

Sygn. akt III AUa 983/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 września 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Anna Polak
Sędziowie:	SSA Beata Górska SSA Romana Mrotek (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Katarzyna Kaźmierczak

po rozpoznaniu w dniu 8 września 2016 r. w Szczecinie

sprawy M. F. i S. B.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o ustalenie obowiązku ubezpieczenia społecznego

na skutek apelacji ubezpieczonego S. B.

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 21 września 2015 r. sygn. akt VI U 15/14

1. oddala apelację,
2. zasądza od S. B. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. kwotę 120 zł (sto dwadzieścia złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Romana Mrotek SSA Anna Polak SSA Beata Górska

Sygn. akt III AUa 983/15

UZASADNIENIE

Decyzją z 26 listopada 2013 r. nr (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. stwierdził, że M. F. nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowemu, chorobowemu i wypadkowemu jako pracownik u płatnika składek S. B. w okresie od 1 sierpnia 2013 r. Organ rentowy powołał się na wyniki postępowania wyjaśniającego, wedle którego umowa o pracę między stronami została zawarta da pozor, celem uzyskania przez ubezpieczonego świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego. Ubezpieczony został zgłoszony do ubezpieczenia społecznego dopiero 12 sierpnia 2013 r., choć umowa o pracę miała być zawarta w dniu 1 sierpnia 2013 r., od 9 sierpnia 2013 r. ubezpieczony był nieobecny w pracy z powodu choroby. Organ rentowy wskazał, że na miejsce ubezpieczonego nikt nie został zatrudniony. ZUS

uznał zatem, że strony porozumiały się wyłącznie w zakresie formalnej realizacji zobowiązania, którego celem było stworzenie pozorów i wywołanie mylnego przekonania u osób trzecich o rzeczywistej woli nawiązania stosunku pracy i jego wykonywania.

Odwołanie od powyższej decyzji wniósł płatnik składek oraz ubezpieczony, którzy domagali się jej zmiany i uznania, że M. F. podlega ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu w związku z zawartą umową o pracę z dnia 1 sierpnia 2013 r. Płatnik wskazał, że ubezpieczony był u niego zatrudniony na ¼ etatu jako kierowca zaopatrzeniowiec, pracę świadczył w dniach 5 i 7 sierpnia 2013 roku, a następnie uległ wypadkowi. Opóźnienie w złożeniu deklaracji ubezpieczeniowej spowodowane było nieprzewidzianym wcześniej wyjazdem płatnika w sprawach prywatnych.

W odpowiedzi na odwołania organ rentowy wniósł o ich oddalenie oraz zasądzenie na jego rzecz od odwołujących kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Organ rentowy podał, że strony nie miały zamiaru wykonywania zawartej umowy o pracę, a oświadczenia stron zostały złożone dla pozorów objęcia M. F. ubezpieczeniem społecznym i umożliwienia mu pobierania zasiłku chorobowego.

Wyrokiem z 21 września 2015 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołania (pkt I) oraz zasądził od M. F. oraz S. B. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. kwoty po 60 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sąd Okręgowy ustalił, że M. F. uległ wypadkowi komunikacyjnemu w dniu 9 sierpnia 2013 r., jadąc motorem zderzył się z samochodem osobowym. Ubezpieczony doznał urazu wielonarządowego, ze śpiączki farmakologicznej został wybudzony w 13 dobie leczenia. M. F. został zgłoszony do ubezpieczeń społecznych 12 sierpnia 2013 r., jako pracownik S. B. prowadzącego pozarolniczą działalność gospodarczą pod nazwą Przedsiębiorstwo Handlowo Usługowe.

Sąd I instancji ustalił, że strony zawarły umowę o pracę na czas określony od 1 sierpnia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. na stanowisku kierowca – zaopatrzeniowiec, w wymiarze ¼ etatu, za wynagrodzeniem 400 zł brutto miesięcznie. Jako datę sporządzenia umowy wskazano 1 sierpnia 2013 r., umowa została sporządzona w kilku egzemplarzach, a na 3 z nich podpis pracownika został nakreślony w odmienny sposób. W aneksie do umowy, którego datę sporządzenia określono na 2 sierpnia 2013 r. zapisano, że obowiązek świadczenia pracy będzie obowiązywał tylko w dniach dalszego wyjazdu po zaopatrzenie, tygodniową normę czasu pracy określono na 10 godzin, okres od 1 do 4 sierpnia 2013 r. określono jako okres wyczekiwania, za który pracownik miał zachować prawo do wynagrodzenia.

