

Sygn. akt III AUa 332/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 listopada 2021 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Jolanta Hawryszko (spr.)
Sędziowie:	Beata Górską Urszula Iwanowska
Protokolant:	St. sekr. sąd. Elżbieta Kamińska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 16 listopada 2021 r. w S.

sprawy I. K. (1)

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

przy udziale I. K. (2) i T. O.

o objęcie ubezpieczeniem społecznym

na skutek apelacji ubezpieczonej

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 18 maja 2021 r., sygn. akt VI U 1345/17

1. oddala apelację,

2. zasądza od I. K. (1) na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. kwotę 240 zł (dwieście czterdzieści złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Beata Górską	Jolanta Hawryszko	Urszula Iwanowska
--------------	-------------------	-------------------

Sygn. akt III AUa 332/21

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. decyzją z 4 sierpnia 2017r. nr (...) stwierdził, że I. K. (1) jako pracownik u płatnika składek I. K. (2) i T. O. nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, chorobowemu,

wypadkowemu w okresie od 1 lipca 2013 r. W uzasadnieniu decyzji, wskazując na wyniki przeprowadzonego postępowania kontrolnego, organ rentowy wskazał, iż stosunek prawny łączący strony nie był stosunkiem pracy, a działania stron nie zmierzały do faktycznego nawiązania stosunku pracy, lecz do wykreowania sytuacji, w której po krótkim okresie ubezpieczenia I. K. (1) nabyła prawo do długotrwałego pobierania bardzo wysokich świadczeń finansowanych z ubezpieczeń społecznych.

Odwołanie od decyzji wywiodła I. K. (1).

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych wniósł o jego oddalenie.

Płatnicy poparli stanowisko ubezpieczonej wskazując, iż I. K. (1) jest ich pracownikiem od lipca 2013 r.

Sąd Okręgowy w Szczecinie wyrokiem z 18 maja 2021r. oddalił odwołanie oraz zasądził od I. K. (1) na rzecz organu rentowego kwotę 5.400 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sąd Okręgowy ustalił, że płatnicy składek I. K. (2) i T. O. działający w ramach zawartej w dniu 3 marca 2010 r. umowy spółki cywilnej (...)C. prowadzili działalność gastronomiczno-rozrywkową w lokalu położonym przy ul (...) w S.. W lokalu tym mieści się klub rozrywkowy (...) (...). Zgodnie z zawartym 30 kwietnia 2013 r. aneksem do umowy spółki cywilnej miejscem prowadzenia działalności gospodarczej był również obiekt tymczasowy - bar na plaży przy ul. (...) w S. C. B. (...), w którym zorganizowano plażę i bar był czynny od czerwca 2013 r. do sierpnia 2013 r. Spółka (...) S.C. jest właścicielem kamienicy przy ul. (...) w S.. Lokal, w którym mieści się (...) (...) płatnik składek wynajmował od (...) S.C., której współnikami są R. K. i A. K., mąż ubezpieczonej. (...) S.C. do 2020 r. prowadzili przy ul. (...) w S. (...). W ramach prowadzonej działalności gospodarczej płatnicy w 2013 r. zatrudniali „do organizacji i świadczenia usług gastronomicznych” na podstawie umów zlecenia:

- w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. M. K. za wynagrodzeniem w wysokości 400 zł brutto,
- w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. R. S. za wynagrodzeniem w wysokości 400 zł brutto,
- w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. M. Ł. za wynagrodzeniem w wysokości 400 zł brutto,
- w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. A. M. za wynagrodzeniem w wysokości 400 zł brutto,
- w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. J. S. za wynagrodzeniem w wysokości 400 zł brutto,

W dniu 3 stycznia 2017r. płatnicy podpisali dokument zatytułowany umowa o pracę, stwierdzający, że A. S. została przez nich zatrudniona na stanowisku Dyrektora Kreatywnego za wynagrodzeniem w kwocie 7000 zł. Prawomocnym wyrokiem z 5 marca 2019 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie oddalił odwołanie A. S. od decyzji ZUS z 31 lipca 2017r. stwierdzającej, iż A. S. od 3 stycznia 2017 r. nie podlega ubezpieczeniom społecznym jako pracownik u płatnika składek (...) s.c. T. (...). Od 1 marca 2018 r. przez kilka miesięcy płatnicy zatrudnili na stanowisku menadżera Ł. B. w wymiarze 1/2 etatu za wynagrodzeniem niższym, niż przyznane ubezpieczonej. Płatnicy zakończyli współpracę z Ł. B., gdyż uznali, że ich nie stać. Księgowość płatników i rozliczenia z urzędem skarbowym i ZUS prowadzi K. C. (1). Z tytułu prowadzonej działalności (...) s.c.:

- w 2010 r. osiągnęła przychód w wysokości 407,920,61 zł, poniosła koszty 470.769,24 zł, strata wyniosła 62.848,63 zł,
- w 2011 r. przychód 621.862,30 zł, koszty 537.756,11 zł, dochód 84.106,19 zł,
- w 2012 r. przychód 547.637,12 zł, koszty 601.986,39 zł, strata 54.349,27 zł,
- w 2013 r. przychód 1.123.636,21 zł, koszty 1.123.450,39 zł, dochód 185,85 zł.

ubezpieczona 15 czerwca 2010 r. ukończyła Wyższą Szkołę (...), (...) w P. na Wydziale (...) w S. na kierunku (...). Ubezpieczona pracowała od 10 grudnia 2010 do 31 października 2011 w wymiarze 1/2 etatu na stanowisku kosmetyczki-

kosmetologa w spółce (...) w S.. Pierwsze dziecko urodziła w sierpniu 2012 r. W trakcie przeprowadzonego w dniu 10 kwietnia 2013 r. badania lekarskiego stwierdzono brak przeciwwskazań do podjęcia przez ubezpieczoną pracy na stanowisku menagera ds. organizacji imprez.

W dniu 1 lipca 2013 r. I. K. (1) i płatnik składek (...) S.C. I. K. (2), T. O. reprezentowany przez I. K. (2) podpisali dokument zatytułowany umowa o pracę na czas nieokreślony. Wg umowy ubezpieczona miała wykonywać pracę w wymiarze pełnego etatu na stanowisku menagera ds. organizacji imprez, za wynagrodzeniem w kwocie 7.000,00 zł brutto miesięcznie plus premia uznaniowa; termin rozpoczęcia pracy 1 lipca 2013 r., miejsce wykonywania pracy - siedziba firmy ul. (...), (...)-(...) S.. Zgodnie z informacją o warunkach zatrudnienia wynagrodzenie za pracę miało być wypłacane przez pracodawcę raz w miesiącu, w terminie do 10 dnia każdego miesiąca. Ubezpieczona nie otrzymała pisemnego zakresu obowiązków. W aktach osobowych ubezpieczonej znajduje się datowane na dzień 1 lipca 2013 r., podpisane przez ubezpieczoną w dniu 4 lipca 2013 r. porozumienie, zgodnie z którym ubezpieczoną miało obowiązywać zadaniowy czas pracy, nie obowiązywało ją natomiast potwierdzenie przybycia i obecności w pracy. Ubezpieczona została zgłoszona do ubezpieczeń: emerytalnego, rentowych, chorobowego, wypadkowego oraz do ubezpieczenia zdrowotnego jako pracownik (...) s.c. z dniem 1 lipca 2013 r. Zgłoszenie na formularzu ZUS ZUA wpłynęło do organu rentowego 16 lipca 2013 r. (po ustawowym terminie). Zgłoszenie nie zostało wysłane przez K. C. (1). Zgodnie z dokumentem Karty szkolenia wstępnego w dziedzinie BHP w dniu 28 czerwca 2013 r. ubezpieczona miała odbyć szkolenie wstępne w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy - instruktą ogólny przeprowadzić miał Starszy Specjalista ds. bhp J. Ł., instruktą stanowiskowy przeprowadzać miał I. K. (2). Płatnik przelał na konto ubezpieczonej kwoty:

- 30 lipca 2013 r. – 4.943,67 zł tytułem wynagrodzenia za lipiec 2013,
- 29 sierpnia 2013 r. – 4.943,67 zł tytułem wynagrodzenia za sierpień 2013,
- 30 września 2013 r. – 4.943,67 zł tytułem wynagrodzenia za wrzesień 2013,
- 5 listopada 2013 r. – kwotę 5.106,80 zł tytułem wynagrodzenia za październik 2013.

Wynagrodzenie za okres od 1 do 2 listopada 2013 r. w wysokości 396,63 zł ubezpieczona miała otrzymać gotówką. Z dniem 3 listopada 2013 r. wypłatę zasiłku chorobowego przejął organ rentowy. Zgodnie ze sporządzonymi przez płatnika listami płac wynagrodzenie od lipca do października 2013 r. miało zostać wypłacone ubezpieczonej w gotówce.

W trakcie badania USG 5 sierpnia 2013 r. u ubezpieczonej stwierdzono 7 tydzień ciąży. W karcie ciąży ubezpieczonej zapisano datę ostatniej miesiączki ubezpieczonej 15-6-2013 r. oraz zawód kosmetolog. Od 1 października 2013 r. ubezpieczona stała się niezdolna do pracy w związku z ciążą. W dniu (...) urodziła córkę Z.. Od 17 marca 2014 do 17 marca 2015 pobierała zasiłek macierzyński. W okresie od 18 marca 2015 do 31 maja 2015, od 1 lipca 2015 do 29 stycznia 2016, od 1 lutego 2016 do 30 grudnia 2016 oraz od 1 stycznia 2017 do 18 lutego 2018 korzystała z urlopu wychowawczego w wymiarze 1036 dni.

Sąd Okręgowy ustalił, że pomimo podpisanej przez ubezpieczoną i płatników umowy o pracę nie doszło do nawiązania stosunku pracy. Zawierając umowę strony nie miały zamiaru wzajemnego wywiązania się z zobowiązań wynikających ze stosunku pracy - ubezpieczona ze zobowiązania do świadczenia pracy, a pracodawca do zlecenia pracy.

W dniu 1 marca 2018 r. płatnik i ubezpieczona podpisali dokument zatytułowany aneks do umowy o pracę, w którym z dniem 1 marca 2018 r. określono wymiar czasu pracy ubezpieczonej na 1/2 etatu, za wynagrodzeniem 3.500 zł brutto. W dniu 2 marca 2020 r. płatnicy wystawili I. K. (1) świadectwo pracy stwierdzające jej zatrudnienie w okresie od 1 lipca 2013 do 28 lutego 2018 w pełnym wymiarze czasu pracy oraz w okresie od 1 marca 2018 do 29 lutego 2020 w wymiarze 1//2 etatu. W dokumencie stwierdzono, że stosunek pracy rozwiązał się na skutek wypowiedzenia pracodawcy z dniem 28 lutego 2020 r.

