

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 maja 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Beata Górską
Sędziowie:	SSA Barbara Białecka (spr.) SSA Romana Mrotek
Protokolant:	St. sekr. sąd. Katarzyna Kaźmierczak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 16 maja 2019 r. w S.

sprawy M. N. (1) i S. K.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o objęcie ubezpieczeniem społecznym

na skutek apelacji S. K. i M. N. (1) od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 9 maja 2018 r., sygn. akt VI U 413/17 oraz na skutek zażalenia organu rentowego na punkt II i III wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 9 maja 2018 r.

1. oddala apelację,
2. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie II w ten sposób, że zasądza od S. K. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. kwotę 1800 (jeden tysiąc osiemset) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego odstępując od obciążania ubezpieczonej tymi kosztami w pozostałym zakresie,
3. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie III w ten sposób, że zasądza od M. N. (1) na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. kwotę 3600 (trzy tysiące sześćset) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego,
4. zasądza od S. K. i M. N. (1) na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. kwoty po 480 (czteryście osiemdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego i zażaleniowego

SSA Romana Mrotek	SSA Beata Górską	SSA Barbara Białecka
-------------------	------------------	----------------------

# UZASADNIENIE

Decyzją z 23 stycznia 2017 r., sprostowaną postanowieniem ZUS z dnia 6 marca 2017 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w W. stwierdził, że S. K. jako pracownik u płatnika składek M. N. (1), nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym pracowników od 1 czerwca 2016 r. W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, że S. K. została zgłoszona przez M. N. (1) do ubezpieczeń społecznych od 1 czerwca 2016 r. z tytułu wykonywania umowy o pracę, a już od 24 czerwca 2016 r. przebywała na zwolnieniu lekarskim związanym z ciążą. Nadto płatnik dopuścił ubezpieczoną do pracy pomimo braku ważnego badania lekarskiego. Badanie to zostało przeprowadzone zaledwie na tydzień przed terminem określonym w zwolnieniu lekarskim. Płatnik poza S. K. zatrudnia na podstawie umowy o pracę dwóch asesorów komorniczych N. T. i P. P., a także pracownika biurowego U. K., których wynagrodzenie nie przekracza minimalnego wynagrodzenia za pracę. W tej sytuacji wątpliwości budzi przyznanie ubezpieczonej, wykonującej proste prace biurowe, wynagrodzenia znacznie wyższego niż wynagrodzenie zatrudnionych przez płatnika wysoko wykwalifikowanych asesorów komorniczych. Organ rentowy zwrócił uwagę, że po przejściu ubezpieczonej na zwolnienie lekarskie i jej długotrwałej nieobecności płatnik nie zachował ciągłości zatrudnienia i nie zatrudnił innej osoby na jej zastępstwo. Wątpliwości ZUS wzbudziła również rzeczywista możliwość wykonywania przez ubezpieczoną pracy w godzinach wskazanych przez M. N. (2) z uwagi na fakt, że ubezpieczona równolegle z zatrudnieniem u płatnika jest zatrudniona u innego pracodawcy (...) Sp. z o.o. w wymiarze 3/4 etatu.

Odwołania od powyższej decyzji wniosła zarówno S. K., jak i M. N. (1), domagając się jej zmiany poprzez przyjęcie, że S. K. podlegała obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowym chorobowemu i wypadkowemu w okresie wskazanym w zaskarżonej decyzji, a w konsekwencji, że posiada prawo do świadczeń wynikających z obowiązkowego ubezpieczenia społecznego. S. K. wskazała, że z dniem 1 czerwca 2016 r. została zatrudniona w oparciu o umowę o pracę w wymiarze 1/2 etatu na czas określony do 31 maja 2017 r. na stanowisku pracownika administracyjno-biurowego z wykonywaniem pracy zdalnie w miejscu zamieszkania. O ciąży dowiedziała się dopiero 18 czerwca 2016 r., przy czym już od 1 czerwca 2016 r. wykonywała powierzone jej przez pracodawcę zadania na rzecz kancelarii. Podkreśliła, iż po tym jak dowiedziała się o ciąży z pełną świadomością chciała dalej pracować do czasu urodzenia dziecka, a dopiero później, po urodzeniu dziecka korzystać ze świadczeń objętych ubezpieczeniem społecznym, jak każda inna pracownica.

Odwołujący się płatnik składek podkreślił, że nigdy nie zamierzał i nie zawarł umowy o pracę z S. K. z zamiarem zwolnienia jej z obowiązku świadczenia pracy, a tym bardziej w celu umożliwienia jej uzyskania świadczenia z tytułu macierzyństwa. Płatnik podkreślił, że powodem zatrudnienia ubezpieczonej było zwiększenie ilości technicznych czynności biurowych związanych z prowadzeniem działalności, a także przewidywana zmiana przepisów dotyczących działalności komorników sądowych. Wysokość wynagrodzenia została ustalona na poziomie wyższym, aniżeli innych pracowników, albowiem zależało mu na pilnym zatrudnieniu nowego pracownika, nadto, z zatrudnieniem ubezpieczonej wiązał szansę na pozyskanie nowego i wartościowego pracownika.

W odpowiedzi na odwołania organ rentowy wniósł o oddalenie obu odwołań, z argumentacją jak w zaskarżonej decyzji.

Postanowieniem z dnia 20 marca 2017 r. Sąd Okręgowy połączył sprawy z obu odwołań do wspólnego rozpoznania i wyrokowania.

Wyrokiem z 9 maja 2018 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie (pkt I), zasądził od S. K. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (pkt II) oraz zasądził od M. N. (1) na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (pkt III).

Podstawę rozstrzygnięcia stanowił następująco ustalony stan faktyczny i rozważania prawne.

M. N. (1) Komornik Sądowy przy Sądzie Rejonowym w (...), prowadzi kancelarię komorniczą w G. przy ul. (...). W ramach prowadzonej działalności M. N. (1) zatrudnia na podstawie umowy o pracę: M. J., która w okresie od 5 stycznia

2016 r. do 29 lutego 2016 r. wykonywała pracę na podstawie umowy zlecenia, a od 1 marca 2016 r. do 31 lipca 2016 r. na podstawie umowy o pracę; P. P. na stanowisku asesora komorniczego w okresie od 1 stycznia 2016 r. za wynagrodzeniem w wysokości 1.850 zł, od 1 stycznia 2017 r. za wynagrodzeniem w wysokości 5.000 zł brutto; N. T. na stanowisku asesora komorniczego w okresie od 1 stycznia 2016 r. za wynagrodzeniem w wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę zgodnie z obowiązującymi przepisami, a od 1 stycznia 2017 r. za wynagrodzeniem w wysokości 5.000 zł brutto; pracownika biurowego U. K. (obsługa sekretariatu, przyjmowanie i segregowanie korespondencji kompletowanie akt); pracownika administracyjnego D. G. na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony od 5 stycznia 2017 r. do 31 lipca 2017 r.; K. F. na stanowisku pracownika administracyjnego na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony od 14 lutego 2017 r. do 13 lutego 2018 r. w wymiarze pełnego etatu za wynagrodzeniem w wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę.

S. K. jest absolwentką (...) Liceum Ogólnokształcącego (...) w S.. Po liceum ubezpieczona ukończyła dwuletnie (...) (wieczorowo), a następnie dwuletnie (...) uzyskując tytuł technika administracji i prawa. W latach 2012-2016 ubezpieczona była studentką Wyższej Szkoły (...), na kierunku (...), w specjalności (...), uzyskując tytuł inżyniera. W okresie od kwietnia 2008 r. do lipca 2011 r. ubezpieczona była zatrudniona w (...) - S., Agencji (...) i reklamowej (...) oraz Agencji (...). Od 15 września 2011 r. S. K. jest zatrudniona w sklepie odzieżowym marki (...) w S. na stanowisku doradcy sprzedaży w wymiarze 3/4 etatu. W czerwcu 2016 r. ubezpieczona wykonywała pracę: w dniach od 2 do 4, oraz od 14 do 20 czerwca ubezpieczona pracowała w godzinach od 13:30 do 21:45, w dniu 5 czerwca w godzinach od 12:15 do 20:45, w dniach od 6 do 10 oraz od 21 do 22 czerwca ubezpieczona przebywała na urlopie wypoczynkowym.

W okresie od 11 do 15 grudnia 2013 r. ubezpieczona była hospitalizowana w Szpitalu (...) w S. z rozpoznaniem stwardnienie rozsiane, postać rzutowo-zwalniająca.

W dniu 4 maja 2016 r. S. K. zawarła z Komornikiem Sądowym przy Sądzie Rejonowym w (...) M. N. (1) umowę o pracę na czas określony od 1 czerwca 2016 r. do 31 maja 2017 r., w wymiarze 1/2 etatu na stanowisku pracownika administracyjno-biurowego (zakładanie spraw) za wynagrodzeniem 2.500 zł brutto. Jako termin rozpoczęcia pracy wskazano dzień 1 czerwca 2016 r. Jako miejsce wykonywania pracy wskazano G. oraz miejsca wyznaczone przez pracodawcę zgodnie z potrzebami pracodawcy (w tym praca zdalna przez Internet). W podpisanym przez ubezpieczoną dokumencie dotyczącym warunków zatrudnienia wskazano, że dobową normą czasu pracy wynosi 4 godziny, tygodniowa 20 godzin, wynagrodzenie wypłacane jest raz w miesiącu przelewem, ustalono m.in., że dobową normą czasu pracy wynosi 4 godziny. Ubezpieczona nie otrzymała na piśmie zakresu czynności jakie miała wykonywać na stanowisku pracy. W dniu 7 czerwca 2016 r. S. K. została zgłoszona do ubezpieczeń: emerytalnego, rentowych, chorobowego oraz wypadkowego oraz obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego z dniem 1 czerwca 2016 r.

