

Sygn. akt III AUa 625/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 kwietnia 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Barbara Białecka
Sędziowie:	SSA Beata Górską SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Katarzyna Kaźmierczak

po rozpoznaniu w dniu 21 kwietnia 2016 r. w Szczecinie

sprawy D. B. i (...) spółki z o.o. w W.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w W.

o podstawę wymiaru składek i zwrot świadczenia

na skutek apelacji ubezpieczonego i płatnika składek

od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 1 czerwca 2015 r. sygn. akt IV U 1010/14

oddala apelację.

SSO del. Gabriela Horodnicka SSA Barbara Białecka SSA Beata Górską

- Stelmaszczuk

Sygn. akt III AUa 625/15

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. decyzją z dnia 28 czerwca 2012 r., znak: (...), wydaną na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2009r., Nr 205, poz. 1585 z późn.zm.) oraz art. 78 § 1 k.p. ustalił podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne D. B. z tytułu zatrudnienia w ramach stosunku pracy u pracodawcy (...) Spółka z o.o. w W. w kwocie 8.000 zł.

W uzasadnieniu wskazano, że przeprowadzone postępowanie wyjaśniające wykazało okoliczności świadczące o nieważności postanowień umowy o pracę w zakresie wysokości ustalonego wynagrodzenia (od 1 lipca 2011 r. w kwocie

25.000 zł brutto), które w ocenie organu rentowego, miało wyłącznie na celu uzyskanie przez D. B. uprawnień do wypłaty wysokich kwot świadczeń z ubezpieczenia chorobowego.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. decyzją z dnia 31 lipca 2014 r., znak: (...), wydaną na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 1442 z późn. zm.), ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2014r., poz. 159 z późn.zm.) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z 4 grudnia 2008r. w sprawie określenia wysokości odsetek ustawowych (Dz.U. Nr 220, poz. 1434 z późn.zm.) postanowił:

- uznać, że podstawę wymiaru zasiłku chorobowego D. B. za okres od 7 września 2011 r. do 1 stycznia 2012 r. i od 16 lipca 2012r. do 27 grudnia 2012 r. stanowi kwota 6.903,20 zł;
- zobowiązać płatnika składek (...) Sp. z o.o. z siedzibą w W. do zwrotu różnicy wypłaconego D. B. zasiłku chorobowego za okres od 7 września 2012 r. do 27 grudnia 2012 r. wraz z odsetkami w łącznej kwocie 93.057,86 zł.

W uzasadnieniu wskazano, że decyzją z dnia 28 czerwca 2012 r. ustalił podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne D. B. z tytułu zatrudnienia w ramach stosunku pracy u pracodawcy (...) Spółka z o.o. w kwocie 8.000 zł. Z uwagi, że do ustalenia D. B. uprawnień i wypłaty zasiłku chorobowego za okres od 7 września 2011 r. do 1 stycznia 2012 r. i od 16 listopada 2012 r. do 27 grudnia 2012 r. przyjął inne kwoty wynagrodzenia (za miesiące II-VI 2011 r. w kwocie 8.000 zł brutto, za miesiące od VII 2011 r. do VI 2012r. w kwocie 25.000 zł brutto), powstała nadpłata zasiłku chorobowego, która płatnik składek zobowiązany jest zwrócić.

Ubezpieczony D. B. nie zgodził się z treścią decyzji z dnia 28 czerwca 2012 r. (wniósł o przywrócenie terminu do złożenia odwołania) oraz dnia z 31 lipca 2014 r. wydanych przez organ rentowy i wniósł o ich zmianę poprzez ustalenie, że podstawa wymiaru składek jego jako pracownika z tytułu zatrudnienia u płatnika składek (...) Sp. z o.o. w W. wynosi od 1 lipca 2011 r. kwotę 25.000 zł brutto.

Podniósł, że dopiero z treści decyzji z dnia 31 lipca 2014 r. dowiedział się, że w jego sprawie już w dniu 28 czerwca 2012 r. wydano decyzję, na mocy której obniżono mu jako pracownikowi podstawę wymiaru składek od dnia 1 lipca 2011 r. z kwoty 25.000 zł do kwoty 8.000 zł. Stwierdził, że w dacie wydania decyzji z 28 czerwca 2012 r. organ rentowy miał wiedzę, że jego adres zameldowania jest inny, niż adres faktycznego zamieszkania. Stąd wysłanie decyzji na adres zameldowania, a nie faktycznego zamieszkiwania było bezskuteczne a tym samym wniosek o przywrócenie terminu do złożenia odwołania zasługuje na uwzględnienie.

Odnosząc się do decyzji z dnia 28 czerwca 2012 r. i 31 lipca 2014 r. wskazał, że organ rentowy nie udowodnił, że ustalone wynagrodzenie w kwocie 25.000 zł było niewspółmiernie wysokie do wykonywanych obowiązków służbowych. Przywołał także swoje stanowisko z przesłuchania w toku kontroli ZUS z dnia 21 marca 2012 r., że wykonywał bardzo odpowiedzialną pracę, gdyż w istocie zarządzał przedsiębiorstwem i negocjował wszystkie kontrakty na rzecz Spółki, gdyż nowy prezes zarządu był obcokrajowcem (Rosjaninem), bez znajomości języka polskiego. Stwierdził, że od początku zatrudnienia negocjował wynagrodzenie w kwocie 25.000 zł, które miał otrzymać gdy sprawdzi się na objętym stanowisku, co nastąpiło od lipca 2011 r.

Zarzucił, że organ rentowy w decyzji z dnia 31 lipca 2014 r. powołując cały art. 84 ustawy 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych w istocie nie wskazał podstawy prawnej nienależnie pobranego świadczenia, tj. nadpłaconego zasiłku chorobowego.

Płatnik składek (...) Sp. z o.o. w W. nie zgodził się z treścią decyzji z dnia 28 czerwca 2012 r. (wniósł o przywrócenie terminu do złożenia odwołania) i z 31 lipca 2014r. wydanych przez organ rentowy i wniósł o ich zmianę poprzez ustalenie, że podstawa wymiaru składek pracownika D. B. z tytułu zatrudnienia w Spółce wynosi od 1 lipca 2011 r. kwotę 25.000 zł brutto.

Podniósł, że dopiero z treści decyzji z dnia 31 lipca 2014 r. dowiedział się, że w sprawie już w dniu 28 czerwca 2012 r. wydano decyzję, na mocy której obniżono pracownikowi D. B. podstawę wymiaru składek od dnia 1 lipca 2011 r. z kwoty 25.000 zł do kwoty 8.000 zł. Płatnik zauważył, że w dacie wydania decyzji z 28 czerwca 2012r. organ rentowy miał wiedzę, że jego adres siedziby Spółki jest inny, niż adres do doręczeń. Stąd wysłanie decyzji na adres siedziby Spółki, a nie na adres do doręczeń było bezskuteczne a tym samym wniosek o przywrócenie terminu do złożenia odwołania zasługuje na uwzględnienie.

Dalej Spółka, odnosząc się do decyzji z dnia 28 czerwca 2012 r. i 31 lipca 2014 r., powtórzyła argumentację zawartą w odwołaniu ubezpieczonego D. B..

Organ rentowy w odpowiedzi na odwołania domagał się ich odrzucenia (dot. decyzji z 28 czerwca 2012 r. i oddalenia (dot. decyzji z dnia 31 lipca 2014 r.), powtarzając argumenty użyte w uzasadnieniach decyzji. Organ rentowy konsekwentnie akcentował, że zarówno wysokość ustalonego w umowie o pracę wynagrodzenia w kwocie 25.000 zł należy uznać za nieważne gdyż jest sprzeczne z zasadami współżycia społecznego (58 k.c.), gdyż miały one na celu wyłącznie uzyskanie przez D. B. uprawnień do wypłaty wysokich kwot świadczeń z ubezpieczenia chorobowego.

Wyrokiem z dnia 1 czerwca 2015 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołania ubezpieczonego D. B. i płatnika (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w W. od decyzji z dnia 28 czerwca 2012 r. i z dnia 31 lipca 2014 r., zasądził od ubezpieczonego D. B. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddziału w W. kwotę 7.200,00 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, zasądził od płatnika składek (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w W. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. kwotę 7.200,00 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Okręgowy oparł swoje rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:

D. B. (ur. (...)) posiada wykształcenie wyższe - w 1986r. ukończył Wyższą Szkołę (...) w B. w zakresie wychowania technicznego - specjalność nauczycielska (magister techniki). W 1989 r. ukończył na Uniwersytecie (...) w T. studium podyplomowe z Prawa Turystycznego.

W przebiegu kariery zawodowej wykonywał zatrudnienie jako:

- do 1985 r. - mechanik ((...)), mechanik-elektronik (wojsko), monter specjalista ((...)), rzemieślnik specjalista ((...)), adiunkt kp ((...)), instruktor Rejonowego (...), sekretarz Komisji (...), sekretarz (...), pełnomocnik Oddziału (...) w województwie (...),
- od 1985 r. do 1990 r. - kierownik (...) w M. ((...)), kierownik (...) w M. ((...)), dyrektor (...) w M. ((...)), z-ca dyrektora ds. handlu i marketingu ((...)),
- w latach 90-tych - doradca ds. handlowych ((...) sp. z o.o., 1/3 etatu), przewodniczący rady nadzorczej ((...) (...)) S.A. T.), dyrektor (PHU (...) s.c., pół etatu)

Od 1 sierpnia 1996 r. do 30 czerwca 1997 r. D. B. był zatrudniony jako Prezes Zarządu (na 1/3 etatu) w (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w K.. Ponownie, w powyższej Spółce (z siedzibą w T. P.) zatrudnił się w dniu 1 września 1998 r. do 15 marca 2006 r. jako doradca prezesa w pełnym wymiarze czasu pracy. Ubezpieczony od 24 września 1998 r. do 20 czerwca 1999 r. przebywał na nieprzerwanym zwolnieniu lekarskim. Po krótkotrwałym powrocie do pracy, ponownie korzystał ze zwolnienia lekarskiego.

Po raz kolejny w powyższej Spółce (...) zatrudniony został od 1 lipca do 31 sierpnia 2007r. na stanowisku doradcy prezesa. W chwili obecnej Spółka jest w stanie likwidacji. Likwidatorem jest A. B..

D. B. pełnił również funkcję Przewodniczącego Rady Nadzorczej (...) S.A. w K. i z tego tytułu był zobowiązany do zajmowania się sprawami majątkowymi tej Spółki.

Ubezpieczony wyrokiem Sądu Okręgowego w Koszalinie z dnia 12 kwietnia 2011 r. w sprawie II K 45/10, następnie zmienionym na jego niekorzyść przez Sąd Apelacyjny w Szczecinie z dnia 22 września 2011 r. w sprawie II AKa 121/11, prawomocnie został uznany za winnego tego, że w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, wspólnie i w porozumieniu z ustalonymi osobami, z racji pełnienia funkcji Przewodniczącego Rady Nadzorczej (...) S.A. w K. i będąc zobowiązany do dbałości o jej majątek, zawarł z ustalonymi osobami niekorzystną umowę, przez co usiłował wyrządzić (...) S.A. w K. szkodę majątkową w wielkich rozmiarach w wysokości 1.702.429,60 zł, przy czym usiłowanie to miało charakter udolnego, tj. czynu z art. 13 § 1 k.k. w zw. z art. 296 § 2 i 3 k.k. w zw. z art. 21 § 2 k.k. i za to wymierzono mu karę roku pozbawienia wolności, która została warunkowo zawieszona na okres 3 lat próby oraz na karę grzywny.

Centrum Handlowe (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K. początkowo była wpisana w rejestrze (...) (Sąd Rejonowy w Koszalinie).

W 2002 r. nastąpiło jej przerejestrowanie do Krajowego Rejestru Sądowego. W dacie 25 czerwca 2002 r. siedzibą Spółki było miasto K., zaś jedynym wspólnikiem był W. B. (brat ubezpieczonego). Zarząd był jednoosobowy, zaś funkcję prezesa zarządu pełnił D. B.. W październiku 2002 r. D. B. został drugim wspólnikiem Spółki. W styczniu 2004 r. D. B. przestał być wspólnikiem Spółki, zaś jego udziały zostały objęte przez R. P.. W sierpniu 2004 r. nowym Prezesem Zarządu został W. B.. W listopadzie 2004 r. D. B. został prokurentem Spółki (prokura samoistna).

W dniu 23 stycznia 2006 r. w Krajowym Rejestrze Sądowym dokonano zmiany firmy, siedziby i adresu Spółki - tj. na (...) spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością w W., ul. (...). W dacie tej D. B. przestał być prokurentem Spółki a na powrót objął funkcję Prezesa Zarządu. W listopadzie 2006 r. funkcję Prezesa Zarządu objęła H. K., zaś D. B. został prokurentem Spółki (prokura samoistna).

W dniu 1 czerwca 2009r. w Krajowym Rejestrze Sądowym dokonano zmiany wspólników - jedynym wspólnikiem został S. V.. Objął on również funkcję prezesa zarządu, z jednoczesnym odwołaniem prokury D. B..

Spółka jako przedmiot działalności wpisała kilkadziesiąt dziedzin. W okresie od 25 października 2004 r. do 25 października 2014 r. posiadała koncesję na obrót paliwami ciekłymi.

