawią się zarówno zeznania skarżącego jaki i płatnika składek co do potrzeb i motywów zatrudnienia Z. H.. Płatnik składek z jednej strony podkreślała swoją trudną sytuację i potrzebę zatrudnienia dodatkowej osoby, przy czym powyższego w żaden sposób nie wykazała.

Reasumując, Sąd Okręgowy przyjął, że wobec nieistnienia stosunku pracy pomiędzy skarżącym i płatnikiem składek, nie podlegał on w okresie ujętym w zaskarżonej decyzji obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym. Wobec tego decyzja odpowiada prawu, stąd odwołanie od niej oddalono, stosownie do przepisu art. 477¹⁴ § 1 kpc.

Ubezpieczony i płatnik składek wnieśli apelacje od opisanego wyroku, zaskarżając go w całości.

Ubezpieczony zarzucił wyrokowi brak uwzględnienia wszystkich złożonych wyjaśnień i oświadczeń świadków oraz wyciągnięcie błędnych wniosków ze złożonych zeznań oraz w oparciu o te zarzuty wniósł o zmianę wyroku i rozpatrzenie sprawy ponownie z uwzględnieniem okoliczności opisanych w uzasadnieniu apelacji – uznanie, że jako pracownik podlegał ubezpieczeniu.

W uzasadnieniu apelacji skarżący wywodził, że prace w Firmie (...) podjął z dniem 6 kwietnia 2016r., na stanowisku przedstawiciel handlowy-kierowca. Przed zatrudnieniem wywiązał się z obowiązku przedłożenia pracodawcy wszystkich niezbędnych dokumentów zmierzających do zawarcia umowy o pracę. - kwestionariusz osobowy, wniosek o zatrudnienie, zaświadczenie od lekarza medycyny pracy, przeszkolenie w zakresie BHP i p.poz.

Pracodawca jest siostrą skarżącego, jednakże prowadzą oni odrębne gospodarstwa domowe, do dnia zatrudnienia nie utrzymywali bliskich kontaktów w związku z różnymi okolicznościami życia prywatnego, zatrudnienie nastąpiło w wyniku wcześniej podjętej informacji przez pracodawcę, że skarżący poszukuje pracy i jest zgłoszony w Urzędzie Pracy jako bezrobotny od stycznia 2016r.

Pracodawca (...) występował do Urzędu Pracy w E. z wnioskiem o zatrudnienie na staż pracownika już wcześniej w 2015r., jednakże nie uzyskał zgody na organizację stażu. Sama w roku 2015 w wyniku wypadku nie była w stanie

nadzorować pracownika, stąd następne zapotrzebowanie dopiero w 2016r. Po uzyskaniu informacji, że ubezpieczony poszukuje pracy, zaproponowała mu skorzystanie z oferty staż 50+. Na złożony wniosek na zatrudnienie w oparciu o staż Urząd Pracy wydał decyzję odmowną.

Przez okres stażu skarżący miał rozszerzać i wyszkolić swoje umiejętności jako przedstawiciel handlowy. Wyszkolić, ponieważ osobiście wykonywał wcześniej w swoim życiu zawodowym podobne czynności przedstawiciela handlowego, kiedy w imieniu banków sporządzałem i wypisywałem umowy kredytowe, gdy prowadził swoją działalność handlową i sprzedawał produkty na raty. W czasie własnej działalności skarżący wykonywałem również kilka razy usługi archiwizacji dokumentów, np. dla (...) S.A. w 2007r., byłem kierownicą na etacie w Firmie (...) w P., jeździłem po całym kraju z właścicielem Firmy. Zdaniem skarżącego potwierdza to jego umiejętności i kwalifikacje. Sąd Okręgowy nie doświadczenia zawodowego ubezpieczonego z braku dowodów, które było brane pod uwagę przez Pracodawcę przy podejmowaniu decyzji o zatrudnieniu.

W związku z realnym zapotrzebowaniem pilnego zatrudnienia pracownika w Firmie (...), skarżący został zatrudniony bez wsparcia Urzędu Pracy na umowę o pracę na czas nieokreślony. Jako brat pracodawcy, miał wykonywać prace odpowiadającą jego umiejętnościom i przygotowaniu zawodowemu, dawał rękojmię wykonywania pracy jako zaufany pracownik, rzetelnie i w zgodzie bez konfliktów. Stąd propozycja umowy na czas nieokreślony, bez obaw po stronie pracodawcy o ewentualnym rozwiązaniu umowy w przypadku nie sprawdzenia się.

Jako pracownik skarżący został zobowiązany do wykonywania pracy zgodnie z otrzymanym przydziałem czynności na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę. Wynagrodzenie brutto 2.500 zł. Zgodnie z umową o pracę, miejsce wykonywania pracy wyznaczone: E., teren Polski - delegacje służbowe, wymiar czasu pracy: 8 godz. dziennie, 40 tygodniowo, od poniedziałku do piątku. Praca skarżącego była, jego zdaniem, wykonywana w ścisłym reżimie pracowniczym. Nadzór nad pracą sprawował bezpośrednio pracodawca, wymiar czasu pracy dzienny i tygodniowy był ścisły z umową o pracę, z możliwością przesunięcia godzin rozpoczęcia pracy od - do po wcześniejszym uzgodnieniu. Powyższe ubezpieczony oświadczył podczas zeznania w Sądzie, jednakże nie oznaczało to, że tak było codziennie. Przybycie do pracy na 10 czy 11 rano wiązało się z planowanym wyjazdem do klientów / rolników na terenie województwa (...) lub woj., (...) i przesunięciem zakończenia pracy w tym dniu na godz. 18 lub 19. Wyjazdy były z pracodawcą. Pracodawca oczekiwał dyspozycyjności w ramach godzin pracy codziennie 8 i 40 godz. tygodniowo. Codziennie podpisywana była lista obecności, przedstawiona do akt.

Zdaniem ubezpieczonego, Sąd błędnie przyjął z zeznania dot. odstawienia pojazdu do serwisu. Czynności te nie zajmowały całego dnia, bez pracy w biurze. Pojazd P. oddawany był do serwisu w E. ul. (...) w dniu 21 kwietnia 2016r., a odbierany dopiero 22 kwietnia 2016r. Inny termin to 6 maja 2016r. Po zdaniu pojazdu skarżący wracał do zakładu, wykonywał czynności w biurze, następnie ponownie udawał się do serwisu po odbiór. Zajmował się 2 pojazdami służbowymi, P. i A. nie tylko serwis, ale również codzienna obsługa, myjnia, tankowanie, drobne przeglądy. W biurze wykonywałem wszystkie polecenia pracodawcy, w tym obsługa komputera, korespondencji mailowej, dokonywanie wycen pojazdów - bieżących oraz wznowień umów, jak również przygotowanie pracy, np. wypełnienie wartości pojazdów w zestawieniach, poszukiwanie danych dot. ubezpieczonego mienia w Internecie, wykonywanie innych zadań zleconych przez pracodawcę wynikających ze specyfiki pracy (np. dostarczanie dokumentów w czasie i miejscu wskazanym przez pracodawcę lub na wniosek klienta o dostarczenie dokumentów, dostarczanie umów do klientów. Stosowne oświadczenia klientów były złożone w Sądzie podczas zeznań świadków. Świadczyli potwierdzili, iż skarżący dostarczał osobiście dokumenty w miejsce i w czasie w wyznaczonym przez klienta. Klienci widzieli również skarżącego za biurkiem w miejscu pracy.