Skierowanie na badanie lekarskie w celu określenia przydatności do pracy na stanowisku pracownika biurowego zostało wystawione przez płatnika w dniu 1 czerwca 2016 r. W trakcie przeprowadzonego w dniu 22 czerwca 2016 r. badania stwierdzono wobec ubezpieczonej brak przeciwwskazań lekarskich do podjęcia pracy na stanowisku pracownika biurowego. Według informacji zawartych w pisemnych dokumentach w dniu 1 czerwca 2016 r. ubezpieczona zapoznała się z ryzykiem zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą oraz zasadami ochrony przed zagrożeniami na podstawie karty analizy i oceny ryzyka zawodowego dla stanowiska pracownik biurowy, oraz zapoznała się z instrukcjami bezpieczeństwa i higieny pracy obowiązującymi na terenie zakładu pracy i zobowiązała się do ich przestrzegania. W dniu 1 czerwca 2016 r. ubezpieczona odbyła szkolenie wstępne w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. Instruktaż ogólny przeprowadził specjalista ds. bhp W. K. w dniu 1 czerwca 2016 r., zaś instruktaż stanowiskowy - M. N. (1).

S. K. podpisała sporządzoną wyłącznie dla niej listę obecności za miesiąc czerwiec 2016 r., w której wskazano, że świadczyła pracę w dni powszednie.

Płatnik przelewał na konto ubezpieczonej tytułem: wynagrodzenia za pracę za czerwiec 2016 r. kwotę 1.808,11 zł, wynagrodzenia za pracę za lipiec 2016 r. kwotę 1.451,95 zł.

W związku z ciążą (rozpoznanie ciąży wczesna) ubezpieczona pozostawała pod opieką ginekologiczną od dnia 6 czerwca 2016 r. Od 23 czerwca 2016 r. S. K. zaczęła korzystać ze zwolnienia lekarskiego w związku z ciążą. W dniu (...) urodziła dziecko i od tego czasu korzystała z urlopu macierzyńskiego.

W czasie nieobecności ubezpieczonej w pracy płatnik nie zatrudnił innego pracownika na jej miejsce, obowiązki ubezpieczonej przejął sam oraz podzielił między asesorów. Pomimo zawartej formalnie umowy o pracę, nie nastąpiło nawiązanie stosunku pracy. Zawierając umowę strony nie miały zamiaru wzajemnego wywiązania się z zobowiązań wynikających ze stosunku pracy - ubezpieczona ze zobowiązania do świadczenia pracy, a pracodawca do zlecenia pracy. S. K. w rzeczywistości umówionej pracy nie świadczyła.

Sąd Okręgowy ocenił, że odwołanie ubezpieczonej i płatnika okazało się nieuzasadnione. Jako podstawę prawną rozstrzygnięcia wskazał treść przepisów art. 6 ust. 1, art. 1 ust. 1, art. 11 ust. 1 i art. 12 ust. 1, art. 8 ust. 1, art. 13 pkt 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, art. 2 k.p i art. 22 § 1 k.p.

Sąd I instancji ocenił, że odwołujący się nie wykazali, iż na podstawie zawartej umowy o pracę faktycznie doszło do nawiązania stosunku pracy. Strony nie przedstawiły żadnych, poza własnymi twierdzeniami, wiarygodnych dowodów, w oparciu o które można byłoby poczynić ustalenia faktyczne zgodne z argumentacją płatnika i ubezpieczonej. Wątpliwości Sądu Okręgowego wzbudziła okoliczność nawiązania stosunku pracy i uzasadnienia potrzeby zatrudnienia ubezpieczonej na podstawie umowy o pracę uwzględniający charakter wykonywanych przez nią obowiązków. Z wyjaśnień płatnika i ubezpieczonej złożonych na potrzeby postępowania kontrolnego wynika, że do obowiązków S. K. należały proste czynności biurowe, polegające w głównej części na segregowaniu korespondencji i układanie jej w aktach; sprawdzaniu poprawności adresowania korespondencji; sporządzaniu statystyk, na podstawie danych znajdujących się w programie; układaniu zwrotek wg sygnatury spraw i wpinanie ich do akt. Czynności skarżącej sprowadzać się miały wyłącznie do porządkowania zwrotek, sporządzania mapek z adresami czy też tabel, ubezpieczona zatrudniona została z uwagi na konieczność porządkowania zwrotek, celem ułatwienia pracy pozostałym pracownikom. Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie dawał podstaw do przyjęcia by wykonywała ona pracę w reżimie pracowniczym, w rozpatrywanej sprawie nic nie stało na przeszkodzie, aby umowę taką zawrzeć w okresie bezpośrednio poprzedzającym faktyczne rozpoczęcie pracy. Sąd I instancji zwrócił uwagę, że przed zatrudnieniem S. K. płatnik składek zatrudniał pracowników do wykonywania typowych czynności administracyjnych m.in. M. J., S. B., czy U. K., przy czym odmiennie od ubezpieczonej otrzymywały one wynagrodzenie w wysokości odpowiadającej minimalnemu wynagrodzeniu za pracę. W spornym okresie poza ubezpieczoną płatnik składek zatrudniał na podstawie umowy o pracę dwóch asesorów komorniczych - N. T. oraz P. P.. Wynagrodzenie tych pracowników w 2016 r. nie przekraczało minimalnego wynagrodzenia za pracę, zasadne zatem wątpliwości wzbudza przyznanie S. K., wykonującej proste prace biurowe, wynagrodzenia znacznie wyższego niż wynagrodzenia zatrudnionych przez płatnika składek wysoko wykwalifikowanych asesorów komorniczych, których praca przekłada się niewątpliwie na wysokość generowanych przez płatnika składek dochodów. Zestawienia i zwrotki miał przekazywać i odbierać od ubezpieczonej pracownik -P. P. w drodze z pracy do domu. Ponadto, dostarczał on również S. K. listę obecności, którą podpisywać miała w domu. Oznacza to, że w rzeczywistości płatnik składek nie miał możliwości zweryfikowania czy i ile godzin ubezpieczona pracowała.

Wątpliwości Sądu Okręgowego wzbudził również sam wymiar czasu pracy wskazany w umowie o pracę z dnia 4 maja 2016 r. Praca S. K. świadczona na rzecz płatnika wykonywana miała być w połowie wymiaru czasu pracy. W swych zeznaniach płatnik wskazywał, że ubezpieczona miała pracować codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach od 8 do 12 ewentualnie od 12 do 16. Tymczasem z zeznań ubezpieczonej wynika, że sama organizowała swój czas pracy samodzielnie decydując o tym kiedy i jaka praca będzie wykonywana, nikt nie kontrolował ile faktycznie czasu poświęca na uporządkowanie zwrotek czy przygotowanie mapek. W ocenie Sądu stosunek wzajemnego zaufania między pracodawcą i pracownikiem nie może wyłączać podstawowego elementu konstrukcyjnego stosunku pracy w postaci podporządkowania, egzekwowanego przez pracodawcę realną kontrolą pracy świadczonej przez pracownika. W przypadku ustalenia, że w łączącym strony stosunku prawnym występowały elementy obce stosunkowi pracy (np. brak podporządkowania), nie jest możliwa jego kwalifikacja do stosunku pracy.

Wątpliwości Sądu I instancji wzbudziła także racjonalność zatrudnienia pracownika biurowego, który nie tylko nie może w tym biurze pracować - płatnik wyrazić miał zgodę na wykonywanie przez ubezpieczoną pracy zdalnej, ale też konieczne jest zaangażowanie innego pracownika do codziennego odwiedzania w domu ubezpieczonej, przywożenia jej do podpisu listy obecności oraz zawożenia i odbierania pracy (zwrotek), które później i tak musiały być wpięte, jak zeznała ubezpieczona, przez innego pracownika do akt znajdujących się w kancelarii. Sąd Okręgowy zwrócił uwagę na niefrasobliwość Komornika Sądowego pozwalającego, aby nowoprzyjęty pracownik bez jakiegokolwiek doświadczenia w zakresie obsługi dokumentacji komorniczej mógł w swoim domu, zupełnie bez kontroli przeglądać i porządkować zwrotki, skoro mógł przecież zatrudnić pracownika, mieszkającego w mieście, w którym siedzibę ma kancelaria i który mógł świadczyć w niej pracę pod bezpośrednim nadzorem pracodawcy. Sąd I instancji nie dał wiary temu, aby płatnik, w dobie wciąż trwającego kryzysu na rynku pracy, nie mógł w niewielkim mieście jakim jest G. znaleźć osoby, niekoniecznie wykwalifikowanej i doświadczonej, chętnej do podjęcia pracy z wynagrodzeniem 2.500 zł na 1/2 etatu.

Uwadze Sądu I instancji nie uszło również, że płatnik dopuścił ubezpieczoną do pracy pomimo braku ważnego badania lekarskiego czyli wbrew zakazowi wynikającemu z art. 229 § 4 k.p. Badanie to zostało przeprowadzone dopiero po trzech tygodniach od rozpoczęcia wykonywania przez ubezpieczoną pracy, a zaledwie na dzień przed terminem określonym w zwolnieniu lekarskim. Trafnie zwrócił uwagę organ rentowy, że zwolnienie lekarskie ubezpieczonej zostało wystawione w dniu 24 czerwca 2016 r. określając wsteczną datę powstania niezdolności do pracy od dnia 23 czerwca 2016 r. Nie sposób nie zgodzić się z ZUS, iż uwzględnwszy, że w dniach 21 i 22 czerwca 2016 r. ubezpieczona przebywała na urlopie wypoczynkowym udzielonym przez H&M, niezdolność do pracy mogła powstać przed dniem badania lekarskiego stwierdzającego zdolność do pracy (orzeczenie lekarskie datowane jest na dzień 22 czerwca 2016 r.). Płatnik nie przedłożył żadnych dowodów na podnoszoną przez niego okoliczność jakoby ubezpieczona okazała mu zaświadczenie o dopuszczeniu do wykonywania pracy wystawione dla H&M. Gdyby w istocie ubezpieczona przedstawiła taki dokument płatnik składek nie musiałby kierować jej na badania lekarskie, umieszczając kopię ważnego orzeczenia w aktach osobowych skarżącej. Tymczasem płatnik wskazał, że osoba zajmująca się kadrami kancelarii zwróciła mu uwagę na brak badania lekarskiego ubezpieczonej po dwóch tygodniach od podjęcia przez nią pracy i wtedy niezwłocznie wystawił skierowanie na badania lekarskie. Powyższe wyjaśnienia stoją w sprzeczności z przedłożonym materiałem dowodowym, albowiem umowa o pracę została zawarta już 4 maja 2016 r, a brak badania lekarskiego stwierdzono - jak wynika z treści odwołania płatnika składek - po upływie około 2 tygodni od daty rozpoczęcia pracy przez ubezpieczoną czyli około 14 czerwca 2016 r. Przy czym z orzeczenia lekarskiego nr (...) z dnia 22 czerwca 2016 r. stwierdzającego zdolność ubezpieczonej do pracy wynika, że płatnik składek wystawił skierowanie na badanie w dniu 1 czerwca 2016 r., co przeczy wyjaśnieniom płatnika składek i wskazywać może, że płatnik składek wystawił skierowanie z datą wsteczną.