W okresie od 1 września 2008 r. do 18 kwietnia 2009 r. D. B. był zatrudniony w w/w Spółce na stanowisku doradcy w pełnym wymiarze czasu pracy. Ubezpieczony od 20 października 2008 r. przebywał na nieprzerwanym zwolnieniu lekarskim, do czasu rozwiązania umowy o pracę.

Ponownie w dniu 1 lutego 2011r. ubezpieczony zawarł umowę o pracę z w/w Spółką jako asystent prezesa zarządu na czas nieokreślony za wynagrodzeniem zasadniczym w wysokości 8.000 zł brutto miesięcznie. Zgłoszenie ZUS ZUA dot. D. B. wpłynęło do ZUS w dniu 9 marca 2011 r., tj. po terminie.

Od dnia 1 lipca 2011 r. podwyższono ubezpieczonemu wynagrodzenie do kwoty 25.000 zł brutto miesięcznie.

Ubezpieczony od 24 sierpnia 2011 r. do 1 stycznia 2012 r. przebywał na nieprzerwanym zwolnieniu lekarskim. Po krótkotrwałym powrocie do pracy, ponownie od 2 lipca 2012 r. korzystał ze zwolnienia lekarskiego, do czasu rozwiązania umowy o pracę tj. 27 grudnia 2012 r.

Przez cały okres zatrudnienia, ubezpieczonego obowiązywał pisemnie ustalony w dniu 2 lutego 2011 r. zakres obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień. Od 1 lutego 2011 r. do 27 grudnia 2012 r., gdy ubezpieczony był zdolny do pracy, wykonywał tożsame czynności na rzecz pracodawcy tj. z uwagi na nieobecność Prezesa Zarządu będącego obcokrajowcem, ubezpieczony zajmował się wszystkimi bieżącymi sprawami Spółki oraz prowadził negocjacje handlowe na terenie całego kraju oraz za granicą (np. na Ukrainie). Przede wszystkim negocjował on kontrakty związane z obrotem paliwami, na co Spółka uzyskiwała koncesję. Jego wyjazdy były opłacane przez S. V. albo ponosił

je sam ubezpieczony. D. B. w imieniu swego pracodawcy zatrudniał zleceniodawców do drobnych prac usługowych, kontaktował się z urzędami.

W dniu 13 sierpnia 2013 r. jedyny wspólnik i Prezes Spółki S. V. podjął decyzję o jej likwidacji.

W okresie od 26 stycznia 2006r. do 30 grudnia 2009r. (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w W. podlegała właściwości Naczelnika (...) US (...).

W tym okresie Spółka nie regulowała na bieżąco zobowiązań podatkowych i posiadała z tego tytułu zaległości podatkowe. Pismem z dnia 23 listopada 2009 r. zwróciła się z prośbą o rozłożenie na raty zaległości z tytułu podatku od towarów i usług oraz zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych.

Od 30 grudnia 2009 r. do chwili obecnej Spółka podlega właściwości Naczelnika (...) (...) US w W.. W Urzędzie tym złożyła deklarację PIT-R4 za 2011 r. (deklaracja zbiorcza), z której wynikało, że zatrudnia jednego pracownika.

Spółka nie reguluje na bieżąco zobowiązań podatkowych i posiada z tego tytułu zaległości podatkowe. Za lata 2011 i 2012 posiada zaległości z tytułu VAT w kwocie 432.967,15 zł, PIT w kwocie 33.541,00 zł oraz CIT w kwocie 495,15 zł. Spółka nie zwracała się z prośbą o udzielenie ulgi w spłacie zobowiązań podatkowych.

Spółka posiada również zaległości z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne, aktualnie za okres 11/2006-03/2009, 02-08/2011, 11-12/2022, 01/2012, 6/2012, 9/2012,12/2013 w kwocie 153.716,93 zł. W latach 2007-2013 Zakład podjął kroki w celu wyegzekwowania zaległych składek wszczynając wobec płatnika składek postępowanie egzekucyjne. Spółka nie występowała do ZUS z wnioskiem o udzielenie ulgi w spłacie należności.

W dniach 21-27 marca 2012 r. ZUS (...) O/W. przeprowadził kontrolę u płatnika składek (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w W., ul. (...), przy czym już w styczniu 2012 r. powiadomiono płatnika o zamiarze przeprowadzenia kontroli (na adres Spółki w W.).

W odpowiedzi Płatnik składek w piśmie z dnia 12 stycznia 2012r. (posługując się pieczętką nagłówkową z adresem i siedzibą w W.) poinformował organ rentowy, że księgi rachunkowe oraz obsługę rachunkowo-księgową, prawną, kadrową i administracyjno-biurową zajmuje się (...) sp. z o.o. w K. przy ul. (...).

Organ rentowy zapoznał się z dokumentacją Spółki znajdującą się w biurze (...) sp. z o.o. w K..

W toku prowadzonej kontroli organ rentowy zgromadził m.in. zwolnienia lekarskie D. B., informacje przekazywane do urzędu skarbowego, w którym wskazywał on jako adres zamieszkania miejscowość M.. Również słuchany jako świadek w dniu 21 marca 2012 r. podał swój adres zameldowania (S.), jak i adres faktycznego zamieszkania (M.).

Ostatecznie, Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W. decyzją z dnia 28 czerwca 2012 r., znak: (...), wydaną na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2009r., Nr 205, poz. 1585 z późn.zm.) oraz art. 78 § 1 k.p. ustalił podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne D. B. z tytułu zatrudnienia w ramach stosunku pracy u pracodawcy (...) Spółka z o.o. w kwocie 8.000 zł.

Decyzja została wysłana na adres siedziby Spółki oraz adres zameldowania ubezpieczonego. Decyzje nie zostały odebrane, ich doręczenie nastąpiło w trybie art. 44 k.p.a. (doręczenia zastępcze), zarówno wobec ubezpieczonego, jak i Spółki, w sposób nieprawidłowy.

D. B. od 2010 r. do chwili obecnej leczą się w następujących placówkach medycznych:

- (...) w K. - u kardiolog i specjalisty chorób wewnętrznych E. Z.,
- (...) (...) w M. - u lekarza rodzinnego L. R.,
- Klinice (...) w B. - u lekarza ortopedy I. W.,

- gabinecie lekarskim w B. - u specjalisty urologa-chirurga P. J..

Ubezpieczony pozostaje w stałym leczeniu w poradni kardiologicznej i ortopedycznej z powodu nadciśnienia tętniczego i zmian układu krążenia oraz zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa. Od lekarza rodzinnego otrzymuje recepty na leki stałe.

Od połowy 2011 r. u ubezpieczonego zaostrzyły się stanu bólowe kręgosłupa. Kilkakrotnie był kierowany na RTG kręgosłupa. W wyniku tych badań we wrześniu 2011 r. (data wizyty lekarskiej u lekarza rodzinnego) ujawniono niewielkie wypukliny krążków między kręgowych na poziomie L-4-L5-S1. W sierpniu 2012 r. (data wizyty lekarskiej u lekarza rodzinnego) ujawniono dyskopatię C5/C6 ze zwężeniem kanału kręgowego do 8 mm z uciskiem worka oponowego, wypuklinę krążka C6/C7 z uciskiem worka.

Przy tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał odwołania za nieuzasadnione, podnosząc, iż przyjął do merytorycznego rozpoznania wszystkie odwołania, pomimo, iż organ rentowy wnosił o odrzucenie wniesionych przez ubezpieczonego i płatnika składek odwołań od decyzji z dnia 28 czerwca 2012 r. jako spóźnionych.

Sąd meriti wskazał, że analizując okoliczności związane z doręczeniem zarówno ubezpieczonemu jak i płatnikowi składek spornej decyzji zauważył, że decyzja ta została doręczona w nieprawidłowy sposób, z naruszeniem przepisów kodeksu postępowania administracyjnego.

Odnosząc się do osoby ubezpieczonego, to generalną zasadą doręczania pism osobom fizycznym, wynikającą z art. 42 § 1 k.p.a., jest doręczenie bezpośrednio do rąk adresata w mieszkaniu lub miejscu pracy. Jest to tzw. doręczenie właściwe. Użyte w przywołanym przepisie pojęcie "mieszkanie" oznacza miejsce, gdzie osoba fizyczna faktycznie zamieszkuje. Okoliczność ta musi być każdorazowo znana organowi prowadzącemu postępowanie, aby możliwe było doręczenia urzędowej korespondencji przede wszystkim bezpośrednio do rąk adresata. Zapewnieniu tego warunku służy unormowanie zawarte w art. 63 § 2 k.p.a., który ustanawia wymóg wskazania swego adresu przez stronę składającą podanie. Ponadto art. 41 § 1 k.p.a., zobowiązuje stronę do zawiadamiania organu w toku postępowania o każdej zmianie swego adresu. Zgodnie z § 2 tego przepisu, w razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny. Zestawienie tych unormowań, przy jednoczesnym braku legalnych definicji użytych w nich pojęć "mieszkanie" i "adres", pozwala przyjąć, że mogą być one traktowane zamiennie i nie muszą być tożsame z miejscem zameldowania na pobyt stały bądź stałego zamieszkania, gdyż w świetle art. 63 § 2 i art. 41 § 1 k.p.a. adresem strony jest miejsce, gdzie strona faktycznie przebywa i w którym będzie możliwe, zgodnie z jej wolą, doręczenie pism urzędowych do niej adresowanych.

Sąd Okręgowy wskazał, że w toku prowadzonej kontroli organ rentowy zgromadził m.in. zwolnienia lekarskie D. B. czy informacje przekazywane do urzędu skarbowego, w którym wskazywał on jako adres zamieszkania miejscowość M.. Również słuchany jako świadek w dniu 21 marca 2012r. podał swój adres zameldowania (S.), jak i adres faktycznego zamieszkania (M.). Stąd uznać należy, że organ rentowy dysponował prawidłowym adresem zamieszkania ubezpieczonego w M. i na ten adres winien kierować wszelką do niego korespondencję. Uchybienie ze strony organu rentowego spowodowało zaś, że istotnie do dnia doręczenia ubezpieczonemu decyzji z dnia 31 lipca 2014r. (w której powołano się na decyzję z dnia 28 czerwca 2012 r.) mógł on nie wiedzieć, że w jego sprawie wydana została jakakolwiek wcześniej decyzja.

Odnosząc się do kwestii nieprawidłowego doręczenia również i Spółce, Sąd meriti wskazał, że oczywiście w myśl art. 45 k.p.a. jednostkom organizacyjnym i organizacjom społecznym doręcza się pisma tylko w lokalu ich siedziby. W k.p.a. brak regulacji analogicznej jaka występuje w przepisach o postępowaniu sądowym i sądowno-administracyjnym, umożliwiającej wskazywania przez te jednostki tzw. "adresu dla doręczeń". Zgodnie jednak ze stanowiskiem sądów administracyjnych (vide: wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 20 października 2010r., sygn. II OSK 1650/09, opubl. LEX nr 746709), jednostka organizacyjna nie jest pozbawiona możliwości korzystania z doręczenia jej pism urzędowych także pod innym, wskazanym przez nią adresem. Strona postępowania administracyjnego ma prawo bowiem do ustanowienia pełnomocnika procesowego, przy czym

takie pełnomocnictwo może dotyczyć także poszczególnych czynności procesowych. Jedną z takich czynności jest odbiór korespondencji kierowanej do strony. Jeżeli więc strona wskaże adres, pod jaki ma być kierowana do niej korespondencja, to zrozumiałe jest, iż pod tym adresem właśnie czynności odbioru będzie dokonywać upoważniony przez stronę do jej dokonania pełnomocnik. Tak wskazany "adres do doręczeń" a w istocie pełnomocnik do odbioru pism powoduje, że stosuje się art. 40 § 2 k.p.a., co oznacza że pisma doręcza się upoważnionemu do dokonania tej czynności pełnomocnikowi pod wskazanym przez stronę adresem. Kwestionując zresztą możliwość takiej formy doręczania pism, organ rentowy faktycznie z niej korzystał, o czym świadczy materiał zgromadzony w aktach sprawy, gdyż korespondencję do Spółki kierował zamiennie - na adres w K., albo na adres w W.. Co więcej płatnik składek już w piśmie z dnia 12 stycznia 2012 r. (posługując się pieczętką nagłówkową z adresem i siedzibą w W.) poinformował organ rentowy, że księgi rachunkowe oraz obsługę rachunkowo- księgową, prawną, kadrową i administracyjno-biurową zajmuje się (...) sp. z o.o. w K..

Konkludując, mając na uwadze ujawnione uchybienia w doręczeniu decyzji z dnia 28 czerwca 2012 r., zarówno wobec ubezpieczonego jak i płatnika składek, Sąd pierwszej instancji postanowił przyjąć ich odwołania, złożone wraz z odwołaniem od decyzji z dnia 31 lipca 2014 r., do merytorycznego rozpoznania.

Przechodząc do meritum, Sąd Okręgowy wskazał, że spór w przedmiotowej sprawie koncentrował się na kwestii wysokości podstawy wymiaru składek D. B. na ubezpieczenia społeczne w okresie od dnia 1 lipca 2011 r. do 27 grudnia 2012 r. z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę u płatnika (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w W. (obecnie w likwidacji).

