

Sygn. akt: III AUa 1359/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 lipca 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi, III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSA Ewa Naze

Sędziowie: SSA Maria Padarewska - Hajn

SSA Iwona Szybka (spr.)

Protokolant: sekr. sądowy Aleksandra Słota

po rozpoznaniu w dniu 26 czerwca 2013 r. w Łodzi

sprawy **M. K. i „K.J. (...) z ograniczoną odpowiedzialnością w Ł.**

przeciwko **Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałowi w Ł.**

o podleganie obowiązkowi ubezpieczenia,

na skutek apelacji organu rentowego

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 25 maja 2012 r., sygn. akt: VIII U 801/11;

uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje Sądowi Okręgowemu w Łodzi do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania za drugą instancję.

Sygn. akt: III AUa 1359/12

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 11 kwietnia 2011 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. stwierdził, iż M. K., nie podlega od dnia 1 grudnia 2010 roku ubezpieczeniom społecznym, w tym ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, chorobowemu i wypadkowemu, jako pracownik „K. J. (...) spółka z o. o. z siedzibą w Ł..

Od powyższej decyzji odwołania wnieśli ubezpieczony M. K. oraz płatnik składek „K. J. (...) spółka z o.o. z siedzibą w Ł.. Odwołujący się podnieśli, iż umowa o pracę zawarta pomiędzy ubezpieczonym a spółką, wbrew twierdzeniom organu rentowego, nie była umową pozorną. O pozorności umowy nie może bowiem świadczyć przyznane ubezpieczonemu wysokie wynagrodzenie, słaba kondycja finansowa firmy, ani też krótki okres pomiędzy podjęciem zatrudnienia a zaistniałą niezdolnością do pracy M. K.. W związku z powyższym odwołujący się wnieśli o zmianę zaskarżonej decyzji w całości i uznanie, że ubezpieczony podlegał od dnia 1 grudnia 2010 roku ubezpieczeniom społecznym, jako pracownik spółki K. J. (...).

W odpowiedzi na odwołania Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł o ich oddalenie. Zdaniem organu rentowego ubezpieczony zatrudniony został na specjalnie utworzonym stanowisku. Celem zawarcia umowy było wyłącznie uzyskanie przez M. K. ubezpieczenia społecznego. Wnioskodawca został zatrudniony, jako dyrektor ds. rozwoju od dnia 10 grudnia 2010 roku. Od dnia 10 stycznia 2011 roku M. K. legitymował się już zaświadczeniem o niezdolności do pracy w okresie od 10 stycznia 2011 roku do 19 kwietnia 2011 roku. Mimo absencji ubezpieczonego, firma K. J. (...) nie zatrudniła w tym czasie innego pracownika. Obowiązki M. K. przejęła wówczas J. J. – właścicielka spółki. Poza dokumentacją kadrowo – płacową brak innych dokumentów potwierdzających działania wnioskodawcy, jako pracownika.

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 25 maja 2012 roku Sąd Okręgowy w Łodzi, VIII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, zmienił decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddziału w Ł. i ustalił, że M. K. podlega od 1 grudnia 2010 roku obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym tj. emerytalnemu, rentowemu, chorobowemu i wypadkowemu z tytułu zatrudnienia w charakterze pracownika w firmie K. J. (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w Ł..

Powyższe orzeczenie zapadło na podstawie następujących ustaleń faktycznych:

W dniu 1 grudnia 2010 roku pomiędzy „K. J. (...)” spółką z o.o.

a M. K. została zawarta umowa o pracę, na podstawie której M. K. został zatrudniony od dnia 1 grudnia 2010 roku na czas nieokreślony na stanowisku dyrektora ds. rozwoju na pełen etat za wynagrodzeniem 15 000 złotych brutto. Do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego został zgłoszony w dniu 3 grudnia 2010 roku od dnia 1 grudnia 2010 roku.

Przedmiotem działalności firmy K. J. (...) spółką z o.o. są roboty budowlane, związane ze wznoszeniem budynków i innych obiektów, realizacja projektów budowlanych. Na dzień 23 listopada 2011 roku spółka zatrudniała, poza M. K., 10 pracowników.

Do obowiązków pracowniczych M. K. należało samodzielne pozyskiwanie zleceń i koordynowanie pracy, współpraca z producentami, dystrybutorami oraz dostawcami od strony handlowej, pielęgnowanie dobrych relacji ze zleceniodawcami, kalkulacje ofertowe skutkujące pozyskiwaniem nowych zleceń, przygotowywanie realizacji i rozliczenie kontraktów, ocena i rozwój nowych możliwości dla oferowanych przez spółkę usług, opracowywanie strategii marketingowej i inwestycyjnej firmy, monitorowanie i analiza danych rynkowych dotyczących branży budowlanej oraz działań konkurencji, wspieranie i wdrażanie inicjatyw mających na celu pozyskiwanie nowych inwestycji, odpowiedzialność za tworzenie działu od podstaw, łącznie z rekrutacją pracowników oraz opracowanie strategii organizacji pracy.