Sąd Okręgowy nie uwzględnił odwołania i jako podstawę prawną wskazał art. 6 ust. 1 pkt 1, art. 8 ust. 1 w zw. z art. 11 ust. 1 i art. 12 ust. 1 oraz art. 13 pkt 1 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 459 ze zm.; dalej jako ustawa systemowa). Sąd Okręgowy wskazał, że osoba zgłaszająca się do ubezpieczenia musi wykazać istnienie stosunku prawnego, będącego tytułem ubezpieczenia na podstawie art. 6 ust. 1 ustawy systemowej. O tym czy strony istotnie nawiązały stosunek pracy stanowiący tytuł ubezpieczeń społecznych nie decyduje formalne zawarcie umowy o pracę, wypłata wynagrodzenia, przystąpienie do ubezpieczenia i opłacenie składki, wystawienie świadectwa pracy, ale faktyczne i rzeczywiste realizowanie elementów charakterystycznych dla stosunku pracy, a wynikających z art. 22 § 1 k.p. Istotne więc jest, aby stosunek pracy zrealizował się przez wykonywanie zatrudnienia o cechach pracowniczych.

W ocenie Sądu Okręgowego materiał dowodowy jednoznacznie potwierdzał prawidłowość ustaleń organu rentowego, będących podstawą wydania zaskarżonej decyzji. Wyniki postępowania dowodowego potwierdziły, że umowa o pracę z 1 lipca 2013 była pozorną czynnością prawną, zawartą jedynie w celu umożliwienia ubezpieczonej korzystania z należnych pracownikom świadczeń z ubezpieczenia społecznego, związanych z ciężką i macierzyństwem. Sąd Okręgowy wyjaśnił, że stan faktyczny ustalił na podstawie nie kwestionowanych przez strony i niebudzących wątpliwości Sądu dowodów z dokumentów zgromadzonych w aktach ZUS, w aktach niniejszej sprawy oraz w aktach sprawy VIU 1344/17. Jednak dowody w postaci: umowy o pracę z 1 lipca 2013, informacji o warunkach zatrudnienia, aneksów, list płac, dowodów wypłaty wynagrodzenia, potwierdzenia zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych, informacji podatkowych o dochodach (PIT 11), karty szkolenia BHP, wniosków urlopowych i świadectwa pracy, Sąd Okręgowy uznał za sporządzone jedynie dla upozorowania istnienia stosunku pracy i jako takie niewiarygodne. Sąd Okręgowy odmówił waloru wiarygodności także zeznaniom płatnika, ubezpieczonej i świadków A. K. i K. C. (1) w zakresie w jakim przekonywali, że ubezpieczona i płatnicy realizowali podpisaną 1 lipca 2013 r. umowę o pracę. Zdaniem Sądu Okręgowego, zeznania wymienionych były bowiem nielogiczne, niespójne, niekonsekwentne, a nadto sprzeczne z dokumentami, z zeznaniami świadków J. O. i J. J. (1), z zasadami doświadczenia życiowego oraz z oświadczeniami złożonymi w toku postępowania administracyjnego, czego nie może tłumaczyć znaczny upływ czasu od momentu rzekomego zatrudnienia do czasu składania zeznań przed sądem. Zwłaszcza, że zeznania były niespójne już na etapie postępowania administracyjnego. Z kolei zeznania świadków J. O., D. S., P. G., J. J. (1) nie pozwalały na ustalenie istnienia stosunku pracy między ubezpieczoną a płatnikami, gdyż wymienieni nie mieli wiedzy o rodzaju stosunku prawnego istniejącego między skarżącą a współnikami (...) s.c. Wszyscy zeznający są lub byli powiązani relacjami zawodowymi lub utrzymują kontakty towarzyskie ze stronami, płatnicy wynajmowali zaś lokal od (...) spółki (...). Sąd Okręgowy podkreślił, że zeznania samych stron co do czasu oraz miejsca świadczenia pracy są sprzeczne, niekonsekwentne i pozostają w kolizji z treścią umowy o pracę, w której wskazano, iż miejscem pracy ubezpieczonej jest klub przy ul. (...). Tymczasem z zeznań świadka J. O. wynikało, że I. K. (1) współpracowała z płatnikami w maju i czerwcu 2013 r., lecz przesłuchiwana nie wiedziała, czy podstawą tej współpracy była umowa zlecenia, czy też umowa o pracę. Także świadek J. J. (1) przypomina sobie współpracę ze skarżącą jedynie w klubie (...), w którym według płatników i skarżącej od 1 lipca 2013 nie pracowała. Za niewiarygodne sąd uznał zeznania ubezpieczonej oraz płatników w zakresie w jakim twierdzili, że realizowali obowiązki wynikające z umowy o pracę. Początkowo, w toku postępowania przed organem rentowym, płatnicy twierdzili, że ubezpieczona miała nadzorować klub przy ul. (...). Już na pierwszym posiedzeniu przed sądem ubezpieczona oraz I. K. (2) wyjaśniali, że I. K. (1) pracowała dla spółki (...) od 1 lipca 2013 oraz że wykonywane przez nią obowiązki dotyczyły klubu (...) przy ul. (...) w S.. Na posiedzeniu 11 września 2018 I. K. (2) zeznał, że ubezpieczona nie pracowała w klubie przy ul. (...). Z kolei T. O. zeznał, że ubezpieczona przez 3-4 miesiące pracowała w klubie (...), a dopiero później w klubie (...). Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że rzekomo ubezpieczona została zatrudniona od 1 lipca 2013 i już od 1 października 2013 przebywała na zwolnieniu lekarskim. I. K. (2) twierdził z kolei, że ubezpieczona pracowała jedynie w klubie (...). I. K. (1) na rozprawie 8 grudnia 2020 zeznała, że współpracę z płatnikami podjęła już w kwietniu 2013 w klubie (...), a następnie pracowała w klubie (...) oraz że przychodziła do pracy na godzinę 10.00, choć wcześniej twierdziła, że nie miała ustalonych godzin pracy. Płatnicy i sama ubezpieczona wskazywali, że nie miała ustalonego czasu pracy, że pracowała w domu, odbywała podróże, pracodawca nie decydował o destynacji wyjazdów ani ich terminie. Płatnicy przyznawali, że nie rozliczali ubezpieczonej ani z przepracowanych godzin, ani z wykonanych zadań, wyjaśniając że

interesowały ich jedynie efekty działań w postaci wyników finansowych klubu oraz frekwencji. W toku postępowania administracyjnego I. K. (2) oświadczał, że do obowiązków ubezpieczonej należało wnoszenie pomysłów takich, których nie ma w S. oraz że ważne były tylko efekty pracy. Ubezpieczona nie miała zakresu obowiązków, przyznał także, że nie wie kiedy jeździła i gdzie, nie wystawiali poleceń wyjazdów, ani nie rozliczali kosztów podróży, i nie wie także czym podróżowała. Nie było list obecności, bo nie miało znaczenia ile godzin pracowała, miała nienormowany czas pracy, a jej praca nie była nadzorowana. Płatnik wskazał nadto, że ubezpieczona jako manager miała dwa lub trzy pomysły. T. O. w toku postępowania przez organem rentowym wskazywał, że I. K. (1) nie miała ustalonego czasu pracy, do jej obowiązków należało świeże spojrzenie i zastosowanie nowych pomysłów, przyznał, że nie rozliczał kosztów podróży ubezpieczonej i nie wie czym podróżowała. Odmiennie niż współnik wskazał, że podpisywała listy obecności. Sąd Okręgowy zauważył przy tym, że ubezpieczona w toku postępowania administracyjnego wskazywała z kolei, że większość czasu pracowała przy ul. (...) w S., nadzorowała przygotowywanie imprez i kontrolowała efekty pracy personelu, ale nie potrafiła wymienić danych osobowych żadnej z osób zatrudnionych przez płatników. Z kolei w toku procesu I. K. (1) zeznała: „umówiliśmy się, że będę pracować w domu, dużo przy komputerze”, „nie miałam ustalonych godzin pracy, pracę wykonywałam w domu i klubie (...) przy ul. (...)”, „nie było biura, lecz spotykaliśmy się w łóżu klubu”, a podczas tych spotkań przedstawiała płatnikom „swoje wizje i pomysły”. Ubezpieczona twierdziła, że odbywała podróże służbowe do W. i Z., przy czym sama decydowała gdzie pojedzie. W podróże udawała się z mężem, który prowadzi działalność pod nazwą (...) w tej samej kamienicy co płatnicy. Ubezpieczona nie dostała od rzekomych pracodawców żadnych narzędzi do pracy, nie otrzymała telefonu, komputera, wizytówek, nie stworzono dla niej służbowego adresu mailowego, nie wyznaczono jej także miejsca pracy. Ubezpieczona przyznała, że pierwsza impreza, którą zorganizowała odbyła się w październiku 2013, gdy była już nieobecna w pracy. Zdaniem ubezpieczonej jej zakresem obowiązków „było stworzenie czegoś fajnego”. Ubezpieczona przekonywała, że przearanżowała w klubie balkon na strefę VIP, zrobiła ściankę, przyprowadzała na imprezy ładne koleżanki. Tłumaczyła, że nie interesowało jej ile osób jest zatrudnionych w klubie, nie pamiętała nikogo z zatrudnionych i twierdziła, że głównie pracowała w klubie przy ul. (...). I. K. (1) zeznała także, że po powrocie do pracy w 2018 na 1/2 etatu pracowała, jak poprzednio w domu i klubie. Sąd Okręgowy zauważył, że świadek A. K. z kolei twierdził, że jego żona pracowała początkowo poza klubem, w klubie (...) nie bywała często, sama decydowała gdzie jedzie, „gdy jechaliśmy biznesowo w mojej sprawie lub wypoczynkowo to temat pracy jej wychodził”, „żona w klubie (...) jest kilka razy w miesiącu”, w ramach obowiązków pracowniczych „żona robi sobie clubbing, chodzi do klubów i patrzy co się dzieje w mieście”. Świadek twierdził także, że początkowo I. K. (1) pracowała w klubie (...).