Sąd pierwszej instancji podniósł, że stanowisko zgodnie z którym w ramach art. 41 ust. 12 i 13 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z dnia 13 października 1998r. (t.j.Dz.U. z 2015r., poz.121 z późn.zm.) Zakład Ubezpieczeń Społecznych może zakwestionować wysokość wynagrodzenia stanowiącego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, jeżeli okoliczności sprawy wskazują, że zostało wypłacone na podstawie umowy sprzecznej z prawem, zasadami współzycia społecznego lub zmierzającej do obejścia prawa, jest w orzecznictwie Sądu Najwyższego ugruntowane. Nadmierne podwyższenie wynagrodzenia pracownika w zakresie prawa ubezpieczeń społecznych może być bowiem ocenione jako dokonane z zamiarem nadużycia prawa do świadczeń (vide: uchwała Sądu Najwyższego z 27 kwietnia 2005r., sygn. II UZP 2/05, opubl. OSNP 2005/21/338; wyrok Sądu Najwyższego z 4 sierpnia 2005r., sygn. II UK 16/05, opubl. OSNP 2006/11-12/191; wyrok Sądu Najwyższego z 19 maja 2009r., sygn. III UK 7/09, opubl. LEX nr 509047). Zgodnie zaś z art. 58 § 2 k.c. nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współzycia społecznego. Sąd meriti wskazał na stanowisko wyrażone w wyroku z dnia 9 sierpnia 2005 r. (sygn. III UK 89/05, opubl. OSNP 2006/11-12/192), w którym Sąd Najwyższy wskazał, że ustalenie w umowie o pracę rażąco wysokiego wynagrodzenia za pracę może być, w konkretnych okolicznościach, uznane za nieważne jako dokonane z naruszeniem zasad współzycia społecznego, polegającym na świadomym osiągnięciu nieuzasadnionych korzyści z systemu ubezpieczeń społecznych kosztem innych uczestników tego systemu - art. 58 § 3 k.c. w związku z art. 300 k.p.

Sąd pierwszej instancji zgodził się również z poglądem wyrażonym przez Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 16 października 2013r. (sygn. III AUa 294/13, opubl. LEX nr 1388831), który przyjął w sprawie jako własny, że autonomia stron umowy o pracę w kształtowaniu jej postanowień podlega ochronie jedynie w ramach wartości uznawanych i realizowanych przez system prawa, a strony obowiązuje nie tylko respektowanie własnego interesu jednostkowego, lecz także wzgląd na interes publiczny. Odpowiednie zastosowanie art. 58 k.c. prowadzi do wniosku, że postanowienia umowy o pracę sprzeczne z ustawą albo mające na celu jej obejście są nieważne, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, a sprzeczne z zasadami współzycia społecznego - nieważne bezwzględnie. Ocena wysokości wynagrodzenia uzgodnionego przez strony stosunku pracy na gruncie prawa ubezpieczeń społecznych ma istotne znaczenie z uwagi na okoliczność, że ustalanie podstawy wymiaru składki z tytułu zatrudnienia w ramach stosunku pracy następuje w oparciu o przychód, o którym mowa w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych, a więc wszelkiego rodzaju wypłaty pieniężne, a w szczególności wynagrodzenie zasadnicze, wynagrodzenie za godziny nadliczbowe, różnego rodzaju dodatki, nagrody, ekwiwalenty itp. Umowa o pracę wywołuje zatem nie tylko skutki bezpośrednie, dotyczące wprost wzajemnych relacji między pracownikiem i pracodawcą, lecz także dalsze, pośrednie, w tym w dziedzinie ubezpieczeń społecznych kształtując stosunek ubezpieczenia społecznego, w tym

wysokość składki, co w konsekwencji prowadzi do uzyskania odpowiednich świadczeń. W związku z powyższym ocena postanowień umownych może i powinna być dokonywana także z punktu widzenia prawa ubezpieczeń społecznych, a więc nie tylko z punktu widzenia interesu pracownika (ubezpieczonego), ale także interesu publicznego. W ich świetle nadmiernemu uprzywilejowaniu płacowemu pracownika, które w prawie pracy mieściłoby się w ramach art. 353¹ k.c., w prawie ubezpieczeń społecznych można przypisać w okolicznościach każdego konkretnego wypadku - zamiar nadużycia świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Alimentacyjny charakter świadczeń i zasada solidaryzmu wymagają bowiem, by płaca, stanowiąca jednocześnie podstawę wymiaru składki, nie była ustalana ponad granicę płacy słusznej, sprawiedliwej i zapewniającej godziwe utrzymanie, by rażąco przenosiła ekwiwalentny jej wkład pracy, a składka w rezultacie przekładała się na świadczenie w kwocie nienależnej. Wynika to z przekonania, że choć przepisy prawa ubezpieczeń społecznych literalnie odnoszą wysokość składek do wypłaconego wynagrodzenia, w rzeczywistości odwołują się do odpowiedniości przełożenia tytułu ubezpieczenia - pracy i uzyskanej za nią należnej płacy na składki w ramach społecznego poczucia sprawiedliwości w korzystaniu ze świadczeń z ubezpieczenia udzielanych pracownikom z zasobów ogólnospołecznych. Inaczej mówiąc, podstawę wymiaru składki ubezpieczonego będącego pracownikiem stanowi wynagrodzenie godziwe, a więc należne, właściwe, odpowiednie, rzetelne, uczciwe i sprawiedliwe, zachowujące cechy ekwiwalentności do pracy, natomiast ocena godziwości tego wynagrodzenia wymaga uwzględnienia okoliczności każdego konkretnego przypadku, a zwłaszcza rodzaju, ilości i jakości świadczonej pracy oraz wymaganych kwalifikacji (art. 78 § 1 k.p.).

Stan faktyczny sprawy Sąd Okręgowy ustalił przede wszystkim w oparciu o dowody z obiektywnych dokumentów (jak świadectwa pracy ubezpieczonego sprzed 2011 r., odpis wyroku w sprawie karnej, pisma i zaświadczenia od organów państwowych, dane z KRS, historia wizyt lekarskich ubezpieczonego u lekarza rodzinnego), które miały walor rzetelnych, autentycznych, niekwestionowanych przez żadną ze stron. Sąd meriti uwzględnił też dokumenty złożone przez Spółkę dotyczące stosunku pracy ubezpieczonego, jakkolwiek tylko w tym zakresie, w którym dokumenty te były zbieżne z dokumentami przedstawionymi przez uprawnione instytucje.

Sąd Okręgowy podkreślił, że przedłożona w sprawie dokumentacja Spółki, została wyłącznie przez nią wykreowana. Składa się na nią m.in. dowody wypłaty wynagrodzenia (KW) czy druki zgłoszenia do ZUS i US. Ugruntowanym jest zaś stanowisko judykatury, że w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych w sytuacji, gdy organ rentowy kwestionuje stosunek pracy (jego poszczególne elementy) jako dowód przeciwny nie wystarczy samo sporządzenie umowy o pracę (aneksu) oraz opłacanie składek na ubezpieczenie społeczne za osobę zgłoszoną do ubezpieczenia. Istotą zawarcia umowy dla pozoru jest przecież wprowadzenie innych podmiotów w błąd co do tego, że umowa o konkretnej treści faktycznie została zawarta i jest wykonywana. W przypadku pozorności umowy o pracę chodzi przede wszystkim o wprowadzenie w błąd Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Naturalnym więc jest, że strony przede wszystkim dbają o to, by były niezbędne dokumenty potwierdzające tę okoliczność (vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 20 lutego 2013r., sygn. III AUa 1197/12, opubl. LEX nr 1289740).

Wreszcie Sąd Okręgowy wskazał, że dysponował zeznaniami samego ubezpieczonego D. B., które uznał za częściowo wiarygodne, tj. co do rodzaju działalności Spółki oraz sposobu prowadzenia bieżących spraw i negocjacji handlowych w Spółce, szczególnie, że informacje te znajdują chociaż pośrednie potwierdzenie w aktach kontroli ZUS. Sąd meriti pominął jednak zeznania ubezpieczonego na okoliczność istnienia racjonalnej przyczyny a w konsekwencji rzeczywistej zmiany warunków jego zatrudnienia w Spółce od 1 lipca 2011 r., z czym miała wiązać się znacząca podwyżka jego wynagrodzenia. W tym zakresie Sąd miał na uwadze, że ubezpieczony jest zainteresowany korzystnym dla siebie rozstrzygnięciem, stąd jego zeznania były nakierowane na potwierdzenie prezentowanego stanowiska procesowego w sprawie. Co więcej, zeznania te niejednokrotnie były wzajemnie sprzeczne (szczególnie z wcześniejszymi wypowiedziami ubezpieczonego w toku kontroli ZUS), wskazywały na zupełnie nowe okoliczności, których ubezpieczony wcześniej nie podnosił (jak konkurencyjne oferty pracy), a jednocześnie brak było potwierdzenia ich treści jakimikolwiek innymi dowodami w sprawie.

Mając na uwadze powyższe rozważania prawne oraz ustalony stan faktyczny sprawy Sąd Okręgowy zważył, iż ustalone przez strony w drodze aneksu umowy o pracę wynagrodzenie dla ubezpieczonego w kwocie 25.000,00 zł (zamiast

dotychczasowego 8.000,00 zł) jest rażąco wysokie, sprzeczne w zasadami współzycia społecznego, w tym niezgodnie z zasadami jego ustalania wskazanymi w art. 78 § 1 k.p.

Po pierwsze, nie uszło uwadze Sądu meriti, że ubezpieczony D. B., wykonując obowiązki asystenta Prezesa Zarządu Spółki, w okresie od 1 lutego 2011 r. do 27 grudnia 2012 r., w okresie, gdy był zdolny do pracy, wykonywał dokładnie takie same, tożsame czynności, które opisane zostały w „zakresie obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień” już w dniu 1 lutego 2011 r. Do jego obowiązków należało więc w istocie prowadzenie całości spraw Spółki, w tym negocjowanie ewentualnych kontraktów. Ubezpieczony przyznał, że ostateczne decyzje konsultował z Prezesem Spółki, jakkolwiek wiele czynności wykonywał samodzielnie, gdyż strony miały „wzajemne zaufanie” do siebie. Powyższy zakres obowiązków ubezpieczonego jako pracownika Spółki nie zmienił się przez cały okres zatrudnienia, przy czym istotnym jest, że w lutym 2011 r. strony zgodnie ustaliły, że wynagrodzeniem ekwiwalentnym do zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień ubezpieczonego jako pracownika będzie kwota 8.000,00 zł brutto miesięcznie, co nie zostało zakwestionowane przez organ rentowy.

W ocenie Sądu ubezpieczony nie wykazał jednak, iż w realiach niniejszej sprawy uregulowanie na nowo, od 1 lipca 2011 r., wysokości jego wynagrodzenia, miało inny cel niż ustalili to organ rentowy w toku kontroli, tj. w celu nabycia przez niego uprawnień do wypłaty wysokich kwot świadczeń z ubezpieczenia chorobowego.

Sąd Okręgowy wskazał, że przede wszystkim sam ubezpieczony był bardzo niekonsekwentny w swych twierdzeniach, które miały czynić podwyżkę jego wynagrodzenia uzasadnioną. W toku kontroli ubezpieczony twierdził bowiem, że od początku zatrudnienia negocjował wynagrodzenie w kwocie 25.000 zł, które miał otrzymać, gdy sprawdzi się na objętym stanowisku, co nastąpiło od lipca 2011 r. Słuchany zaś jako strona wskazał, że takiego wynagrodzenia "zażądałem, mówiąc, że jeśli nie otrzymam tej kwoty, to przechodzę do pracy w K. do (...) sp. z o.o.". Ubezpieczony taką propozycję miał otrzymać w drugiej połowie maja lub czerwcu 2011 r., zaś zaproponowane wynagrodzenie wynosiło 40 000 zł miesięcznie na stanowisku członka zarządu. Ubezpieczony wskazał też, że propozycję tę otrzymał na adres poczty elektronicznej, której jednak nie zachował. Nie zawnioskował on również żadnych innych dowodów, aby chociażby uprawdopodobnić tę okoliczność.

Sąd Okręgowy uznał więc, że D. B. w istocie nie udowodnił, iż jako pożądaný pracownik dla innych pracodawców, mógł skutecznie dyktować swoje warunki płacowe. Co więcej nie uszło uwadze Sądu, że już w kwietniu 2011 r. przeciwko ubezpieczonemu zapadł skazujący wyrok karny za przestępstwo z art. 13 § 2 k.k. w zw. z art. 296 § 2 i 3 k.k. w zw. z art. 21 § 2 k.k. (później kwalifikacja została zmieniona na art. 13 § 1 k.k. w zw. z art. 296 § 2 i 3 k.k. w zw. z art. 21 § 2 k.k.). Przestępstwo to stypizowano w rozdziale XXXVI Kodeksu karnego tj. przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu. Zgodnie zaś z treścią art. 18 § 2-4 k.s.h., nie może być członkiem zarządu, rady nadzorczej, komisji rewizyjnej albo likwidatorem Spółki osoba, która została skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwa określone w przepisach m.in. rozdziałów XXXIII-XXXVII Kodeksu karnego. Zakaz ten ustaje dopiero z upływem piątego roku od dnia uprawomocnienia się wyroku skazującego, jednakże nie może zakończyć się wcześniej niż z upływem trzech lat od dnia zakończenia okresu odbywania kary. Skazany może złożyć wniosek do sądu, który wydał wyrok, o zwolnienie go z zakazu pełnienia funkcji w spółce handlowej lub o skrócenie czasu obowiązywania zakazu - nie dotyczy to przestępstw popełnionych umyślnie, a właśnie za takie przestępstwo został skazany ubezpieczony. Inaczej mówiąc, w kwietniu 2011 r. i w dalszym okresie ubezpieczony musiał mieć świadomość, że prowadzona przeciwko niemu sprawa karna w istotny sposób ograniczy jego karierę zawodową, odnoście dotychczas i na przyszłość sprawowanych funkcji zarządczych czy kontrolnych w spółkach, stąd nieracjonalnym wydaje się, iż ubezpieczony taki właśnie argument (zmiany pracodawcy w celu objęcia funkcji prezesa zarządu) wykorzystywał w celu uzyskania wyższego wynagrodzenia, czego zresztą nie udowodnił.