Sąd Okręgowy ustalił także, że sporządzono listy obecności, w których wskazano, że M. F. odbył szkolenia w dniach 1 i 2 sierpnia 2013 r., a 5 (od 6:00 do 11:00) oraz 7 (od 9:00 do 14:00) sierpnia 2013 r. świadczył pracę. Wskazano także, że od 9 sierpnia 2013 r. M. F. przebywał na zwolnieniu chorobowym. W dalszej kolejności Sąd I instancji ustalił, że wypełniona została karta szkolenia wstępnego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy wskazująca, że w dniu 1 sierpnia 2013 r. M. F. odbył instruktaż ogólny, a w dniu 2 sierpnia 2013 r. instruktaż stanowiskowy. Podpisy potwierdzające odbycie szkolenia nie zostały nakreślone przez M. F.. Sąd I instancji ustalił, że w sierpniu 2013 r. ubezpieczony nie wykonywał na rzecz S. B. czynności w ramach zatrudnienia o charakterze pracowniczym.

Sąd Okręgowy uznał odwołania za nieuzasadnione. Podstawę prawną rozstrzygnięcia stanowiły przepisy art. 6 ust. 1 pkt 1, art. 13 pkt 1 i art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity Dz.U. z 2013 r. poz. 1442), a także art. 22 § 1 kodeksu pracy.

Sąd I instancji stanął jednak na stanowisku, że ani płatnik, ani ubezpieczony nie wykazali, iż na podstawie umowy o pracę datowanej na 1 sierpnia 2013 roku faktycznie doszło do nawiązania stosunku pracy. W toku niniejszego postępowania nie dowiedziono bowiem, iż ubezpieczony faktycznie wykonywał na rzecz płatnika określone w umowie o pracę obowiązki. W ocenie Sądu strony poza własnymi twierdzeniami nie przedstawiły żadnych wiarygodnych dowodów, w oparciu o które można byłoby poczynić ustalenia faktyczne zgodne z argumentacją odwołujących. Zdaniem Sądu Okręgowego nie sposób przyjąć, aby zeznania świadków M. B., J. B. czy A. W. uprawdopodobniały fakt świadczenia pracy przez M. F. na rzecz S. B. przed dniem wypadku jakego uległ M. F. w dniu 9 sierpnia 2013

roku. Świadek A. W. nie widziała ubezpieczonego przy wykonywaniu czynności pracowniczych, wskazała iż z towarem przejeżdżał tylko S. B. oraz, że nie widziała kto siedział za kierownicą samochodu dowożącego towar. Świadkowi M. B. oraz J. B. potwierdzili jakoby M. F. miał pracować u płatnika, jednak żadnych szczegółów odnośnie czasu, miejsca czy sposobu wykonywania tej pracy przez ubezpieczonego nie potrafili podać. Zeznania tych świadków w ocenie sądu charakteryzował wyjątkowy brak precyzyjności. Zeznania te Sąd ocenił także jako niewiarygodne, bowiem świadkowie są osobami bliskimi jednej ze stron.