W ocenie Sądu Okręgowego, niezależnie od opisanych sprzeczności w zeznaniach, już same opisy realizowania rzekomej współpracy, przedstawione przez płatników i ubezpieczoną, wykluczały uznanie, że ubezpieczoną i płatników łączył stosunek pracy. Ubezpieczona i płatnicy przyznawali, że ubezpieczona nie miała stanowiska pracy i zasadniczo pracowała w domu lub nie pozostając w dyspozycji płatników. Płatnicy wskazywali, że rozliczali ubezpieczoną jedynie z efektów pracy, a nie z godzin pracy, co jest typowe dla umów cywilnoprawnych, nie zaś dla umowy o pracę, w ramach której pracownik wykonuje pracę podporządkowaną, pod kierownictwem i nadzorem, a ryzyko gospodarcze prowadzenia działalności obciąża jedynie pracodawcę. Strony nie wykazały żadnych efektów działań ubezpieczonej, które można byłoby zweryfikować. Zdaniem Sądu Okręgowego załączone do akt zdjęcia ze strony internetowej z listą imprez nie dowodziły realizowania przez strony spornego stosunku pracy, zwłaszcza w kontekście sprzecznych zeznań o miejscu i czasie zatrudnienia. Płatnik zeznał, że ubezpieczona miała zdaniowy czas pracy, jednocześnie nie wykazał, by uzgadniał z ubezpieczoną dokładną ilość i rodzaj obowiązków do wykonania w ciągu miesiąca, ani by rozliczał ją z ich wykonania. Nadto, płatnik i ubezpieczona przyznawali, że praca była wykonywana w domu oraz że spotykali się czasami w klubie. Rzekomy pracodawca nie udostępnił pracownicy ani miejsca, ani narzędzi, czy materiałów do pracy. Sąd Okręgowy wskazał przy tym, że ubezpieczona rzekomo zajmowała się zawodowo organizacją imprez, jednak nie dysponowała wizytówkami, służbowym adresem mailowym, płatnicy nie pokrywali żadnych kosztów jej działalności poza kosztem wynagrodzenia. Płatnicy nie potrafili wyjaśnić jaki był wkład I. K. (1) w tworzenie przedstawionych ofert klubu (...) załączonych do akt, kto opracowywał je graficznie, kto drukował, kto ponosił koszty z tym związane, płatnicy nie ponosili kosztów rozmów telefonicznych, ani kosztów podróży służbowych ubezpieczonej. Ubezpieczona nie potrafiła wymienić żadnej z osób współzatrudnionych i nie potrafiła wskazać powierzonych jej obowiązków poza ogólnikami o przedstawianiu pomysłów. Zdaniem Sądu Okręgowego

przedstawiona przez same strony charakterystyka łączącej ich współpracy wykluczała ustalenie, że był to stosunek pracy, bowiem cechą istotną zatrudnienia pracowniczego jest to, że pracownik wykonuje pracę podporządkowaną, pod kierownictwem i nadzorem pracodawcy, w miejscu i czasie ściśle określonym przez pracodawcę i na jego ryzyko. Z zeznaniami stron pozostają w sprzeczności protokoły zeznań zleceniobiorców I. M. i R. S. złożonych w 2014 r. przed organem rentowym. Przesłuchani w toku postępowania administracyjnego nie potrafili wskazać czym się skarżąca zajmowała w klubie i twierdzili, że po podjęciu przez nią współpracy z płatnikami nic się nie zmieniło w lokalach płatników. Nie uszło uwadze Sądu Okręgowego, że A. M. zatrudniona przez płatników jako kelnerka potwierdziła, iż ubezpieczona była zatrudniona jako menager zewnętrzny, widziała ubezpieczoną „może dwa razy, ponieważ nie pracowały razem”. Świadek nie potrafiła wskazać jak wygląda ubezpieczona, widziała ją tylko przelotnie. R. S., zajmujący się ochroną, wskazał zaś, że widział ubezpieczoną może dwa razy i nie wiedział na czym miała polegać jej praca, słyszał jedynie, że miała się zajmować organizacją imprez. Świadek J. O. twierdziła z kolei, że I. K. (1) współpracowała z płatnikami w maju i czerwcu 2013 r., lecz nie wie czy podstawą tej współpracy była umowa zlecenia, czy też umowa o pracę, przy tym, że zeznaniom J. O., jakoby ubezpieczona pracowała w biurze na terenie lokalu, przeczą zeznania samej skarżącej, która wyjaśniała, iż prace wykonywała w klubowej łóży. Świadek J. J. (2) także zeznał, że współpracował z ubezpieczoną przed lipcem, gdyż kontaktowali się w sprawie jego urodzin w C.. Sąd Okręgowy zauważył zatem, że zeznania pozostają w sprzeczności z twierdzeniami o podjęciu z dniem 1 lipca 2013 współpracy w ramach umowy o pracę, gdyż z wypowiedzi przesłuchiowanych osób wynika, że zarówno przed lipcem 2013, jaki i od lipca 2013 relacje, czy charakter współpracy ubezpieczonej i płatników, były takie same. Zdaniem Sądu Okręgowego ustaleń nie zmieniały zeznania świadków D. S., czy P. G., skoro obaj nie znali płatników i nie wiedzieli na jakiej podstawie ubezpieczona z nimi współpracuje. P. G. wskazał, że ubezpieczona jest jego koleżanką od wielu lat oraz że nie miała kwalifikacji, do wykonywania obowiązków menadżera. W tych okolicznościach, wątpliwe było nawiązanie przedmiotowego stosunku pracy z osobą bez kwalifikacji, bez doświadczenia, od razu na czas nieokreślony i za bardzo wysokim wynagrodzeniem w wysokości 7.000 zł brutto. Zdaniem Sądu Okręgowego twierdzenia o podjęciu zatrudnienia są dodatkowo niewiarygodne w świetle okoliczności, iż ubezpieczona została zgłoszona do ubezpieczeń społecznych po ustawowym terminie oraz że do pracy po urodzeniu dziecka wróciła dopiero w toku procesu w 2018 r. i to w ograniczonym wymiarze do 1/2 etatu, mimo że stanowisko opisane w umowie o pracę było rzekomo spełnieniem jej marzeń.

W ocenie Sądu Okręgowego niewiarygodne okazały się również zeznania ubezpieczonej i A. K. w zakresie w jakim twierdzili, że o ciąży dowiedzieli się w sierpniu 2013 r. Złożona do akt dokumentacja medyczna ubezpieczonej (k. 484-488) budzi wątpliwości Sądu, z uwagi na odmowę jej udostępnienia i brak zapisów wizyt odbytych między 23 kwietnia 2013 a 29 września 2013, zwłaszcza jeśli wziąć pod uwagę zeznania skarżącej i jej męża o tym że ciąża była przeciwskazana z uwagi na stan przed nowotworowy oraz okoliczność że w sierpniu 2013 wykonano badanie USG, które potwierdziło ciążę. W kontekście opisywanego przez ubezpieczoną stanu zdrowia, którego nie odzwierciedlały adnotacje w dokumentacji, niewiarygodny był brak zapisów w dokumentacji medycznej z okresu od 23 kwietnia 2013 do 29 września 2013. Co więcej, z karty ciąży wynika, że ostatnią miesięczkę odnotowano 15 czerwca 2013, zatem już w lipcu 2013 ubezpieczona podejrzewała, że jest w ciąży i to podejrzenie tłumaczy dokonanie zgłoszenia I. K. (1) do ubezpieczeń społecznych po ustawowym terminie w dniu 16 lipca 2013 r. Dodatkowo, w założonej w sierpniu 2013 r. karcie ciąży w rubryce miejsce pracy zapisano kosmolog, co wskazuje, że w dacie wystawienia karty ciąży ubezpieczona nie pozostawała w zatrudnieniu u płatników. Sąd Okręgowy uznał, że słuszne były twierdzenia organu rentowego, że po powzięciu informacji o ciąży strony upozorowały zatrudnienie żony właściciela wynajmowanej przez płatników nieruchomości, by umożliwić jej korzystanie ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego związanych z ciążą i urodzeniem dziecka. W ocenie Sądu Okręgowego ustalony w sprawie stan faktyczny uzasadnia ocenę, że podpisując umowę o pracę datowaną na 1 lipca 2013, ubezpieczona nie miała zamiaru podejmować pracy u płatników i wykonywać na ich rzecz obowiązków pracowniczych, zaś płatnicy godzili się na to mając tego świadomość. Podpisując umowę o pracę ubezpieczona zdawała sobie sprawę z tego, że z uwagi na ciążę nie podejmie pracy, zwłaszcza jeśli dać wiarę zeznaniom o przeciwskazaniach zdrowotnych do zajścia w ciążę.

Apelację od wyroku złożyła ubezpieczona. Zaskarżyła wyrok w całości i zarzuciła:

1) naruszenie art 227 k.p.c. w zw. z art 244 § 1 k.p.c, polegające na pominięciu dowodu z dokumentu urzędowego w postaci protokołu kontroli z 11 marca 2014 r., znajdującego się w aktach postępowania (k. 299 - 302), podczas gdy dowód ten miał istotne znaczenie dla ustalenia zasad rozkładu ciężaru dowodu oraz dla ustalenia stanu faktycznego;

2) naruszenie art 6 k.c. w zw. z art 83 § 1 k.c. przez wadliwe przyjęcie, że na ubezpieczonej spoczywał ciężar wykazania, że umowa o pracę nie została zawarta dla pozorów, podczas gdy w toku postępowania kontrolnego organ zakończył postępowanie z adnotacją o niestwierdzeniu nieprawidłowości, a zmiana stanowiska organu nie została poprzedzona ponownym przeprowadzeniem kontroli, tylko arbitralną zmianą stanowiska, mającą miejsce po niemal 4 latach od zakończenia kontroli;

3) naruszenie art 233 § 1 k.p.c. przez dowolną i wybiórczą ocenę zeznań ubezpieczonej oraz przedstawicieli płatników, a także księgowej K. C. (1), A. K., A. M., R. S., J. J. (2), D. S. i P. G. przez przyjęcie za podstawę orzeczenia wyłącznie wyrwanych z kontekstu sformułowań tych świadków, zniekształcających ich treść, a w konsekwencji wywiedzenie z nich faktów, wyłącznie niekorzystnych dla ubezpieczonej, podczas gdy prawidłowa ocena tych zeznań powinna uwzględniać ich pełen kontekst, a także uwzględnienie, że zeznania dotyczyły wydarzeń mających miejsce po ponad 5. 6 i 7 latach od wydarzeń, których dotyczyły, skutkujące wadliwym ustaleniem, że zawierając umowę o pracę strony nie miały zamiaru wzajemnego wywiązania się z zobowiązań wynikających ze stosunku pracy, podczas gdy ustalenie to nie znajduje oparcia w żadnym z przeprowadzonych dowodów;

4) naruszenie 227 k.p.c. przez oparcie rozstrzygnięcia na bliżej nieokreślonych dokumentach znajdujących się w aktach sprawy o sygn. VI U 1344/17, która to sprawa dotyczyła A. S., która 3 stycznia 2017 podpisała z płatnikami umowę o pracę, podczas gdy okoliczność ta nie miała znaczenia dla oceny złożonego w dniu 28 czerwca 2013 r. oświadczenie woli o zawarciu umowy o pracę,

5) naruszenie art 233 § 1 k.p.c. przez dowolnie wybiórczą ocenę dowodu z dokumentów wymienionych na stronie 12 uzasadnienia wyroku, poprzez absolutnie bezzasadną i niemającą uzasadnienia w okolicznościach sprawy odmowę wiarygodności tym dokumentom, które potwierdzały zawarcie umowy o pracę przez strony, ograniczając się w uzasadnieniu do wskazania, że sąd je uznał za sporządzone jedynie dla upozorowania istnienia stosunku pracy, podczas gdy żaden z przeprowadzonych dowodów nie dał podstaw do wskazania, że dokumenty zostały upozorowane, w szczególności okoliczności takiej nie sposób wywieść z zeznań K. C. (1), która te dokumenty przygotowywała i zeznała, że robiła to na polecenie przedstawicieli płatnika w celu zatrudnienia I. K. (1) na umowę o pracę;