Ponadto nie uszło uwadze Sądu pierwszej instancji, że ubezpieczony twierdził również zamiennie, iż wyższe wynagrodzenie miało być uzasadnione zwiększoną liczbą jego wyjazdów w celu zdobycia nowych kontrahentów a które to koszty pokrywał on, chociaż częściowo, z wypłacanego mu wynagrodzenia. Na tę okoliczność istotnym jest jednak, że Spółka winna ubezpieczonemu za używanie prywatnego samochodu, czy za wszelkie koszty związane z wyjazdami stanowiącymi w istocie delegację wypłacać mu ekwiwalent oraz diety i inne należności z tytułu podróży służbowej

pracownika a nie podwyższać wynagrodzenie. Zgodnie bowiem w myśl postanowień § 2 ust. 1 pkt 9, 13, 15 i 16 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (Dz. U. Nr 161, poz. 1106 z późn.zm.) ekwiwalenty za użyte przy wykonywaniu pracy narzędzia, materiały lub sprzęt będące własnością pracownika, koszty używania w jazdach lokalnych przez pracownika dla potrzeb pracodawcy pojazdów niebędących własnością pracodawcy czy diety i inne należności z tytułu podróży służbowej pracownika w kraju, jak i za granicą, nie wchodzi do podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne. W konsekwencji kwoty przekazywane na powyższe cele ubezpieczonemu i tak nie mogą stanowić podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne. Ujmowanie ich w wynagrodzeniu jest sprzeczne z przepisami prawa, co słusznie wymagało odpowiedniej korekty ze strony organu rentowego.

Sąd Okręgowy zauważył również, że same kwalifikacje zawodowe ubezpieczonego, wbrew jego twierdzeniom, nie uzasadniały podwyższenia mu wynagrodzenia do kwoty 25.000 zł miesięcznie. Przede wszystkim wykształcenie ubezpieczonego (magister techniki - specjalność nauczycielska oraz ukończone studium podyplomowe z prawa turystycznego) w ogóle nie pokrywa się z obecną działalnością zawodową ubezpieczonego. Oczywiście bezspornym jest, że D. B. od lat 90-tych pełnił różne funkcje w zarządach czy radach nadzorczych wielu spółek, przy czym w większości z nich był on kapitałowo lub rodzinnie powiązany. Zdaniem Sądu Okręgowego, trudno jednak uznać, że jest on wyjątkowym specjalistą i posiada unikatową wiedzę z zakresu dobrego zarządzania spółkami, skoro postawiono mu skutecznie zarzut działania na szkodę (...) S.A. w K. (co więcej usiłował wyrządzić (...) S.A. w K. szkodę majątkową w wielkich rozmiarach). Ubezpieczony marginalizował tę okoliczność wskazując, jego pracodawca wiedział, że toczy się proces karny przeciwko niemu, zaś same posiedzenia nie przeszkadzały mu w pracy. Nawet jeśli tak istotnie było, to i tak w ocenie Sądu pierwszej instancji, nieracjonalnym i sprzecznym z zasadami doświadczenia życiowego jest, że pracodawca będący jednocześnie jedynym wspólnikiem Spółki i Prezesem Zarządu, zainteresowany prawidłowym działaniem Spółki, nie bierze tej okoliczności pod uwagę przy ocenie kwalifikacji zawodowych ubezpieczonego i ustalaniu wysokości wynagrodzenia.

Sąd meriti zauważył również, że Spółka będąca pracodawcą ubezpieczonego do 1 czerwca 2009 r. była własnością brata ubezpieczonego W. B., zaś D. B. pełnił w niej funkcję prezesa a następnie prokurenta. Najistotniejszym jest jednak, że pełniąc w/w funkcje D. B. nie uzyskiwał z tego tytułu tak znacznego wynagrodzenia, co więcej, co do zasady w ogóle nie podlegał on z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym. Do czasu sprzedaży Spółki przez W. B. ubezpieczony był w niej zatrudniony wyłącznie na okres od 1 września 2008 r. do 18 kwietnia 2009 r., przy czym już po miesiącu, dokładnie od 20 października 2008 r. przebywał na nieprzerwanym zwolnieniu lekarskim, do czasu rozwiązania umowy o pracę. W ocenie Sądu meriti, okoliczność ta wykazuje pewną powtarzalną prawidłowość co do osoby ubezpieczonego, gdyż każdorazowo gdy podejmował on zatrudnienie w oparciu o umowę o pracę, po niedługim okresie efektywnie wykonywanej pracy korzystał on z długoterminowych zwolnień lekarskich. Ponadto Sąd Okręgowy zauważył, że ubezpieczony nie udowodnił też, że faktycznie wynagrodzenie w tak wysokiej kwocie zostało mu wypłacone. W toku kontroli ZUS Spółka przekazała co prawda dowody wypłaty (KW), ale w ocenie Sądu nie zasługują one na wiarę. Jak zostało to już wcześniej zauważone, dokument ten został utworzony przez samą Spółkę, niepotwierdzony innymi dowodami (np. wypłatą środków na wynagrodzenie z konta Spółki). Trudno bowiem uznać, że ani Spółka, ani ubezpieczony, nie korzystają z rachunków bankowych, szczególnie, że kwota ok. 15.000,00 zł netto jest znaczącą w polskich realiach gospodarczych. Nie jest też powszechnym, aby osoby, które takie środki otrzymują od swoich pracodawców, czy innych podmiotów, otrzymywały i przechowywały je wyłącznie w gotówce.

Dla Sądu Okręgowego znaczenie ma również i ta okoliczność, że Spółka zatrudniając jedynie jednego pracownika (D. B.), nie opłacała za niego składek na ubezpieczenia społeczne, jak też nie odprowadzała zaliczek na podatek. Co więcej, materiał dowodowy wskazuje, że Spółka prowadząc działalność gospodarczą w zasadzie od początku swej działalności konsekwentnie nie wypełnia swoich obowiązków o charakterze publicznoprawnym. Z informacji Naczelnika (...) Urzędu Skarbowego wynika, że nieprzedawnione zobowiązania podatkowe sięgają 2009 r., zaś aktualnie posiada ona zaległości z tytułu VAT w kwocie 432.967,15 zł, PIT w kwocie 33.541,00 zł oraz CIT w kwocie 495,15 zł. Spółka posiada również zaległości z tytułu składek na ubezpieczenia społeczna, aktualnie za okres 11/2006-03/2009, 02-08/2011, 11-12/2012, 01/2012, 6/2012, 9/2012, 12/2013 w kwocie 153.716,93 zł, przy czym ZUS wdrożył już wobec niej

postępowanie egzekucyjne. Z informacji organu rentowego wynika ponadto, że z 23-miesięcznego okresu zatrudnienia D. B. przez 10 miesięcy był niezdolny do pracy. Jednocześnie kwota składek, jakie Spółka wniosła do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych wynosi 0 zł, gdyż płatnik od listopada 2006 r. nie opłacił jakichkolwiek składek, zaś kwota zasiłków, jakie D. B. pobrał z tytułu przedmiotowego zatrudnienia wynosi 74.858,13 zł., co tym bardziej, w ocenie Sądu Okręgowego, czyni rażąco wysoką i niesprawiedliwą płacę ubezpieczonego. Pracodawca, mając na uwadze swoje obowiązki o charakterze publicznoprawnym mógł przecież tak ustalić wynagrodzenie ubezpieczonego, aby składki te opłacać. Tym bardziej wysokość wynagrodzenia ubezpieczonego uznać należy za sprzeczne z zasadami współżycia społecznego tj. z zasadą solidaryzmu ubezpieczonych i zasadą interesu publicznego oraz uznawanymi w kulturze społecznej wartościami jak etyka, moralność i uczciwość. Niegodziwym jest bowiem cel umowy o pracę, polegający na nadmiernym ustaleniu wysokości wynagrodzenia (rażąco wygórowanego), bez opłacania składki ubezpieczeniowej, aby otrzymywać zawyżone świadczenia z ubezpieczeń społecznych kosztem innych ubezpieczonych (płacących składki). W tym zakresie nielogicznym wydaje się Sądowi Okręgowemu prezentowane stanowisko ubezpieczonego, że nie interesował się on kwestią opłacania za niego składek na ubezpieczenie społeczne, co miało leżeć w gestii pracodawcy.

Sąd meriti wskazał, że to ubezpieczony był osobą odpowiedzialną za bieżące funkcjonowanie Spółki, sam przyznał, że działał w imieniu Prezesa obcokrajowca, który nie znał języka polskiego, w tym kontaktował się w jego imieniu z urzędami. Stąd trudno uznać, że nie miał on wiedzy o fakcie nieopłacania za niego składek na ubezpieczenia społeczne. Co więcej Spółka ta już od 2006 r. ma zaległości wobec ZUS a w tym czasie (do 2009 r.) to przecież D. B. pełnił w niej funkcje prezesa zarządu Spółki oraz prokurenta.

Zdaniem sądu Okręgowego, uznać więc należało, że Spółka z nowym właścicielem przyjęła pewien sposób nieuczciwego postępowania wobec Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, który funkcjonował również, gdy D. B. zarządzał tą Spółką.

Wszystkie powyższe okoliczności, jak też chronologię zdarzeń, Sąd Okręgowy skorelował z przedłożoną do akt historią choroby ubezpieczonego, dostarczoną przez jego lekarza rodzinnego. Wynika z niej, że ubezpieczony cierpi na choroby przewlekłe - pozostaje w stałym leczeniu w poradni kardiologicznej i ortopedycznej z powodu nadciśnienia tętniczego i zmian układu krążenia oraz zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa. Od połowy 2011 r. u ubezpieczonego zaostrzyły się stany bólowe kręgosłupa. Kilkakrotnie był kierowany na RTG kręgosłupa. W wyniku tych badań we wrześniu 2011 r. (data wizyty lekarskiej u lekarza rodzinnego) ujawniono niewielkie wypukliny krążków międzykręgowych na poziomie L-4-L5-S1. W sierpniu 2012 r. (data wizyty lekarskiej u lekarza rodzinnego) ujawniono zaś dyskopatię C5/C6 ze zwężeniem kanału kręgowego do 8 mm z uciskiem worka oponowego, wypuklina krążka C6/C7 z uciskiem worka.

W ocenie Sądu pierwszej instancji, dla sprawy najważniejszym jest jednak, że ubezpieczony podjął leczenie w ramach zwolnień lekarskich w istocie bezpośrednio po podwyższeniu mu wynagrodzenia (odstęp miesiąca), pomimo, że doświadczenie życiowe wskazuje, iż ujawniony stan chorobowy kręgosłupa musiał wywoływać u ubezpieczonego ból czy dyskomfort dużo wcześniej. W ocenie Sądu meriti oznacza to, że ubezpieczony będąc świadomym pogarszającego się stanu zdrowia, poczynił odpowiednie kroki w porozumieniu ze swoim pracodawcą, aby otrzymywać odpowiednio wysokie świadczenia na czas pozostawania niezdolnym do pracy.

Konkludując, 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. Przenosząc powyższą regułę na grunt niniejszego sporu, Sąd Okręgowy przyjął, że ubezpieczony i płatnik składek, zaprzeczając twierdzeniom organu rentowego, który na podstawie przeprowadzonego postępowania kontrolnego dokonał niekorzystnych dla nich ustaleń, winni w postępowaniu przed sądem nie tylko podważyć trafność poczynionych w ten sposób ustaleń, 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 ich

stanowiskiem zaprezentowanym w odwołaniach od decyzji. Odwołujący się, za pomocą przedłożonych dowodów, a w zasadzie w wyniku zaniechania inicjatywy dowodowej, nie zdołali, w ocenie Sądu meriti, obalić wyników kontroli dokonanej przez organ rentowy, sprowadzających się do ustalenia, że wskazane od 1 lipca 2011 r. w umowie stron wynagrodzenie za pracę miało na celu uzyskanie przez D. B. nienależnie wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Podstawę wymiaru składki ubezpieczonego będącego pracownikiem może stanowić wyłącznie wynagrodzenie godziwe, a więc należne, właściwe, odpowiednie, rzetelne, uczciwe i sprawiedliwe, zachowujące cechy ekwiwalentności względem pracy. Za takie wynagrodzenie, w okolicznościach sprawy, nie może zostać uznane zadeklarowane przez Spółkę wynagrodzenie ubezpieczonego w kwocie 25.000 zł.