Sąd I instancji wskazał także, że zeznania ubezpieczonego i płatnika były niespójne i rozbieżne. Ubezpieczony niekonsekwentnie zeznawał odnośnie ilości wyjazdów jakie miał odbyć w ramach zatrudnienia w sierpniu 2013 r., nie potrafił wskazać w jakiej części S. był, z której strony wjeżdżał do miasta, nie wiedział w jakim celu odbyła się podróż, nie był pewny marki samochodu, który prowadził, nie potrafił określić ilości miejsc w których był podczas wyjazdu. Również po odzyskaniu zdolności do pracy po wypadku ubezpieczony nie potrafił wskazać do jakich miejsc w W. miałby jeździć z płatnikiem, późniejszego zatrudnienia ubezpieczonego u płatnika nie potwierdzili świadkowie. Brak było spójności w zeznaniach ubezpieczonego w przedmiocie szkolenia wstępnego BHP jakie miał odbyć w związku z zatrudnieniem u płatnika, ubezpieczony zeznawał, że szkolenie trwało jeden dzień, nie potrafił wskazać miejsca szkolenia oraz jego przedmiotu. Również płatnik składek zeznał, że ubezpieczony miał odbyć jedno szkolenie BHP, a nie dwa jak wynika z dokumentów. Płatnik odmiennie niż ubezpieczony zeznawał w odniesieniu do miejsca wyjazdu do S., płatnik wskazał w zeznaniach na inne godziny pracy ubezpieczonego, niż godziny wskazane na liście obecności, płatnik wskazał ponadto, iż ubezpieczony przed wypadkiem odbył jeden wyjazd, podczas gdy z listy obecności wynika, że miał on pracować również 7 sierpnia 2013 r.

Zdaniem Sądu Okręgowego rozbieżności i niespójność w zeznaniach płatnika i ubezpieczonego mają na celu uzyskanie przez strony korzystnego dla nich rozstrzygnięcia sprawy.

W dalszej kolejności Sąd I instancji zważył, że dowody z dokumentów nie mogą być zaliczone w poczet wartościowego materiału dowodowego, bowiem analiza grafologiczno – kryminalistyczna wskazuje, że część z dokumentów (umowy o pracę, listy płac, karty szkolenia wstępnego BHP) nie została podpisana przez ubezpieczonego, a jego podpisy zostały podrobione. Biegły J. T. w sposób jednoznaczny wskazał, iż podpisy na karcie szkolenia wstępnego nie zostały złożone przez M. F.. Natomiast odnośnie podpisów na umowie o pracę i na aneksach do umowy (k.21 i 22 akt sprawy) biegły wskazał na wysokie prawdopodobieństwo ich podrobienia. Sąd Okręgowy dał w pełni wiarę wnioskowi i wywodom opinii, ocenił ją jako rzetelną, sporządzoną w sposób jasny i wyczerpujący. Jak wskazał biegły, materiał porównawczy dał podstawy do stwierdzenia, iż ubezpieczony posługiwał się piśmem stabilnym, z niewielką fluktuacją, piśmem czytelnym, przejrzystym, klasy niskiej o powtarzalnych formach, powtarzalnym sposobie kreacji. Materiał porównawczy pochodził m.in. z okresu, w którym sporządzono kwestionowane dokumenty, brak więc podstaw do przyjęcia, aby odmiennosc podpisów na niektórych dokumentach mogła wynikać ze zmiany charakteru pisma, czy zmiany sposobu kreślenia poszczególnych liter z biegiem lat. Biegły również w sposób obszerny wyjaśnił dlaczego w przypadku niektórych podpisów nie jest możliwe w pełni jednoznaczne określenie ich autentyczności, bądź jej braku.

Sąd Okręgowy, mając na uwadze treść przepisów art. 3 i 232 k.p.c. zważył, że ani płatnik, ani ubezpieczony nie naprowadzili żadnych miarodajnych dowodów, które miałyby potwierdzić, iż ubezpieczony na podstawie umowy z dnia 1 sierpnia 2013 roku podjął zatrudnienie u S. B.. Mając na względzie brak spójności w zeznaniach świadków oraz zeznaniach płatnika i ubezpieczonego, rozbieżność zeznań stron z treścią przedłożonych dokumentów, fakt podrobienia podpisów ubezpieczonego na dokumentach mających potwierdzać podjęcie zatrudnienia przez ubezpieczonego na rzecz płatnika, wielość podpisanych umów z różnie nakreślonymi podpisami w miejscu podpisu ubezpieczonego, a także okoliczność, iż ubezpieczony zgłoszony został do ubezpieczenia dopiero w dniu 12 sierpnia 2013 roku czyli po tym jak uległ wypadkowi, brak dokumentu potwierdzającego przejście przez niego badań wstępnych przed podjęciem zatrudnienia oraz fakt, iż płatnik mimo dalszych rzekomych problemów ze zdrowiem nie zatrudnił nikogo na miejsce ubezpieczonego długotrwale niezdolnego do pracy, Sąd Okręgowy uznał, że nie jest możliwe, by uznać za wiarygodne i prawdziwe podawane przez odwołujących okoliczności wykonywania przez M. F. rzekomej pracy na rzecz firmy (...) w oparciu o umowę o pracę datowaną na 1 sierpnia 2013 roku.