Podczas nieobecności pracodawcy w zakładzie skarżący miał przygotowany front prac do wykonania, z którego rozliczałem się przed pracodawcą, np. zapewnienie płynnego przepływu informacji, organizacja pracy biura, koordynacja kalendarza i korespondencji przełożonego, przygotowanie dokumentacji. Otrzymywałem tabele pojazdów do uzgodnienia danych, w tym wyceny na dzień ubezpieczenia, ustalenia prawidłowych danych pojazdów z centralnej bazy pojazdów, przepisania do tabeli. Był to pozostawiony dla ubezpieczonego materiał do opracowania w oparciu o różne dane, uzgadnianie z Internetu, przygotowanie teczek do archiwum. Skarżący przebywał wówczas w

biurze, obsługując maile, pocztę elektroniczną, przekierowywanie zgodnie z uzgodnieniami z pracodawcą. Miał zawsze pełny kontakt z pracodawcą, który dzwonił do ubezpieczonego i go kontrolował.

Skarżący wywodził, że w związku z nieobecnością drugiego pracownika, zajmował się obsługa biura. Każdy dzień pracy wypełniony miał stałymi czynnościami biurowymi, odbiór poczty, korespondencja mailowa, wydruk, skanowanie dokumentów do pliku, kopiowanie dokumentów, ponadto pracodawca codziennie przekazywał ubezpieczonemu zadania i omawiał ich wykonanie, sprawdzał wykonanie, odbierając prace i opracowując dalej w jej oparciu swoje zapytania do Firm Ubezpieczeniowych lub przygotowywał rekomendacje, pod dokumentami składał podpisy wyłącznie pracodawca, były planowane wyjazdy na umówione spotkania w teren do klientów wraz z pracodawcą i samodzielnie oraz zlecone zadania wynikające z potrzeby chwili bieżącego dnia.

Następnie ubezpieczony wskazał, że Sąd w swojej ocenie przyjął, iż w ramach wykonywanych przez ubezpieczonego czynności, ustalenie i wycena wartości pojazdów trwa kilka sekund, z czym skarżący się nie zgadza. Otrzymywał on od pracodawcy wykazy, w których było do ustalenia np. 20 pojazdów - należało ustalić aktualne wartości pojazdów, poprawić dane identyfikujące pojazd, np. sprawdzić prawidłowo wpisane nr VIN, data I rejestracji, data ostatniego badania technicznego itd. W oparciu o zestawienia w tabeli broker przygotowywał zapytania i zgłaszał do ubezpieczenia. Tak więc zestawienia należało wykonać rzetelnie z uwzględnieniem wszystkich parametrów, w tym rodzaju wyposażenia, zużycia, stanu km, itd. Poszukiwanie tych danych wymaga nie tylko dostępu do Internetu, ale należy każdorazowo wprowadzić dane pojazdu i sprawdzić w różnych aplikacjach internetowych, jak np. OTO- Moto, OLX, Autoscout 24, pojazdy zakupione od dealera, używane, nowe, każdy rodzaj pojazdu w innej aplikacji - aby ustalić prawdopodobną wartość pojazdu na dzień ubezpieczenia, dokonać ustalenia brakujących danych z systemu Centralnej Bazy pojazdów, gdzie nie posiadano dowodu rejestracyjnego. Stałe wprowadzanie do każdej aplikacji danych zajmuje więcej niż kilka sekund. Skarżący dołączył przykładowe zestawienie, na którym pracował i w oparciu o które wyszukiwał pojazdy i ustalał aktualne wartości. Przygotowanie materiału często zajmowało kilka godzin pracy. Są to czynności pomocnicze dla brokera, który w tym czasie opracowuje program ubezpieczeniowy, spotyka się z klientem, a praca przy tabelkach nie pozwala na spotkanie z klientem i pozyskanie umów, za których zawarcie broker otrzymuje wynagrodzenie. Podobne zestawienia innych klientów skarżący otrzymywał każdorazowo od pracodawcy po opracowaniu i zdaniu wykonanej pracy. Tak więc ocena Sądu jest bardzo krzywdząca dla ubezpieczonego.

Ponadto Sąd stwierdził, że inne czynności, które wykonywał skarżący, m.in. archiwizacja dokumentacji, nie była wykonywana w reżimie art. 22 kp. Podczas zeznań świadków, powołani świadkowie zeznali, że widzieli ubezpieczonego podczas wykonywania archiwizacji w różnych dniach pracy, gdy przybyli do biura p. M. na spotkanie z nią. W czasie godzin pracy, w biurze przy ul. (...), gdy skarżący nie wyjeżdżał w teren, wykonywał między innymi, poza czynnościami wskazanymi wyżej, archiwizacje. Płatnik nie prowadzi żadnej dokumentacji, spisu, poza oznaczeniem spiętej paczki i opisaniem nazwy klienta i roku dokumentów. Świadczyli w Sądzie potwierdzili, że widzieli skarżącego często przy wykonywanej pracy, w tym I. J. potwierdził, że ubezpieczony wykonywał w czasie zatrudnienia archiwizacje, jak również zawoził paczki do jego biura celem złożenia. Nie była to praca w ciągu jednego czy dwóch dni. Czynności archiwizacji były stałym zadaniem skarżącego aż do czasu wypięcia wszystkich starych dokumentów z segregatorów. Archiwizacja wymagała analizy i przełożenia dokumentów, które powinny pozostać nadal w teczce mimo upływu lat, a które można odłożyć do archiwum. Takie dokumenty jak faktury, dowody rejestracyjne, wypowiedzenia umów OC obowiązkowych, umowy sprzedaży, musiały pozostać. Oferty, analizy, zestawienia, rekomendacje i tabele pomocnicze skarżący wypinał do archiwum. Czynności wykonywał na swoim biurku, sprawdzając każdy segregator. Wykonanie archiwizacji, tak jak przedstawiał płatnik w Sądzie, było podyktowane faktem, że od początku działalności (...), tj. od 2011r. nie było archiwizacji dokumentacji. Segregatory były wypełnione zbędną dokumentacją, brak możliwości dostawienia dodatkowych szaf w biurze, rozwój firmy, bardzo ciężkie segregatory do dźwigania kilkanaście razy w ciągu dnia oraz stan zdrowia pracodawcy po wypadku, były powodem decyzji zarchiwizowania niepotrzebnej dokumentacji, celem uwolnienia miejsca w szafach, uzyskania lżejszych segregatorów.

Ubezpieczony wywodził ponadto, że pracodawca przedstawił do akt ZUS swoje rozliczenie przychodów, wskazując istotny rozwój firmy w latach 2013-2016, wzrost obsługi klientów do 200, wystawionych umów 700. A za tym i wzrost dokumentacji w teczkach.

Sąd błędnie ocenił w postępowaniu wyjaśniającym zeznanie płatnika, że w firmie nie było tak dużej ilości dokumentów i nie było potrzeby zatrudnienia osoby do sporządzenia archiwum. Płatnik nie zatrudnił skarżącego wyłącznie do wykonywania archiwum. Czynności te stanowiły ok. 1/4 zadań w ciągu dnia. Dokumentacja zebrana przez 5 lat plus znaczny rozwój pozyskanych klientów nagromadziła się do takiego poziomu, że należało ją zarchiwizować. Przed zatrudnieniem skarżącego, mimo wielu prób zatrudnienia pracownika na stały drugi etat do prac około sprzedażowych, pomocniczych poza pracownikiem M. M. –asystentem brokera, pracodawca nie wykonywał archiwum.