6) naruszenie art 233 § 1 k.p.c. przez wadliwą ocenę dowodu z dokumentu „karta ciąży”, polegającą na wywiedzeniu, że skoro w rubryce „zawód” na tym dokumencie wpisano „kosmetolog” to znaczy, że w dacie wystawienia karty ciąży I. K. (1) nie pozostawała w zatrudnieniu u płatnika, podczas gdy Sąd nie poczynił żadnych ustaleń mających na celu wyjaśnienie, dlaczego taka adnotacja znajduje się w karcie ciąży, a przy tym nie wziął pod uwagę, że zgodnie z doświadczeniem zawodowym w rubryce zawód najczęściej wpisuje się zawód wyuczony;

7) błąd w ustaleniach faktycznych, polegający na ustaleniu, że „strony nie wykazały żadnych efektów działań ubezpieczonej które można byłoby zweryfikować”, podczas gdy z całkowicie spójnych w tym zakresie zeznań ubezpieczonej, płatnika oraz świadków wynika, że ubezpieczona wcieliła w życie swój pomysł dotyczący m.in. zorganizowania cyklicznej imprezy „(...)”, była pomysłodawczynią ustawienia ścianki do robienia zdjęć i tzw. „selfie”; opracowała nowe przeznaczenie dotychczas niezagospodarowanego balkonu poprzez utworzenie w nim łoża VIP;

8) naruszenie art 233 § 1 w zw. z art 278 § 1 k.p.c. przez zastąpienie faktów wymagających wiedzy specjalnej z zakresu medycyny, przypuszczeniami sądu, opierającymi się wyłącznie o wiedzę powierzchowną, a w efekcie dowolne ustalenie, że ubezpieczona w lipcu 2013 podejrzewała, że jest w ciąży, podczas gdy ubezpieczona oraz jej mąż jednoznacznie zeznali, że nie planowali ciąży, że ubezpieczona leczyła się ginekologicznie i ciąża w jej wypadku była niewskazana oraz przez całkowite zignorowanie zeznań ubezpieczonej, że z uwagi na leczenie ginekologiczne miała nieregularne miesiączki, a pomimo tego zaniechanie przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu ginekologii i zastąpienie wiadomości specjalnych w zakresie tego czy ubezpieczona w swoim stanie zdrowia miała podstawy do

tego, aby podejrzewać u siebie ciężę - dowolnymi, sprzecznymi z zeznaniami ubezpieczonej i nie mającymi podstaw w przeprowadzonych dowodach przyjęciu tego „domysłu” sądu za fakt mający stanowić podstawę rozstrzygnięcia;

9) naruszenie art 233 § 1 lub § 2 k.p.c. przez wadliwą ocenę dowodu z dokumentacji medycznej, polegającej na przyjęciu, że doszło do odmowy jej udostępnienia, podczas gdy taka sytuacja nigdy nie miała miejsca i zarówno lekarz jak i ubezpieczona udostępniali dokumentację na wezwanie sądu,

10) naruszenie art 233 § 1 k.p.c. w zw. z art 227 k.p.c. przez zaniechanie przeprowadzenia postępowania dowodowego w zakresie kwestii, które miały istotne znaczenie dla sprawy, a które nie zostały przez sąd dostatecznie wyjaśnione i „budziły zdziwienie sądu” oraz „wątpliwości sądu”, podczas gdy sąd winien rozwiązać wszelkie wątpliwości poprzez żądanie uzupełnienia materiału dowodowego,

11) naruszenie art. 102 k.p.c. przez jego niezastosowanie w sprawie i obciążenie ubezpieczonej kosztami zastępstwa procesowego organu, podczas gdy organ w toku kontroli stwierdził brak nieprawidłowości, a decyzję wydał po ok. 4 latach, wyłącznie dlatego, że do ubezpieczeń społecznych płatnik zgłosił A. S..

Skarżąca wniosła o zmianę skarżonego wyroku przez uwzględnienie odwołania w całości oraz zasądzenie zwrotu kosztów sądowych wg norm przepisanych, ewentualnie - w razie oddalenia apelacji co do meritum - przez zastosowanie art. 102 k.p.c. i zmianę skarżonego wyroku przez orzeczenie, że ubezpieczona nie ponosi kosztów sądowych.

Sąd Apelacyjny rozważył sprawę i uznał, że apelacja jest niezasadna.

Sąd Apelacyjny, uwzględniając art. 387 § 2¹ pkt 1 i 2 k.p.c., w całości podzielił - bez potrzeby powtarzania - dokonane przez Sąd Okręgowy ustalenia, poprzedzone oceną zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, która jest prawidłowa i spełnia kryteria przewidziane w art. 233 § 1 k.p.c., a także dokonaną przez Sąd Okręgowy subsumcję oraz wykładnię przepisów prawa materialnego.

Do skutecznego podważenia tych ustaleń oraz ocen nie mogła prowadzić treść zgłoszonych zarzutów, których weryfikacja samoistnie wyznaczała kierunek rozstrzygnięcia sprawy przez Sąd II instancji. Zważywszy, że zdaniem apelującej, wadliwość wydanego rozstrzygnięcia stanowiła, między innymi skutek błędnej oceny dowodów i ustaleń sprawy, a o prawidłowości zastosowania norm prawa materialnego należy rozstrzygać po stwierdzeniu, że nie miały miejsca uchybienia przy ocenie dowodów i ustalaniu istotnych dla rozstrzygnięcia faktów, to w pierwszej kolejności Sąd drugiej instancji ocenił prawidłowość zastosowania przepisów procedury. Przy tym, Sąd drugiej instancji, niezależnie od tego, czy samodzielnie prowadzi postępowanie dowodowe, czy jedynie weryfikuje ustalenia faktyczne dokonane przez sąd pierwszej instancji, ma obowiązek pełnej oceny materiału dowodowego zebranego w sprawie. Jednak zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. może być uznany za zasadny jedynie w wypadku wykazania, że ocena materiału dowodowego jest rażąco wadliwa, czy w sposób oczywisty błędna, dokonana z przekroczeniem granic swobodnego przekonania sędziowskiego, wyznaczonych w tym przepisie. Sąd Apelacyjny weryfikuje, bowiem legalność oceny dokonanej przez Sąd Okręgowy, pod kątem zachowania kryteriów określonych w art. 233 §1 k.p.c. Należy zatem mieć na uwadze, że co do zasady, Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału, dokonując wyboru określonych środków dowodowych. Jeżeli z danego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i podlega akceptacji, choćby w równym stopniu, na podstawie tego samego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne (por. przykładowo post. SN z 11.01.2001 r., I CKN 1072/99, post. SN z 17.05.2000 r., I CKN 1114/99, wyrok SN z 14.01.2000 r., I CKN 1169/99, post. SN z 23.01.2001 r. IV CKN 970/00, wyrok SN z 27.09.2002 r. II CKN 817/00)).

Jak zatem wynika z powyższych uwag, już tylko twierdzenie skarżącej o wadliwości dokonanych ustaleń, odwołujące się do stanu faktycznego, który tylko w jej przekonaniu odpowiada rzeczywistości, nie może być skuteczne dla uwzględnienia zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. (tak Sąd Najwyższy w orzeczeniach: z 23.01.2001, IV CKN 970/00, z 12.04.2001r., II CKN 588/99, z 10.01. 002 r., II CKN 572/99). Zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. mógłby

odnieć zamierzony przez skarżącego skutek tylko wtedy, gdyby skarżąca wykazała, że Sąd orzekający w pierwszej instancji uchybił konkretnym zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, co wymagałoby przeprowadzenia logicznego wywodu prawnego, a nie już tylko przedstawienia własnej wersji faktycznej; tylko bowiem takie uchybienie może być przeciwstawione uprawnieniu Sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Należy przy tym zauważyć, że zarzut apelacji, że sąd dokonał wybiórczej analizy zeznań świadków i na tej podstawie wykreował fakty, w równej mierzy odnosi się do apelującej, ponieważ ona również dokonuje wybiórczej analizy zeznań świadków i na podstawie fragmentów zeznań, nie uwzględnionych przez sąd jako wiarygodne, kreuje własne ustalenia. Oczywistym jest, że jeżeli sąd dokonuje ustaleń na podstawie obszernego, osobowego materiału dowodowego, który jest niespójny, to oceniając zeznania, w pewnym zakresie uznaje je za wiarygodne, w innym nie, i bynajmniej nie należy tego poczytywać za uchybienie proceduralne, bo na tym polega sędziowska swoboda oceny materiału dowodowego, natomiast istotne jest, by sąd przekonująco wyjaśnił przyczyny odmowy wiarygodności w sposób logiczny, przejrzysty i spójny.

Odnosząc przedstawione wyżej reguły do realiów sprawy, Sąd Apelacyjny uznał bezskuteczność zarzutu naruszenia przez Sąd I instancji art. 233 § 1 k.p.c., a tym samym dokonania wadliwych ustaleń faktycznych. Apelująca w istocie ograniczyła ten zarzut do zaprezentowania własnej oceny dowodów, korzystnej ze swojego punktu widzenia, co nie mogło stanowić wystarczającej i przekonującej podstawy dla uznania skuteczności przedstawionej argumentacji. Jak wskazano powyżej, dla uwzględnienia zarzutu błędu w ustaleniach faktycznych nie jest wystarczające samo przekonanie strony o innej, niż przyjął sąd, wadze i znaczeniu poszczególnych dowodów, i ich odmiennej ocenie, niż ta dokonana przez sąd pierwszej instancji.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, w szczególności nie można skutecznie zarzucić Sądowi, iż z ustalonych przez siebie okoliczności wyprowadził wnioski logicznie błędne oraz że ustalił fakty bez dostatecznej podstawy dowodowej, jak też, że uznał za nieudowodnione pewne fakty, mimo istnienia ku temu dostatecznej podstawy w zebranych materiale. Zarzuty w powyższych kwestiach sprowadzają się, w zasadzie do polemiki z interpretacją dowodów, dokonaną przez ten Sąd. Apelująca prezentuje własne stanowisko w opozycji do stanowiska Sądu Okręgowego, co jak wskazuje utrwalone orzecznictwo, proceduralnie jest nieakceptowalne.