Sąd I instancji wydając rozstrzygnięcie miał na uwadze także treść art. 58 § 1 k.c. Sąd ten wskazał, że w sprawie strony zmierzały, w oparciu o umowę o pracę z 1 sierpnia 2013 r., objąć ubezpieczeniem społecznym M. F. w okresie, w którym nie był on związany stosunkiem pracy z płatnikiem, a takie działanie jest sprzeczne z art. 13 pkt 1 ustawy systemowej. Sąd Okręgowy ocenił, że oświadczenia zawarte przy podpisaniu umowy zostały też niewątpliwie złożone dla pozorów. Strony miały świadomość, że ubezpieczony nie będzie świadczył na rzecz płatnika pracy odpowiadającej zatrudnieniu w ramach stosunku pracy. Oświadczenia te zawierają określone w art. 22 k.p. elementy umowy o pracę, natomiast ich pozorność polega na tym, że strony nie zamierzały osiągnąć skutków wynikających z umowy o pracę. Jedynym celem zawarcia umowy było bowiem umożliwienie wnioskodawcy skorzystania ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego – chorobowego, a także zdrowotnego.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł na podstawie przepisów art. 98 §1 i 3 w zw. z art. 99 kpc oraz § 2 ust. 1 i 2 w zw. z §11 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U. 2002 nr 163 poz. 1349 z późn. zm.).

Z powyższym wyrokiem nie zgodził się płatnik składek, który zarzucił rozstrzygnięciu:

1) sprzeczność istotnych ustaleń faktycznych z treścią zebranego materiału dowodowego poprzez ustalenie, że ubezpieczony został błędnie zgłoszony do ubezpieczenia społecznego dopiero w dniu 12.08.2013r., chociaż umowa o pracę została zawarta w dniu 1.08.2013r. pomimo że strony umowy o pracę w dniu 2.08.2013r. podpisały aneks, w którym ustaliły, że datą rozpoczęcia pracy przez M. F. jest dzień 5.08.2013r. zatem od tego momentu należało liczyć 7 dniowy termin do zgłoszenia pracownika do obowiązkowych ubezpieczeń w ZUS, co w następstwie doprowadziło do obrazu art. 26 Kodeksu pracy w zw. z art. 13 pkt. 1 ustawy z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

2) błąd w ustaleniach faktycznych poprzez ustalenie, że umowa o pracę pomiędzy S. B. w M. F. została zawarta dla pozorów i celem uzyskania przez ubezpieczonego świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego, pomimo że ubezpieczony faktycznie wykonywał na rzecz płatnika określone w umowie o pracę obowiązki,

3) obrazę przepisów postępowania tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej a nie swobodnej oceny zebranego materiału dowodowego w postaci zeznań S. B. i M. F. i uznanie ich zeznań za niewiarygodne, niespójne i rozbieżne pomimo, że:

- obaj zgodnie podali jakie obowiązki miał zatrudniony na stanowisku kierowcy M. F. i jakie działania podejmował,

-obaj potwierdzili, że w sierpniu 2013r. doszło do dwóch wyjazdów mimo że nie pamiętali wszystkich szczegółów,

- M. F. i S. B. nie opisywali precyzyjnie szczegółów wyjazdów albowiem od wydarzeń z sierpnia 2013r. minęły 2 lata a w tym czasie M. F. doznał poważnego wypadku i przez kilka tygodni przebywał w szpitalu,

4) obrazę art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów w ten sposób, że stała się ona dowolną, naruszającą zasady logicznego myślenia i poprawnego rozumowania polegającą na niezasadnym przypisaniu wiarygodności dowodu z opinii biegłego z zakresu grafologii kryminalistycznej pomimo szeregu do niej zastrzeżeń i zarzutów a także pomimo niespójności i omyłek w samej opinii, oraz poprzez dokonanie dowolnej a nie swobodnej oceny zebranego materiału dowodowego w postaci zeznań świadków A. W., J. B. i M. B. pomimo, że ich zeznania były spójne i rzeczowe.