M. K. zajmował się przede wszystkim pozyskiwaniem kontrahentów. Posiadał bowiem rozległe kontakty z firmami budowlanymi z czasów pełnienia funkcji wiceprezydenta Miasta Ł.. M. K. przychodził do pracy codziennie około godziny 9.00. Podpisywał listę obecności. Następnie udawał się do swojego gabinetu. Zwykle spotykał się z A. G.. Wspólnie omawiali bieżące sprawy spółki, strategię firmy, sposoby pozyskania kontrahentów. Wynagrodzenie M. K. miał płacone „do ręki”, co kwitował podpisem na liście płac.

Podczas zatrudnienia w spółce K. J. (...), do chwili choroby tj. do dnia 10 stycznia 2011 roku, ubezpieczony odbył spotkania biznesowe m.in.

z: A. N. (prezesem zarządu spółki (...) oraz (...) spółki Grupa (...)), S. F. (przedstawicielem firmy (...)), T. B. (właścicielem firmy (...)), K. J. (prezesem zarządu firmy (...)).

Od dnia 10 stycznia 2011 roku M. K. uzyskiwał zaświadczenia

o niezdolności do pracy. Od dnia 24 stycznia 2011 roku pobierał zasiłek chorobowy. W roku 2001 u M. K. zdiagnozowano cukrzycę typu 2. Leczył się diabetologicznie, kardiologicznie i neurologicznie. Był kilkakrotnie

hospitalizowany. W dniu 20 stycznia 2011 roku wnioskodawca stanął się u specjalisty medycyny przemysłowej zgłaszając: bóle

w okolicy mostka, od kilku dni nasilające się, ucisk, kołatanie serca, łatwe męczenie się bóle brzucha, bóle kręgosłupa. Otrzymał wtedy zaświadczenie o niezdolności do pracy na okres od 10 do 20 stycznia 2011 r. W dniach od 21 do 25 stycznia 2011 roku wnioskodawca był hospitalizowany z powodu dolegliwości zamostkowych powysiłkowych. Postawiono rozpoznanie: choroba wieńcowa III klasa wg (...), nadciśnienie tętnicze kontrolowane farmakologicznie, cukrzyca typu 2 w trakcie insulinoaterapii, hiperlipidemia, hiperurykemia.

U wnioskodawcy wykonano zabieg koronarografii. Ze szpitala został wypisany w stanie optymalnej poprawy z zaleceniem dalszej opieki w POZ oraz okresowej kontroli w Poradni Kardiologicznej i Diabetologicznej.

W świetle tak poczynionych ustaleń faktycznych Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, iż umowa o pracę zawarta pomiędzy M. K. a spółką K. J. (...) nie była umową pozorną, a w związku tym odwołujący się podlegał w spornym okresie ubezpieczeniu społecznemu, w tym ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, chorobowemu i wypadkowemu. Przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe nie dało podstaw do kwestionowania prawidłowości zawiązanego stosunku pracy oraz uznania, że celem działania stron było wyłącznie uzyskiwanie przez M. K. świadczeń z ubezpieczenia społecznego. W chwili zatrudnienia stan zdrowia odwołującego się pozwalał na wykonywanie przez niego obowiązków pracowniczych. Fakt świadczenia pracy przez ubezpieczonego potwierdziły zeznania stron umowy oraz zeznania świadków. W związku z powyższym Sąd I instancji, uznając zasadność odwołań, na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c., zmienił zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i orzekł, że M. K. od 1 grudnia 2010 roku podlegał ubezpieczeniom społecznym z tytułu zatrudnienia w spółce K. J. (...).

Powyższe orzeczenie zaskarżył w całości apelacją Zakład Ubezpieczeń Społecznych zarzucając mu:

1. naruszenie przepisów prawa procesowego tj. art. 233 k.p.c. poprzez naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów oraz dokonanie oceny zgromadzonego materiału w sposób nasuwający zastrzeżenia z punktu widzenia zasad logicznego rozumowania i art. 477⁹ § 3 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie;
2. naruszenie przepisów prawa materialnego tj. art. 22 poprzez błędne uznanie, iż strony łączył stosunek pracy.

W uzasadnieniu apelacji organ rentowy, kwestionując prawidłowość rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego podniósł dodatkowo, iż zarówno odwołanie M. K., jak i odwołanie płatnika składek - „K. J. (...), od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wniesione zostały z uchybieniem ustawowego terminu miesięcznego i jako takie powinny zostać odrzucone.

W związku z tym skarżący wniósł o zmianę wyroku Sądu I instancji poprzez odrzucenie odwołania złożonego przez M. K., ewentualnie oddalenie odwołania oraz odrzucenie, ewentualnie oddalenie odwołania złożonego przez płatnika, ewentualnie uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja organu rentowego wywołała ten skutek, że zaskarżony wyrok musiał zostać uchylony.