W dalszej kolejności Sąd Okręgowy zauważył, że umowa zawarta w dniu 4 maja 2016 r. przez strony nie była umową przedwstępną i nie określała żadnych warunków i przyczyn, dla których wyznaczono tak odległy termin rozpoczęcia pracy. M. N. (1) oświadczył, iż było to spowodowane tym, że ubezpieczona zobowiązała się rozwiązać do tego czasu umowę o pracę z drugim pracodawcą co powodowało konieczność dostosowywania wykonywanej pracy do grafików w sklepie. W celu podjęcia pracy w kancelarii w pełnym wymiarze ubezpieczona miała rozwiązać umowę o pracę z drugim pracodawcą, jednakże z uwagi na trzymiesięczny okres wypowiedzenia nie było to możliwe z końcem maja 2016 r. Odnosząc się do tej kwestii, Sąd I instancji powziął wątpliwości co do przyczyn, dla których płatnik składek, mając świadomość, że ubezpieczona nie będzie dyspozycyjna w miesiącach letnich z uwagi na potencjalny okres wypowiedzenia, a on potrzebował pracownika w związku z nagromadzeniem pracy już w czerwcu 2016 r. i dodatkowo przypadający na ten miesiąc półroczny okres sprawozdawczy - zdecydował o zatrudnieniu ubezpieczonej, której czas pracy był mocno ograniczony. Płatnik nie mógł zakładać, jak to wynika z odwołania, że ubezpieczona będzie korzystała z urlopu wypoczynkowego u drugiego pracodawcy, w celu świadczenia pracy w kancelarii, ponieważ wymiar urlopu wypoczynkowego jest w skali roku ograniczony do 26 dni. Wątpliwości zatem wzbudza tak daleko idąca nieostrożność i niezabezpieczenie się, poprzez chociażby przyjęcie od ubezpieczonej oświadczenia o rozwiązaniu stosunku pracy z drugim pracodawcą. M. N. (3) składając zeznania przed Sądem początkowo wskazywał, że umowa została podpisana bezpośrednio po pierwszej rozmowie, by chwilę później zeznać, że ubezpieczona nie chciała zawrzeć umowy od razu z uwagi na świadczenie pracy na rzecz innego pracodawcy. Ubezpieczona zeznała, że została wezwana przez płatnika na

drugą rozmowę w celu podpisania umowy. Ponadto wątpliwości wzbudza rzeczywista możliwość wykonywania przez ubezpieczoną pracy w godzinach wskazanych przez płatnika składek, czyli od 8:00 do 12:00 oraz od 12:00 do 16:00 z uwagi na fakt, że ubezpieczona równoległe z zatrudnieniem u płatnika składek jest zatrudniona u innego pracodawcy (...)Sp. z o.o. Z wyjaśnień (...)Sp. z o.o. wynika, że Pani S. K. wykonuje pracę w wymiarze 3/4 etatu. Ubezpieczona w czerwcu 2016 r. dla (...) Sp. z o.o. wykonywała pracę: w dniach od 2 do 4, oraz od 14 do 20 czerwca w godzinach od 13:30 do 21:45; w dniu 5 czerwca w godzinach od 12:15 do 20:45; w dniach od 6 do 10 oraz od 21 do 22 czerwca ubezpieczona przebywała na urlopie wypoczynkowym. Nie bez znaczenia pozostaje przy tym, że siedziba płatnika składek znajduje się w G., natomiast praca na rzecz (...) Sp. z o.o. była przez ubezpieczoną wykonywana w S.. Biorąc pod uwagę godziny pracy S. K. oraz odległość dzielącą obu pracodawców wątpliwości wzbudza fakt, że ubezpieczona, będąc w ciąży podjęła dodatkowe zatrudnienie, w wyniku którego znacznemu zwiększeniu uległa ilość godzin pracy i w konsekwencji ubezpieczona przez znaczną część miesiąca musiałaby świadczyć pracę niemal nieprzerwanie od godziny 8:00 do 21:45.

Sąd Okręgowy zgodził się z organem rentowym, że nic nie stało na przeszkodzie aby, zamiast zatrudnienia ubezpieczonej na 1/2 etatu zwiększyć o taką część etatu wymiar czasu pracy U. K. (jak miało to miejsce w grudniu 2016 r.) zwłaszcza, że U. K. jest pracownikiem z wieloletnim stażem i niewątpliwie z dużą wiedzą dotyczącą funkcjonowania kancelarii.

Sąd I instancji nie uznał za prawdziwe twierdzeń odwołującej, że w chwili zatrudnienia nie była w ciąży, bowiem przeczy temu przedłożony dokument z przeprowadzonego badania USG, potwierdzającego, że w chwili jego wykonania tj. 18 czerwca 2016 r. była w 7 tygodniu ciąży. W dokumentacji medycznej znajduje się zapis dotyczący wizyty w dniu 6 czerwca 2016 r. z rozpoznaniem ciąży wczesna.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że zatrudnienie odwołującej, przy uwzględnieniu relatywnie szybkiego powstania niezdolności do pracy w związku z ciążą - daje podstawy przyjęcia pozorności zatrudnienia w celu skorzystania ze świadczeń społecznych.

W ocenie Sądu I instancji, ustalenia dokonane w sprawie prowadzą do wniosku, iż wskazana wyżej umowa o pracę z dnia 4 maja 2016 r. miała charakter umowy pozornej w rozumieniu art. 83 § 1 k.c. Ubezpieczona nie miała zamiaru podejmować pracy w Kancelarii Komorniczej i wykonywać na jej rzecz obowiązków pracowniczych, zaś płatnik godził się na to mając tego świadomość. Strony miały na celu jedynie pozyskanie wysokich kwot tytułem świadczeń z ubezpieczenia społecznego w związku z macierzyństwem, przy czym wartość odprowadzonej składki - za jeden miesiąc - była niewspółmiernie niska w odniesieniu do możliwości pozyskania świadczeń z ubezpieczenia społecznego z tytułu macierzyństwa.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie przepisów art. 98 § 1 i 3 w zw. z art. 99 k.p.c. oraz § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2015 r., poz. 1804 w brzmieniu obowiązującym w dacie złożenia odwołania).

Apelację od powyższego wyroku w części, tj. co do punktu I i II wywiodła ubezpieczona, wnosząc jednocześnie o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez objęcie ubezpieczonej ubezpieczeniem społecznym od 26 lipca 2016 r. oraz nieobciążanie ubezpieczonej kosztami procesu oraz kosztami na rzecz organu rentowego.

Apelująca wskazała, że organ rentowy słusznie w sentencji zaskarżonej decyzji określił ją jako pracownika, za którego uiszczane są stosowne składki, a zatem ubezpieczona, jako pracownik, musi podlegać ochronie wynikającej z ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Pracodawca spełnił wszystkie obowiązki związane z zatrudnieniem ubezpieczonej, natomiast ubezpieczona wykonywała powierzonej jej prace. Pracodawca w piśmie z dnia 17 października 2016 r. przedstawił ubezpieczonej zakres obowiązków, jak i fakt wykonywania pracy w godzinach od 8 do 12 lub od 12 do 16 w siedzibie kancelarii, jak również w miejscu jej zamieszkania. Apelująca wskazała, że podpisując umowę o pracę miała świadomość, że będzie pracowała do czasu zakończenia umowy zgodnie z oczekiwaniem pracodawcy, a nawet dłużej, jeżeli umowa zostałaby przedłużona. W momencie zawierania umowy ubezpieczona nie wiedziała, że jest w ciąży, bowiem o ciąży dowiedziała się dopiero 18 czerwca 2016 r. na wizycie u lekarza. Od 1 czerwca

2016 r. natomiast ubezpieczona wykonywała powierzone jej obowiązki na rzecz kancelarii. Zdaniem apelującej, nie można uznać za wygórowane osiąganych przez nią zarobków. Ubezpieczona przedłożyła pracodawcy również badania lekarskie z poprzedniego miejsca pracy, pomimo tego pracodawca skierował ją na ponowne badania, po których uzyskała zaświadczenie z dnia 22 czerwca 2016 r. Ubezpieczona za zgodą pracodawcy większość pracy wykonywała w domu.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł także płatnik składek, podnosząc jednocześnie zarzuty:

1. naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i błędną, sprzeczną z zasadami logiki i doświadczeniem życiowym ocenę materiału dowodowego, skutkującą błędnym ustaleniem stanu faktycznego, stanowiącego podstawę wydania zaskarżonego wyroku, poprzez przyjęcie, że:

a) pomimo zawartej formalnie przez ubezpieczoną S. K. (1) z pracodawcą M. N. (1) umowy o pracę, nie nastąpiło nawiązanie stosunku pracy pomiędzy odwołującą ad. 2 a odwołującym ad. 1, podczas gdy z okoliczności sprawy, w tym w szczególności z zeznań S. K. i M. N. (1) oraz świadków jednoznacznie wynika, że stosunek pracy został nawiązany, a strony tej umowy przystąpiły do jej realizacji,

b) zawierając umowę o pracę, strony nie miały zamiaru wzajemnego wywiązania się z zobowiązań wynikających ze stosunku pracy, tj. ubezpieczona S. K. ze zobowiązania do świadczenia pracy, a pracodawca M. N. (1) do zlecenia pracy, podczas gdy z okoliczności sprawy i zgromadzonego materiału dowodowego, w szczególności zeznań odwołującego ad. 1 i odwołującej ad. 2, a także zeznań świadków, dokumentacji fotograficznej załączonej do pisma procesowego odwołującego ad. 2 z dnia 14 marca 2018 r. oraz potwierdzeń przelewów wynagrodzenia za pracę wynika jednoznacznie, że strony nie tylko miały zamiar wywiązywać się z zobowiązań wynikających z zawartej umowy, ale też faktycznie je wykonywały,

c) ubezpieczona S. K. w rzeczywistości nie podjęła i nie wykonywała na rzecz płatnika pracy, podczas gdy z okoliczności sprawy i zgromadzonego materiału dowodowego, w szczególności zeznań odwołującej ad. 1 i odwołującego ad. 2, a także zeznań świadków - m.in. P. P., N. T., U. K., S. B. wyraźnie wynika, iż S. K. począwszy od dnia 1 czerwca 2016 r. podjęła i faktycznie wykonywała pracę w zakresie i na zasadach ustalonych z pracodawcą, zaś pracodawca i jego pracownicy korzystali z efektów jej pracy,

d) ubezpieczona S. K. miałyby wykonywać u pracodawcy pracę w charakterze dyrektora merytorycznego, podczas gdy wykonywane przez nią w miesiącu czerwcu 2016 r. obowiązki dotyczyły wyłącznie czynności administracyjno-biurowych, polegających w szczególności na porządkowaniu zwrotek zgodnie z wytycznymi pracodawcy oraz przygotowywaniu mapek do czynności terenowych,

e) odwołujący ad. 2 miał świadomość i godził się na to, iż S. K. nie zamierza podjąć i wykonywać pracy u odwołującego ad. 2, podczas gdy z okoliczności sprawy i zgromadzonego materiału dowodowego, w szczególności zeznań świadka P. P., N. T. i odwołującego ad. 2 wynika, że odwołujący nie miał wiedzy o ciąży S. K. i zatrudnił ją w związku ze swoją uzasadnioną potrzebą wynikającą ze zwiększonej ilości zadań w kancelarii oraz zbliżający się okres statystyczny.

2) naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. poprzez brak wskazania faktów, które Sąd uznał za udowodnione, dowodów na których się oparł i przyczyn dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej oraz brak wyjaśnienia podstawy prawnej wyroku i przytoczenia przepisów prawa, w szczególności brak logicznych wyjaśnień dotyczących wysuwanych tez i twierdzeń.

3) naruszenie art. 83 § 1 k.c. i art. 58 § 1 k.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie skutkujące przyjęciem, że umowa o pracę z dnia 4 maja 2016 r. została zawarta dla pozorów, podczas gdy z okoliczności sprawy i zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynika, że strony zawarły umowę o pracę w celu jej wykonywania i ją wykonywały, realizując wzajemnie obowiązki wynikające ze stosunku pracy.

4) naruszenie art. 6 ust. 1 pkt 1, art. 8 ust. 1, art. 11 ust. 1 oraz art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1778 ze zm.) w sytuacji, gdy z okoliczności sprawy i zgromadzonego materiału dowodowego wynika, że S. K. była zatrudniona u M. N. (1) na podstawie umowy o pracę z dnia 4 maja 2016 r. oraz pracę tę wykonywała od dnia 1 czerwca 2016 r.

Mając na uwadze powyższe, apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie odwołania odwołującego ad. 2, poprzez zmianę decyzji ZUS i orzeczenie, że S. K. podlegała jako pracownik płatnika składek M. N. (1) obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, chorobowemu, wypadkowemu od dnia 1 czerwca 2016 r. oraz o zasądzenie od organu rentowego na rzecz odwołującego ad. 2 kosztów procesu za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Ewentualnie apelujący domagał się uchylecia zaskarżonego wyroku w całości i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych jako Sądowi pierwszej instancji z uwagi na nierozpoznanie istoty sprawy i nieprzeprowadzenie postępowania dowodowego w całości.

W uzasadnieniu apelujący płatnik składek wskazał między innymi, że zatrudnienie S. K. wiązało się ze zwiększeniem ilości technicznych czynności biurowych. W toku postępowania sądowego płatnik składek wykazał z czego wynikało zwiększenie czynności biurowych, między innymi było to związane z nadchodzącym okresem statystycznym. Poszukiwania pracownika miały związek również z rozwojem kancelarii w 2016 r.

Płatnik składek wyjaśnił, że poziom wynagrodzenia miał stanowić formę zachęty dla S. K. do zmiany pracy i rezygnacji z pracy u dotychczasowego pracodawcy, liczył na pozyskanie nowego wartościowego pracownika oraz miał gwarantować, że S. K. podejmie i będzie wykonywała pracę w istotnym dla płatnika okresie statystycznym. Temu samemu miało służyć zawarcie umowy o pracę na okres jednego roku, a nie na okres krótszy. Obie strony zamierzały zmienić umowę o pracę zwiększając wymiar czasu pracy S. K. do pełnego etatu. Wynagrodzenia asesorów były ustalone na poziomie minimalnego wynagrodzenia za pracę z uwagi na fakt, że N. T. pobierała w tym okresie jeszcze naukę, często korzystała z dni wolnych w tym celu i była zwalniana przez płatnika celem uczestnictwa w zajęciach. Po zdanym egzaminie wynagrodzenie zostało zwiększone do 5000 zł brutto miesięcznie. Z tych samych względów również wynagrodzenie P. P. zostało od 1 stycznia 2017 r. podwyższone do 5000 zł brutto miesięcznie.

Płatnik składek musiał zatrudnić nową osobę, bowiem nie mógł żadnemu z pracowników kancelarii zwiększyć zakresu obowiązków. Płatnik poszukiwał pracownika wykształconego, nie tylko do układania zwrotek.

Apelujący wskazał także, że wcześniej organ rentowy nie podnosił kwestii braku badań lekarskich ubezpieczonej. Zaświadczenie takie znajdowało się w aktach osobowych ubezpieczonej. Płatnik składek błędnie uległ sugestii osoby doradzającej i pomimo dysponowania zaświadczeniem wydanym na potrzeby H&M skierował ubezpieczoną ponownie na badania lekarskie.

Zdaniem płatnika składek, nieuzasadnionym i nieznajującym oparcia w materiale dowodowym jest wnioskowanie Sądu, iż ubezpieczona wiedziała o ciąży w chwili zatrudnienia, albowiem z badania USG wykonanego w dniu 18 czerwca 2016 r., wynika, że była ona w 7 tygodniu ciąży. Ubezpieczona zatem w dniu 4 maja 2016 r. nie mogła wiedzieć, że jest w ciąży.

Ubezpieczona jedynie przez 5 dni w miesiącu pracowała w wymiarze 12 godzin na dobę, przez 3 dni w miesiącu pracowała po 8 godzin na dobę, zaś przez 10 dni pracowała po 4 godziny na dobę. Zatem praca ubezpieczonej świadczona równoległe na rzecz dwóch pracodawców nie była w żadnej mierze pracą wyczerpującą lub pracą ponad siły.

Ubezpieczona podjęła pracę u płatnika 1 czerwca 2016 r. Zeznający w sprawie świadkowie potwierdzili, że ubezpieczona wykonywała pracę polegającą na segregacji zwrotek i sporządzaniu map do czynności terenowych. Świadcami byli zarówno dotychczasowi jak i byli pracownicy płatnika. Nie ma żadnych powodów, dla których osoby te miałyby nie wskazywać prawdziwych okoliczności, w związku z czym niewiadomym jest na jakiej



podstawie Sąd odmówił wiarygodności ich zeznaniom. Świadkowie szczegółowo opisywali na czym polegały czynności wykonywane przez ubezpieczoną oraz jak wyglądała organizacja jej pracy. Ubezpieczona, jako nowy pracownik, w pierwszych dniach nie wykonywała od razu czynności skomplikowanych, tylko czynności stosunkowo proste. Płatnik składek wykazał, że system segregacji zwrotek w istocie funkcjonuje i sprawdza się u płatnika, oraz że S. K. wykonywała czynności związane z funkcjonowaniem tego systemu (segregowała zwrotki). Przyjęta metoda segregacji zwrotek według numerów spraw usprawniała pracę pozostałych pracowników i przyspieszała wychwytywanie spraw nadających się do umorzenia. Przeniesienie obowiązku sporządzenia planów trasy pomiędzy miejscami wykonywania czynności terenowych z asesora P. P. na S. K. (1) skutkowało możliwością bardziej efektywnego wykorzystania czasu i kompetencji pracownika merytorycznego.

W odpowiedzi na apelację ubezpieczonej oraz na apelację płatnika składek organ rentowy wniósł o ich oddalenie w całości oraz o zasądzenie od ubezpieczonej oraz od płatnika składek na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Zażalenie na postanowienia zawarte w pkt II i III powyższego wyroku wniósł organ rentowy, podnosząc zarzuty naruszenia:

- § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2015 r., poz. 1804 j.t. ze zm.) w zw. z art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie, podczas gdy sprawa będąca przedmiotem niniejszego postępowania nie jest sprawą o świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego i zaopatrzenia emerytalnego tylko sprawą o wyłączenie z ubezpieczeń społecznych i w związku z tym ustalenie wysokości zwrotu kosztów zastępstwa procesowego winno nastąpić z uwzględnieniem wartości przedmiotu sporu, zgodnie z treścią uchwały 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 20 lipca 2016 r., III UZP 2/16, której nadano moc zasady prawnej;

- § 9 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych poprzez jego zastosowanie w sytuacji, gdy sprawa, której dotyczy rozstrzygnięcie, nie jest sprawą o świadczenia pieniężne.