W celu potwierdzenia wykonywania różnych czynności pracowniczych, codziennych zleceń pracodawcy, zostali wskazani przez pracodawcę podczas rozprawy świadkowie. Świadczy, tj. klienci obsługiwani przez brokera B. M., widzieli skarżącego w różnych godzinach w pracy, w biurze, przy jego stanowisku, co potwierdzili podczas swoich zeznań. Powyższe świadczy, że skarżący wykonywał swoje czynności również we wskazanym miejscu pracy, zgodnie z umową o pracę. Posiadał własne stanowisko pracy, komputer do bezpośredniej obsługi. W biurze były i nadal są utrzymane trzy stanowiska pracy – pracodawcy, pracownika M. M. i skarżącego, obecnie – I. S. (1).

W trakcie rozprawy pracodawca przywołał kilku świadków - klientów, jednakże nie są to wszyscy Klienci, którzy mogliby potwierdzić wykonywanie moich czynności pracowniczych w czasie pracy w godzinach od 8:30 do 16:30, w tym archiwizację dokumentów. Na rozprawę nie stawili się D. K. i P. F., których następnie prawnik reprezentujący pracodawcę odwołał, ponieważ potwierdziliby już potwierdzone dowody przez innych świadków, tj. dostarczenie dokumentów na ich adres zamieszkania; R. W., z klientami tymi bardzo często, w różnych godzinach do 16:30 skarżący miał widywać się w biurze i dowoził również dokumenty do ich miejsca zamieszkania. Sąd I instancji wskazał, że zeznania wielu świadków potwierdzające, że widziano skarżącego w pracy i podczas wykonywania czynności pracy, są potwierdzeniem okazjonalnych kontaktów. Ilość wskazanych świadków, którzy złożyli zeznania i którzy nie stawili się na rozprawę, zdaniem skarżącego potwierdza, że nie wykonywał pracy okazjonalnie. Każdy z nich widział ubezpieczonego w godzinach pracy, w innych okolicznościach, co oznacza, że do pracy stawiał się codziennie, wykonywał pracę pod nadzorem i kontrolą swojego pracodawcy. Sąd nie uwzględnił zeznań świadka I. J., który najczęściej – prawie codziennie – widywał skarżącego w biurze płatnika w czasie pracy. To do siedziby biura Kancelarii (...) w G. skarżący woził dokumenty po archiwizacji, którą wykonywał w biurze. Dokumenty były pobierane także z biura p. J. pok. (...) (...) E. i archiwizowane - spinane w pokoju (...) p. M., następnie w uzgodnionym dniu wywożone do G. ul. (...) do siedziby(...) Kancelarii (...). Ireneusz Janota jest brokerem, ściśle współpracującym z B. M., którą skarżący zawoził do G. na spotkania z klientami i z I. J., jak był nieobecny w E. w swoim Oddziale, tak więc widywał skarżącego nie okazjonalnie.

Zdaniem ubezpieczonego, okres jego zatrudnienia zbiegł się ze wzmożonym sezonem wyjazdowym z pracodawcą na spotkania z klientami. Okres kwiecień, maj to liczne spotkania z rolnikami, którzy zawierają ubezpieczenia z dopłatą z budżetu Państwa, maj - spotkania z przedstawicielami Szkół i placówek - ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków - składanie ofert, dlatego też skarżący wykonywał czynności kierowcy w czasie wyznaczonych godzin, jeżdżąc wraz z płatnikiem. Poza wyjazdami z pracodawcą, wyjeżdżałem w teren osobiście, sam dowożąc dokumenty dla klientów. Prowadzenie pojazdu, wyjazdy wykonywane były stale, codziennie, zajmowało to również ok. 1/4 codziennego czasu pracy do 1/2, jeżeli nie był to wyjazd planowany poza miasto E.. Jeżeli wyjeżdżał np. do P., B., G., zajmowało to cały dzień pracy.

Sąd Okręgowy stwierdził, że skarżący nie wykonywał pracy w zakresie przedstawiciela handlowego, co jest niezgodne z prawdą. W czasie swojego zatrudnienia rekomendował swojego pracodawcę podczas wszelkich spotkań, nakłaniał znajomych do współpracy, przekazywał wizytówki firmowe. W ramach przydziału czynności miał wskazanie - pozyskiwanie nowych klientów. Sąd I instancji nie wziął pod uwagę oświadczenia skarżącego oraz dostarczonego przez płatnika do akt dowodu, iż w tak krótkim czasie zatrudnienia, identyfikując się z firmą i oczekiwaniami pracodawcy,

pozyskałem nowego klienta do obsługi – R. S. - Firma Handlowa (...) ul. (...) E.. Klient do dnia dzisiejszego jest w obsłudze (...). Klient p. S. podpisał pełnomocnictwo za pośrednictwem ubezpieczonego do współpracy z płatnikiem. Do akwizycji współpracy z brokerem, wykonując czynności przedstawiciela handlowego, skarżący wykorzystał swoje doświadczenie, jakie nabył, prowadząc własną działalność gospodarczą w ramach zawierania umów kredytowych na rzecz banków. Pozyskiwał dla banku klienta, sporządzał dla banku umowy, a podpisanie wszelkiej dokumentacji odbywało się w banku. Podobnie jest w działalności brokerskiej w firmie (...). Zadaniem ubezpieczonego było pozyskanie klienta, nakłonienie do współpracy, a wszelkie dokumenty podpisywane są pomiędzy brokerem a klientem, dlatego też nie ma innego dowodu, dokumentów, podpisów, poza ewentualnym oświadczeniem klienta, który może potwierdzić, w jakich okolicznościach i za czyją namową podjął współpracę z (...).

Skarżący wywodził też, że jego doświadczenie zawodowe w zakresie prowadzenia pojazdów, znajomość terenu działania pracodawcy, jak również umiejętność pozyskiwania i nawiązywania kontaktów, praca z dokumentami, doświadczenie w archiwizacji dokumentów, były całkowicie wystarczające do świadczenia pracy na rzecz płatnika za ustalone wynagrodzenie. Charakter wykonywanej pracy był stały, ściśle określony, ciągły, codziennie w godz. od 8:30 do 16:30 skarżący wykonywał powtarzalne czynności pod nadzorem pracodawcy i na jej zlecenie. Sporadycznie inne godziny pracy były uzgadniane z pracodawcą, jednakże zawsze przy reżimie pracy 8 godzin i 40 w tygodniu, które wiązały się z wyjazdem do klienta na spotkanie w godzinach popołudniowych lub wiązały się z przewidywanym powrotem z pracy po spotkaniu w terenie po wyznaczonych godzinach. Wskazane powyżej powtarzalne, stałe czynności, zajmowały skarżącemu 8 godzin pracy codziennie. Ubezpieczony ocenił, że 1/4 to czas na archiwum, 1/4 na przygotowanie zleconych tabel, 1/4 praca biurowa, korespondencja, 1/4 wyjazdy samochodem i inne zlecone zadania z bieżących prac. Wszystkie czynności były przedmiotem przydziału czynności i codziennych prac.