Zgodnie z art. 477⁹ § 1 k.p.c. odwołania od decyzji organów rentowych wnosi się na piśmie do organu, który wydał decyzję lub do protokołu sporządzonego przez ten organ, w terminie miesiąca od doręczenia odpisu decyzji. W myśl § 3 ww. przepisu, sąd odrzuci odwołanie wniesione po upływie terminu, chyba że przekroczenie terminu nie jest nadmierne i nastąpiło z przyczyn niezależnych od odwołującego się.

W przedmiotowej sprawie sporna decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

I Oddziału w Ł. z dnia 11 kwietnia 2011 roku doręczona została ubezpieczonemu M. K. w dniu 13 kwietnia 2011 roku (tj. w środę) oraz płatnikowi składek spółce K. J. (...) w dniu 18 kwietnia 2011 roku (tj. w poniedziałek). Zgodnie z treścią art. 477⁹ § 1 k.p.c. odwołanie od decyzji organu rentowego powinno zostać wniesione w terminie miesiąca od

doręczenia odpisu decyzji. Stosownie do art. 112 k.c. termin oznaczony w tygodniach, miesiącach lub latach kończy się z upływem dnia, który nazwą lub datą odpowiada początkowemu dniowi terminu, a gdyby takiego dnia w ostatnim miesiącu nie było - w ostatnim dniu tego miesiąca.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy, odwołania od przedmiotowej decyzji organu rentowego z dnia 11 kwietnia 2011 roku powinny zostać wniesione odpowiednio przez ubezpieczonego - do dnia 13 maja 2011 roku (piątek) oraz przez płatnika składek - do dnia 18 maja 2011 roku (środa). Ubezpieczony natomiast nadał odwołanie w placówce pocztowej w dniu 14 maja 2011 roku tj. dzień po upływie miesięcznego terminu. Płatnik składek - spółka K. J. (...), wniosła zaś odwołanie bezpośrednio do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w dniu 20 maja 2011 roku tj. dwa dni po upływie miesięcznego terminu. Bezsprene więc termin do wniesienia odwołania, tak przez ubezpieczonego, jak i płatnika składek, został przekroczony. Stosownie więc do treści art. 477⁹ § 3 k.p.c. odwołanie wniesione z uchybieniem ustawowego terminu podlega odrzuceniu.

Niemniej jednak, dopuszczalne jest merytoryczne rozpoznanie przez sąd odwołania wniesionego po upływie terminu. W tym celu niezbędnym jest łączne spełnienie dwóch warunków tj. przekroczenie terminu nie może być nadmierne i przyczyna tego musi być niezależna od odwołującego się. Ocena, czy przekroczenie terminu nastąpiło z przyczyn niezależnych od odwołującego się, jest pozostawiona uznaniu sądu. Dodać przy tym należy, iż to Sąd, do którego organ rentowy przesłał odwołanie decyduje, czy mimo przekroczenia terminu rozpatrzyć merytorycznie odwołanie, czy też je odrzucić jako spóźnione.

Niewątpliwie ubezpieczony M. K. oraz płatnik składek spółka K. J. (...) wniesli swoje odwołania od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 11 kwietnia 2011 roku uchybiając przy tym przewidzianemu w przepisie art. 477⁹ § 1 k.p.c. miesięcznemu terminowi. Przekroczenie terminu do wniesienia odwołania przyznał

w piśmie procesowym z dnia 14 maja 2013 roku pełnomocnik ubezpieczonego M. K.. Pełnomocnik płatnika nie ustosunkował się do zarzutu apelacji, że płatnik wniósł odwołanie po terminie, pomimo wezwania go do tego przez Sąd Apelacyjny (wezwanie

k. 180, doręczenie k. 183). Należy więc uznać, że jest to okoliczność niesporna.

Przekroczenie terminu wyniosło w przypadku ubezpieczonego - 1 dzień, w przypadku płatnika składek - 2 dni. Uchybienie to ocenić należy niewątpliwie, jako uchybienie które nie jest nadmierne. Niemniej, do rozpoznania odwołania wniesionego po terminie, konieczne jest spełnienie jeszcze jednej przesłanki, a mianowicie przekroczenie terminu musi nastąpić

z przyczyn niezależnych od odwołującego się. Sąd Okręgowy rozpoznał odwołanie wniesione po terminie, jednakże ani w toku postępowania, ani w uzasadnieniu wyroku, nie poczynił ustaleń odnośnie przekroczenia terminu.

Rozpoznając sprawę ponownie, Sąd Okręgowy, kierując się dyrektywą art. 477⁹ § 3 k.p.c., poczyni ustalenia odnośnie przyczyn przekroczenia terminu do wniesienia odwołania, zarówno przez ubezpieczonego, jak i przez płatnika składek. Dopiero po tych ustaleniach możliwe będzie wydanie, stosownego do wyniku tych ustaleń, orzeczenia.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 386 § 4 k.p.c., uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.