Mając na uwadze powyższe, żalący wniósł o zmianę zaskarżonych postanowień we wskazanym zakresie poprzez zasądzenie od skarżących na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu przed Sądem I instancji zgodnie z § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych, od wskazanej wartości przedmiotu sporu, tj. w wysokości po 3600 zł, oraz o zasądzenie od skarżących na rzecz organu rentowego kosztów postępowania zażaleniowego według norm przepisanych. Organ rentowy wniósł także z daleko posuniętej ostrożności procesowej o nieobciążanie go kosztami procesu.

W uzasadnieniu organ rentowy wskazał, powołując się na treść uchwały Sądu Najwyższego z dnia 20 lipca 2016 r. III UZP 2/16, że wartość przedmiotu sporu w sprawie z odwołań skarżących została określona na 34 101 zł i wykazana w piśmie procesowym organu rentowego z 18 września 2017 r. Pomimo tego Sąd zasądził od odwołujących kwoty po 180 zł wynikające z § 9 ust. 2 rozporządzenia z 22 października 2015 r., pomimo, że w końcowej części uzasadnienia wyroku Sąd Okręgowy wprost wskazał, że o kosztach orzeczono na podstawie m.in. przepisu § 2 pkt 5 wskazanego rozporządzenia.

### **Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:**

Apelacje nie zasługiwały na uwzględnienie.

W ocenie Sądu Apelacyjnego Sąd Okręgowy wydając zaskarżony wyrok, wyjaśnił wszystkie istotne okoliczności sprawy, przeprowadził wyczerpujące postępowanie dowodowe oraz dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych w granicach zasad logiki formalnej i doświadczenia życiowego, zgodnie ze swobodną oceną dowodów w myśl art. 233 § 1 k.p.c., a następnie wydał trafny, odpowiadający prawu wyrok. Sąd orzekający wskazał w pisemnych motywach wyroku, jaki stan faktyczny oraz prawny stał się podstawą jego rozstrzygnięcia oraz podał, na jakich dowodach oparł się przy

jego ustalaniu, stosując przy tym prawidłową wykładnię przepisów prawnych mających zastosowanie w niniejszej sprawie. Prawidłowo dokonane ustalenia faktyczne oraz należycie umotywowaną ocenę prawną sporu Sąd Apelacyjny przyjmuje za własną, w pełni podzielając wywody zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Z tego też względu Sąd Apelacyjny nie dostrzega potrzeby ponownego szczegółowego przytaczania zawartych w nim argumentów (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNAP 1999/24/776; z dnia 22 lutego 2010 r., I UK 233/09, LEX nr 585720 i z dnia 24 września 2009 r., II PK 58/09, LEX nr 558303).

Sąd odwoławczy nie podziela natomiast argumentów ubezpieczonej i płatnika składek podniesionych w treści złożonych w sprawie apelacji. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, kwestie podnoszone jako zarzuty w sposób szczegółowy zostały omówione oraz ocenione w zaskarżonym wyroku, a wywiedzione apelacje, gdy zanalizować ich rzeczywistą treść, stanowią jedynie wyraz stanowiska ubezpieczonej i płatnika składek, podtrzymujących dotychczasowe twierdzenia.

Niezasadny okazał się zarzut naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c., któremu to zarzutowi została poświęcona zasadnicza część apelacji wywiedzionej przez płatnika składek. Przed przystąpieniem do dalszych rozważań przypomnieć jeszcze należy, iż w myśl powołanego przepisu ustawy Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Ocena dowodów polega na ich zbadaniu i podjęciu decyzji, czy została wykazana prawdziwość faktów, z których strony wywodzą skutki prawne. Celem Sądu jest tu dokonanie określonych ustaleń faktycznych, pozytywnych bądź negatywnych i ostateczne ustalenie stanu faktycznego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia. Ocena wiarygodności mocy dowodów przeprowadzonych w danej sprawie wyraża istotę sądenia w części obejmującej ustalenie faktów, ponieważ obejmuje rozstrzygnięcie o przeciwnych twierdzeniach stron na podstawie własnego przekonania sędziego powziętego w wyniku bezpośredniego zetknięcia ze świadkami, stronami, dokumentami i innymi środkami dowodowymi. Powinna odpowiadać regułom logicznego rozumowania wyrażającym formalne schematy powiązań między podstawami wnioskowania i wnioskami oraz uwzględniać zasady doświadczenia życiowego wyznaczające granice dopuszczalnych wniosków i stopień prawdopodobieństwa ich występowania w danej sytuacji. Jeżeli z określonego materiału dowodowego Sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami, lub gdy wnioskowanie Sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych to przeprowadzona przez Sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona.

W kontekście powyższych uwag należy stwierdzić, iż dokonana przez Sąd Okręgowy ocena zgromadzonego w postępowaniu materiału dowodowego jest – wbrew twierdzeniom apelującego – prawidłowa. Sąd pierwszej instancji odniósł się do wszystkich zgromadzonych w postępowaniu dowodów, zarówno z dokumentów, jak i zeznań stron. Zarzuty apelującego sprowadzają się w zasadzie jedynie do polemiki ze stanowiskiem Sądu Okręgowego oraz interpretacją dowodów dokonaną przez ten Sąd i jako takie nie mogą się ostać.

Apelujący płatnik składek przeciwstawił bowiem ocenie dokonanej przez Sąd pierwszej instancji, własną analizę zgromadzonego materiału dowodowego i własny pogląd na sprawę, z pominięciem okoliczności dla niego niewygodnych lub nie odpowiadających jego wersji zdarzeń. Tymczasem prawidłowo zrealizowanym zadaniem Sądu Okręgowego było przeprowadzenie całościowej oceny zebranego w sprawie materiału, ponieważ tylko taka mogła dać pełny obraz spornych okoliczności. Wyjaśnić przy tym należy, że zgodnie z poglądem ugruntowanym w orzecznictwie i doktrynie ocena zeznań świadków i stron powinna opierać się na zestawieniu treści zeznań z pozostałymi dowodami naświetlającymi okoliczności sprawy w sposób odmienny i na dokonaniu prawidłowego wyboru, po rozważeniu wynikłych sprzeczności w świetle zasad logiki i doświadczenia życiowego (wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 21 marca 2013 r., I ACa 4/13, LEX nr 1344193; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 5 października 2006 r., III APa 40/06, LEX nr 214286). Takiej oceny Sąd Okręgowy w niniejszej sprawie dokonał, a Sąd odwoławczy – uznając za trafną argumentację zawartą w pisemnych motywach zaskarżonego wyroku – w pełni ją podziela.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego w świetle dostępnego materiału dowodowego w analizowanym przypadku Sąd Okręgowy prawidłowo przyjął, że ubezpieczona oraz płatnik składek nie zdołali wykazać, aby S. K. w spornym okresie faktycznie pozostawała w stosunku pracy rodzącym konieczność objęcia jej obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi.

Za całkowicie pozbawiony podstaw uznać należało zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. Zgodnie z tym przepisem, uzasadnienie wyroku powinno zawierać wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, a mianowicie: ustalenie faktów, które sąd uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej, oraz wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa. W orzecznictwie jednolicie wskazuje się, że powołanie się na podstawę naruszenia w postaci art. 328 § 2 k.p.c. jest usprawiedliwione tylko wówczas, gdy z uzasadnienia orzeczenia nie daje się odczytać, jaki stan faktyczny lub prawny stanowił podstawę rozstrzygnięcia, co uniemożliwia kontrolę instancyjną (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 lutego 2008 r., sygn. akt III CSK 264/07, pub. OSNC-ZD 2008, nr 4, poz. 118, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 czerwca 2009 roku, sygn. akt I UK 21/09, LEX nr 515699). Inaczej rzecz ujmując, zarzut wadliwego sporządzenia uzasadnienia zaskarżonego orzeczenia może okazać się zasadny tylko wówczas, gdy z powodu braku w uzasadnieniu elementów wymienionych w art. 328 § 2 k.p.c. zaskarżone orzeczenie nie poddaje się kontroli, czyli gdy treść uzasadnienia orzeczenia sądu drugiej instancji uniemożliwia całkowicie dokonanie toku wyводу, który doprowadził do jego wydania. To, czy w istocie sprawa została wadliwie, czy prawidłowo rozstrzygnięta nie zależy od tego, jak zostało napisane uzasadnienie (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 marca 2009 roku, sygn. akt II PK 2010/08, LEX nr 523527, wyrok Sąd Najwyższego z dnia 16 grudnia 2008 roku, sygn. akt I PK 96/08, LEX nr 529754). Jedynie w takim wypadku uchybienie art. 328 § 2 k.p.c. może być uznane za mogące mieć wpływ na wynik sprawy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 października 2008 roku, sygn. akt II PK 48/08, LEX nr 513006). Oznacza to, że nie każde uchybienie w zakresie konstrukcji uzasadnienia orzeczenia sądu drugiej instancji może stanowić podstawę do kreowania skutecznego zarzutu. Skarżący musi przy tym wykazać zaistnienie tego rodzaju wadliwości.

W rozważanej sprawie nie może być uznane za uzasadnione twierdzenie, że Sąd I instancji sporządził uzasadnienie wyroku w sposób nieodpowiadający wymogom omawianej regulacji. Sąd I instancji wskazał motywy, którymi kierował się wydając rozstrzygnięcie. W uzasadnieniu wyroku zaprezentowane zostały ustalenia faktyczne z odwołaniem się do treści dowodów stanowiących ich podstawę. Sąd wreszcie w sposób precyzyjny wskazał na normy prawa materialnego znajdujące zastosowanie w niniejszej sprawie, przedstawił wypracowaną w orzecznictwie ich interpretację i w końcu przeprowadził proces subsumcji dając mu wyraz w pisemnych motywach. W ocenie Sądu Apelacyjnego uzasadnienie więc zawiera wszystkie elementy konstrukcyjne wskazane w art. 328 § 2 k.p.c., pozwala ono w pełni określić motywy, którymi kierował się Sąd wydając zaskarżone rozstrzygnięcie.