Ubezpieczony zwrócił uwagę, że Sąd I instancji nie przyjął dowodów potwierdzających wykonywanie pracy chociażby jako kierowca, gdzie płatnik przedstawił dowody wyjazdu, tj. delegacje służbowe w dniach 20 i 28 maja 2018r. Wyjazd z pracodawcą na spotkanie z firmą w celu nawiązania współpracy przez (...) w zakresie zleceń dot. likwidacji szkód, spotkanie Pracodawcy z p. A. W., (...) z P..

Sąd w wydanym wyroku wskazał, że nie wykazano potrzeby zatrudnienia pracownika w pełnym wymiarze etatu na stanowisko przedstawiciel handlowy-kierowca. Stanowisko pracy skarżącego nie obejmowało wyłącznie czynności kierowcy czy przedstawiciela handlowego. W przydziale czynności miał wiele prac i zadań biurowych pomocniczych. Okoliczności zmuszające do pilnego zatrudnienia dodatkowego pracownika na pełny etat były przedstawiane. Pracodawca przede wszystkim uległ wypadkowi, złamaniu trzonu kręgosłupa, co spowodowało niezdolność do pracy i nieobecność w 2015r. Dokumenty potwierdzające wypadek i niezdolność pracodawcy są w aktach ZUS. Niezdolność do wykonywania pracy w pełnym wymiarze jak do dnia wypadku, a przede wszystkim brak możliwości samodzielnego prowadzenia pojazdu mechanicznego, brak możliwości spędzania czasu przy biurku w pozycji siedzącej wykonując prace pomocnicze okołosprzedawcze, spowodowały że płatnik był zmuszony podjąć decyzję o zatrudnieniu dodatkowego drugiego pracownika, który wykonywałby między innymi czynności kierowcy, jak również pozostałe czynności biurowe i zlecone sprawy bieżące. Pracodawca starał się o pracownika już w 2015r. kierując ofertę pracy do Urzędu Pracy, której nikt nie przyjął. Oczekiwania były wyłącznie kierowca lub tylko pracownik biurowy bez wyjazdów w teren. Pracodawca w postępowaniu wyjaśniającym wykazał że od 1 października 2012r. starał się o zatrudnienie na pełny etat drugiego pracownika. Podjęte próby zatrudnienia na różnego rodzaju umowy (zlecenie, o dzieło, staż) spowodowane były sprawdzeniem, czy pracownik będzie chciał się zatrudnić na stałe, pracownicy sami wskazywali chęć przyjęcia tylko umowy o dzieło lub zlecenie w związku z poszukiwaniem w międzyczasie innej pracy lub studentki. W 2013r. pracodawca uzyskał pracownika na staż z Urzędu Pracy, który sam rozwiązał umowę stażu, następnie był zatrudniony pracownik z programu 50+ - G. M. w 2014r. W związku z niewywiązaniem się z umowy o zatrudnienie stażysty po odbyciu stażu, pracodawca otrzymał negatywne rozpatrywanie składanych wniosków o zatrudnienie pracownika. W związku z tymi odmownymi decyzjami płatnik zatrudnił skarżącego w oparciu o umowę o pracę bez pośrednictwa Urzędu Pracy od 6 kwietnia 2016r. Ubezpieczony otrzymał stanowisko, które w chwili zatrudnienia było niezbędne dla pracodawcy, a kwalifikacje i umiejętności skarżącego pozwalały na wykonywanie czynności wskazanych w przydziale czynności.

Od 1 stycznia 2016r. skarżący przebywał na zwolnieniu lekarskim. Pracodawca podjął próbę zatrudnienia w zastępstwie nowego pracownika, występując do Urzędu Pracy z wnioskiem o zatrudnienie 15 czerwca 2016r. Brak zainteresowania pracowników branżą ubezpieczeniową, okres urlopowy, letni spowodował, że na miejsce został zatrudniony nowy pracownik dopiero od października 2016r. - E. S., a obecnie na miejscu skarżącego jest zatrudniona I. S. (1). Tak więc nastąpiła ciągłość etatu ubezpieczonego i jest on utrzymany do dnia dzisiejszego, poza pracownikiem M. M.. Gdyby stan zdrowia skarżącego pozwolił na uzyskanie zaświadczenia o możliwości podjęcia pracy, powróciłby on na swoje stanowisko w (...). Każdy pracownik, jak wiadomo skarżącemu od płatnika, otrzymał przydziały czynności, wskazujące bardziej lub mniej szczegółowo zadania, jakie są przedmiotem czynności pracowniczych, jednakże mimo innego zapisu przekazane zadania są takie same. W zależności od predyspozycji podczas rozmów kwalifikacyjnych pracodawca przygotował przydziały czynności. Skarżący, ze względu na to, że jest mężczyzną, lubi prowadzić samochód, był dyspozycyjny w godzinach popołudniowych, więc poprosiłem o nazwę stanowiska pracy kierowca-przedstawiciel handlowy. W przydziale czynności miał między innymi przygotowanie niezbędnej dokumentacji ubezpieczeniowej dla brokera, co oznaczało wszystkie czynności z tym związane bez rozpisania, że są to tabele, zestawienia, przygotowanie danych do sprawozdań, zakupy materiałów biurowych, archiwizacja. Analiza rynku - to zadania związane z zestawieniami danych, produkcji, które również wprowadzałem do zestawień dla Pracodawcy. Pracownicy byli i obecny pracownik (I. S. (1)) zatrudnieni w związku z długotrwałą niezdolnością ubezpieczonego do pracy, otrzymali zatrudnienie na pełny etat, tak jak skarżący. Ocena Sądu I instancji, że zakresy czynności ubezpieczonego i następnych pracowników różnią się zleconymi czynnościami w trakcie pracy, jest błędna. Zapotrzebowanie na dodatkowego pracownika wykonującego dodatkowe czynności wspierające prace brokera było w (...) od 2012r. Pracodawca starał się o zatrudnienie na pełny etat dodatkowego pracownika. Po zatrudnieniu skarżącego w 2016r. na pełny etat, stanowisko jest nadal utrzymane i niezbędne w związku z rozwojem firmy.

Skarżący wywodził następnie, że płatnik składek, zatrudniając go, przekazał na stanowisko wszystkie prace pomocnicze, niewymagające wiedzy specjalistycznej, merytorycznej oraz które może wykonywać pracownik bez uprawnień brokerskich, nadawanych przez Komisję Nadzoru Finansowego, oraz bez egzaminów agencyjnych. Nazwa stanowiska do przydziału czynności, zgodnie z uzyskaną informacją od pracodawcy, wpisana była zgodnie z wnioskiem pracownika, w zależności od wniosku, w jakich czynnościach pracownik się dobrze czuje oraz jakie było zapotrzebowanie w danym okresie. Pod zapisami czynności pracowniczych pracowników przyjętych na zastępstwo skarżącego są wszystkie takie same zadania, ubezpieczony otrzymał podczas zatrudnienia. Zeznanie płatnika zostało odebrane błędnie, że zakres obowiązków p. S. jest inny niż ubezpieczonego p. H., inny ze względu na inną nazwę stanowiska. Pani S. (1) również ma inną nazwę stanowiska, jednakże zlecone czynności tożsame jak u poprzednich pracowników. Wszystkie prace pomocnicze dla brokera, prowadzenie pojazdu, wyjazdy do klientów, archiwum, tabele.