Mając powyższe na uwadze płatnik wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zmianę decyzji i ustalenie, że M. F. podlega obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, chorobowemu i wypadkowemu jako pracownik u płatnika składek S. B. w okresie od 1 sierpnia 2013 r. oraz o zasądzenie od organu rentowego na rzecz S. B. kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu skarżący wskazał, że 7 dniowy termin na zgłoszenie pracownika do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych należy liczyć od 5 sierpnia 2013 r., a więc płatnik prawidłowo dokonał zgłoszenia ubezpieczonego w dniu 12 sierpnia 2013 r. Skarżący wskazał także, że ubezpieczony podczas wyjazdów nie zastanawiał się dokąd jedzie i w jakim celu, ponieważ kierował go S. B. wskazując trasy i destynacje. M. F. był jedynie kierowcą o określonym zadaniu. Nie można płatnikowi i ubezpieczonemu zarzucać rozbieżności w zeznaniach, bowiem od czasu wspomnianego wyjazdu minęły 2 lata, a co więcej M. F. doznał poważnego wypadku i przez kilka tygodni przebywał w szpitalu. Płatnik składek w uzasadnieniu apelacji wskazał również na zarzuty do opinii biegłego. Opinia zawierała wiele omyłek, biegły badał sposób kreślenia przez ubezpieczonego liter, które nie występują w nazwisku (...) lub wskazywał daty dokumentów, które nie istniały. Nadto biegły nie podał czy zmiana kreślenia poszczególnych liter mogła wynikać ze zmiany charakteru pisma lub innych przyczyn istniejących na przestrzeni lat.

W odpowiedzi na apelację organ rentowy wniósł o jej oddalenie w całości oraz zasądzenie na rzecz ZUS zwrotu kosztów postępowania przed Sądem II instancji, w tym zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

apelacja okazała się bezzasadna.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, rozstrzygnięcie Sądu I instancji jest prawidłowe. Sąd Okręgowy właściwie przeprowadził postępowanie dowodowe, w żaden sposób nie uchybiając przepisom prawa procesowego oraz dokonał trafnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego, w konsekwencji prawidłowo ustalając stan faktyczny sprawy. Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia i rozważania prawne Sądu Okręgowego, rezygnując jednocześnie z ich ponownego szczegółowego przytaczania. Sąd Apelacyjny podzielił również stan prawny wskazany jako podstawa rozstrzygnięcia.

W apelacji ubezpieczony podniósł, że dopiero od 5 sierpnia 2013 r. należało liczyć 7 dniowy termin do zgłoszenia pracownika do obowiązkowych ubezpieczeń w ZUS, ubezpieczony faktycznie wykonywał na rzecz płatnika określone w umowie o pracę obowiązki, zeznania świadków jak i samego ubezpieczonego i płatnika były spójne i wiarygodne, a Sąd niezasadnie przypisał wiarygodność dowodowi z opinii biegłego z zakresu grafologii kryminalistycznej.

Sąd Apelacyjny zaznacza, że wskazane twierdzenia są przypuszczeniami, niepopartymi żadnymi dowodami. Zgodnie z art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Strona nie może liczyć na to, że Sąd zainicjuje przeprowadzenie dowodów, które mogłyby służyć poparciu jej twierdzeń. To stronom pozostawia się inicjatywę dowodową. Odnośnie przedstawianej w apelacji płatnika argumentacji należy zauważyć, że niewystarczającymi są gołosłowne twierdzenia strony, a zatem takie, które nie zostały poparte dowodami. Polemizowanie w apelacji z ustaleniami, bez dowodów podważających, samo w sobie nie może nic zmienić. Organ rentowy zarzucając odwołującemu i płatnikowi składek naruszenie między innymi zasad współzycia społecznego polegające na świadomym osiągnięciu korzyści z systemu ubezpieczeń społecznych kosztem innych uczestników systemu, powinien przed sądem pracy i ubezpieczeń społecznych wskazać na okoliczności i fakty znajdujące oparcie w materiale dowodowym, z których wynikałyby twierdzenia zgodne z jego stanowiskiem, a więc że zgłoszenie ubezpieczonego jako pracownika do ubezpieczeń społecznych przez płatnika składek, miało na celu uzyskanie wysokich świadczeń z funduszu ubezpieczeń społecznych. Organ rentowy, w ocenie Sądu Odwoławczego, sprostował temu obowiązkowi. Naprowadził szereg okoliczności, które wykazały, że zawarta przez M. F. i S. B. umowa była pozorna, a ubezpieczony nie wykonywał obowiązków pracowniczych.