Sąd Apelacyjny, jako chybione uznał zarzuty, wskazujące na naruszenie w niniejszej sprawie przez Sąd Okręgowy reguły rozkładu ciężaru dowodu. Zauważyć należy, że w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych odpowiednie zastosowanie mają przepisy prawa cywilnego. Zgodnie z art. 6 § 2 k.p.c. strony i uczestnicy postępowania obowiązani są przytaczać wszystkie fakty i dowody bez zwłoki, aby postępowanie mogło być przeprowadzone sprawnie i szybko. Ubezpieczona, jako składająca odwołanie, posiada na gruncie procedury cywilnej status powoda, a jej odwołanie pełni w procesie rolę pozwu. Zatem, jako powód była obciążona ciężarem dowodu w zakresie wywodzonego żądania, a więc obowiązkiem wykazania, że podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym jako pracownik z tytułu umowy o pracę zawartej 1.07.2013 r. Ubezpieczona, zaprzeczając twierdzeniom organu ubezpieczeniowego, który na podstawie przeprowadzonego postępowania kontrolnego dokonał niekorzystnych dla niej ustaleń, winna w postępowaniu przed sądem, nie tylko podważyć trafność poczynionych przez organ rentowy ustaleń dotyczących obowiązku ubezpieczenia społecznego, ale również, nie ograniczając się do polemiki z tymi ustaleniami, wskazać na okoliczności i fakty znajdujące oparcie w materiale dowodowym, z których możliwe byłoby wyprowadzenie wniosków i twierdzeń zgodnych z jej stanowiskiem, reprezentowanym w odwołaniu od decyzji. Inicjatywę taką ubezpieczona w toku niniejszego postępowania podjęła i na jej wniosek Sąd przeprowadził obszerne postępowanie dowodowe, jednak przedstawiony przez nią materiał dowodowy, w ocenie Sądu Okręgowego, nie pozwalał na ustalenie, że ubezpieczona faktycznie pozostawała w stosunku pracy u płatnika składek I. K. (2) i T. O. w okresie objętym zaskarżoną decyzją i faktycznie realizowała obowiązki w reżimie pracowniczym. W ocenie Sądu Apelacyjnego w toku niniejszego postępowania, w szczególności ubezpieczona nie udowodniła, że faktycznie podjęła pracę na podstawie wskazywanej umowy o pracę, a płatnik, jako pracodawca świadczenie to przyjmował jako formalnoprawną pracę. Sąd Apelacyjny stoi na stanowisku, że zebrany w sprawie materiał dowodowy, wbrew zamierzeniom ubezpieczonej, jednoznacznie wskazuje, że zamiarem stron umowy z 1.07.2013 r. nie było nawiązanie stosunku pracy i realizowanie pracy w reżimie kodeksu pracy, lecz wykreowanie dla ubezpieczonej, z wykorzystaniem powiązań towarzysko-biznesowych,

jak najkorzystniejszych warunków, określających jej status jako pracownika, tylko i wyłącznie w celu uzyskania świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Przypomnieć należy, że z nawiązaniem stosunku pracy wiąże się szereg konsekwencji, zaś wtórne do zatrudnienia pracowniczego jest podleganie obowiązkowemu pracowniczemu ubezpieczeniu społecznemu i obowiązek zgłoszenia pracownika do tego ubezpieczenia. Zgodnie z art. 8 ust. 1 ustawy systemowej, pozostawanie w stosunku pracy jest tytułem obowiązkowego ubezpieczenia, zarówno emerytalno-rentowego na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 1 ustawy z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, chorobowego na podstawie art. 11 ust. 1 ustawy systemowej oraz wypadkowego, w myśl art. 12 ust. 1 powołanej ustawy. Na podstawie art. 13 pkt 1 ustawy ubezpieczenie trwa od dnia nawiązania stosunku pracy do dnia ustania tego stosunku. Nawiązanie stosunku pracy skutkuje równoległym powstaniem stosunku ubezpieczenia. Obydwa te stosunki prawne mają inne cele, przy czym stosunek prawny ubezpieczenia uzupełnia stosunek pracy i zabezpiecza pracownika materialnie na wypadek zdarzeń losowych. Ubezpieczenie społeczne nie może istnieć bez stosunku pracy. Zaistnienie stosunku ubezpieczeniowego może odnosić się wyłącznie do ważnego prawnie stosunku pracy, a więc takiego, który stanowi wyraz woli obu stron realizowania celów, którym umowa ma służyć. Przesłankę nawiązania pracowniczego stosunku ubezpieczenia oraz wynikającego z tego stosunku prawa do świadczenia stanowi, nie samo zawarcie umowy o pracę, lecz zatrudnienie.

Zgodnie z art. 22 k.p. przez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju, na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem, w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca do zatrudnienia pracownika za wynagrodzeniem. Pracownik winien pracę wykonywać osobiście i nie może tego obowiązku spełniać za pośrednictwem innej osoby. Istotą stosunku pracy jest również, aby praca odbywała się pod kierownictwem pracodawcy i by pracownik stosował się do jego poleceń, związanych z organizacją i przebiegiem pracy. Umowa o pracę jest umową starannego działania. Świadcząc umowę o pracę pracownik jest podporządkowany pracodawcy co do czasu, miejsca i sposobu jej wykonywania. Stosunek pracy jest stosunkiem zobowiązaniowym, uzewnętrzniającym wolę umawiających się stron. Po stronie pracownika musi zatem istnieć chęć świadczenia pracy, jako realizacja umówionego zakresu obowiązków oraz możliwość jej świadczenia, a po stronie pracodawcy potrzeba zatrudnienia i korzystania z tej pracy za wynagrodzeniem. Z tych też względów celem i zamiarem stron umowy o pracę winna być faktyczna realizacja treści stosunku pracy w granicach zakreślonych umową.

Na gruncie podlegania ubezpieczeniom społecznym, w związku z nawiązaniem stosunku pracy, orzecznictwo wskazuje, że umowę o pracę uważa się za zawartą dla pozorów, jeżeli przy składaniu oświadczeń woli obie strony mają świadomość, że osoba określona w umowie o pracę jako pracownik nie będzie świadczyć pracy, a osoba wskazana jako pracodawca nie będzie z jej pracy korzystać (por. wyrok Sądu Najwyższego z 4.08.2005 r., II UK 321/04). Do zawarcia umowy o pracę stosuje się, bowiem odpowiednio na podstawie odesłania zawartego w art. 300 k.p. przepisy części ogólnej Kodeksu Cywilnego, odnoszące się wad oświadczenia woli (art. 82-88 k.c.). Zgodnie z art. 83 § 1 zd. 1 k.c. nieważne jest oświadczenie woli złożone drugiej stronie za jej zgodą dla pozorów. Art. 83 k.c. charakteryzuje czynność prawną pozorną przez wskazanie trzech jej elementów, które muszą wystąpić łącznie: oświadczenie woli musi być złożone tylko dla pozorów, oświadczenie woli musi być złożone drugiej stronie, adresat oświadczenia woli musi zgadzać się na dokonanie czynności prawnej jedynie dla pozorów. Złożenie oświadczenia woli dla pozorów oznacza, że osoba oświadczająca wolę w każdym wypadku nie chce, aby powstały skutki prawne, jakie zwykle prawo łączy ze składanym przez nią oświadczeniem. Brak zamiaru wywołania skutków prawnych oznacza, że osoba składająca oświadczenie woli albo nie chce w ogóle wywołać żadnych skutków prawnych, albo też chce wywołać inne, niż wynikałoby ze złożonego przez nią oświadczenia woli. (por. wyrok SA w Gdańsku z 11.01.2007 r., sygn. akt III AUa 2565/060. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego, do objęcia pracowniczemu ubezpieczeniem społecznym nie może dojść, gdy zgłoszenie do ubezpieczenia dotyczy osoby, która nie jest pracownikiem, a zgłoszenie następuje pod pozorem zatrudnienia (por. wyrok z 18.10.2005 r., II UK 43/05 i III UK 32/06 z 18.05.2006 r.) Wobec tego, warunkiem pracowniczego ubezpieczenia społecznego jest istnienie faktycznego stosunku pracy, a o ważności stosunku pracy świadczy to, czy oświadczenia woli zawarte w umowie pracy nie zawierają wad, które powodowałyby ich nieważność, bądź bezskuteczność. Z powyższych względów na istnienie stosunku pracy nie składa się tylko zawarcie umowy o

pracę, ale przede wszystkim zamiar stron oraz faktyczne wykonywanie określonej pracy, na warunkach wynikających z umowy.

W tym miejscu, mając na uwadze argumentację skarżącej, w pierwszej kolejności wskazać należy, że do ustalenia, że doszło do powstania pomiędzy stronami stosunku pracy nie jest wystarczające spełnienie warunków formalnych zatrudnienia, takich jak zawarcie umowy o pracę, odbycie szkolenia w dziedzinie bhp, potwierdzenie wypłaty wynagrodzenia, zgłoszenie do ubezpieczenia - jak to miało miejsce w rozpoznawanej sprawie - lecz konieczne jest ustalenie, że strony miały zamiar wykonywać obowiązki stron stosunku pracy i to realnie czyniły na warunkach wynikających z kodeksu pracy. Nie zasługuje, bowiem na aprobatę sytuacja, w której osoba zainteresowana uzyskaniem świadczeń z ubezpieczenia społecznego, do których w istocie nie ma tytułu, z wykorzystaniem szczególnej relacji społecznej i z pomocą płatnika składek, wytwarza dokumenty służące wyłącznie do celu niezgodnego z warunkami pracowniczego zatrudnienia. Zwrócił na to uwagę Sąd Najwyższy stwierdzając w wyroku z 18.05.2006, III UK 32/06, że do objęcia pracowniczym ubezpieczeniem społecznym nie może dojść wówczas, gdy zgłoszenie do tego ubezpieczenia dotyczy osoby, która nie jest pracownikiem, a zatem zgłoszenie do ubezpieczenia społecznego następuje pod pozorem zatrudnienia. Podobnie w wyroku z 10.02.2006 r., I UK 186/05 Sąd Najwyższy stwierdził, że podleganie ubezpieczeniu społecznemu wynika z prawdziwego zatrudnienia, a nie z samego faktu zawarcia umowy o pracę. Taki sam pogląd wyraził Sąd Najwyższy w wyroku z 26.09.2006 r. II UK 2/06, w którym uznał, że nie stanowi podstawy do objęcia ubezpieczeniem społecznym dokument nazwany umową o pracę, jeżeli rzeczywisty stosunek prawny nie odpowiada treści art. 22 k.p. Dokument w postaci umowy o pracę nie jest więc niepodważalnym dowodem na to, że osoby podpisujące go, jako strony umowy, faktycznie złożyły oświadczenia woli o treści zapisanej w dokumencie. Treść oświadczeń woli złożonych przez strony przy zawieraniu umowy o pracę nie ma więc rozstrzygającego znaczenia dla kwalifikacji danego stosunku prawnego jako stosunku pracy (wyroki Sądu Najwyższego z: 17.05.2016 r., I PK 139/15; z 26.02.2013 r., I UK 472/12).