Zarzut Sądu I instancji, że od 21 czerwca 2012r. skarżący nie podlegał ubezpieczeniu chorobowemu, wynikał z faktu, że w związku z bardzo trudną sytuacją zdrowotną niepełnosprawnej matki, ubezpieczony zmuszony był opiekować się nią całodobowo. Siostra, czyli B. M., jednoznacznie określiła się, że nie jest w stanie podjąć opieki. Opieka nad matką trwała od 21 czerwca 2012r. do 21 grudnia 2015r. (śmierć matki). Skarżący podlegał w tym okresie ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu i zdrowotnemu zgodnie z zaświadczeniem. Świadczenia były oskładkowane. Ubezpieczony nie miał prawa do opłacania dodatkowej składki chorobowej w związku z całodobową opieką nad niepełnosprawną matką, dlatego otrzymywał zasiłek. Uprawniony do specjalnego zasiłku opiekuńczego zobowiązany był zaprzestać, zgodnie z ustawą, wykonywania działalności lub nie miał prawa być zatrudnionym. Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje osobom, na których zgodnie z przepisami Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego ciąży obowiązek opiekuńczy, jeżeli nie podejmują zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej lub rezygnują z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej. Podejmując się opieki nad matką w 2012r., skarżący był zobowiązany zlikwidować działalność gospodarczą, którą prowadziłem osobiście, co uczynił w dniu 20 czerwca 2012r.

Zdaniem skarżącego błędna była ocena Sądu Okręgowego, że ubezpieczony podjął zatrudnienie tylko i wyłącznie, aby uzyskać świadczenie z ubezpieczenia społecznego. Po stracie matki 21 grudnia 2015r. skarżący zgłosił się do Urzędu Pracy celem pozyskania ofert pracy. Chciał pracować do czasu uzyskania wieku emerytalnego. Sąd w aktach sprawy posiadał dokumentację medyczną ubezpieczonego, z której wynika, że takie skierowania do szpitala wydawane

przez lekarza skarżący mam co roku od 2015 do 2018 na przełomie zimy-wiosny, kiedy nasilają się napady dny moczanowej, odnotowane w historii choroby, a które bynajmniej nie dyskwalifikują nikogo do podjęcia pracy. Żle zostało zinterpretowane przez Sąd I instancji słowo „PILNE” dopisane na skierowaniu na oddział chorób płuc. Słowo to oznacza, że pacjent zostanie przyjęty na oddział szybciej niż 2-3 lata, ze skierowaniem bez zapisu PILNE. Są to praktyki stosowane przez wszystkich lekarzy we wszystkich zakresach medycznych. Wskazuje na to potwierdzenie z księgi oczekujących nr (...), gdzie skarżącego wpisano w oparciu o PILNE skierowanie na wizytę - czas oczekiwania 217 dni na termin 2 października 2017r. W tym czasie nie zdiagnozowano u skarżącego innej choroby, jak tylko nadciśnienie i podagra, na które ubezpieczony leczy się od kilkunastu lat, wykonując wszystkie czynności życia codziennego i nie są one chorobą uniemożliwiającą podjęcie pracy zawodowej. Duszności i dna moczanowa z lutego/marca minęły bez wizyty w szpitalu. Pracodawca, mimo że jest osobą bliską, nie miał wiedzy o stanie zdrowia ubezpieczonego. Skarżący i płatnik nie prowadzą wspólnego gospodarstwa domowego, nie mieli bliskich kontaktów ze względu na brak wsparcia przy opiece nad matką. Ubezpieczony nie chorował do 2016r. w taki sposób, aby stan zdrowia był niepokojący i wymagający hospitalizacji. Ubezpieczony został skierowany przez płatnika do lekarza medycyny pracy celem wydania zaświadczenia, czy może podjąć pracę jako kierowca-handlowiec, w biurze. Lekarz medycyny pracy wskazał, że taka praca może zostać podjęta. Mimo otrzymanego zwolnienia z pracy w oparciu o niezdolność do pracy, skarżący chciał powrócić do zajęć po zakończonym leczeniu. W dniu 5 grudnia 2016r. ubezpieczony stanął na komisji ZUS, ale lekarz orzecznik ZUS wydał orzeczenie, że skarżący może powrócić do pracy, co ubezpieczony uczynił. W dniu 15 maja 2017r. płatnik składek rozwiązał ze skarżącym umowę o pracę z art. 30 § 1 pkt 3 kp w związku z art. 52 § 1 kp.

Płatnik składek zarzucił wyrokowi naruszenie przepisu postępowania, które miało wpływ na wynik postępowania, tj. art. 233 § 1 kpc, poprzez nierozważenie przez Sąd w sposób wszechstronny zebranego w sprawie materiału dowodowego i uznanie, że:

- pomiędzy ubezpieczonym a płatnikiem składek nie istniał stosunek pracy;
- ubezpieczony nie miał zapewnionego frontu robót i nie było potrzeby zatrudnienia go w pełnym wymiarze;
- niewykazania przez płatnika składek sytuacji zdrowotnej uzasadniającej zatrudnienie ubezpieczonego;
- przyjęcie, że czynności wykonywane przez ubezpieczonego nie uzasadniały zatrudnienia dodatkowego pracownika.

W oparciu o przedstawione zarzuty płatnik wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie odwołania ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w Elblągu do ponownego rozpoznania, a ponadto o zasądzenie kosztów udzielonej ubezpieczonemu pomocy prawnej z urzędu w toku postępowania odwoławczego, gdyż koszty te nie zostały zapłacone w całości ani w części.

W uzasadnieniu apelacji płatnika wywodzono, że za podstawę wydania zaskarżonego wyroku Sąd Okręgowy wskazał nieistnienie stosunku pracy pomiędzy skarżącym, a płatnikiem składek. Powyższego ustalenia Sąd I instancji dokonał w oparciu o dowolne ustalenia, niewynikające ze zgromadzonego materiału dowodowego w sprawie. Zaznaczyć należy, że całokształt stosunków ubezpieczonego i płatnika spełniał wymagania wynikające z normy art. 22 par. 1 kp i z tego powodu ubezpieczony podlegał od dnia 6 kwietnia 2016r. ubezpieczeniu społecznemu, w tym chorobowemu. Stan zdrowia ubezpieczonego, eksponowany przez Sąd Okręgowy, został zweryfikowany przez lekarza medycyny pracy, który nie stwierdził żadnych przeciwwskazań do podjęcia przez skarżącego zatrudnienia w przedsiębiorstwie płatnika. Sam organ rentowy w swoim orzeczeniu nr (...) z dnia 5 grudnia 2016r. stwierdził, że skarżący nie jest niezdolny do pracy. W świetle ustaleń samego organu rentowego, ale również dokumentacji medycznej ubezpieczonego, znajdującej się w aktach sprawy, wynika, że stan jego zdrowia nie stanowił przeszkody w podjęciu zatrudnienia w dniu 6 kwietnia 2016r. Schorzenia, w związku z którymi ubezpieczony miał się stawić w szpitalu w lutym i marcu 2016r., nie były związane ze zdiagnozowanymi u niego schorzeniami, będącymi podstawą uzyskania zwolnienia chorobowego w dalszym okresie. Nadmienić należy, że ubezpieczony na dnę moczanową (a to w związku z nią miał się stawić w marcu w szpitalu) leczył się i był kierowany do szpitala w latach poprzednich. Nie stanowił to przeszkody w podjęciu przez

niego zatrudnienia. Nadto ubezpieczony zwrócił się do płatnika w czerwcu 2017r. o przyjęcie do pracy. W wyniku skierowania na badania lekarskie i uzyskania jego wyniku negatywnego zatrudnienie nie było kontynuowane.