Dla porządku mając na uwadze argumentację apelującego wyrażoną w apelacji przypomnieć należy, że z nawiązaniem stosunku pracy wiążą się różne konsekwencje, do których między innymi należy podleganie obowiązkowemu pracownikemu ubezpieczeniu społecznemu. Tytułem obowiązkowego ubezpieczenia, zarówno emerytalno-rentowego na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 1 ustawy systemowej, jak i chorobowego na podstawie art. 11 ust. 1 ustawy oraz wypadkowego, w myśl art. 12 ust. 1 powołanej ustawy, jest bowiem - zgodnie z art. 8 ust. 1 ustawy systemowej - pozostawanie w stosunku pracy. Na podstawie art. 13 pkt 1 cytowanej ustawy ubezpieczenie trwa od dnia nawiązania stosunku pracy do dnia ustania tego stosunku. Nawiązanie stosunku pracy skutkuje równoległym powstaniem stosunku ubezpieczenia. Obydwa te stosunki, jakkolwiek mają inne cele, to wzajemnie się uzupełniają i zabezpieczają pracownika materialnie na co dzień i na wypadek zdarzeń losowych. Należy, zatem przyjąć, że stosunek ubezpieczenia społecznego pracowniczego jest konsekwencją stosunku pracy i jako taki ma charakter wtórny. Ubezpieczenie społeczne nie może istnieć bez stosunku pracy. Uruchomienie stosunku ubezpieczeniowego może odnosić się wyłącznie do ważnego stosunku pracy, a więc takiego, który stanowi wyraz woli obu stron realizowania celów, którym umowa ma służyć.

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 2005 r., 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 wad oświadczenia woli (art. 82-88 k.c.). Zgodnie z art. 83 § 1 zd. 1 k.c. nieważne jest oświadczenie woli złożone drugiej stronie za jej zgodą dla pozorów. Art. 83 k.c. 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 wolę w każdym wypadku nie chce, aby powstały skutki prawne, jakie zwykle prawo łączy ze składanym 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 Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 11 stycznia 2007 r., III AUa 2565/06). Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem 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 2005 r., II UK 43/05 i III UK 32/06 z dnia 18 maja 2006 r.). 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 (podpisanie) umowy o pracę, ale przede wszystkim zamiar stron oraz faktyczne wykonywanie określonej pracy, na warunkach wynikających z umowy.

W tym miejscu w nawiązaniu do inicjatywy dowodowej i aktywności procesowej stron w niniejszym procesie podkreślenia przy tym wymaga, że zgodnie z treścią art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Sama zasada skonkretyzowana w art. 6 k.c., jest jasna. Ten, kto powołując się na przysługujące mu prawo, żąda czegoś od innej osoby, obowiązany jest udowodnić fakty (okoliczności faktyczne) uzasadniające to żądanie, ten zaś, kto odmawia uczynienia zadość żądaniu, a więc neguje uprawnienie żądającego, obowiązany jest udowodnić fakty wskazujące na to, że uprawnienie żądającemu nie przysługuje (Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga pierwsza, część ogólna. Stanisław Dmowski i Stanisław Rudnicki, Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa 2005 r., Wydanie 6).

Przenosząc powyższą regułę na grunt niniejszego sporu, należało przyjąć, że ciężar dowodu w zakresie wykazania, że ubezpieczona podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym jako pracownik z tytułu umowy o pracę zawartej z płatnikiem M. N. (1) w dniu 4 maja 2016 r. spoczywał na odwołujących się. To ubezpieczona oraz płatnik składek, zaprzeczając twierdzeniom organu ubezpieczeniowego, który na podstawie przeprowadzonego postępowania kontrolnego dokonał niekorzystnych dla nich ustaleń w tym zakresie, winni w postępowaniu przed sądem nie tylko podważyć trafność poczynionych przez organ rentowy ustaleń dotyczących obowiązku ubezpieczenia społecznego, ale również, nie ograniczając się do polemiki z tymi ustaleniami, wskazać na okoliczności i fakty znajdujące oparcie w materiale dowodowym, z których możliwym byłoby wyprowadzenie wniosków i twierdzeń zgodnych z prezentowanym przez nich stanowiskiem. Inicjatywę taką bezsprzecznie odwołujący w toku niniejszego postępowania przejawiali, jednak przedstawiony przez nich materiał dowodowy – wbrew zamierzeniom ubezpieczonej oraz płatnika składek - w żaden sposób nie pozwalał na ustalenie, że S. K. faktycznie pozostawała w stosunku pracy z M. N. (1) w okresie objętym zaskarżoną decyzją.

W tym miejscu wyjaśnić trzeba, 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 w dziedzinie bhp, prowadzenie akt osobowych, podpisywanie list obecności, potwierdzenie wypłaty wynagrodzenia, zgłoszenie do ubezpieczenia - jak to miało miejsce w rozpoznawanej sprawie - 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. Zwrócił na to uwagę Sąd Najwyższy stwierdzając w wyroku z dnia 18 maja 2006 r., III UK 32/06 (LEX nr 957422), że do objęcia pracowniczym

ubezpieczeniem społecznym nie może dojść wówczas, gdy zgłoszenie do tego ubezpieczenia dotyczy osoby, która nie jest pracownikiem, a zatem zgłoszenie do ubezpieczenia społecznego następuje pod pozorem zatrudnienia. Podobnie w wyroku z dnia 10 lutego 2006 r., I UK 186/05 (LEX nr 272575) Sąd Najwyższy stwierdził, że podleganie ubezpieczeniu społecznemu wynika z prawdziwego zatrudnienia, a nie z samego faktu zawarcia umowy o pracę. Taki sam pogląd wyraził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 26 września 2006 r., II UK 2/06 (LEX nr 1615997), w którym uznał, że nie stanowi podstawy do objęcia ubezpieczeniem społecznym dokument nazwany umową o pracę, jeżeli rzeczywisty stosunek prawny nie odpowiada treści art. 22 k.p. Dokument w postaci umowy o pracę nie jest więc niepodważalnym dowodem na to, że osoby podpisujące go, jako strony umowy, faktycznie złożyły oświadczenia woli o treści zapisanej w dokumencie. Treść oświadczeń woli złożonych przez strony przy zawieraniu umowy o pracę nie ma więc rozstrzygającego znaczenia dla kwalifikacji danego stosunku prawnego jako stosunku pracy (wyroki Sądu Najwyższego z: dnia 17 maja 2016 r., I PK 139/15, LEX nr 2057610 i z dnia 26 lutego 2013 r., I UK 472/12, LEX nr 1356412).

W niniejszej sprawie strony zawarły umowę nazwaną „umową o pracę”. Strony przedłożyły także dokumenty stwierdzające, że ubezpieczona została przeszkolona w zakresie BHP, listę obecności, dokumenty zgłoszeniowe do ubezpieczeń, podanie o pracę, CV, warunki zatrudnienia, dowody przelewu wynagrodzenia na konto. Samo jednak sporządzenie tych dokumentów, w powiązaniu z całością okoliczności ujawnionych w toku postępowania, nie mogło decydować o tym, że strony zawarły ważną umowę o pracę, skoro w rzeczywistości praca nie była wykonywana.

Wątpliwości Sądu Apelacyjnego wzbudziło to, że ubezpieczona badania lekarskie, na które skierowana została przez płatnika składek, wykonała dopiero 22 czerwca 2016 r., a już od dnia 23 czerwca stała się niezdolna do pracy w związku z ciążą. Przy czym skierowanie na badania lekarskie datowane jest na 1 czerwca 2016 r. Nie jest wiadomym zatem dlaczego płatnik tak długo zwlekać by miał ze skierowaniem swojego nowego pracownika na badania lekarskie. Co prawda płatnik składek starał się wykazywać, że ubezpieczona posiadała ważne badania jeszcze z poprzedniego miejsca pracy, niemniej jednak okoliczności tej w ogóle nie podnosił na etapie postępowania przed organem rentowym. Nie można także usprawiedliwiać takiego zachowania twierdzeniami, że płatnik składek nie zna obowiązujących w tym zakresie regulacji. Płatnik składek prowadzi profesjonalną działalność i to na nim spoczywa obowiązek dochowania wszelkich procedur zgodnie z obowiązującymi przepisami. Opisane działanie płatnika składek, w ocenie Sądu Odwoławczego, prowadzi do wniosku, że płatnik składek chciał zapewnić ubezpieczonej możliwość skorzystania ze świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Wiedząc, że ubezpieczona jest w ciąży, jak również jaki jest jej stan zdrowia, płatnik składek oraz ubezpieczona stwarzali pozory zawarcia umowy o pracę oraz dopełnienia wszelkich formalności tak, aby ubezpieczona została objęta obowiązkowymi ubezpieczeniami pracowniczymi z tytułu tej umowy.

Ponadto należy wskazać, że przy dokonywaniu oceny charakteru łączącego strony stosunku prawnego w postępowaniach dotyczących ubezpieczeń społecznych bierze się pod uwagę również takie czynniki jak: charakter prowadzonej przez pracodawcę działalności gospodarczej, jakie są zapotrzebowania pracodawcy na zatrudnienie pracownika na danym stanowisku, jakie są dochody pracodawcy, jakie braki występują w dokumentacji pracowniczej, jak ta dokumentacja jest prowadzona, czy pracodawca zatrudniał wcześniej lub później pracownika na danym stanowisku.