Sąd Apelacyjny zwraca uwagę, że zasadnicze znaczenie w procesie sądowego badania, czy dany stosunek prawny jest stosunkiem pracy ma ustalenie, czy praca wykonywana w ramach badanego stosunku prawnego rzeczywiście ma cechy wymienione w art. 22 § 1 k.p. W tym celu bada się okoliczności i warunki, w jakich dana osoba wykonuje czynności na rzecz innego podmiotu prawa i dopiero w wyniku poczynienia stosownych ustaleń, rozstrzyga się, czy czynności te świadczone są w warunkach wskazujących na stosunek pracy. W ocenie Sądu Apelacyjnego na podstawie zaoferowanego przez ubezpieczoną materiału dowodowego nie było podstaw faktycznych do ustalenia, że w okresie objętym zaskarżoną decyzją ubezpieczona pozostawała w stosunku pracy i świadczyła pracę w rozumieniu art. 22 k.p. Sąd Apelacyjny w pierwszej kolejności zauważa, że zeznania współników spółki, w której miała być zatrudniona ubezpieczona oraz zeznania samej ubezpieczonej, jak również zeznania świadków, co do obowiązków ubezpieczonej oraz czasu i miejsca świadczenia pracy, były ewidentnie wzajemnie sprzeczne oraz niekonsekwentne, a wręcz nieudolne, jeśli wziąć pod uwagę sposób relacjonowania przebiegu zatrudnienia ubezpieczonej. Podkreślić należy, że ani rzekomi pracodawcy, ani nawet ubezpieczona nie byli w stanie udzielić precyzyjnej odpowiedzi na szereg konkretnych pytań, dotyczących kluczowych i szczegółowych kwestii związanych z zatrudnieniem ubezpieczonej, co do których, jako strony stosunku pracy oczywiście powinni mieć wiedzę. Ich relacjonowanie opierało się na opisach ogólnikowych i nieweryfikowalnych konkretnymi okolicznościami zwykle związanymi z realnym świadczeniem pracy. I tak, w toku postępowania kontrolnego przed organem rentowym płatnik I. K. (2) w piśmie z 26.11.2013 r. wskazał, że ubezpieczona została zatrudniona w celu nadzoru nad nowo otwartym klubem przy ul. (...), zaś po zamknięciu sezonu (lokal przy ul. (...) był otwarty w sezonie letnim) pracę wykonywała przy ul. (...) oraz w terenie. Również według zeznań drugiego współnika spółki, T. O. ubezpieczona miała pracować w klubie przy ul. (...) oraz przy ul. (...). Także ubezpieczona w toku postępowania kontrolnego przed organem rentowym wskazywała, że przez większość czasu pracowała przy ul. (...), gdzie zajmowała się nadzorowaniem przygotowania imprez, kontrolowała efekty pracy personelu, a nadto pracowała poza lokalem w innych miastach w zależności od kalendarza imprez (k. 55). Sąd Apelacyjny zatem zwraca uwagę, że ubezpieczona, składając wyjaśnienia informacyjne przed sądem 11.09.2018 wskazywała z kolei, że pracowała przede wszystkim w domu oraz w klubie (...) przy ul. (...). Odnośnie lokalu przy ul. (...) podała, że jedynie na początku był zamysł, aby spróbowała coś stworzyć w tej lokalizacji, jednak była już wówczas połowa lipca i nie było czasu na rozgłos i reklamę, dlatego zaproponowała, żeby zrobić coś w klubie (...).

Również I. K. (2), zeznając w dniu 11.09.2018 r. przed sądem wskazał, że ubezpieczona pracowała w klubie (...) przy ul. (...). Płatnik wskazał, że wprawdzie na początku był zamysł, aby pracowała przy ul. (...), ale ostatecznie tam nie pracowała. Z kolei płatnik T. O. zeznał na rozprawie 29.09.2020 r., że ubezpieczona przez 3-4 miesiące pracowała w klubie (...) przy ul. (...), a następnie w klubie (...). Przesłuchany na tej samej rozprawie I. K. (2), mimo że wcześniej 11 września 2018 r. twierdził, że ubezpieczona nie pracowała w lokalu przy ul (...) wskazał, że ubezpieczona na początku współpracy pracowała przy ul. (...). Podał, że ubezpieczona rokowała, poddawała pomysły i w związku z tym chciał ją przeciągnąć do klubu (...). Ubezpieczona na rozprawie 8.12.2020 r. również zmieniła wersję wydarzeń i wskazała, że umowę podpisała od 1 lipca, ale pracę podjęła wcześniej na okres próbny od początku kwietnia. Podała, że w kwietniu zaczęła przychodzić do klubu (...), potem powstał klub (...) i tam również jeździła. Następnie wskazała, że na początku zaczęło się od (...), a od lipca pracowała w klubie (...). Ubezpieczona przed sądem zeznała również, że nie interesowało jej ile osób jest zatrudnionych w klubie, była bowiem menadżerem zewnętrznym, co stoi w sprzeczności z jej wyjaśnieniami złożonymi przed organem rentowym, gdzie podała, że m.in. kontrolowała efekty pracy personelu oraz, że przez większość czasu pracowała przy ul. (...). Dalej, Sąd Apelacyjny zwraca uwagę, że ubezpieczona składając wyjaśnienia informacyjne przed sądem 11.10.2018 r. podała, że spotykała się raz w tygodniu ze współnikami w klubie przy ul. (...) w loży, między godziną 10 a 14, gdzie przedstawiała swoje pomysły. Natomiast płatnik T. O., zeznając przed sądem, podał z kolei, że spotykali się z ubezpieczoną w klubie (...) przy ul. (...). Poza tym Sąd Apelacyjny dostrzegł, że ubezpieczona składając wyjaśnienia informacyjne przed sądem 11.10.2018 r. wskazała, że bywała w klubie często w dzień, 4 razy w tygodniu po 4 godziny, czasami dłużej. Na rozprawie 8.12.2020 r. z kolei podała, że od lipca 2013 r. pracowała w klubie (...) i jak wskazała przychodziła do pracy na godzinę 10, przygotowywała się do spotkania z szefami, przygotowywała projekt imprez, dzwoniła do artystów z propozycją imprez, ok. 12-13 przychodzili szefowie i przedstawiała im wówczas swoje pomysły. Podała, że spotkania z szefami w klubie (...) odbywały się na pewno 4 razy w tygodniu. W pozostałym zakresie pracowała w domu oraz jeździła w teren. Sąd Apelacyjny zatem wskazuje, że przesłuchana w 2014 r. w toku postępowania kontrolnego przed organem rentowym w charakterze świadka I. M., która pracowała jako kelnerka, zarówno w lokalu przy ul. (...), jak i w lokalu przy ul. (...), nie potrafiła opisać, czym skarżąca zajmowała się w klubie. I. M. oświadczyła, że widziała ubezpieczoną „może dwa razy, ponieważ nie pracowały razem”, przy czym świadek nie potrafił wyjaśnić, w którym z klubów widziała ubezpieczoną, nie potrafił też opisać wyglądu ubezpieczonej, gdyż jak przyznała widziała ją tylko przelotnie (k. 285 akt kontroli). Również przesłuchany w 2014 r. przez organ rentowy świadek R. S., który pracował u płatników jako ochraniarz w lokalu przy ul. (...), nie potrafił wyjaśnić, czym konkretnie zajmowała się ubezpieczona. Świadek ograniczył się do podania, że słyszał, że ubezpieczona miała zajmować się organizacją imprez. Świadek podał, że widział ubezpieczoną może dwa razy wieczorową porą (k. 289).

Nie uszło uwadze Sądu Apelacyjnego, że okoliczność współpracy ubezpieczonej z płatnikami przy organizacji imprez w klubie (...) potwierdzili przesłuchani przed sądem świadkowie J. O., bliska koleżanka ubezpieczonej, A. K., mąż ubezpieczonej, D. S., przyjaciel męża ubezpieczonej oraz P. G., aktor i znajomy ubezpieczonej i jej męża oraz J. J. (2), DJ współpracujący z płatnikami. Sąd Apelacyjny jednak podkreśla, że świadek J. O., D. S., P. G. oraz J. J. (2) przyznali, że nie wiedzieli jaki charakter miała współpraca ubezpieczonej z płatnikami, czy podstawą tej współpracy była umowa zlecenia, czy też umowa o pracę, czy inna umowa, bądź w ogóle brak umowy. Przy tym należy wytknąć, że zeznania świadka J. O., odnośnie charakteru współpracy ubezpieczonej z płatnikami, były sprzeczne z wyjaśnieniami samej ubezpieczonej. Świadek podała, że ubezpieczona pracowała w biurze na terenie lokalu, czemu przeczyły zeznania skarżącej, która wyjaśniała, iż prace wykonywała w klubowej loży. Świadek wskazywała nadto, że praca w klubie polegała na oddelegowywaniu zadań. Podała, że nie miała wprawdzie do czynienia z podwładnymi ubezpieczonej, ale wie, że ubezpieczona miała wszystkiego dopilnować i miała być rozliczana z zadań. Również i w tym zakresie zeznania świadka były sprzeczne z zeznaniami ubezpieczonej, która podała, że nie interesowało jej ile osób jest zatrudnionych w klubie, była bowiem menadżerem zewnętrznym. Przy tym wszystkim, również zeznania świadka A. K. - męża ubezpieczonej okazały się częściowo sprzeczne z wyjaśnieniami ubezpieczonej. A. K. zeznał, że w większości ubezpieczona pracowała poza klubem; podał że bywała w klubie (...), ale nie były to częste wizyty, może odbywały się raz albo dwa razy w tygodniu w godzinach popołudniowych, tymczasem jak wskazano wyżej, ubezpieczona na etapie postępowania sądowego twierdziła wprawdzie, że głównie pracowała w domu, jednocześnie podała, że bywała w klubie często, 4 razy w tygodniu w dzień po 4 godziny, czasami dłużej. Dalej, świadek D. S., który jest menadżerem aktora P.

G. oraz P. G., wskazali wprawdzie, że ubezpieczona zwracała się do nich z pytaniem o pomoc w sprawie kontaktów z tak zwanymi gwiazdami, co miałyby pomóc ubezpieczonej przy organizacji imprez. Jednocześnie wymienieni świadkowie nie potrafili podać, kiedy konkretnie ubezpieczona zwracała się do nich z pytaniami o pomoc i w jakim charakterze występowała z tymi pytaniami. Jest to o tyle istotne, że świadek J. O. twierdziła, że ubezpieczona współpracowała z płatnikami w maju i czerwcu 2013 r., co pozostaje w sprzeczności z twierdzeniami samych stron o podjęciu przez ubezpieczoną zatrudnienia dopiero od 1.07.2013 r. Również świadek J. J. (2) zeznał, że współpracował z ubezpieczoną przed lipcem, gdyż kontaktowali się w sprawie jego urodzin w C..

Podsumowując zatem osobowy materiał dowodowy, w ocenie Sądu Apelacyjnego, opisane zeznania pozostają w sprzeczności w twierdzeniami stron o podjęciu z dniem 1.07.2013 r. współpracy w ramach umowy o pracę, gdyż z wypowiedzi przesłuchiwanych osób wynika, że zarówno przed lipcem 2013 r., jaki i od lipca 2013 relacje towarzyskie i biznesowe stron były takie same, a wprowadzenie w ten układ umowy o pracę niczego nie zmieniło. Ubezpieczona, jej mąż i wspólnicy spółki pozostawali w ścisłych relacjach towarzysko-biznesowych i wzajemnie się wspierali, co nie oznacza, że pozostawali w relacjach prawnopracowniczych. Z zeznań świadka K. C. (2), księgowej wynikało jedynie, że płatnicy zgłosili zatrudnienie ubezpieczonej. Świadek nie była nigdy w klubie (...). Jedyne kontakty z ubezpieczoną miała na początku zatrudnienia ubezpieczonej, kiedy ta w biurze księgowej podpisała dokumenty związane z zatrudnieniem.