Należy jednocześnie zaznaczyć, że nie budzi wątpliwości, że w prawie pracy obowiązuje zasada swobodnego kształtowania postanowień umownych, lecz nie jest też sporne, że wolność kontraktowa realizuje się tylko w takim zakresie, w jakim przewiduje to obowiązujące prawo. Autonomia stron umowy 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 (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 9 maja 2014 r., III AUa 2111/13, Lex nr 1474057). Umowa o pracę wywołuje skutki nie tylko bezpośrednie, dotyczące wprost wzajemnych relacji między pracownikiem i pracodawcą, lecz także dalsze,

pośrednie, w tym w dziedzinie ubezpieczeń społecznych: kształtuje ona bowiem stosunek ubezpieczenia społecznego, określa wysokość składki, a w konsekwencji prowadzi do uzyskania odpowiednich świadczeń. Są to skutki bardzo doniosłe, zarówno z punktu widzenia interesu pracownika (ubezpieczonego), jak i interesu publicznego, należy zatem uznać, że ocena postanowień umownych może i powinna być dokonywana także z punktu widzenia prawa ubezpieczeń społecznych.

Sąd Apelacyjny nie dopatrywał się naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i dokonania oceny zgromadzonych dowodów w sposób dowolny. Skuteczne postawienie zarzutu sprzeczności istotnych ustaleń ze zgromadzonymi dowodami lub naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, lub nie uwzględnił wszystkich przeprowadzonych w sprawie dowodów, jedynie to bowiem może być przeciwstawione uprawnieniu do dokonywania swobodnej oceny dowodów (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 października 2004 r. w sprawie III CK 245/04, publik. LEX 174185). Płatnik w wywiedzonej apelacji nie zdołał wykazać wadliwości rozumowania Sądu Okręgowego z punktu widzenia zaprezentowanych powyżej kryteriów. Zaprezentowana w apelacji argumentacja sprowadza się do powtórzenia dotychczas prezentowanego w sprawie stanowiska. Argumentacja ta stanowi jedynie polemikę z rozstrzygnięciem Sądu I instancji. Skarżący jedynie przedstawili odmienną ocenę zeznań świadków niż ta dokonana przez Sąd Okręgowy. Twierdzenia apelujących nie znalazły potwierdzenia w zgromadzonym materiale dowodowym. W odniesieniu do twierdzeń zawartych w uzasadnieniu apelacji wskazać należy, że zeznania świadków oraz twierdzenia ubezpieczonego i płatnika są niewiarygodne i niespójne w zakresie dotyczącym przebiegu samego zatrudnienia i wykonywania przez ubezpieczonego obowiązków pracowniczych. Trudno bowiem uznać, że nawet mimo upływu 2 lat płatnik i ubezpieczony nie są w stanie określić dokąd odbywali wyjazdy i ile ich było, jak też odmiennie zeznawali odnośnie miejsc, do których wyjazdy się odbywały. Tym bardziej, że wyjazdów tych było bardzo mało, bowiem ubezpieczony pracował ledwie kilka dni. Płatnik, podobnie jak ubezpieczony wskazywali także na odmienne godziny pracy od tych wskazanych na listach obecności. Nadto zeznania odnośnie szkolenia BHP nie pokrywały się z materiałem dowodowym w postaci dokumentów. Zeznania świadków okazały się sprzeczne z zebraną w sprawie dokumentacją, logiką i zasadami doświadczenia życiowego.