Mając na uwadze treść art. 13 k.p., zgodnie z którym, pracownik ma prawo do godziwego wynagrodzenia za pracę, Sąd Okręgowy stwierdził, że przymiot "niegodziwości" będzie posiadała przede wszystkim płaca rażąco za niska, z czego jednakże w żadnej mierze nie wynika, iżby znamień "niegodziwości" nie mogło dotknąć również płacy rażąco za wysokiej (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2001 r., I PKN 563/00, OSNP 2002 Nr 4, poz. 90). Tym samym brak jest przeciwwskazań, by postanowienia umowy o pracę dotyczące wynagrodzenia za pracę i innych świadczeń związanych z pracą mogły być właśnie przez pryzmat zasad współżycia społecznego ocenione jako nieważne w części przekraczającej granice godziwości, a zatem w sytuacji ich nadmiernej (rażąco nieproporcjonalnej) wysokości.

Zmiana przez strony warunków umowy o pracę na tak wysokie wynagrodzenie było, w ocenie Sądu pierwszej instancji, nieadekwatne do sfery wynagrodzeń w Spółce, która w istocie nie zatrudniała pracowników prócz ubezpieczonego. Co więcej zasadą było, że sprawy Spółki w toku jej działalności były prowadzone m.in. przez ubezpieczonego na innej podstawie niż stosunek pracy, który jednak każdorazowo był nawiązywany w zbliżonym okresie do okresu ustalonej niezdolności do pracy ubezpieczonego (stosunek pracy poprzedzał ustaloną następnie niezdolność do pracy). Dodatkowo sama wysokość ustalonego przez strony wynagrodzenia znacząco odbiegała od wynagrodzenia, które dotychczas ubezpieczony otrzymywał w Spółce, jak też w ogóle w przebiegu swojej kariery zawodowej. Powyższe okoliczności a przede wszystkim skorzystanie ze sfery zabezpieczeń socjalnych niezwłocznie po nabyciu do nich uprawnień uprawdopodobnia wniosek, że obie strony miały świadomość, iż ustalone wynagrodzenie nie stanowi ekwiwalentnego świadczenia za pracę ubezpieczonego, lecz ma na celu zwiększenie jego dochodu na czas niezdolności do pracy.

Fakty łączące się więc z aneksowaniem umowy o pracę z mocą od 1 lipca 2011r. uzasadniają, zdaniem Sądu Okręgowego, uznanie jej postanowień odnoszących się do wysokości ustalonego wynagrodzenia za sprzeczne z zasadami współżycia społecznego, nacechowane zamiarem wyłudzenia wyższych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, w związku z czym Sąd pierwszej instancji uznał, że zaskarżona decyzja organu rentowego stanowiąca w istocie odmowę przyjęcia kwoty 25.000 zł jako podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne jest w pełni zasadna. Inaczej mówiąc, wysokość podstawy wymiaru składek D. B. na ubezpieczenia społeczne w okresie od dnia 1 lipca 2011 r. do 27 grudnia 2012r. z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę u płatnika winna wynosić 8.000 zł.

Na marginesie Sąd Okręgowy wskazał, że sama kwota wynagrodzenia na poziomie 8.000 zł brutto jest kwotą godziwą w polskich warunkach gospodarczych, którą otrzymują osoby piastujące właśnie funkcje kierownicze i zarządcze zatrudnione zarówno w jednostkach państwowych, jak i u podmiotów prywatnych. Co więcej kwota ta stanowiła w 2011 r. ponad 2,5-krotność średniego wynagrodzenia (vide: www.stat.gov.pl - przeciętne wynagrodzenie w II kw. 2011r. wyniosło 3.366,11 zł brutto).

Sąd pierwszej instancji wskazał, że autonomia stron umowy o pracę w kształtowaniu jej postanowień podlega ochronie jedynie w ramach wartości uznawanych i realizowanych przez system prawa, a strony obowiązują nie tylko respektowanie własnego interesu jednostkowego, lecz także względem interesu publicznego. Z tych względów, mając na uwadze przewidziane w przepisach art. 13 k.p. i art. 78 § 1 k.p. kryteria i mierniki omawianego świadczenia, gdzie z jednej strony wynagrodzenie za pracę ma stanowić wartość godziwą, z drugiej zaś, ma odpowiadać rodzajowi

pracy, kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu stanowiąc też ekwiwalent za ilość i jakość świadczonej pracy, Sąd Okręgowy uznał, że w realiach rozpoznawanej sprawy kwota 8.000 zł brutto miesięcznie jest adekwatna do niezmienionych obowiązków pracowniczych ubezpieczonego, który faktycznie przez cały okres swego zatrudnienia wykonywał tożsame czynności na rzecz Spółki.

Konkludując, Sąd Okręgowy na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie ubezpieczonego od decyzji z 28 czerwca 2012r., o czym orzekł w sentencji w pkt. 1 wyroku, zaś o odwołaniu płatnika składek orzekł w sentencji w pkt. 2 wyroku.

Odnosząc się do treści decyzji z dnia 31 lipca 2014 r. to Sąd pierwszej instancji zauważył, że jest ona niejako konsekwencją wydanej decyzji z dnia 28 czerwca 2012 r., którą w toku niniejszego postępowania Sąd zaakceptował jako prawidłową i zgodną z przepisami prawa.

Sąd Okręgowy wskazał, że ani ubezpieczony, ani Spółka nie zakwestionowali sposobu (mechanizmu) wyliczenia podstawy zasiłku chorobowego należnego D. B. za okres od 7 września 2011 r. do 1 stycznia 2012 r. i od 16 lipca 2012r. do 27 grudnia 2012 r. prócz oczywiście przyjętej wysokości jego wynagrodzenia - 8.000 zł zamiast 25.000 zł, co było już przedmiotem rozważań we wcześniejszej części uzasadnienia. W istocie więc, merytoryczne zarzuty ubezpieczonego i Spółki sprowadzały się do braku podania w decyzji podstawy prawnej nienależnie pobranego świadczenia, tj. nadpłaconego zasiłku chorobowego, gdyż w ich ocenie samo przywołanie treści art. 84 ustawy 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z2015r.,poz. 121) jako nazbyt ogólne jest nieprawidłowe.

Sąd Okręgowy nadmienił, że rację mają ubezpieczony i Spółka, że powołany przepis ustala dwie niezależne przesłanki zwrotu nienależnego świadczenia - w ust. 1 pkt. 1) wskazano, że świadczenie jest nienależne gdy zostało wypłacone mimo zaistnienia okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty w całości lub w części, jeżeli osoba pobierająca świadczenie była pouczona o braku prawa do ich pobierania, zaś w ust. 1 pkt. 2) wskazano, że świadczenie jest nienależne gdy zostało przyznane lub wypłacone na podstawie nieprawdziwych zeznań lub fałszywych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzania w błąd organu wypłacającego świadczenia przez osobę pobierającą świadczenia. Ponadto, w art. 84 ust. 3 w/w ustawy uregulowano, że nie można żądać zwrotu kwot nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych za okres dłuższy niż ostatnie 12 miesięcy, jeżeli osoba pobierająca świadczenia zawiadomiła organ wypłacający świadczenia o zajściu okoliczności powodujących ustanie prawa do świadczeń albo wstrzymanie ich wypłaty, a mimo to świadczenia były nadal wypłacane, a w pozostałych przypadkach - za okres dłuższy niż ostatnie 3 lata. Zgodnie z art. 84 ust. 6 w/w ustawy, jeżeli pobranie nienależnych świadczeń zostało spowodowane przekazaniem przez płatnika składek lub inny podmiot nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub na ich wysokość, obowiązek zwrotu tych świadczeń wraz z odsetkami, o których mowa w ust. 1. obciąża odpowiednio płatnika składek lub inny podmiot.

W ocenie Sądu Okręgowego przeprowadzone postępowanie wykazało, że ubezpieczony jak i Spółka świadomie wprowadzili w błąd organ rentowy co do rzeczywistej wysokości otrzymywanego przez ubezpieczonego wynagrodzenia w celu nabycia przez niego wysokich świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Mechanizm działania ubezpieczonego i Spółki został już dokładnie opisany we wcześniejszej części rozważań, w części dotyczącej decyzji z dnia 28 czerwca 2012 r. W takim wypadku żądanie zwrotu nienależnych zasiłków ma podstawę w ogólnym przepisie art. 84 ust. 6 w/w ustawy który stanowi o obowiązku zwrotu nienależnych świadczeń w dwu przepisach - ust. 1 i 6, przy czym art. 84 ust. 1 przewidując zwrot przez osobę, która świadczenia te pobrała, tzn. tę, która uzyskała nienależną korzyść. Jednocześnie na podstawie art. 84 ust. 6 obowiązek ten obciąża również płatnika składek, przy czym należy zwrócić uwagę, że w tym wypadku plasuje się poza zakresem ubezpieczeniowego pojęcia „świadczeń nienależnie pobranych”, gdyż obowiązek płatnika nie polega na „zwrocie świadczeń”, lecz na wyrównaniu szkody wyrządzonej przez spowodowanie wypłacenia przez organ ubezpieczeń społecznych świadczeń, osobie, której się nie należały (vide: uchwała Sądu Najwyższego z 19 października 1988r., sygn. III UZP 33/88, opubl. OSNC 1989/12/199).

Sąd Okręgowy wskazał, że odpowiedzialność płatnika może mieć charakter obligatoryjny (gdy pobranie nienależnych świadczeń zostało spowodowane wyłącznie przekazaniem nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do

świadczeń lub na ich wysokość) lub fakultatywny (gdy zobowiązanym do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń jest także świadczeniobiorca). W wyroku z dnia 10 czerwca 2008r. (sygn. I UK 376/07, opubl. OSNP 2009/21-22/295) Sąd Najwyższy wskazał, że obowiązek zwrotu wypłaconych świadczeń obciąża płatnika tylko wówczas, gdy ich pobranie spowodowane zostało przekazaniem przez niego nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub ich wysokość, a jednocześnie brak podstaw do żądania takiego zwrotu od osoby, której faktycznie świadczenia te wypłacono.

Przepisy ustawy nie określają stosunku tych roszczeń względem siebie ani sekwencji ich stosowania. Przyjmuje się w doktrynie, że roszczenia te są względem siebie niezależne; zachodzi tu zatem wypadek odpowiedzialności in solidum, gdy wierzyciel może dochodzić swej należności w całości od różnych dłużników w ramach różnych stosunków prawnych. W wyroku z dnia 6 sierpnia 2013r. (sygn. II UK 11/13, opubl. OSNP 2014/5/72) Sąd Najwyższy wskazał na nieistnienie solidarnej odpowiedzialności osoby pobierającej świadczenie nienależne i płatnika składek.

W każdym razie przedmiotem zwrotu są świadczenia „przyznane” lub wypłacone przez organ rentowy bez podstawy prawnej z powodu przekazania przez płatnika składek lub inny podmiot nieprawdziwych danych mających wpływ na prawo do świadczeń lub na ich wysokość. W tym wypadku płatnik składek (pracodawca) może być obciążony zwrotem świadczenia tylko wówczas, gdy przekazał organowi rentowemu dane stanowiące podstawę przyznania świadczenia (vide: wyrok Sądu Najwyższego z 4 sierpnia 2009r., sygn. I UK 77/09) oraz gdy były to dane nieprawdziwe (vide: wyrok Sądu Najwyższego z 3 października 2000r., sygn. II UKN 1/00, opubl. OSNAPiUS 2002/9/218). Przekazanie nieprawdziwych danych stanowi czyn niedozwolony, konieczne jest więc stwierdzenie winy według hipotezy: kto przekazuje Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych nieprawdziwe dane, zobowiązany jest do zwrotu kwot świadczonych na ich podstawie.

Zdaniem Sądu Okręgowego, do zastosowania art. 84 ust. 6 w/w ustawy konieczne jest więc stwierdzenie, że dane podane w raportach nie odzwierciedlały rzeczywistego stosunku ubezpieczenia z okresu, kiedy ubezpieczony był zgłoszony do ubezpieczenia przez płatnika. Przeprowadzone postępowanie dowodowe w ocenie Sądu pierwszej instancji, fakt ten jednoznacznie ujawniło, stąd wszelkie kwoty z ubezpieczenia chorobowego wypłacone ubezpieczonemu od kwoty wynagrodzenia wyższej niż ustalone 8.000 zł podlega obowiązkowi zwrotu przez płatnika składek za okres 3 lat wstecz od daty zaskarżonej decyzji.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy uznał prawidłowość i zgodność z przepisami prawa decyzji z dnia 31 lipca 2014r., stąd oddalił odwołanie ubezpieczonego również i od tej decyzji, o czym orzekł w sentencji w pkt. 1 wyroku, zaś o odwołaniu płatnika składek orzekł w sentencji w pkt. 2 wyroku. O kosztach postępowania orzeczono zgodnie z ogólną regułą odpowiedzialności strony za wynik procesu (art. 98 k.p.c.).

Sąd pierwszej instancji przypomniał również, że w sprawach, w których wniesiono odwołanie od decyzji organu rentowego ustalającej obowiązek ubezpieczenia oraz określającej wymiar składek, wynagrodzenie radcy prawnego ustala się według § 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 z urzędu, a nie na podstawie § 11 ust. 2 tego rozporządzenia (vide: m.in. postanowienie Sądu Najwyższego z 5 czerwca 2009r., sygn. I UZP 1/09, opubl. OSNP 2011/5-6/86; z 1 czerwca 2010r., sygn. III UZ 3/10, opubl. OSNP 2011/21-22/283; uchwała z 9 marca 1993r., sygn. II UZP 5/93, opubl. OSNCP 1993/11/194).