W tym miejscu zaakcentować należy, że w sprawie, w której przedmiotem jest prawo do ubezpieczeń społecznych, zwłaszcza w przypadku pobierania świadczeń z tego ubezpieczenia, wymaga się dowodów nie budzących wątpliwości, spójnych oraz precyzyjnych – potwierdzających, czy uprawdopodobniających w stopniu graniczącym z pewnością nie tylko fakt zatrudnienia, ale i pozostałe okoliczności związane ze świadczeniem pracy. Dlatego za uzasadniony i w pełni aprobowany należy uznać rygorystyczny sąd w ocenie materiału dowodowego sprawy, który to materiał wykazuje sprzeczności. Biorąc zaś wszystkie szczegółowo opisane sprzeczności, niezgodności i niekonsekwencje, jakie pojawiły się w wersji zdarzeń przedstawionej przez odwołującą i zainteresowanych, Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw faktycznych do poczynienia na ich podstawie ustaleń zgodnych z twierdzeniami ubezpieczonej i zainteresowanych.

Sąd Apelacyjny przy tym stanowczo podkreśla, że nawet jeżeli ubezpieczona podejmowała jakiegokolwiek czynności na rzecz i w interesie płatników, na co wskazują zeznania świadków, to zdecydowanie miały charakter pomocy i przyjacielskiej porady, a co najwyżej doraźnej usługi, ale na pewno nie była to realizacja obowiązków pracowniczych w ramach podporządkowanego stosunku pracy i w reżimie kodeksu pracy. Tym samym, już chociażby z tej przyczyny, brak podstaw do przyjęcia, że ubezpieczona podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym z tytułu zawartej z płatnikiem składek umowy o pracę. Stanowczo należy stwierdzić, że brak dowodów na to by uznać, że ubezpieczona wykonywała realną pracę określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę. Takich elementów w relacji opisywanej przez ubezpieczoną i płatnika brak. Płatnicy i ubezpieczona wskazywali przed sądem, że nie miała ustalonego czasu pracy, że pracowała w domu, odbywała podróże, przy czym pracodawca nie decydował o destynacji wyjazdów ani ich terminie. Płatnicy nie rozliczali ubezpieczonej, ani z przepracowanych godzin, ani z wykonanych zadań wyjaśniając, że interesowały ich jedynie efekty działań ubezpieczonej w postaci wyników finansowych klubu oraz frekwencji. A przy tym strony nie wykazały żadnych konkretnych i weryfikowalnych efektów działań. Nie przedstawili logicznego wywodu/zestawienia łączącego wynik pracy ubezpieczonej z wynikiem finansowym. Należy też podkreślić, że ubezpieczona nie dostała żadnych narzędzi do pracy, nie otrzymała telefonu, komputera, wizytówek, nie stworzono dla niej służbowego adresu mailowego, ani miejsca pracy. Sąd Apelacyjny zwrócił nadto uwagę, że z twierdzeń ubezpieczonej wynikało, że w celu realizacji powierzonych jej obowiązków wyjeżdżała w podróże służbowe do W. oraz Z., a przy tym nie otrzymywała diet za podróże służbowe, ani zwrotu kosztów noclegów poza miejscem zamieszkania. Z powyższego wynika, że ewentualne obowiązki ubezpieczonej nie były wykonywane na ryzyko pracodawcy i przy pomocy materialnych środków pracodawcy, co jest cechą charakterystyczną stosunku pracy, a przy tym taki stan rzeczy dodatkowo potwierdza argument, że wszystkie ewentualne czynności wykonywane na rzecz i w interesie płatników, miały charakter przysługi i pomocy, wynikającej ze ścisłych relacji towarzysko-biznesowych. Co więcej, materiał dowodowy sprawy, a w szczególności osobowy, nie pozwala nawet na odtworzenie zakresu obowiązków ubezpieczonej. Nazwa

stanowiska pracy nie jest spójna z zakresem czynności opisywanych przez ubezpieczoną i świadków, a przy tym co do zakresu tych czynności, również istnieją tyle wersji, ile razy zeznawali świadkowie i ubezpieczona.

Sąd Apelacyjny dostrzega przy tym, że w aktualnych realiach rynku pracy nastąpiło wyraźne przesunięcie oczekiwań pracodawców, którzy doceniają samodzielność pracowników i efektywność świadczonej przez nich pracy, jednak w realiach niniejszej sprawy zaakcentować należy, że opisany przez ubezpieczoną i płatnika model realizacji obowiązków pracowniczych, nie odpowiadał nawet najbardziej liberalnym wymogom w zakresie legalnego stosunku pracy. Wszechstronna ocena zeznań ubezpieczonej i płatnika, w kontekście przesłanek prawnych stosunku pracy w rozumieniu art. 22 § 1 k.p. wskazywała, bowiem na nie spełnienie wymogu świadczenia przez ubezpieczoną pracy na rzecz i w interesie pracodawcy w sposób zorganizowany i podporządkowany jego kierowniczej roli, nawet w najbardziej tolerancyjnej formie.

Niezależnie od powyższego, w realiach niniejszej sprawy, w ocenie Sądu Apelacyjnego, nie można było również pominąć tego, że w przeprowadzonym zarówno przed sądem, jak i przed organem rentowym, postępowaniu dowodowym nie zostało wykazane, że ubezpieczona dysponowała jakimikolwiek osobistymi cechami, które wskazywałyby na racjonalność jej zatrudnienia za wynagrodzeniem w kwocie 7 000 zł na stanowisku menadżera ds. organizacji imprez. W szczególności, ubezpieczona nie posiadała żadnych kwalifikacji i doświadczenia, ani w zawodzie menagera w ogólności, ani tym bardziej specjalizacji w zakresie organizacji imprez. Ubezpieczona posiada tytuł licencjata uzyskany na kierunku (...) i przed podpisaniem umowy z płatnikami przez bez mała rok, od grudnia 2020 do października 2011 była zatrudniona w wymiarze 1/2 etatu jako kosmetyczka-kosmetolog; było to jedyne, wykazane zatrudnienie ubezpieczonej. W takim stanie faktycznym, płatnicy zatrudnili ubezpieczoną jako pracownika, nie posiadającą żadnego kierunkowego doświadczenia zawodowego na stanowisku menadżera, i to od razu na czas nieokreślony, za bardzo wysokim wynagrodzeniem, jakiego nie zapewniono żadnemu z pozostałych zatrudnionych, nie mówiąc już o tym, że nikt z zatrudnionych nie miał zapewnionej umowy o pracę. W ramach prowadzonego przedsięwzięcia, płatnicy w 2013 roku zatrudniali do organizacji i świadczenia usług gastronomicznych pięć osób za wynagrodzeniem po 400 zł brutto, wyłącznie na podstawie umów zlecenia. Dysproporcja jest jaskrawa i rażąca, a przy tym nie została przez płatników wyjaśniona w sposób, który by nie urągał inteligencji słuchacza, dlatego wnioski, że pracownicze zatrudnienie ubezpieczonej było zbędne, niecelowe i przede wszystkim nieracjonalne, był niewątpliwy. Sąd Apelacyjny rozważył argument, że celem zatrudnienia ubezpieczonej miało być odciążenie w obowiązkach wspólnika I. K. (2), który zajmował się sprawami rozrywkowymi klubu, niemniej należy podkreślić, że w trakcie prawie 4-letniej nieobecności ubezpieczonej nikt nie został na jej miejsce zatrudniony, chociażby na zastępstwo. Płatnik T. O., zeznając przed sądem tłumaczył, że jak ubezpieczona przeszła na zwolnienie lekarskie, to jej obowiązki przejął drugi wspólnik I. K. (2). Stąd prosty wniosek, że zatrudnienie ubezpieczonej jako menagera ds. organizacji imprez na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony, z punktu widzenia interesu płatnika było całkowicie zbędne. Co więcej, T. O. zeznał, że po skorzystaniu przez ubezpieczoną ze zwolnień lekarskich nie było już ich stać na menagera. Jest to zrozumiałe, jeśli wziąć pod uwagę, że obowiązkiem płatnika było comiesięczne opłacanie składek od kwoty 7 000 zł, podczas gdy we wcześniejszym okresie to obciążenie przejął Fundusz Ubezpieczeń Społecznych, wypłacając ubezpieczonej zasiłki związane z ciążą i macierzyństwem.

W przekonaniu Sądu Apelacyjnego, co znajduje uzasadnienie w utrwalonym orzecznictwie, ale przede wszystkim w zdrowym rozsądku, racjonalny pracodawca tworzy miejsca pracy, gdy istnieje ku temu rzeczowa i realna potrzeba, uzasadniona przesłankami ekonomicznymi i organizacyjnymi. U źródła każdej umowy o pracę stoi konieczność pozyskania pracownika do wykonywania prac określonych przedmiotem działalności gospodarczej pracodawcy i niezbędnych. Pracodawca kieruje się własną potrzebą gospodarczą oraz wynikiem finansowym, i przy prawidłowym, ważnym stosunku pracy wyłącznie ta potrzeba jest sprawczym czynnikiem zatrudnienia. Społeczno-gospodarczym przeznaczeniem umowy o pracę jest, jest bowiem stricte realizacja obowiązków pracowniczych w interesie i na korzyść pracodawcy, natomiast nie jest legalnym przeznaczeniem stosunku pracy wykreowanie tytułu ubezpieczenia społecznego. W orzecznictwie Sądu Najwyższego wielokrotnie stwierdzano, że racjonalność i potrzeba zatrudnienia pracownika są przesłankami istotnymi dla oceny ważności zawartej umowy. W sprawie, zgodnie z treścią umowy, ubezpieczona została zatrudniona w pełnym wymiarze czasu pracy. Nie zostało jednak wykazane, że powierzone

zainteresowanej zadania wymagały tak znacznego nakładu czasu pracy i uzasadniały zatrudnienie jej w pełnym wymiarze czasu pracy za wynagrodzeniem 7000 zł brutto, tym bardziej że nie była rozliczana, ani z czasu pracy, ani z wykonanych zadań. Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę, że strony wskazały, że od lutego 2018 r. ubezpieczona wróciła do pracy, jednak warunki umowy zostały znacząco zmienione, ponieważ ubezpieczona miała pracować w wymiarze 1/2 etatu, i także w tym przypadku płatnik nie wyjaśnił przekonująco, dlaczego doszło do takiej zmiany. Natomiast ubezpieczona przyznała, że miała podobne obowiązki i była na etapie stworzenia „czegoś fajnego” w klubie.

W opisanych okolicznościach sprawy i przez wzgląd na prawidłowe ustalenia Sądu Okręgowego, Sąd Apelacyjny nie miał wątpliwości, że strony nawiązały fikcyjny stosunek pracy, stwarzając szereg formalnych i faktycznych pozorów jego realizacji, zaś jedynym zamiarem stron było włączenie ubezpieczonej do systemu ubezpieczeń społecznych, jako pracownika z wysoką podstawą wymiaru składki, w celu stworzenia możliwości uzyskania odpowiednio wysokich świadczeń z ubezpieczenia społecznego, związanych z ciążą i macierzyństwem.