Sąd Apelacyjny powziął także wątpliwości co do rzeczywistej potrzeby zatrudnienia przez płatnika osoby na stanowisku kierowcy. Ani we wcześniejszym okresie, ani też później płatnik składek nikogo nie zatrudnił na miejsce M. F.. Sam S. B. pracował jako kierowca, a stan zdrowia (błędnik) mu na to pozwalał. Ani płatnik, ani ubezpieczony nie przedstawili również jakichkolwiek dokumentów sporządzonych bądź podpisanych przez M. F., które potwierdzałyby wykonywanie przez ubezpieczonego pracy.

Wbrew ocenie skarżącego, Sąd Okręgowy prawidłowo przywiązał wagę do sporządzonej przez biegłego z zakresu grafologii kryminalistycznej opinii. Biegły z całą stanowczością wskazał, że część dokumentów nie została podpisana przez ubezpieczonego, podpisy zostały podrobione. Podrobione zostały podpisy na karcie szkolenia wstępnego. Odnośnie natomiast podpisów na umowie o pracę i aneksie do umowy biegły wskazał na wysokie prawdopodobieństwo ich podrobienia. Zarzuty do opinii biegłego wniesione przez płatnika składek okazały się niewystarczające, aby opinii odmówić waloru wiarygodności. Płatnik składek wskazywał na omyłki, które znalazły się w opinii, jednakże do tych zarzutów ustosunkował się już Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia. W ocenie Sądu Apelacyjnego sporządzona opinia jest rzetelna, jasna i spójna. Biegły wyjaśnił także, że nie jest możliwe określenie autentyczności niektórych z podpisów, ponieważ do czynienia mamy z zapisami (...), które z gruntu składają się z zaledwie czterech znaków o stosunkowo niskiej cechowości. Biegły zaznaczył, że nie można wykluczyć, że wykonane zostały przez osobę drugą. Co do niektórych podpisów biegły wskazał także, że podpisy mogły być przerysowane z bliżej nieokreślonego źródła wzorcowego, zmanipulowane komputerowo albo naśladowane manualnie, bądź nakreślone przez osobę drugą. Biegły wyjaśnił, które elementy podpisów budzą jego niepokój. Nadto zauważyć należy, że biegły wykorzystał do porównania podpisy nakreślone przez ubezpieczonego nie tylko przed sporządzeniem opinii, ale także dysponował podpisami pochodzącymi z okresu zbliżonego do momentu zawarcia przez strony umowy o pracę.

Odnosząc się do zarzutów płatnika dotyczących momentu zgłoszenia ubezpieczonego do ubezpieczeń społecznych, wskazać należy, że skoro strony podpisały umowę o pracę 1 sierpnia 2013 r., to od tej daty ubezpieczony powinien zostać zgłoszony do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych. Zgłoszenie dokonane przez płatnika miało miejsce 12 sierpnia 2013 r. W zgłoszeniu tym płatnik wskazał, że datą powstania obowiązku ubezpieczeń jest właśnie 1 sierpnia 2013 r. Skoro zatem, nawet jeśli płatnik w apelacji twierdzi, że stosunek pracy powstał od 5 sierpnia 2013 r., a więc w terminie zgłosił M. F. do ubezpieczeń społecznych, to przeczy temu twierdzeniu dowód z dokumentu będącego zgłoszeniem ubezpieczonego do ZUS, gdzie jako moment powstania obowiązku ubezpieczenia wskazano datę 1 sierpnia 2013 r. Płatnik nie poinformował także organu rentowego o zawieranych aneksach do umowy o pracę. Płatnik nadto wskazywał, że okres od 1 sierpnia do 4 sierpnia 2013 r. był okresem wyczekiwania, za który ubezpieczony zachował prawo do wynagrodzenia. A więc stosunek pracy trwał już od 1 sierpnia 2013 r. Prawdłowo Sąd Okręgowy uznał zatem, że ubezpieczony powinien być zgłoszony do obowiązkowych ubezpieczeń od 8 sierpnia 2013 r.