Tym samym Sąd meriti, na podstawie przepisu § 2 ust. 1 i 2 w zw. z § 6 ust. 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t.j. Dz.U. z 2013r., poz. 490), zasądził od ubezpieczonego i płatnika składek na rzecz organu rentowego kwotę po 7.200 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w sprawie, o czym orzeczono w pkt. 3 i 4 sentencji wyroku.

Sąd Okręgowy uznał za sprawiedliwe aby za całość pracy pełnomocnika organu rentowego w przedmiocie odwołań od dwóch decyzji przyjąć od każdego z odwołujących się jedną maksymalną stawkę wynagrodzenia, gdyż prowadzone było jedno postępowanie dowodowe i badane były tożsame okoliczności sprawy. Ponadto sam nakład pracy pełnomocnika

organu rentowego był niewielki, gdyż podtrzymywał on jedynie wnioski z przeprowadzonej kontroli ZUS, nie inicjował nowych wniosków dowodowych (Sąd z urzędu przeprowadzał dowody), nie uczestniczył też aktywnie w rozprawach.

Z powyższym rozstrzygnięciem nie zgodził się płatnik, zaskarżając wyrok w całości i zarzucając mu sprzeczność istotnych ustaleń sądu z zebraniem w sprawie materiałem dowodowym, naruszenie prawa materialnego w zakresie obejmującym rozłożenie ciężaru dowodowego w sprawie, a nadto całkowitą sprzeczność postanowienia w zakresie kosztów zastępstwa procesowego z obowiązującymi przepisami i treścią uzasadnienia wyroku.

Mając na względzie istotne błędy w wydanym wyroku apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie w całości złożonego w sprawie odwołania i uchylenie wydanej przez organ rentowy decyzji przy jednoczesnym umorzeniu postępowania prowadzonego przez organ, a także obciążenie organu kosztami postępowania w sprawie (w tym kosztami zastępstwa procesowego).

W uzasadnieniu skarżący wskazał, że wydany w sprawie wyrok opiera się na z góry przyjętym założeniu, że zarówno pracodawca jak i pracownik złożyli w sprawie nieprawdziwe dokumenty i zeznania, aby wprowadzić w błąd zarówno Organ jak Sąd co do tego, jakiej treści umowa o pracę łączyła w rzeczywistości strony. Stanowisko Sądu (jak i poprzednio Organu), zdaniem płatnika, nie znajduje żadnego uzasadnienia w materiale dowodowym, a jest jedynie kryterium według jakiego oceniane były wszystkie dowody w sprawie, przy czym skarżący zauważył, że takie założenie z góry stawia strony odwołujące się na przegranej pozycji bez względu na przedstawiane dowody. Przyjęte założenie dyskwalifikuje wszelkie możliwe dowody występujące w sprawie (zarówno osobowe jak i dokumentowe).

Apelujący wskazał, że zakład pracy przedstawił dowody kwot wypłacanych pracownikowi, pracownik zeznawał jakich dokonał uzgodnień z pracodawcą, przedstawiono umowę o pracę wraz z aneksem, a mimo to dowody te zostały zdyskwalifikowane, ale nie dlatego, że były sprzeczne z innymi dowodami, ale nie odpowiadały przyjętemu przez Organ, a potem Sąd założeniu. Takie postępowanie Sądu nie może spotkać się z akceptacją.

Płatnik podkreślił, że regułą dowodową wynikającą z prawa materialnego jest obowiązek dowodzenia (art. 6 kc), przy czym dotyczy on wszystkich uczestników postępowania spornego, a Sąd jest zobowiązany czuwać nad tym, aby silniejszy w stosunkach administracyjno- prawnych podmiot (Organ) nie nadużywał swojej dominującej pozycji. Przyjmując wskazane na wstępie założenie w zakresie oceny dowodów, zdaniem skarżącego, sąd nadużył istotnie i ewidentnie uprawnień wynikających z art. 233 § 1 k.p.c. (swoboda oceny dowodów). Stosując wskazane na wstępie założenie Sąd nie wskazał jakiego rodzaju dowodów oczekuje od uczestników - innych niż dowody osobowe i dokumentowe wskazujące na istnienie stosunku pracy.

Apelujący podkreślił, że pracownik wyraźnie wskazał, że przyjęte na etapie zawierania umowy wynagrodzenie (8.000 zł) miało charakter czasowy i związane było z koniecznością nabrania przez pracodawcę zaufania do pracownika. Pracownik ze swojej strony wiedział jakimi umiejętnościami dysponuje, i że upoważniają go one do oczekiwania wynagrodzenia na poziomie 25.000 zł. Wynagrodzenie w wysokości 25.000 zł miesięcznie ustalone zostało od początku stosunku pracy objętego niniejszym postępowaniem (przed 1.02.2011 r.), a jedynie miało zostać odsunięte w czasie. Wynagrodzenia w wysokości ponad 40.000 zł pracownik nie oczekiwał w ramach badanego przez Sąd stosunku pracy, albowiem ten został rozwiązany w końcu 2012 r. (trwał od 1.02.2011 r. do 28.12.2012 r.). W późniejszym czasie strony nawiązały nowy stosunek pracy (od 18.11.2013) i to tam oczekiwania płacowe pracownika wskazywane były na ponad 40.000 zł. Pracownik wskazał przy tym, że kwoty wydatków związanych z jego wyjazdami zawsze były mu zwracane i z nim rozliczane (albo bezpośrednio przez pracodawcę, albo przez Pana V. S.. Błędne jest zatem, zdaniem skarżącego, przyjęcie przez Sąd, że kwoty te stanowiły podstawę wymiaru składek. Czym innym jest bowiem wykładanie środków przez pracownika (zwracanych mu w różny sposób), a czym innym rozliczanie ich z pracodawcom jako elementu oficjalnego rozliczenia wyjazdu delegacyjnego.

W ocenie płatnika, nie znajduje żadnego uzasadnienia prawnego dokonywanie przez Sąd oceny kwalifikacji zawodowych pracownika oraz oceny racjonalności działania zarządu pracodawcy przy zatrudnianiu pracownika (str. 13 uzasadnienia). Trudno też ustalić do jakich i czyich zasad doświadczenia życiowego odwoływał się Sąd dokonując ocen wobec pracownika i pracodawcy, skoro o zatrudnieniu danej osoby na stanowisku kierowniczym (a takie

powierzono pracownikowi) oraz o wysokości jej zarobków decydują najróżniejsze czynniki, które często wymykają się racjonalnej ocenie (Prezydentem Polski był elektryk, a prace ciężkie fizyczne często wykonują osoby z wyższym wykształceniem). Żadnego uzasadnienia prawnego nie znajdują też dywagacje i oceny Sądu dotyczące racjonalności systemu zatrudnienia po stronie pracodawcy (str. 14 i 15 uzasadnienia) - system ten kształtuje zarząd pracodawcy i pracownik nie ma na to większego wpływu, poza możliwością zwracania na powyższe uwagi pracodawcy.

Zdaniem apelującego, brak jest jakiegokolwiek podstawy prawnej do dokonywania przez Sąd oceny, czy ustalona w stosunkach umownych między niezależnymi stronami wysokość wynagrodzenia jest adekwatna do obowiązków pracowniczych (str. 17 uzasadnienia).

Skarżący wskazał, że całkowicie błędnie Sąd rozłożył też w sprawie ciężar dowodowy - to Organ przedstawiał ocenę stanu faktycznego odmienną niż wynikająca z materiału dowodowego, a zatem reguła art. 6 kc to od Organu wymagała wskazania dowodów na nieprawdziwość faktów przedstawianych przez uczestników postępowania, albo co najmniej innych dowodów, które mogłyby podważać dowody przedstawione przez uczestników. Organ nie przedstawił żadnych dowodów na poparcie swoich twierdzeń poza stosowaniem z góry przyjętego założenia i nieprawdziwości wszystkiego co przedstawiali uczestnicy, nie wskazując przy tym jakie środki dowodowe (poza osobowymi i dokumentami) uznałby za wiarygodne. Również Sąd odrzucając środki dowodowe zaoferowane przez uczestników nie wskazał - jakimi to środkami dowodowymi uczestnicy mają udowodnić prawdziwość przedstawianych faktów i dokumentów, skoro ani wyjaśnienia ustane ani dokumenty nie są dla Sądu „wystarczająco wiarygodne”.

Apelujący wskazał, że trudno mu zgodzić się z przyjętą przez Sąd postawą uzasadnienia podstaw działania Organu w sytuacji gdy nie uczynił tego Organ. Skarżący zauważył, że Sąd wprost wyręczył Organ zamiast oceniać jego działanie (str. 18-19 uzasadnienia), a postawa taka przeczy nie tylko roli sądu, ale konstytucyjnym zasadom państwa prawa.

Płatnik mnie zgodził się z poglądem Sądu, że niniejsza sprawa dotyczyła ustalenia obowiązku ubezpieczenia (obowiązku ani faktu podlegania ubezpieczeniu nie kwestionował żaden z uczestników sporu, ani nie zakwestionował tego również Sąd) względnie dotyczyła określenia wymiaru składek (tego też nikt przecież nie kwestionował). Zastosowanie zatem przy rozstrzyganiu o kosztach postępowania stawek przewidzianych § 6 rozporządzenia w sprawie opłat za czynności radców prawnych, nie znajduje, zdaniem apelującego, żadnego uzasadnienia.

W ocenie płatnika, zastanawiające jest również dlaczego powołując się na § 6 pkt 6 rozporządzenia Sąd zastosował stawki przewidziane w § 6 pkt 7 rozporządzenia.

Płatnik zauważył, że pełnomocnik Organu występował w postępowaniu broniąc jednej decyzji Organu i (jak słusznie zauważył Sąd - str. 20 uzasadnienia) jego działania nie były aktywne, stąd całkowicie nieuzasadnione jest przyjmowanie stawki jako należnej od każdego z uczestników tylko dlatego, że jedną decyzję Organu zaskarżyły dwa podmioty (pracownik i pracodawca). Gdyby zatem nawet uznać, że w sprawie ma zastosowanie § 6 rozporządzenia (czemu apelujący zaprzeczył), to i tak kwota należna jako jednokrotne koszty minimalne winna wynieść 3.600 zł i to na zasądzona na zasadzie in solidum.

Apelację złożył również ubezpieczony D. B., zaskarżając wyrok w całości i zarzucając mu naruszenie istotne przepisów procedury, a w szczególności art. 233 § 1 kpc i art 227 kpc poprzez sprzeczność istotnych ustaleń sądu z zebrany w sprawie materiałem dowodowym, oraz opieranie swojego stanowiska na przypuszczeniach a nie na faktach mających znaczenia dla sprawy a także naruszenie istotne prawa materialnego w zakresie obejmującym rozłożenie ciężaru dowodowego w sprawie, a w szczególności art. 6 kc poprzez bezpodstawne przyjęcie, że przyjęte przez Organ założenia co do przyczyn podjętych przez strony działań nie wymagają udowodnienia, a jednocześnie, że to odwołujący zobowiązani są wykazywać brak pozorności swoich działań, pomimo braku dowodów potwierdzających pozorność oraz naruszenie istotne przepisów procedury, a w szczególności art. 98 k.p.c. poprzez całkowitą sprzeczność postanowienia w zakresie kosztów zastępstwa procesowego po stronie Organu z obowiązującymi przepisami i treścią uzasadnienia wyroku.

Ubezpieczony wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie w całości złożonych w sprawie odwołań i uchylenie wydanej przez organ rentowy decyzji przy jednoczesnym umorzeniu postępowania prowadzonego przez Organ, a także obciążenie Organu kosztami postępowania w sprawie (w tym kosztami zastępstwa procesowego) z jednoczesnym uwzględnieniem kosztów w postępowaniu apelacyjnym.

W uzasadnieniu apelujący podniósł, że w toku postępowania kontrolnego przed Organem (ani potem w postępowaniu sądowym) nie zostały przedstawione żadne inne dowody niż złożone przez strony (pracownika i pracodawcę). Dowody przedstawiane przez uczestników obejmowały środki zarówno pisemne jak i osobowe, a działania Organu ograniczały się wyłącznie do oceny dowodów, a nie ich gromadzeniu z wykorzystaniem innych źródeł niż pracownik i pracodawca. Wydana w sprawie decyzja oraz wydany w sprawie wyrok opierają się na z góry przyjętym założeniu (dyrektywie interpretacyjnej), że zarówno pracodawca jak i pracownik złożyli w sprawie nieprawdziwe dokumenty i zeznania, aby wprowadzić w błąd zarówno Organ jak Sąd co do tego, jakiej treści umowa o pracę łączyła w rzeczywistości strony.

Stanowisko Sądu (jak i poprzednio Organu), zdaniem apelującego, nie znajduje żadnego uzasadnienia faktycznego w materiale dowodowym, a jest jedynie wynikiem wcześniej przyjętego założenia. Przyjęta przez Sąd i Organ postawa (obejmująca kryterium według jakiego oceniane były wszystkie dowód w sprawie) z góry stawia strony odwołujące się na przegranej pozycji bez względu na przedstawiane przez nie dowody, albowiem przyjęte założenie dyskwalifikuje wszelkie możliwe dowody występujące w sprawie, a przedstawiane przez uczestników (zarówno osobowe jak i dokumentowe). Zauważyć też należy, że przyjęte założenia (co do oceny materiału dowodowego) oparte są na ogólnikach, których ani Organ ani Sąd nie uszczegółowili, co nie pozwala ustalić czy znajdują odzwierciedlenie w rzeczywistości czy są wyłącznie spekulacjami myślowymi. Odwołując się do przyjmowanych ocen, ani Sąd ani Organ nie wskazują czy wyrażane podglądy są ich własnymi czy też są empirycznie potwierdzone, a jeśli tak, to gdzie można zweryfikować poprawność wyrażanych sądów i ocen oraz sprawdzić wyniki badań.