Sąd Apelacyjny nie miał także wątpliwości, że zebrany w sprawie materiał dowodowy prowadził do jednoznacznego wniosku, że umowa o pracę została podpisana w dniu, w którym ubezpieczona wiedziała, że jest w ciąży i w związku z tym, w niedługim okresie od jego podpisania umowy, będzie mogła skorzystać ze świadczeń związanych z ciążą i macierzyństwem. Sąd nie dał wiary zeznaniom ubezpieczonej, że o ciąży dowiedziała się już po podjęciu zatrudnienia. Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę, że wprawdzie ubezpieczona przedłożyła wynik badania USG oraz kartę ciąży, z której wynikało, że pierwsze badanie wykonano dopiero 5 sierpnia 2013 r., ale odnotowano wówczas siódmy tydzień ciąży. Przy czym była to druga ciąża ubezpieczonej. Sąd Apelacyjny nie miał wątpliwości, że ubezpieczona jako doświadczona matka, a przy tym profesjonalnie wykształcona, ukończyła bowiem Wyższą Szkołę (...), (...) (...), miała wiedzę i świadomość co do możliwości zajścia w ciążę, jak też symptomów ciąży. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, w tej kwestii zbędne był dowód z opinii biegłego sądowego lekarza specjalisty na okoliczność wykazania, czy ubezpieczona miała podstawy do tego, aby podejrzewać u siebie ciążę. Symptomy ciąży są oczywiste i nie jest to wiedza specjalistyczna. Natomiast to, czy ubezpieczona o ciąży wiedziała, jest kwestią oceny przez sąd wyjaśnień ubezpieczonej i okoliczności towarzyszących tym wyjaśnieniom, a biegły nie jest umocowany do wyręczania sądu w zakresie ustaleń (o ile nie ma konieczności posiadania wiedzy specjalistycznej). I wreszcie należy podkreślić, że sam fakt, czy w trakcie podpisywania umowy z płatnikiem ubezpieczona miała świadomość tego, że była w ciąży nie decydował o rozstrzygnięciu w sprawie, ale był jedną z wielu opisanych wyżej okoliczności, wpływających na ocenę prawną co do realnego istnienia umowy o pracę. Nawet gdyby podpisała umowę nie będąc w ciąży, to i tak okoliczności związane z realizacją podpisanej umowy o pracę wskazują, że realnie tej umowy nie świadczyła. Należy bowiem podkreślić, że podjęcie pracy w celu uzyskania świadczenia z tego tytułu jest dopuszczalne i nie świadczy samo w sobie o intencji obejścia prawa, czy też o nieważności umowy. Oczywistym jest bowiem, że każdy może korzystać z uprawnień gwarantowanych przepisami prawa, jednak musi to czynić z poszanowaniem prawa. Sąd Apelacyjny stanowczo nie zgadza się z twierdzeniem, że dążenie do uzyskania wysokich świadczeń z zabezpieczenia społecznego przez kobietę w ciąży może stanowić jedyny motyw uprzedniego zgłoszenia się kobiety w ciąży do ubezpieczenia społecznego. Tego rodzaju podejście do systemu świadczeń publicznych przeczy zasadzie solidaryzmu ubezpieczonych i prowadzi do nadmiernego uprzywilejowania wąskiej grupy szczególnie zaradnych beneficjentów, którzy uzyskują rażąco wysokie świadczenia przy niewspółmiernym, w zasadzie znikomym własnym wkładzie w funkcjonowanie tego systemu. Dzieje się to kosztem pozostałych udziałowców systemu, którzy uczciwie pracują przez długie lata i z tego tytułu odprowadzają składki. W tym kontekście należy też zauważyć, że zawarcie umowy o pracę i jej realizacja muszą odpowiadać ww. ustawowym kryteriom tej umowy, bowiem właśnie przez te kryteria jest definiowana istota umowy o pracę. Natomiast zgłoszenie do ubezpieczenia społecznego i podleganie ubezpieczeniom są pochodne w stosunku do zawartej i realizowanej umowy. Bez umowy o pracę nie byłoby podstaw do ubezpieczenia. Zatem jeżeli umowa o pracę, mimo zgłoszenia do ubezpieczenia jest wykonywana w taki sposób, że nie realizuje ustawowych przesłanek, czyli nie realizuje się co do istoty, to nie można mówić o legalnym istnieniu umowy o pracę, a to oznacza że nie ma formalnoprawnych podstaw do objęcia ubezpieczeniem społecznym. Przy takim rozumieniu istoty umowy o pracę nie można więc legalnie wywodzić, że celem tego rodzaju umowy może być już tylko objęcie ciężarnej ubezpieczeniem społecznym. Ubezpieczenie społeczne, w tym kobiet w ciąży przysługuje nie tym podmiotom, które kreują doraźne podstawy faktyczno-prawne tylko po to, by przy znikomym nakładzie własnym na system ubezpieczenia społecznego

pozyskać rażąco nadmierne korzyści, lecz tym podmiotom które dysponują realnym tytułem ubezpieczenia, w związku z którym systematycznie i sumiennie opłacają składki, czyli w istocie budują ten system, a nie tylko konsumują.

Mając to na uwadze Sąd Apelacyjny w pełni podzielił dokonaną przez Sąd Okręgowy ocenę zeznań ubezpieczonej, płatników i świadków oraz przedłożonych przez ubezpieczoną dokumentów uznając, że zaofiarowany materiał dowodowy nie potwierdził, że ubezpieczona pozostawała w stosunku pracy - rodzącym obowiązek objęcia jej obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi - w okresie wskazanym w zaskarżonej decyzji. W ocenie Sądu Apelacyjnego zebrany w sprawie materiał dowodowy, wbrew zamierzeniom ubezpieczonej wskazuje, że zamiarem stron umowy z 1 lipca 2013 r. nie było nawiązanie stosunku pracy, lecz skonstruowanie dla ubezpieczonej jak najkorzystniejszych warunków, określających jej status jako pracownika, w celu uzyskania świadczeń z ubezpieczenia społecznego

Odnosnie zarzutu pominięcia przez Sąd Okręgowy protokołu kontroli z 11 marca 2014 r. zauważyć należy, że z protokołu tego, wbrew zarzutom skarżącej nie wynikało, że w toku kontroli nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości. W treści protokołu przytoczono jedynie ustalenia poczynione w toku kontroli, w tym przytoczono treść zeznań przesłuchanych osób. Treść protokołu nie miała dla stron żadnego waloru przesądzającego i nie było żadnych podstaw formalnych, by strony pozostawały w takim przekonaniu.

Sąd Apelacyjny nie znajduje podstaw do zastosowania w niniejszej sprawie zasady słuszności, określonej w art. 102 k.p.c., który stanowi, że wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. W postanowieniu z 7 grudnia 2011 r., II PZ 34/11 Sąd Najwyższy wskazał, że urzeczywistniający zasadę słuszności art. 102 k.p.c. stanowi wyjątek od zasady odpowiedzialności za wynik sporu, a zatem nie podlega wykładni rozszerzającej i związany jest z obowiązkiem strony podania okoliczności zezwalających na przyjęcie, że zachodzi wypadek szczególnie uzasadniony. Zatem odstąpienie od obciążania strony przegrywającej sprawę kosztami procesu poniesionymi przez jej przeciwnika procesowego jest możliwe jedynie w wypadkach szczególnie uzasadnionych, przekonujących o tym, że w danym przypadku takie obciążenie byłoby niesłuszne, niesprawiedliwe. W ugruntowanym już orzecznictwie wskazuje się, że do kręgu wypadków szczególnie uzasadnionych należą, zarówno okoliczności związane z samym przebiegiem procesu, jak i leżące na zewnątrz. Do pierwszych zaliczane są sytuacje wynikające z charakteru żądania poddanego rozstrzygnięciu, jego znaczenia dla strony, subiektywne przekonanie strony o zasadności roszczeń, przedawnienie, prekluzja. Drugie natomiast wyznacza sytuacja majątkowa i życiowa strony, z tym zastrzeżeniem, że niewystarczające jest powoływanie się jedynie na trudną sytuację majątkową, nawet jeśli była podstawą zwolnienia od kosztów sądowych, a nawet ustanowienia pełnomocnika z urzędu (post. SN z 5.12.2012 r., I CZ 155/12, post. SN z 1.12.2011 r., I CZ 26/11). Samo tylko niezadowolenie skarżącej z faktu obciążenia jej obowiązkiem finansowym w sprawie nie mogło przekreślać naturalnych konsekwencji wynikłych z przegrania sporu. Ubezpieczona nie wykazała, że jej sytuacja majątkowa nie pozwala na uiszczenie kosztów procesu. Również charakter sprawy nie uzasadniał zastosowania omawianej zasady, skoro organ rentowy w wydanej decyzji, jak i w odpowiedzi na odwołanie wyjaśnił ubezpieczonej, reprezentowanej przez profesjonalnego pełnomocnika, podstawy nieuwzględnienia jej stanowiska, a wyrok Sądu Okręgowego potwierdził zasadność decyzji z 4 sierpnia 2017 r. W sprawie nie można pomijać i tej okoliczności, że to strony ułożyły tak swoją relację prawną, że wzbudziła podejrzenie organu i doprowadziła do wydania spornej decyzji, a przy tym postępowanie odwołującej, w okolicznościach sprawy zostało ocenione negatywnie, jako zmierzające do uzyskania nienależnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Przy tym wszystkim, zasądzona od ubezpieczonej na rzecz organu o kwota, została ustalona w stawce minimalnej.

Wobec powyższego Sąd Apelacyjny uznał, że zaskarżony wyrok Sądu I instancji, a także poprzedzająca decyzja organu rentowego, odpowiadają prawu, zatem apelacja odwołującej została oddalona na podstawie art. 385 k.p.c. O kosztach zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym, kierując się zasadą odpowiedzialności za wynik sprawy, rozstrzygnięto w oparciu o dyspozycję art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z art. 98 § 1 i 3 k.p.c. i art. 99 k.p.c., ustalając wysokość wynagrodzenia pełnomocnika powódki w tym postępowaniu w stawce minimalnej, stosownie do treści 9 ust. 2 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (tj. Dz.U. z 2018 r. poz. 265). Sąd Apelacyjny nie dopatrywał się okoliczności, przemawiających za

ewentualnym zastosowaniem w stosunku do odwołującej art. 102 k.p.c., ponieważ po pierwsze nakład pracy w sprawie był bardzo duży, po drugie, już tylko charakter roszczenia i przekonanie ubezpieczonej o zasadności roszczenia nie były w tym przypadku wystarczające do odstąpienia od obciążenia jej kosztami procesu, skoro znając treść uzasadnienia zaskarżonego wyroku, podjęła decyzję o wniesieniu apelacji i kontynuowaniu procesu, a w konsekwencji przyjęła na siebie ryzyko wynikające z ewentualnego przegrania sprawy.

Beata Górka	Jolanta Hawryszko	Urszula Iwanowska