Ubezpieczony od 2012r. do grudnia 2015r. posiadał ubezpieczenie społeczne (za wyjątkiem chorobowego) z uwagi na opiekę nad chorą matką i pobierany z tego tytułu zasiłek (ubezpieczenie chorobowe nie może być kontynuowane w ramach tego zasiłku).

W pierwszej kolejności należy podkreślić, że każdy z pracowników zatrudnionych przez płatnika składek miał tożsamy zakres czynności, choć faktycznie nazwy stanowisk były różne (nie powinno to przesądzać o ocenie zakresu czynności), a dotyczy to pracowników E. S. i I. S. (1).

Jak podkreślała płatnik składek, konieczność archiwizacji dokumentów związana była z koniecznością uporządkowania dokumentów przedsiębiorstwa za lata 2012-2015 i wynikała z faktu nieprzeprowadzania takich czynności w poprzedzającym okresie oraz znacznego wzrostu liczby zawieranych umów. Ustalenia Sądu nie wynikają z materiału dowodowego w sprawie, a są sprzeczne z zeznaniami świadków, ubezpieczonego i płatnika.

W przedsiębiorstwie płatnika żaden z pracowników nie posiadał obowiązku rejestrowania godzin przyścia i wyjścia z biura. W tym zakresie sytuacja ubezpieczonego nie odbiegała od ustaleń z innymi pracownikami płatnika.

Ustalenia Sądu dotyczące czynności ubezpieczonego związanych z naprawami pojazdów płatnika są sprzeczne z zasadami doświadczenia życiowego. W tym zakresie podkreślić należy, że to na ubezpieczonym spoczywał ciężar przeprowadzenia przeglądów i napraw wskazanych przez płatnika. W czasie ich przeprowadzania, nie dysponował on możliwościami powrotu do biura, gdyż w okresie jego zatrudnienia nie mogła go odebrać płatnik składek ani inna osoba. Przeglądy czy naprawy nie trwały też całego dnia, a jedynie kilka godzin, co, mając na uwadze trudności związane z powrotem do biura i koniecznością odebrania pojazdów, uzasadniało oczekiwanie ubezpieczonego na miejscu.

Czynności związane bezpośrednio z czynnościami brokerskimi polegały na wyszukiwaniu danych niezbędnych brokerowi. Odnosnie ubezpieczonego były to dane dotyczące pojazdów będących przedmiotem umowy ubezpieczenia. Z. H. wyszukiwał dane niezbędne do prawidłowego ustalenia wartości przedmiotu umowy. Wbrew stanowisko Sądu ww. czynności nie trwały kilkunastu sekund i właśnie dla tych żmudnych i szczegółowych czynności technicznych płatnik potrzebował pracownika. Każda z czynności sprawdzających, a odnosząca się do umowy zawartej przez brokera, wymagała zebrania co najmniej kilku szczegółowych informacji. Czas uzyskania takiej informacji zabierał brokerowi od kilkunastu minut, a ubezpieczonemu nie mniej niż 30 minut.

Pozwany organ rentowy wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego. Pozwany wskazał na polemiczny charakter apelacji.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Obie apelacje podlegały oddaleniu jako bezzasadne, nie zawierają bowiem zarzutów skutkujących koniecznością zmiany bądź uchylecia zaskarżonego wyroku.

Przedmiotem sporu między stronami była kwestia, czy ubezpieczony Z. H. podlegał z tytułu zatrudnienia u płatnika składek B. M. ubezpieczeniom społecznym, tj. emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu od dnia 6 kwietnia 2016r.

Mając na uwadze, że w obu apelacjach podważano dokonaną przez Sąd Okręgowy ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w pierwszej kolejności przypomnieć należy, że podstawę ustaleń faktycznych mających wpływ na rozstrzygnięcie sprawy winien stanowić materiał dowodowy zebrany w sprawie, który podlega swobodnej ocenie sądu orzekającego w granicach zakreślonych treścią art. 233 § 1 kpc. Przepis ten bowiem kreuje zasadę swobodnej oceny dowodów, która nie oznacza oceny dowolnej. Zwalczenie swobodnej oceny dowodów nie może polegać tylko na przedstawieniu własnej, korzystnej dla apelanta wersji zdarzeń (ustaleń stanu faktycznego), opartej wyłącznie na

własnej ocenie, lecz konieczne jest przy posłużeniu się argumentami jurydycznymi wykazywanie, że wskazane w art. 233 § 1 kpc kryteria oceny wiarygodności i mocy dowodów zostały naruszone, co miało wpływ na wynik sprawy. Zasadność zarzutu apelacji zasadzającego się na obrazie art. 233 § 1 kpc nie może się przeto sprowadzać wyłącznie do polemiki z dowodami, którymi dysponował Sąd, a których mocy dowodowej nie podważono. W szczególności brak ku temu podstaw, gdy zarzuty apelacji sprowadzają się do przyjęcia odmiennych wniosków w oparciu o wybiórczo przytaczany materiał dowodowy.

Zgodnie z wyjaśnieniem udzielonym przez Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 16 listopada 2005r. (I ACa 447/05, LEX nr 177024), które Sąd odwoławczy podziela, zarzut sprzeczności istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego może tylko wówczas wzruszyć zaskarżony wyrok, gdy istnieje dysharmonia między materiałem zgromadzonym w sprawie a konkluzją, do jakiej doszedł Sąd na jego podstawie. To natomiast, że określone dowody ocenione zostały niezgodnie z intencją strony skarżącej nie oznacza jeszcze, iż Sąd dopuścił się naruszenia art. 233 § 1 kpc.

Według utrwalonego orzecznictwa sądowego błędna ocena dowodów polega na wyprowadzeniu z dowodów wniosków niedających się pogodzić z ich treścią oraz na formułowaniu ocen bez rozważenia całości zebranego w sprawie materiału, a także ocen sprzecznych z zasadami doświadczenia życiowego i logicznego rozumowania.

Do naruszenia przepisu art. 233 § 1 kpc dochodzi w związku z powyższym tylko wówczas, gdy strona apelująca wykaże sądowi pierwszej instancji uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów, co w niniejszej sprawie nie miało miejsca. Sąd Okręgowy wszechstronnie rozważył bowiem cały materiał dowodowy i wysnuł z niego co do zasady prawidłowe wnioski, szczegółowo ustalając stan faktyczny sprawy i dokonując wystarczająco szczegółowej analizy zebranego materiału dowodowego, jaki zaoferowały mu strony.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego Sąd Okręgowy przeprowadził wystarczające dla kategorycznego rozstrzygnięcia sprawy postępowanie dowodowe, a wynik tego postępowania, wbrew twierdzeniom apelującego, ocenił zgodnie z treścią art. 233 § 1 kpc, nie przekraczając granic swobodnej oceny dowodów, przepisem tym zakreślonych. Sąd Apelacyjny co do zasady podziela trafne i rzeczowe rozważania Sądu I instancji przyjmując je za punkt wyjścia oceny własnej i nie widząc potrzeby ich powielania.