Sąd Apelacyjny zauważa także, że zgodnie z art. 229 § 1 kodeksu pracy, wstępnym badaniom lekarskim podlegają osoby przyjmowane do pracy. Co prawda w aktach sprawy znajduje się skierowanie na takie badania, jednak bez daty wystawienia tego skierowania. Ubezpieczony ani płatnik nie przedstawili zaświadczenia ubezpieczonego do zdolności do pracy na stanowisku kierowcy. Zatem istnieją wątpliwości również co do tego, czy na dzień podpisywania umowy o pracę ubezpieczony był zdolny do świadczenia pracy jako kierowca.

Reasumując, na podstawie dokonanych wyżej ustaleń faktycznych, Sąd Apelacyjny uznał, że ubezpieczony pomimo podpisania w dniu 1 sierpnia 2013 r. z płatnikiem umowy o pracę, żadnej pracy na rzecz płatnika nie świadczył, a płatnik nie przyjmował od ubezpieczonego żadnego świadczenia. Umowa z dnia 1 sierpnia 2013 r. została zatem zawarta dla pozorów w rozumieniu art. 83 § 1 k.c. Zgodnie z tym przepisem nieważne jest oświadczenie woli złożone drugiej stronie za jej zgodą dla pozorów. Jeżeli oświadczenie takie zostało złożone dla ukrycia innej czynności prawnej, ważność oświadczenia ocenia się według właściwości tej czynności. Umowa o pracę jest zawarta dla pozorów i nie może w związku z tym stanowić tytułu do objęcia pracowniczym ubezpieczeniem społecznym, jeżeli przy składaniu oświadczeń woli obie strony mają świadomość, że osoba określona w umowie jako pracownik nie będzie świadczyć pracy, a osoba określona jako pracodawca nie będzie korzystać z jej pracy, czyli gdy strony z góry zakładają, że nie będą realizowały swoich praw i obowiązków wypełniających treść stosunku pracy. (patrz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 2015 r. I UK 367/14, LEX nr 1771586). Z czynnością prawną pozorną mamy więc do czynienia wtedy, gdy występują łącznie, następujące warunki: oświadczenie woli musi być złożone tylko dla pozorów, oświadczenie woli musi być złożone drugiej stronie, adresat oświadczenia woli musi zgadzać się na dokonanie czynności prawnej jedynie dla pozorów, czyli być aktywnym uczestnikiem stanu pozorności. Pierwsza i zasadnicza cecha czynności pozornej wyraża się brakiem zamiaru wywołania skutków prawnych, jakie prawo łączy z treścią złożonego oświadczenia. Jest to zatem z góry świadoma sprzeczność między oświadczeniami, a prawdziwymi zamiarami stron, czyli upozorowanie stron na zewnątrz i wytworzenie przeświadczenia dla określonego kręgu (otoczenia), nie wyłączając organów władzy publicznej, że czynność o określonej treści została skutecznie dokonana.

Umowa o pracę z 1 sierpnia 2013 r. wszystkie te warunki pozorności spełniała. Strony tej umowy o pracę starały się bowiem świadomie stworzyć wrażenie dokonania czynności prawnej (zawarcia umowy o pracę), choć w istocie jedynie pozorowały zatrudnienie ubezpieczonego w S. B. po to, by uzyskać dla niego wysokie świadczenia z ubezpieczenia społecznego.

Stosownie do treści przepisu art. 6 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.jedn. Dz. U. z 2016 poz. 963), obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są pracownikami. Ponadto przepisy art. 11 ust. 1 i art. 12 ust. 1 wprowadzają w odniesieniu do pracowników obowiązek ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego. Zgodnie z treścią art. 13 pkt 1 cytowanej ustawy obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, chorobowemu i wypadkowemu podlegają osoby fizyczne w okresach – od dnia nawiązania stosunku pracy do dnia ustania stosunku pracy.

Z uwagi na to, że ubezpieczony nie był pracownikiem ani żadną inną osobą wymienioną w art.6 ust.1 cytowanej wyżej ustawy nie może zostać objęty od 1 sierpnia 2013 r. obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację płatnika składek.

O kosztach orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. w zw. z § 12 ust. 2 pkt. 2 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 (Dz.U.2013.490.t.j.).

SSA Romana Mrotek SSA Anna Polak SSA Beata Górska