Mając na uwadze powyższe Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę, że ubezpieczona została zatrudniona na podstawie umowy o pracę na czas określony za wynagrodzeniem 2500 zł brutto miesięcznie, w wymiarze pracy wynoszącym 1/2 etatu.

Należy wskazać, że w zwykłych i typowych dla działalności gospodarczej warunkach racjonalnie działający przedsiębiorca nie zatrudnia pracownika proponując mu wynagrodzenie w wysokości nie mającej żadnego racjonalnego uzasadnienia, ani z ekonomicznego punktu widzenia, ani przy uwzględnieniu warunków rynkowych. Sąd Apelacyjny zgodził się również z Sądem pierwszej instancji, że w realiach niniejszej sprawy nie da się wytłumaczyć logicznie, dlaczego płatnik składek zatrudnia nagle ubezpieczoną w niepełnym wymiarze czasu pracy, w ramach umowy na czas określony i z wynagrodzeniem znacznie przewyższającym zarobki pozostałych pracowników. Pozostali pracownicy, w tym asesorzy komorniczy wykonujący pracę o charakterze merytorycznym, otrzymywali za pracę w pełnym wymiarze wynoszącym 1 etat wynagrodzenie minimalne. Pracownicy zatrudnieni na stanowiskach o

charakterze administracyjno – biurowym, które były już zatrudnione u płatnika wcześniej, ich zakres obowiązków określony był znacznie szerzej, otrzymywały także wynagrodzenie minimalne. Nie przekonują Sądu Odwoławczego wyjaśnienia płatnika składek, jakoby nie mógł, oferując takie warunki pracy, znaleźć żadnej innej osoby na wskazane stanowisko. Racjonalny pracodawca nie zatrudnia osoby nie znającej w ogóle charakteru pracy od razu w ramach umowy o pracę na czas określony. Racjonalnym było zatrudnienie osoby w ramach umowy próbnej, sprawdzenie przydatności do pracy danej osoby i dopiero potem zaoferowanie jej zatrudnienia w ramach umowy o pracę, za odpowiednio wyższym wynagrodzeniem. W ocenie Sądu Apelacyjnego ani ubezpieczona ani płatnik nie wykazali, że ubezpieczona dysponowała jakimiś wyjątkowymi przymiotami, które pozwalałyby pracodawcy na tak "szczególne" docenianie jej pracy. Ubezpieczona nie legitymowała się też żadnym konkretnym doświadczeniem zawodowym w branży, w której działał płatnik. Ubezpieczona bowiem w swojej karierze zawodowej pracowała w agencjach reklamowych, a w okresie bezpośrednio poprzedzającym zawarcie umowy z płatnikiem składek, zatrudniona była w sklepie. W ocenie Sądu Apelacyjnego niezrozumiałym jest dlaczego płatnik miałaby wycenić znacznie niżej pracę asesorów komorniczych, którzy bezpośrednio przyczyniali się do generowania zysków z prowadzonej działalności przez komornika oraz pracowników administracyjnych, którzy zdążyli już zdobyć odpowiednie doświadczenie, niż pracę osoby bez żadnego doświadczenia w branży, której obowiązki sprowadziły się do wykonywania prostych prac biurowych związanych z segregowaniem zwrotek. Z doświadczenia życiowego wynika, że pracodawca zatrudniając nowego pracownika, w szczególności nie posiadającego jeszcze doświadczenia zawodowego (jak to miało miejsce w przypadku ubezpieczonej) proponuje znacznie krótszy okres zatrudnienia, w tym na czas próby, oraz zdecydowanie niższe - jak nie najniższe - wynagrodzenie.

Płatnik składek co prawda wskazał, że od 1 stycznia 2017 r. zarobki innych pracowników zostały podniesione. Z asesorami komorniczymi zostały w czerwcu 2016 r. zawarte aneksy do zawartych umów o pracę w tym przedmiocie. Niemniej jednak okoliczność ta, zdaniem Sądu odwoławczego, związana była bezpośrednio z wszczęciem przez organ rentowy kontroli odnośnie zatrudnienia ubezpieczonej. Płatnik składek posiadając wiedzę odnośnie tego, że kwestionowana jest między innymi wysokość zarobków ubezpieczonej, podjął działania mające stworzyć pozory, że wynagrodzenie to nie odbiegało znacznie od wynagrodzeń innych pracowników. Niemniej jednak zauważenia wymaga, że pracownikom długoletnim, posiadającym wiedzę merytoryczną, zostało przyznane wynagrodzenie takie, jakie ubezpieczona mogłaby osiągać pracując na pełen etat u płatnika składek.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego w realiach niniejszej sprawy brak było uzasadnienia do zatrudnienia skarżącej od razu z bardzo wysokim wynagrodzeniem w porównaniu do innych rzeczywiście wykonujących pracę pracowników płatnika.

Sąd Apelacyjny zwrócił nadto uwagę, że do stwierdzenia istnienia stosunku pracy niezbędne jest, aby pracownik wykonywał pracę określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę. Takich elementów w opisywanej przez ubezpieczoną i płatnika rzekomej relacji pracowniczej zabrakło. Sąd Apelacyjny w tym zakresie zwrócił uwagę, że M. N. (1) opisując warunki zatrudnienia ubezpieczonej wskazał, że generalnie w ramach zawartej umowy ubezpieczona miała pracować od godziny 8 do 12 lub od 12 do 16 w siedzibie pracodawcy bądź też miała możliwość wykonywania pracy zdalnie, przez internet. Praca miała być wykonywana pod bezpośrednim nadzorem pracodawcy, a w czasie jego nieobecności pod nadzorem asesora komorniczego P. P.. Zakres obowiązków, które miała wykonywać ubezpieczona nie został sporządzony na piśmie. Niemniej jednak płatnik składek składając wyjaśnienia przed organem rentowym wskazał, że do obowiązków S. K. należało w szczególności przygotowywanie dokumentów do wysyłki po sprawdzeniu ich poprawności i zatwierdzeniu przez wyznaczoną osobę, wykonywanie prac biurowych w szczególności segregowanie korespondencji przychodzącej i wychodzącej, sortowanie i przyporządkowanie do akt zwrotnych poświadczeń odbioru pism, weryfikacja poprawności adresowania korespondencji przychodzącej i wychodzącej, układania akt spraw zgodnie z przyjętym w zakładzie pracy systemem, archiwizowanie dokumentów, wykonywanie kserokopii wskazanych pism, wyszukiwanie akt i przedkładanie ich w wyznaczone miejsce po ich znalezieniu, przygotowywanie akt według wskazanych kryteriów, sporządzanie zestawień, w tym uszeregowanych list adresowych według wskazanych kryteriów i oznaczanie ich na mapie, wprowadzanie danych do komputera zgodnie ze wskazanymi zasadami, doręczanie korespondencji do instytucji i urzędów. Płatnik składek określił zatem zakres obowiązków ubezpieczonej bardzo szeroko.

Ubezpieczona i płatnik składek twierdzili, że ubezpieczona swoją pracę wykonywała w domu. W tym zakresie natomiast należało podkreślić, że płatnik składek nie miałby żadnej możliwości weryfikacji ile czasu ubezpieczona poświęciła na pracę. Co więcej ubezpieczona zajmowała się rzekomo jedynie posegregowaniem zwrotek, które dostarczył jej i odebrał pracownik płatnika – P. P.. Z powyższego można wyprowadzić wniosek, że to inny pracownik, a nie ubezpieczona, musiał te zwrotki przyporządkować do akt, co – zgodnie ze wskazanym przez płatnika składek zakresem obowiązków – należeć miało do S. K.. Większość obowiązków, które miałaby wykonywać ubezpieczona, wykonywali inni pracownicy, skoro ubezpieczona w zasadzie nie pojawiała się w miejscu pracy, a określone czynności miała rzekomo wykonywać w swoim miejscu zamieszkania, gdzie nikt nie kontrolował wykonywanej przez nią pracy.

W dalszej kolejności zauważyć należy, że stanowisko ubezpieczonej było nowoutworzonym miejscem pracy. Płatnik składek wyjaśniał, że było to związane z koniecznością zapewnienia dodatkowej obsługi administracyjno – biurowej w okresie statystycznym, w którym jest więcej pracy. Wskazać należy, że płatnik składek na miejsce ubezpieczonej nie zatrudnił żadnej innej osoby z podobnym wynagrodzeniem. Wszystkie czynności, które podobno miała wykonywać ubezpieczona, zostały scedowane na innych pracowników dotychczas zatrudnionych u płatnika składek. Co więcej, z akt sprawy nie wynika, aby któremukolwiek z pracowników, który przejął część obowiązków po ubezpieczonej, zostało z tego tytułu podwyższone wynagrodzenie. Ubezpieczona nie wróciła do pracy u płatnika składek, nie została na jej miejsce zatrudniona żadna inna osoba, podczas gdy do końca 2018 r. wpływ spraw był duży. Mając na uwadze tę okoliczność, nie wydają się racjonalne i logiczne powody zatrudnienia ubezpieczonej, na które wskazywał płatnik składek. Skoro jego zamiarem było zapewnienie dodatkowej pomocy w zakresie prac biurowo – administracyjnych, to płatnik składek podejmowałby działania mające na celu znalezienie osoby na miejsce ubezpieczonej, która posiadałaby kwalifikacje i doświadczenie w branży i realnie mogłaby pomóc w sprawnym prowadzeniu spraw kancelarii związanych z czynnościami administracyjno – biurowymi. Co więcej ubezpieczona mieszkała w innej miejscowości, co wiązać miałyby się z dojazdami do pracy. Ubezpieczona natomiast była świadoma swojego stanu zdrowia. Wiedząc, że choruje, zdecydowała się podpisać umowę o pracę, po czym w szybkim czasie skorzystała ze zwolnień lekarskich w związku z ciążą. Ubezpieczona nie dojeżdżała do pracy w siedzibie płatnika składek. Pracowała jednocześnie w innym miejscu.