Apelujący wskazał, że zakład pracy przedstawił dokumentację pracowniczą wraz z dowodami wypłaty pracownikowi kwot wynagrodzenia (nie kwestionowanymi przez pracownika), pracownik zeznawał jakich dokonał uzgodnień z pracodawcą, a mimo to dowody te zostały zdyskwalifikowane, ale nie dlatego, że były sprzeczne z innymi dowodami, ale tylko dlatego, że nie odpowiadały przyjętemu przez Organ, a potem Sąd założeniu. Takie postępowanie Sądu, w ocenie ubezpieczonego, nie może spotkać się z akceptacją albowiem narusza podstawowe zasady prawa.

W ocenie apelującego, regułą dowodową wynikającą z prawa materialnego jest obowiązek dowodzenia (art. 6 k.c.), przy czym dotyczy on wszystkich uczestników postępowania spornego, a Sąd jest zobowiązany dokonywać wyłącznie oceny prezentowanych faktów, a do tego czuwać nad tym, aby silniejszy w stosunkach administracyjnoprawnych podmiot (Organ) nie nadużywał w procesie sądowym swojej dominującej pozycji. Dominująca pozycja Organu w postępowaniu przedsądowym sprowadza się do przyznanej mu przez prawo szczególnej roli – kontroluje on podmiot prawa i wydaje w stosunku do niego wiążące prawnie decyzje (rola władcza) podlegające z kolei kontroli sądu. W toku postępowania sądowego Organ nie korzysta jednak z żadnych prawem przewidzianych dodatkowych uprawnień, a zatem winien być traktowany jako równy przeciwnikowi i zobowiązany do przestrzegania tych samych zasad procesowych, co pozostali uczestnicy postępowania sądowego, w szczególności zasady kontrydiktoryjności postępowania.

Przyjmując wskazane na wstępie założenie w zakresie oceny dowodów (że uczestnicy przedstawiają nieprawdziwe fakty), zdaniem skarżącego, Sąd nadużył istotnie i ewidentnie uprawnienia wynikających z art. 233 § 1 kpc (swoboda oceny dowodów). Stosując wskazane na wstępie założenie, Sąd nie wskazał jakiego rodzaju dowodów oczekuje od uczestników – innych niż dowody osobowe i dokumentowe wskazujące na istnienie stosunku pracy, a przedstawione przez strony.

Apelujący nadmienił również, że w złożonych wyjaśnieniach, pracownik wyraźnie wskazał, że zwiększenie wynagrodzenia związane było z chęcią kontynuowania stosunku pracy ale z uwzględnieniem innych propozycji płacowych jakie pracownik otrzymywał od podmiotów trzecich (ale spoza miejsca swojego zamieszkania). Z jednej strony zatem pracownik miał inne propozycje od podmiotów trzecich (z wyższym wynagrodzeniem - 40.000,00

zł miesięcznie), ale z drugiej strony za stosowne uznał rozpoczęcie negocjacji z dotychczasowym pracodawcą o wyższym wynagrodzeniu (które uzgodnił na poziomie 25.000,00 zł). Pracownik ze swojej strony wiedział jakimi umiejętnościami dysponuje, i że upoważniają go one do oczekiwania wynagrodzenia na poziomie co najmniej 25.000,00 zł, a ustalona kwota była kompromisem pomiędzy oczekiwaniami pracownika, a wolą pracodawcy (zaakceptowaną przez obie strony poprzez podpisanie aneksu do umowy o pracę). Pracownik wskazał też w swoich wyjaśnieniach, że wydatki związane z jego wyjazdami zawsze były mu zwracane i z nim rozliczane (albo bezpośrednio przez pracodawcę w ramach rozliczania delegacji, albo przez Pana V. S. - Prezesa Zarządu).

Zdaniem skarżącego, błędne jest zatem przyjęcie przez Sąd, że kwoty te (wydatki delegacyjne) stanowiły podstawę wymiaru składek. Czym innym jest bowiem wykładanie środków przez pracownika (zwracanych mu później w różny sposób), a czym innym rozliczanie ich z zakładem pracy jako elementu oficjalnego rozliczenia wyjazdu delegacyjnego.

Zdaniem ubezpieczonego, nie znajduje żadnych podstaw prawnych ani uzasadnienia faktycznego dokonywanie przez Sąd oceny kwalifikacji zawodowych pracownika oraz oceny racjonalności działania zarządu pracodawcy przy zatrudnianiu pracownika (str. 13 uzasadnienia). Trudno też ustalić do jakich i czyich zasad doświadczenia życiowego odwoływał się Sąd dokonując ocen wobec pracownika i pracodawcy, skoro o zatrudnieniu danej osoby na stanowisku kierowniczym (a takie powierzono pracownikowi) oraz o wysokości jej zarobków decydują najróżniejsze czynniki, które często wymykają się racjonalnej ocenie (np. Prezydentem Polski był elektryk, a ciężkie prace fizyczne często wykonują osoby z wyższym wykształceniem).

Żadnego uzasadnienia prawnego nie znajdują też dywagacje i oceny Sądu dotyczące racjonalności systemu zatrudnienia po stronie pracodawcy (str. 14 i 15 uzasadnienia) — system ten kształtuje zarząd pracodawcy i pracownik nie ma na to większego wpływu, poza możliwością zwracania uwagi pracodawcy na zauważone niedociągnięcia.

Apelujący wskazał, że brak jest jakiegokolwiek podstawy prawnej do dokonywania przez Sąd oceny, czy ustalona w stosunkach umownych między niezależnymi stronami wysokość wynagrodzenia jest adekwatna do obowiązków pracowniczych (str. 17 uzasadnienia). Jest to tym bardziej nieuzasadnione, że pracownik miał propozycje jeszcze lepiej płatnej pracy (za 40.000,00 zł), a zgoda na wynagrodzenie w wysokości 25.000,00 zł miesięcznie była wynikiem kompromisu w rozmowach między pracownikiem i pracodawcą.

W ocenie ubezpieczonego, porównywanie przez Sąd wynagrodzenia pracownika do przeciętnego wynagrodzenia jest przy tym ewidentnym nadużyciem, bo można przecież porównać wynagrodzenie Prezesa Rady Ministrów (osoby o największej chyba w kraju odpowiedzialności) i Prezesa (...) SA, a okaże się, że różnica jest pięćdziesięciokrotna. Oznacza to, że w sektorze prywatnym osiąga się większe (wyższe) wynagrodzenia.

Apelujący wskazał, że całkowicie błędnie Sąd rozłożył w sprawie ciężar dowodowy - to Organ przedstawiał w decyzji inny stan faktyczny niż wynikający z materiału dowodowego, a zatem reguła art. 6 k.c. wymagała od Organu wskazania dowodów na potwierdzenie swoich twierdzeń, albo co najmniej innych dowodów, które podważałyby dowody przedstawione przez uczestników. Przedstawianie dowodów to nie ich ocena, a tylko takiej dokonywał Organ, nie wykazując żadnej własnej inicjatywy dowodowej (z nieznanych przyczyn Sąd taką postawę Organu uznał za wystarczającą).

Organ nie zaproponował żadnych dowodów na poparcie swoich twierdzeń poza przedstawianiem ogólnikowej oceny o nieprawdziwości wszystkiego co przedstawiali uczestnicy (pracownik i pracodawca), nie wskazywał też na potrzebę przeprowadzenia dodatkowych dowodów przed sądem, a nawet nie wskazywał jakie środki dowodowe (poza osobowymi i dokumentami) uznać można byłoby za wiarygodne. Również Sąd, odrzucając środki dowodowe zaoferowane przez uczestników nie wskazał jakimi to dowodami uczestnicy mają udowodnić prawdziwość przedstawianych faktów i dokumentów, skoro ani wyjaśnienia ustne ani dokumenty nie były dla Sądu „wystarczająco wiarygodne”.

Zdaniem apelującego, trudno zgodzić się z przyjętą przez Sąd podstawą prawną skarżonej decyzji (art. 84 ust. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), w sytuacji gdy nie uczynił tego Organ (nie wskazał ani nie uzasadnił takiej podstawy w decyzji, ani też nie wskazał jej ani nie uzasadnił w trakcie postępowania sądowego).

Co do rozstrzygnięcia w zakresie kosztów postępowania, to trudno apelującemu zgodzić się było z poglądem Sądu, że niniejsza sprawa dotyczyła ustalenia obowiązku ubezpieczenia (obowiązku ani faktu podlegania ubezpieczeniu nie kwestionował żaden z uczestników sporu, ani nie zakwestionował tego również Sąd), względnie dotyczyła określenia wymiaru składek (wydana decyzja nie określała składek). Zastosowanie zatem przy rozstrzygnięciu o kosztach postępowania stawek przewidzianych § 6 rozporządzenia w sprawie opłat za czynności radców prawnych, nie znajduje żadnego uzasadnienia prawnego.

Zdaniem skarżącego, niezrozumiałe (i błędne) jest powoływanie się przez Sąd na § 6 pkt 6 rozporządzenia, w sytuacji gdy Sąd całkowicie bezpodstawnie zastosował stawki przewidziane w § 6 pkt 7 rozporządzenia.

Apelujący zauważył, że pełnomocnik Organu występował w postępowaniu broniąc jednej decyzji Organu i (jak słusznie zauważył Sąd - str. 20 uzasadnienia) jego działania nie były aktywne, stąd całkowicie nieuzasadnione jest przyjmowanie stawki jako należnej od każdego z uczestników tylko dlatego, że jedną decyzję Organu zaskarżyły dwa podmioty (pracownik i pracodawca) będące uczestnikami postępowania prowadzonego przez Organ. Gdyby zatem nawet uznać, że w sprawie ma zastosowanie § 6 rozporządzenia (czemu apelujący przeczy), to i tak kwota należna jako jednokrotne koszty minimalne winna wynieść 3.600,00 zł i to zasądzona na zasadzie in solidum.

Mając powyższe na uwadze, zdaniem ubezpieczonego, złożenie apelacji jest konieczne i uzasadnione.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja okazała się niezasadna.

Na wstępie wskazać należy, iż postępowanie apelacyjne ma merytoryczny charakter i jest dalszym ciągiem postępowania rozpoczętego przed sądem pierwszej instancji. Zgodnie z treścią art. 378 § 1 k.p.c., sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę w granicach apelacji; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania. Rozważając zakres kognicji sądu odwoławczego, Sąd Najwyższy stwierdził, iż sformułowanie „w granicach apelacji” wskazane w tym przepisie oznacza, iż sąd drugiej instancji między innymi rozpoznaje sprawę merytorycznie w granicach zaskarżenia, dokonuje własnych ustaleń faktycznych, prowadząc lub ponawiając dowody albo poprzestaje na materiale zebrany w pierwszej instancji, ustala podstawę prawną orzeczenia niezależnie od zarzutów podniesionych w apelacji oraz kontroluje poprawność postępowania przed sądem pierwszej instancji, pozostając związany zarzutami przedstawionymi w apelacji, jeżeli są dopuszczalne, ale biorąc z urzędu pod uwagę nieważność postępowania, orzeka co do istoty sprawy stosownie do wyników postępowania (por. uzasadnienie uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., sygn. akt III CZP 49/07, niepubl.). Dodatkowo należy wskazać, iż dokonane przez sąd pierwszej instancji ustalenia faktyczne, sąd drugiej instancji może podzielić i uznać za własne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 października 1998 r., sygn. akt II CKN 923/97, OSNC 1999/3/60).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt rozstrzyganej sprawy stwierdzić należy w pierwszej kolejności, iż Sąd Okręgowy prawidłowo ustalił stan faktyczny, a swe ustalenia oparł na należycie zgromadzonym materiale dowodowym, którego ocena nie wykraczała poza granice wskazane w art. 233 § 1 k.p.c. Sąd pierwszej instancji wywiódł prawidłowe wnioski z poprawnie dokonanej analizy dowodów. Stąd też, Sąd Apelacyjny ustalenia Sądu merti w całości uznał i przyjął jako własne.

Sąd odwoławczy nie stwierdził przy tym naruszenia przez Sąd Okręgowy prawa materialnego, w związku z czym poparł rozważania tego Sądu również w zakresie przyjętych przez niego podstaw prawnych orzeczenia.

Sąd Apelacyjny nie dopatrył się zarzucanych Sądowi pierwszej instancji przez ubezpieczonego i płatnika błędów w zakresie postępowania dowodowego. Przeciwnie, stwierdzić należy, iż Sąd Okręgowy bardzo starannie zebrał i szczegółowo rozważył wszystkie dowody oraz ocenił je w sposób nienaruszający swobodnej oceny dowodów, uwzględniając w ramach tejże oceny zasady logiki i wskazania doświadczenia życiowego. Wobec tego nie sposób jest podważać adekwatności dokonanych przez Sąd Okręgowy ustaleń do treści przeprowadzonych dowodów. W tym miejscu należy przywołać stanowisko Sądu Najwyższego, przyjmowane przez Sąd Okręgowy jako własne, wyrażone w orzeczeniu z dnia 10 czerwca 1999 r. (II UKN 685/98 OSNAPiUS 2000/17/655), że normy swobodnej oceny dowodów wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego. W ocenie Sądu odwoławczego brak jest w niniejszej sprawie podstaw do uznania, iż Sąd pierwszej instancji postąpił wbrew którejkolwiek ze wskazanych wyżej reguł.