Można z apelantami zgodzić się jedynie co do tego, że nie było dostatecznych podstaw do konkluzji, jakoby ustalenia wartości pojazdu zajmowało kilkanaście sekund, jednak nie oznacza to, że nie było podstaw do przyjęcia, iż ubezpieczony w ogóle nie zajmował się tego rodzaju czynnościami, co powoduje, że wskazana usterka stanowiska Sądu i instancji nie miała żadnego wpływu na treść rozstrzygnięcia. Ocena, że ubezpieczony w ogóle nie zajmował się wyceną samochodów, można wywieść ze zmienności jego stanowiska w toku procesu oraz z zeznań świadka I. J., gdyż prowadzą one do wniosku, że twierdzenie o wykonywaniu przez skarżącego omawianych czynności zostało jedynie przyjęte na potrzeby procesu. Otóż skarżący stanowczo wskazywał przed Sądem Okręgowym, że przy ustalaniu wartości pojazdów posługiwał się serwisem google.pl, a więc zwykłą wyszukiwarką internetową. Jest niezrozumiałe, jak tego rodzaju narzędzie miałyby służyć wykonywaniu profesjonalnej działalności ubezpieczeniowej. Na etapie apelacji, czyli już w odniesieniu się do oceny przyjętej przez Sąd I instancji, skarżący twierdził, wprawdzie, że posługiwał się aplikacjami ogłoszeniowymi OTO-moto, OLX i Autoscout 24, jednak nawet pomijając kwestię niespójności stanowiska skarżącego – i to są narzędzia amatorskie. Potwierdzają to zeznania doświadczonego brokera w osobie świadka I. J., z których jasno wynika, że ustaleń wartości pojazdu dokonuje się w specjalnym systemie audatex, o którym ubezpieczony nawet nie wspominał. Na ocenę, że twierdzenie o dokonywaniu przez ubezpieczonego wyceny pojazdów zostało przygotowane wyłącznie na potrzeby postępowania, nie mają żadnego wpływu dokumenty dołączone do apelacji, gdyż nie wynika z nich jakikolwiek udział skarżącego w tego rodzaju czynnościach.

W pozostałym zakresie, zdaniem Sądu odwoławczego, to właśnie zaproponowana przez apelantów ocena dowodów pomija zawarte w Kodeksie postępowania cywilnego reguły rządzące postępowaniem dowodowym i nie uwzględnia istotnych okoliczności, na jakie zwrócił uwagę Sąd Okręgowy, a które miały wpływ na rozstrzygnięcie sprawy.

Odnosząc się do argumentacji apelantów, Sąd Apelacyjny wskazuje, że w sprawie nie doszło do naruszenia art. 6 kc. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 15 lutego 2007r. (sygn. akt I UK 269/06, OSNP 2008/5-6/78, LEX nr 328015), w postępowaniu z zakresu ubezpieczeń społecznych kontroli podlega decyzja organu rentowego i rozkład ciężaru dowodów będzie zależał od rodzaju decyzji - jeżeli jest to decyzja, w której organ zmienia sytuację prawną ubezpieczonego, to powinien on wykazać uzasadniające ją przesłanki faktyczne. Na organie rentowym, który przyjął zgłoszenie do ubezpieczenia pracowniczego i nie kwestionował tytułu tego zgłoszenia oraz przyjmował składki, spoczywa ciężar dowodu, że strony umowy o pracę złożyły fikcyjne oświadczenia woli (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 24 sierpnia 2010r., I UK 74/10, LEX nr 653664). Wydanie decyzji przez organ rentowy w postępowaniu administracyjnym nie zwalnia od udowodnienia przed sądem jej podstawy faktycznej, zgodnie zasadą rozkładu ciężaru dowodu wynikającą z art. 6 kc (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 7 stycznia 2010r., II UK 148/09, LEX nr 577847). Tak też się stało w przedmiotowej sprawie, wobec czego w postępowaniu sądowym apelujący zobowiązani byli do odniesienia się do przedstawionych zarzutów oraz wykazania faktów przeciwnych niż wskazane przez organ rentowy w zaskarżonej decyzji. To na ubezpieczonym i płatniku składek leżał zatem ciężar dowodzenia, w opozycji do stanowiska organu, że ubezpieczony faktycznie wykonywał pracę w ramach stosunku pracy.

Wobec twierdzeń apelantów, należy ponownie przypomnieć, że do ustalenia, iż doszło do powstania pomiędzy stronami stosunku pracy nie jest wystarczające spełnienie warunków formalnych zatrudnienia takich, jak zawarcie umowy o pracę, odbycie szkolenia BHP, uzyskanie zaświadczenia lekarskiego o zdolności do pracy, czy zgłoszenie do ubezpieczenia, a konieczne jest ustalenie, że strony miały zamiar wykonywać obowiązki stron stosunku pracy i to czyniły. Nie może bowiem być tolerowana sytuacja, w której osoba zainteresowana w uzyskaniu świadczeń z ubezpieczenia społecznego, do których nie ma tytułu, z pomocą płatnika składek wytwarza dokumenty służące wyłącznie do tego celu. Sąd Najwyższy w wyroku z 14 września 2006r., II UK 2/06, uznał, że nie stanowi podstawy do objęcia ubezpieczeniem społecznym dokument nazwany umową o pracę, jeżeli rzeczywisty stosunek prawny nie odpowiada treści art. 22 kp. Dokument w postaci umowy o pracę nie jest niepodważalnym dowodem na to, że osoby podpisujące go, jako strony umowy, faktycznie złożyły oświadczenia woli o treści zapisanej w dokumencie. Kwestia ważności zawartej umowy o pracę stoi zatem w sprawie o objęcie ubezpieczeniem społecznym na drugim planie, bowiem o nieobjęciu tym ubezpieczeniem w przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia osoby niebędącej pracownikiem nie decyduje nieważność umowy, lecz fakt niepozostawania w stosunku pracy w rozumieniu art. 22 § 1 kp.

Za pracownika uważa się w świetle ustawy systemowej osobę pozostającą w stosunku pracy. Nawiązanie stosunku pracy następuje poprzez złożenie zgodnych oświadczeń woli przez pracodawcę i pracownika niezależnie od jego podstawy prawnej - art. 11 kp. Stosownie do treści art. 22 kp. przez nawiązanie umowy o pracę pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem, zaś pracodawca do zatrudniania pracownika za wynagrodzeniem. Na powstanie tego stosunku prawnego nie składa się tylko złożenie oświadczeń woli, ale nade wszystko zamiar stron oraz faktyczne wykonywanie umówionej pracy na warunkach określonych w umowie.

Po tych wyjaśnieniach, zakreślających granice istotnych dla rozstrzygnięcia kwestii faktycznych, należy stwierdzić, że co do zasady stanowisko zawarte w obu apelacjach ma charakter polemiki stron niezadowolonych z ustaleń poczynionych przez Sąd I instancji, jednak niepopartych rzeczową analizą, która wskazałaby na usterki rozumowania Sądu Okręgowego, istotne z punktu widzenia oceny, czy doszło do naruszenia art. 233 § 1 kpc.