Należy wyjaśnić, że żaden przepis nie przyznaje sądom ani organowi rentowemu prawa do oceniania działań pracodawcy z punktu widzenia ich racjonalności i zgodności z zasadami prawidłowego zarządzania. Jednakże nie można tracić tracić z pola widzenia tego, iż działania podejmowane przez pracodawcę nie mogą godzić w system ubezpieczeń społecznych i prowadzić do nadmiernego uprzywilejowania określonego kręgu osób. Jakkolwiek pracodawca ma prawo do swobodnego decydowania o tym, czy chce zatrudnić i opłacać z własnych środków wynagrodzenie osobie, którą zatrudnił, to jednak swoboda ta powinna podlegać szczególnie wnikliwej analizie, gdy pracodawca wypłaca wynagrodzenie za znikomy okres zatrudnienia, po czym wypłatę świadczeń przejmuje w całości Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

W niniejszej sprawie okoliczność, że płatnik składek stać było na wypłacanie wynagrodzenia w określonej kwocie nie może przesądzać o tym, że faktycznie umowa o pracę była wykonywana i wysokość wynagrodzenia w umowie została przez strony określona prawidłowo i organ rentowy nie miał prawa ingerować w jej wysokość, czy też zakwestionować istnienia pracowniczego stosunku. Przy ustalaniu okoliczności sprawy należało przede wszystkim brać pod uwagę to, czy wynagrodzenie było adekwatne do powierzonych ubezpieczonej do wykonania czynności oraz czy stosunek, jaki nawiązały strony, miał cechy stosunku pracowniczego. Jak natomiast zostało wykazane powyższej, umowa zawarta przez strony była od samego początku pozorna, ubezpieczona nie świadczyła pracy, a zawarcie umowy miało na celu jedynie wyłudzenie wyższego zasiłku.

W tym kontekście należy też zauważyć, że zawarcie umowy o pracę i jej realizacja muszą odpowiadać ww. ustawowym kryteriom tej umowy, bowiem właśnie przez te kryteria jest definiowana istota umowy o pracę. Natomiast zgłoszenie do ubezpieczenia społecznego i podleganie ubezpieczeniom są pochodne w stosunku do zawartej i realizowanej umowy. Bez umowy o pracę nie byłoby podstaw do ubezpieczenia. Zatem jeżeli umowa o pracę, mimo zgłoszenia do ubezpieczenia jest wykonywana w taki sposób, że nie realizuje ustawowych przesłanek, czyli nie realizuje się co

do istoty, to nie można mówić o istnieniu umowy o pracę, a to oznacza że nie ma formalnoprawnych podstaw do objęcia ubezpieczeniem społecznym. Ubezpieczenie społeczne przysługuje nie tym podmiotom, które kreują doraźne podstawy faktyczno-prawne tylko po to, by przy znikomym nakładzie własnym na system ubezpieczenia społecznego pozyskać rażąco nadmierne korzyści, lecz tym podmiotom, które dysponują realnym tytułem ubezpieczenia, w związku z którym systematycznie i sumiennie opłacają składki, czyli w istocie budują ten system, a nie tylko konsumują.

Mając to na uwadze Sąd Apelacyjny w pełni podzielił dokonaną przez Sąd Okręgowy ocenę zeznań ubezpieczonej i płatnika oraz przedłożonych przez ubezpieczoną i płatnika dokumentów uznając, że zaofiarowany materiał dowodowy nie potwierdził, że ubezpieczona mogła pozostawać w stosunku pracy – rodzącym obowiązek objęcia jej obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi z tego tytułu – w okresie wskazanym w zaskarżonej decyzji. W ocenie Sądu Apelacyjnego zebrany w sprawie materiał dowodowy wbrew zamierzeniom ubezpieczonej i płatnika składek wskazuje, że zamiarem stron umowy z dnia 4 maja 2016 r. nie było nawiązanie stosunku pracy, lecz skonstruowanie dla ubezpieczonej jak najkorzystniejszych warunków określających jej status jako pracownika, w celu uzyskania świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Zgodnie z art. 353<sup>1</sup> k.c. strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współzycia społecznego. Z zasady swobody umów wyrażonej w art. 353<sup>1</sup> k.c. wynika zatem, że strony mogą kształtować stosunek prawny według własnej woli, jednak musi to być zgodne z przepisami bezwzględnie obowiązującymi, właściwością stosunku prawnego i zasadami współzycia społecznego. Granice swobody umów odnoszą się zatem nie tylko do treści umowy, ale również do celu stosunku prawnego kształtowanego przez strony. Z zasady swobody umów wynika zatem również zakaz zawierania umów, których celem jest obejście prawa. W sytuacji zatem, gdy zawarcie umowy o pracę powoduje powstanie skutków na zewnątrz, tak jak w przedmiotowej sytuacji w zakresie podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym, organ rentowy jest uprawniony do badania tego, czy zawarcie takiej umowy, a tym samym zgłoszenie do ubezpieczeń było zgodne z rzeczywistym stanem, czy też fikcyjne, pozorne i analizowania tego, jaki był cel stworzenia tytułu podlegania ubezpieczeniom społecznym. W niniejszym przypadku okoliczności sprawy wskazują na to, iż zawarcie umowy nie miało na celu realizacji jej zobowiązań, ale wyłącznie bezpodstawne uzyskanie świadczeń z ubezpieczenia społecznego, a zatem zawarta przez strony umowa nie może zostać uznana za zawartą w granicach swobody umów, o której mowa w art. 353<sup>1</sup> k.c.

Zasadne okazało się zażalenie organu rentowego.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd pierwszej instancji błędnie określił wysokość kosztów zastępstwa procesowego należnych pełnomocnikowi organu rentowego, w oparciu o treść przepisu § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych. W myśl zasady prawnej sformułowanej przez Sąd Najwyższy w uchwale siedmiu sędziów tego Sądu z dnia 20 lipca 2016 r., III UZP 2/16, w sprawie o ustalenie istnienia bądź nieistnienia stosunku ubezpieczenia społecznego lub jego zakresu (o objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego; o podleganie ubezpieczeniom społecznym) do niezbędnych kosztów procesu zalicza się wynagrodzenie reprezentującego stronę radcy prawnego, biorąc za podstawę zasądzenia opłaty za jego czynności z tytułu zastępstwa prawnego stawki minimalne określone w § 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (jednolity tekst: Dz. U. z 2013 r., poz. 490 ze zm.).

W niniejszej sprawie (o objęcie ubezpieczeniem społecznym) nie budzi wątpliwości fakt, że odwołania od decyzji z dnia 23 stycznia 2017 r. ubezpieczona i płatnik składek złożyli w dniu 28 lutego 2017 r., czyli w czasie obowiązywania rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1804) w pierwotnej wersji. Od 13 października 2017r. wprowadzono w sprawach o podleganie ubezpieczeniom społecznym stawki stałe i niższe.



Skoro przedmiotem sporu w niniejszej sprawie jest objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego S. K., to w myśl przywołanej uchwały Sądu Najwyższego wysokość wynagrodzenia pełnomocnika organu rentowego – w osobie radcy prawnego należało ustalić od wartości przedmiotu sporu czyli sumy składek – 34 101 zł. Przy tej wartości sporu wynagrodzenie pełnomocnika należało ustalić - na podstawie § 2 pkt 5 powołanego wyżej rozporządzenia - na kwotę 3600 zł.

Zauważyć należy, że zasadą rozliczenia kosztów procesu jest obowiązek zwrotu tychże kosztów przeciwnikowi przez stronę przegrywającą. Biorąc jednakże pod uwagę całokształt okoliczności niniejszej sprawy, Sąd Odwoławczy doszedł do przekonania, że wobec ubezpieczonej zastosowanie powinna znaleźć regulacja przewidziana w art. 102 k.p.c., co w rezultacie skutkowało obciążeniem ubezpieczonej obowiązkiem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego poniesionych przez organ rentowy jedynie częściowo t.j. w połowie. Przede wszystkim należy podkreślić, że przepis art. 102 k.p.c. nie może być rozszerzająco wykładany i wyklucza uogólnienie. Może być stosowany w zależności od konkretnego przypadku. Ustawodawca bowiem przyznaje sądowi pewną swobodę w zasądzaniu kosztów procesu, gdy stosowaniu zasady odpowiedzialności za wynik sporu sprzeciwiają się względy słuszności, co właśnie wyraża się stwierdzeniem, że w przypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów lub nie obciążać jej w ogóle kosztami. Odstąpienie od obciążania strony przegrywającej sprawę kosztami procesu poniesionymi przez jej przeciwnika procesowego jest możliwe jedynie w wypadkach szczególnie uzasadnionych, przekonujących o tym, że w danym przypadku takie obciążenie byłoby niesłuszne, niesprawiedliwe.

W niniejszej sprawie Sąd Odwoławczy miał na uwadze, że ubezpieczona obecnie nie pracuje, jest na utrzymaniu partnera a ponadto choruje przewlekłe.

Konsekwencją uznania zażalenia za zasadne było obciążenie płatnika składek obowiązkiem zwrotu kosztów procesowych poniesionych przez organ rentowy w kwocie 3600 zł, mając na uwadze stawki określone w § 2 pkt 5 powołanego wyżej rozporządzenia.

Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację ubezpieczonej oraz apelację płatnika składek, natomiast na podstawie art. 397 § 2 w związku z art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżone postanowienie w punkcie II oraz w punkcie III, w sposób wskazany w sentencji niniejszego wyroku.

O kosztach zastępstwa procesowego za instancję odwoławczą oraz za postępowanie zażaleniowe orzeczono zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania, na podstawie art. art. 98 § 1 i 3 k.p.c., art. 99 k.p.c. i 108 § 1 k.p.c. w związku z § 10 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 265 jt.), przyznając je w kwocie po 240 zł za postępowanie apelacyjne i po 240 zł za postępowanie zażaleniowe.

SSA Romana Mrotek SSA Beata Górska SSA Barbara Białecka