Przez cały proces zarówno ubezpieczony, jak i płatnik reprezentowani byli przez profesjonalnych pełnomocników. Płatnik jest dużą firmą prowadzącą działalność zarówno na terenie Polski jak i za granicą. Trudno zatem przyjąć za prawdziwe twierdzenia zawarte w obu apelacjach o nierówności stron procesu (zwłaszcza w kontekście profesjonalnej reprezentacji). Nie można również uwzględnić zarzutów podniesionych w obu apelacjach, które zresztą były tożsame, że Sąd nie pouczył profesjonalnych pełnomocników jakie dowody mają sądowi zaoferować. Pełnomocnicy byli bowiem zaznajomieni z materiałem dowodowym zgromadzonym przez organ rentowy a także z dowodami, których przeprowadzenia domagał się Sąd, zatem jako profesjonalisci mogli zaoferować Sądowi taki materiał dowodowy, który zaprzeczyłby prawidłowo i logicznie uzasadnionym wywodom Sądu Okręgowego. Tymczasem ani ubezpieczony, ani płatnik nie przedstawili wiarygodnego dowodu na fakt, że ubezpieczony jest niezwykle pożądanym pracownikiem na ogólnym rynku pracy, któremu oferuje się zarobki na poziomie 40 tysięcy złotych miesięcznie. Nie wykazali również, że nieuprawnionym było przyjęcie przez Sąd pierwszej instancji, że fakt skazania prawomocnym wyrokiem karnym nie wpływa na zaufanie przyszłych pracodawców, którzy nie są rodzinnie powiązani z ubezpieczonym (tak jak było w przeszłości w przypadku płatnika).

Sąd pierwszej instancji w swoim uzasadnieniu wyraźnie wskazał dlaczego jednym środkiem dowodowym przyznał walor wiarygodności a innym nie, dokonał oceny dowodów w kontekście całości zebranego materiału dowodowego i logicznie uzasadnił swoje stanowisko. Nie ma zatem podstaw aby powyższe ustalenia zakwestionować.

Sąd Okręgowy nie naruszył również zasad dotyczących rozkładu ciężaru dowodu.

Nie można zapominać, że postępowanie z zakresu ubezpieczeń społecznych jest postępowaniem cywilnym i obowiązują w nim wszystkie reguły procesowe również te dotyczące rozkładu ciężaru dowodu oraz terminów do składania wszelkich wniosków dowodowych. Art. 6 k.c. ustanawia bowiem podstawową regułą dowodową, zgodnie z którą ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne. Reguła ta pozostaje w ścisłym związku z przepisami Kodeksu postępowania cywilnego o dowodach. To na ubezpieczonym i płatniku odwołującym się od decyzji ZUS ciąży obowiązek wykazania, że wynagrodzenie zaoferowane ubezpieczonemu przez płatnika nie miało na celu wyłudzenia świadczeń z ubezpieczenia społecznego, co jednoznacznie wynikało z decyzji administracyjnej wydanej po przeprowadzeniu postępowania kontrolnego przez organ rentowy. Zarówno płatnik, jak i ubezpieczony wiedzieli zatem jakiego rodzaju tezę i zarzuty postawił organ rentowy i jakim materiałem dysponuje. Zaprzeczyć tezie o nadużyciu prawa i nieważności postanowień umowy o pracę w zakresie przyjętej wysokości wynagrodzenia mieli odwołujący się od decyzji przed sądem I instancji (art. 232 i 381 k.p.c.) tym bardziej, że od początku procesu byli reprezentowani przez profesjonalnych pełnomocników, którzy winni byli tym regułom sprostać.

Jedynym zarzutem z obu apelacji, który jest uzasadniony, lecz pozostaje bez wpływu na prawidłowość ocenianego wyroku, jest zarzut, że w decyzji ZUS brak jest dostatecznie określonej podstawy prawnej przyjętego rozstrzygnięcia oraz, że Sąd pierwszej instancji w istocie wyręczył Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Wskazać jednak należy, że odwołania od decyzji ZUS zostały przekazane sądom powszechnym celem ich merytorycznego rozstrzygnięcia. Istota postępowania przed sądem powszechnym w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, określona regulacją art.

83 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t. j. Dz. U. z 2015 r., poz. 121 ze zm. - zwana dalej s.u.s) sprowadza się do wyznaczenia sądowni merytorycznej kompetencji w zakresie rozpoznania spraw o roszczenia w sensie materialnoprawnym, co wprost wynika z katalogu spraw ujętego w art. 83 ust. 1 s.u.s. W każdym indywidualnym przypadku będą to zatem sprawy zaistniałe wskutek zgłoszenia roszczeń materialnoprawnych w zakresie realizacji konkretnych praw. Istota cywilnego postępowania sądowego w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych wyklucza zatem procedurę administracyjną, a w szczególności weryfikację prawidłowości jej stosowania w postępowaniu przed organem rentowym. Niezależnie bowiem od uchybień proceduralnych organu rentowego popełnianych na gruncie procedury administracyjnej, przy rozstrzyganiu o indywidualnych prawach wnioskujących podmiotów, w razie odwołania od decyzji organu, sąd powszechny zawsze będzie rozstrzygał o tym prawie, i to na gruncie prawa materialnego, a nie na podstawie procedury administracyjnej. Innymi słowy, z treści art. 83 s.u.s. można wnioskować, że sąd powszechny jest sądem prawa, a nie procedury administracyjnej, jak to się dzieje w przypadku sądów administracyjnych. Od chwili wniesienia do sądu powszechnego odwołania od decyzji organu rentowego (w okolicznościach sprawy opartej na art. 83 ust. 1 pkt 1 i 3 u.s.u.s.) sprawa staje się sprawą cywilną i podlega rozpoznaniu według zasad właściwych dla tej kategorii spraw (art. 83 ust. 2 u.s.u.s. w związku z art. 1 k.p.c.). Innymi słowy ewentualne wady decyzji wynikające z naruszeń przepisów postępowania przed organem rentowym pozostają zasadniczo poza zakresem jego rozpoznania, a sąd w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych orzeka o prawach lub obowiązkach stron na podstawie właściwych przepisów prawa materialnego.

Odnosząc się do rozstrzygnięcia o kosztach postępowania przez Sąd Okręgowy wskazać należy, że Sąd ten orzekł o nich na podstawie art. 98 k.p.c., zgodnie z ogólną regułą odpowiedzialności strony za wynik procesu. Sąd I instancji wskazał, że w sprawach, w których wniesiono odwołanie od decyzji organu rentowego ustalającej obowiązek ubezpieczenia oraz określającej wymiar składek, wynagrodzenie radcy prawnego ustala się według § 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu, w związku z czym Sąd Okręgowy zasądził od ubezpieczonego i płatnika składek na rzecz organu rentowego kwotę po 7200 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w sprawie, w oparciu o § 2 ust. 1 i 2 w zw. z § 6 ust 6 powołanego rozporządzenia. Sąd pierwszej instancji wskazał, że maksymalna stawka wynagrodzenia uzasadniona była tym, że prowadzone było jedno postępowanie dowodowe i badane były tożsame okoliczności sprawy. Sam zaś nakład pracy pełnomocnika organu rentowego był, zdaniem Sądu Okręgowego niewielki, gdyż podtrzymywał on jedynie wnioski z przeprowadzonej kontroli ZUS, nie inicjował nowych wniosków dowodowych, nie uczestniczył też aktywnie w rozprawach.

Z rozstrzygnięciem co do kosztów postępowania nie zgodził się apelujący, który podnosił, że sprawa nie dotyczyła ustalenia obowiązku ubezpieczenia, względnie dotyczyła określenia wymiaru składek, w związku z czym zastosowania nie znajduje § 6 rozporządzenia z 28 września 2002 r. Zdaniem apelującego, gdyby nawet uznać, że w sprawie ma zastosowanie § 6 rozporządzenia, to i tak kwota należna jako jednokrotne koszty minimalne winna wynieść 3600 zł i to zasądzona na zasadzie in solidum.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, rzeczywiście w uzasadnieniu Sądu Okręgowego odnośnie kosztów postępowania istnieją wyraźne sprzeczności. Po pierwsze bowiem Sąd ten nadmienia o zastosowaniu maksymalnej stawki dla pełnomocnika organu rentowego, co stoi w sprzeczności z późniejszym twierdzeniem o jego niewielkim nakładzie pracy i jednocześnie Sąd Okręgowy prawidłowo powołuje się na § 6 pkt. 6 rozporządzenia, ale stosuje podwójną wysokość stawki minimalnej.

Rozstrzygając zatem kwestię kosztów postępowania stwierdzić należy, że Sąd Apelacyjny (odwoławczy) jest sądem merytorycznym i może na podstawie zebranego w sprawie materiału dokonać samodzielnej oceny faktycznej i prawnej. W związku zaś z wykazaną powyżej całkowitą niespójnością uzasadnienia Sądu pierwszej instancji odnośnie kosztów postępowania Sąd Apelacyjny dokonał oceny samego kwotowego rozstrzygnięcia o kosztach i zbadał czy na podstawie obowiązujących przepisów możliwym było obciążenie stron kosztami wskazanymi przez Sąd.

W pierwszej kolejności zaznaczyć należy, że w myśl ukształtowanego orzecznictwa w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych przedmiot rozpoznania sprawy sądowej wyznacza decyzja organu rentowego, od której wniesiono

odwołanie. W związku z powyższym wartość przedmiotu sporu w przedmiotowej sprawie stanowiła kwota należnych składek na ubezpieczenia społeczne, której obowiązek zapłaty zakwestionowali odwołujący się (płatnik i ubezpieczony) w odwołaniach od zaskarżonych decyzji organu rentowego. Skoro zatem decyzje zobowiązywały odwołujących się do zapłaty składek w określonej wysokości, to wynagrodzenie pełnomocnika organu rentowego ustalone powinno być w oparciu o § 6 rozporządzenia z 28 września 2002 r.

Biorąc zatem pod uwagę wartość przedmiotu sporu zastosowanie znajduje stawka wynikająca z § 6 pkt 6 rozporządzenia, tj. kwota 3600 zł przy przyjęciu stawki minimalnej. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, mimo błędnego wskazania podstawy prawnej, wysokość kosztów zastępstwa procesowego została zasądzona w prawidłowej wysokości. Przy ustalaniu wysokości kosztów poniesionych przez stronę reprezentowaną przez pełnomocnika będącego adwokatem, radcą prawnym lub rzecznikiem patentowym, sąd bierze pod uwagę niezbędny nakład pracy pełnomocnika oraz czynności podjęte przez niego w sprawie, a także charakter sprawy i wkład pełnomocnika w przyczynianie się do jego wyjaśnienia i rozstrzygnięcia (art. 109 §2 k.p.c.).

Zdaniem Sadu Apelacyjnego w niniejszej sprawie należało zastosować stawkę w co najmniej podwójnej wysokości (tak jak to uczynił Sąd Okręgowy) i to od każdego z odwołujących się. Zgodnie bowiem z ustalonym stanowiskiem orzecznictwa Sądu Najwyższego, połączenie spraw do jednoczesnego rozpoznania w trybie art. 219 k.p.c. ma jedynie techniczny charakter i nie oznacza powstania jednej nowej sprawy, a każda z połączonych spraw zachowuje samodzielność, wymagającą odrębnego rozstrzygnięcia. Wprawdzie sąd wydaje jeden wyrok, ale zawierający rozstrzygnięcia, co do każdej z połączonych spraw z osobna, a zamieszczenie rozstrzygnięć w jednym wyroku nie niweczy samodzielności połączonych spraw (tak Sąd Najwyższy m.in. w postanowieniu z dnia 2 lipca 2009 roku, III PZ 5/09, Lex nr 551888).

W przypadku gdyby to organ rentowy przegrał niniejszą sprawę zobowiązany byłby do zapłaty kosztów procesu na rzecz każdego z odwołujących się. W konsekwencji, zasądzenie na rzecz organu rentowego od odwołujących się kosztów zastępstwa procesowego musiało nastąpić oddzielnie dla każdej z tak połączonych spraw.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, nakład pracy pełnomocnika nie był niewielki. Co prawda sprawy z obu odwołań zostały połączone do wspólnego rozstrzygnięcia, ale jednak pełnomocnik organu rentowego sporządził odpowiedzi na oba odwołania. W toku postępowania sporządził szereg pism procesowych. Zwrócić także należy uwagę na to, że między innymi to w oparciu o załączone do akt sprawy akta kontroli ZUS został ustalany stan faktyczny w sprawie. Zatem wkład pracy pełnomocnika przyczynił się do wyjaśnienia sprawy i wydania w sprawie rozstrzygnięcia. Jednocześnie nie bez znaczenia był także charakter sprawy. Przeprowadzone postępowanie wykazało bowiem, że działanie odwołujących się miało wyłącznie na celu uzyskanie przez D. B. uprawnień do wypłaty wysokich kwot świadczeń z ubezpieczenia chorobowego a postępowanie takie nie zasługuje na ochronę prawną.

Mając to wszystko na uwadze, na podstawie art. 385 k.p.c. orzeczono jak w punkcie I sentencji.

SSO (del.) Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk SSA Barbara Białecka SSA Beata Górka