W pierwszej kolejności należy tu wskazać na kwestię archiwizowania dokumentów, co do której brak jakiegokolwiek konsekwencji i spójności w wyjaśnieniach i zeznaniach stron oraz świadka I. J.. Otóż płatnik jednoznacznie wyjaśniała przed organem rentowym, że dokumenty, które miały zostać zniszczone, były wywożone do spalarni, którą jakoby miał być kominek w prywatnym domu I. J.. Świadek ten zaprzeczył takiemu sposobowi niszczenia dokumentów. Związane z tym późniejsze wyjaśnienia, jakoby jedynie przyjęło się u płatnika używanie nazwy „spalarnia” dla miejsca, do którego wywozi się zbędne dokumenty, są zwyczajnie nielogiczne. Wobec tego rodzaju rozbieżności nie sposób przyjąć, aby wiarygodne były twierdzenia apelantów co do udziału skarżącego w archiwizowaniu dokumentów, gdyż ich podtrzymanie na etapie postępowania odwoławczego jawi się jako zwykła polemika, niemająca żadnego potwierdzenia

w zebranych materiale dowodowym. Zupełnie bez znaczenia dla takiej oceny pozostają abstrakcyjne twierdzenia dotyczące znacznej ilości dokumentów przechowywanych w biurze płatnika i zestawienia dołączone do apelacji dla poparcia tych twierdzeń.

Po drugie potwierdzeniem manipulowania przez apelantów faktami istotnymi dla rozstrzygnięcia jest oczywista rozbieżność w przedstawieniu w apelacji kwestii serwisowania pojazdów. Nie sposób zrozumieć, z jakich przyczyn skarżący twierdzi, że po pozostawieniu samochodu w serwisie wracał do biura, zaś płatnik – że skarżący oczekiwał w serwisie na zakończenie przeglądu pojazdu.

Trzecią kwestią wymagającą podkreślenia przez Sąd Apelacyjny jest brak logiki we wpisach ujętych w delegacjach (poleceniach wyjazdu służbowego – k.138 i 139). Co do pierwszego wyjazdu niezrozumiałe jest, dlaczego ubezpieczony, który miał odwiedzić płatnika po spotkaniu w P. na pociąg do Ł., a następnie przenocować w drodze powrotnej do E., po 4 godzinach pobytu w Ł., wieczorem wrócił do położonego na południe od Ł. (a więc dalej od E.) P., aby następnego dnia nie rano (czyli bezpośrednio po noclegu), a dopiero o godzinie 17:00 wyruszyć w podróż powrotną do E.. Co do drugiego wyjazdu – wprawdzie nie wpisano w rozliczeniu godziny przyjazdu do Ł. w dniu 28 maja 2016r., ale skoro ubezpieczony miał w Ł. tylko odebrać płatnika z pociągu, to niezrozumiałe jest dlaczego wyjechał z E. już o godzinie 8:00, zaś z Ł. udał się do P. dopiero o godzinie 21:00. Nie znajduje też żadnego wytłumaczenia, dlaczego rachunek za nocleg z 28 na 29 maja 2016r. (k.140) dotyczy tylko jednej osoby, skoro ubezpieczony na tym etapie rzekomej podróży służbowej powinien odbywać ją już wspólnie z płatnikiem.

Kwestia czwarta dotycząca twierdzenia, jakoby skarżący i płatnik nie utrzymywali bliskich kontaktów przed ocenianym w niniejszej sprawie okresem zatrudnienia. Twierdzenie to jest, zdaniem Sądu Apelacyjnego, jawnie sprzeczne z treścią apelacji ubezpieczonego, z której wynika, że skarżący dysponuje szeroką wiedzą na temat przebiegu działalności gospodarczej swojej siostry. Pozwala to przypuszczać, że drobne przysługi na rzecz płatnika składek, takie jak wożenie dokumentów do podpisania przez klientów płatnika, a świadczone w ramach pomocy rodzinnej, skarżący realizował znacznie wcześniej niż od kwietnia 2016r., zaś dopiero w związku z chęcią uzyskania świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, związaną z pogarszającym się stanem zdrowia skarżącego, jego czynnościom apelanci nadali pozory zatrudnienia w reżimie pracowniczym.

Piąte zagadnienie to kwestia zdolności skarżącego do pracy. W tym zakresie należy podkreślić przede wszystkim to, że lekarz profilaktyk wystawia zaświadczenie o zdolności do pracy m.in. w oparciu o wywiad lekarski. Wystarczyło zatem dla uzyskania takiego zaświadczenia, aby skarżący – zainteresowany uzyskaniem dokumentu niezbędnego do wykazania formalnoprawnej poprawności zatrudnienia, zataił przed lekarzem medycyny pracy część danych dotyczących stanu swojego zdrowia. Przedstawienie takiego zaświadczenia, jawnie sprzecznego z wynikającym z dokumentacji medycznej złym stanem zdrowia skarżącego w okresie zbliżonym do daty zawarcia umowy o pracę, w żadnej mierze nie przesądza o tym, że skarżący rzeczywiście był zdolny do wykonywania pracy w rodzaju przedstawianym przez apelantów. Taką ocenę potwierdza uzyskanie przez skarżącego długotrwałego zwolnienia lekarskiego po bardzo krótkim okresie rzekomego zatrudnienia.

Po szóste należy zwrócić uwagę, że większość twierdzeń o zakresie czynności podejmowanych jakoby przez skarżącego w ramach spornego zatrudnienia, wynika wyłącznie z zeznań apelantów. Tymczasem zeznaniom tym nie sposób przydać waloru wiarygodności, o czym przekonuje także to, że inną decyzją (nr (...), z dnia 26 maja 2017r.) organ rentowy stwierdził, że również E. S. nie podlegała ubezpieczeniom społecznym z tytułu rzekomego zatrudnienia pracowniczego u płatnika składek, przy czym – jak wskazał pełnomocnik pozwanego na rozprawie odwoławczej – decyzja ta jest obecnie prawomocna.

Konstatacja powyższych rozważań musiała być taka, że w świetle istotnych rozbieżności w materialne dowodowym, trafnie wychwyconych zarówno przez pozwanego (por. uzasadnienia zaskarżonej decyzji i odpowiedzi na odwołanie), jak i przez Sąd Okręgowy, nie było podstaw do przyjęcia, aby sporadyczne czynności wykonywane przez ubezpieczonego na rzecz płatnika składek, mogły być objęte reżimem pracowniczym, skutkującym objęciem skarżącego obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi. To zaś musiało prowadzić do wniosku, że zaskarżony

wyrok odpowiada prawu, co skutkowało oddaleniem obu wywiedzionych od niego apelacji, na podstawie art. 385 kpc (pkt I. wyroku).

O kosztach zastępstwa procesowego, należnych organowi rentowemu, rozstrzygnięto na podstawie art. 98 § 1 i 3, art. 99, art. 105 § 1 kpc i art. 108 § 1 zd. 1 kpc w związku z § 9 ust. 2 i § 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), zasądzać od apelantów na rzecz pozwanego po połowie stawki minimalnej wynagrodzenia pełnomocnika pozwanego.

SSA Alicja Podlewska SSA Michał Bober SSO del. Tomasz Koronowski