

Sygn. akt III AUa 286/20

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 sierpnia 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w składzie:

Przewodnicząca – sędzia: Urszula Iwanowska (spr.)

Sędziowie: Barbara Białecka

Beata Górską

po rozpoznaniu w dniu 26 sierpnia 2020 r., w S. na posiedzeniu niejawnym

sprawy z odwołania B. W. i D. K.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w G.

o ustalenie podlegania ubezpieczeniom społecznym

na skutek apelacji organu rentowego od wyroku Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim VI Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 16 czerwca 2020 r., sygn. akt VI U 859/19

I. zmienia zaskarżony wyrok i oddala odwołania oraz zasądza od D. K. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w G. kwotę 180 (sto osiemdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu przed Sądem Okręgowym i odstępuje od obciążenia tymi kosztami B. W.;

II. zasądza od D. K. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w G. kwotę 240 (dwieście czterdzieści) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym i odstępuje od obciążenia tymi kosztami B. W..

Barbara Białecka Urszula Iwanowska Beata Górską

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 25 lipca 2019 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. ustalił, że B. W. nie pociągała ubezpieczeniu społecznemu pracowników od dnia 1 lutego 2019 r. u płatnika składek D. K. wskazując, że w wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych ustalił, iż umowa o pracę zawarta z ubezpieczoną B. W. przez płatnika składek D. K. była bezwzględnie nieważna, bowiem została zawarta dla pozorów. Zdaniem organu rentowego celem stron nie była realizacja zawartej umowy o pracę, ale uzyskanie przez B. W. świadczeń z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

W odwołaniu od powyższej decyzji B. W. i D. K. wniosły o jej zmianę i ustalenie, że B. W. podlegała ubezpieczeniu społecznemu pracowników z tytułu zatrudnienia u D. K. wskazując, że ubezpieczona wykonywała prace na rzecz D. K. przygotowując szkolenia, które prowadziła jej pracodawczyni. Dalej odwołujące się wskazały, że praca była wykonywana w G., gdzie zamieszkuje mama ubezpieczonej, a nadto były plany otwarcia placówki kosmetycznej w P. pod jej kierownictwem. Skarżące podkreśliły, że zawarta w dniu 1 lutego 2019 r. umowa była realizowana, a w dniu jej zawarcia strony nie miały wiedzy o chorobie ubezpieczonej.

W odpowiedzi na odwołania organ rentowy wniósł o ich oddalenie podtrzymując argumentację przytoczoną w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Wyrokiem z dnia 16 czerwca 2020 r. Sąd Okręgowy w Gorzowie Wielkopolskim VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń zmienił zaskarżoną decyzję i ustalił, że B. W. jako pracownik D. K. podlegała obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowemu, chorobowemu i wypadkowemu od 1 lutego 2019 r. (punkt I) oraz zasądził od pozwanego na rzecz B. W. kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (punkt II).

Powyższe orzeczenie Sąd Okręgowy oparł o następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

Organ rentowy przeprowadził kontrolę u płatnika składek D. K. w maju 2019 r. Kontroli poddano prawidłowość zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych B. W.. O zakończeniu kontroli płatnik składek i ubezpieczona zostali powiadomieni w dniu 8 lipca 2019 r. Na podstawie ustaleń pokontrolnych organ rentowy wydał zaskarżoną decyzję.

Płatnik składek D. K. rozpoczęła działalność gospodarczą w dniu 25 stycznia 2016 r. Polegała ona na świadczeniu usług i szkoleń z zakresu kosmetyologii. Zatrudniała B. W. na stanowisku kosmetyczki na czas określony od 1 lutego 2019 r. do 31 grudnia 2020 r., jej wynagrodzenie za pracę ustalono w stawce 4.928,00 zł brutto miesięcznie. Strony umowy poznały się podczas szkolenia prowadzonego przez płatnika składek. Płatnik potrzebowała osoby mogącej prowadzić punkt kosmetyczny w G. z uwagi na częste wyjazdy szkoleniowe. Ubezpieczona mogła podjąć pracę w G. z uwagi na to, że mieszka tu jej matka. Wnioskodawczyni posiada także lokal w P., w którym w przyszłości miał być prowadzony punkt kosmetyczny. Przed zawarciem umowy ubezpieczona przeszła badania lekarskie i szkolenie BHP. Po zawarciu umowy o pracę ubezpieczona pracowała w salonie kosmetycznym w G. przy ulicy (...). Przygotowywała szkolenia tj. sprzątała gabinet, przygotowywała materiały szkoleniowe, zamawiała catering, przygotowywała certyfikaty dla uczestników szkoleń. Wykonywała też zabiegi kosmetyczne. O chorobie ubezpieczona dowiedziała się w trakcie zatrudnienia. Od dnia 13 marca 2019 r. wnioskodawczyni była niezdolna do pracy z powodu choroby. Płatnik składek w miejsce ubezpieczonej nikogo nie zatrudniła. Jej działalność gospodarcza w 2019 r. przyniosła stratę ok. 13 tysięcy złotych.

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego oraz na podstawie przepisów prawa niżej powołanych Sąd Okręgowy uznał, że odwołania zasługiwały na uwzględnienie.

Sąd pierwszej instancji podniósł, że zasady podlegania ubezpieczeniu społecznemu reguluje ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych (powoływana dalej jako: ustawa systemowa). Wskazuje ona w art. 6 ust 1 pkt. 1, że: obowiązkowo ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu podlegają osoby fizyczne, które są na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej pracownikami. Przepis art. 8 ust. 1 ustawy systemowej precyzuje, że: za pracownika uważa się osobę pozostającą w stosunku pracy.

Następnie Sąd Okręgowy wyjaśnił, że oczywistym jest, iż o uznaniu danego stosunku prawnego za stosunek pracy nie decyduje treść zawartej umowy, ale sposób jej realizacji przez strony. Tylko bowiem wówczas, gdy realizacja danej umowy potwierdza konstytutywne cechy danego stosunku prawnego, można mówić o statusie pracownika, zleceniobiorcy czy wykonawcy umowy o dzieło.

Sąd meriti podkreślił, że odnośnie stosunku pracy decyduje treść stosunku prawnego, który zgodnie z art. 22 Kodeksu pracy, ma następujące cechy: wykonywanie pracy na rzecz pracodawcy w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę oraz pod jego kierownictwem, w zamian za wynagrodzenie za pracę.

Sąd pierwszej instancji miał na uwadze, że organ rentowy uznał umowę o pracę z dnia 31 stycznia 2019 r. za zawartą dla pozorów. Zgodnie zaś z art. 83 § 1 k.c. 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. Odnośnie tego ustalenia sąd meriti wskazał na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 marca 2014 r., II UK 374/13, gdzie stwierdzono: czynność prawna nie może jednocześnie zmierzać do obejścia prawa (art. 58 § 1 k.c.) oraz być dokonana dla pozorów (art. 83 § 1 k.c.), zaś jeżeli umowa jest przez strony faktycznie wykonywana,

nie można mówić o jej pozorności, powyższe jednak nie tylko nie wyklucza możliwości badania, czy zawarcie umowy nie zmierzało do obejścia prawa, ale jest w pełni uprawnione, gdy się zważy ustalone w sprawie okoliczności.

Dalej sąd pierwszej instancji podniósł, że organ rentowy stwierdził, iż mając na uwadze okoliczności zawarcia spornej umowy o pracę należało uznać, że jej zawarcie miało na celu uzyskanie świadczeń z ubezpieczenia społecznego, a nie faktyczne wykonywanie pracy przez skarżącą. Z kolei, strony umowy twierdziły, że umowa była realizowana i powinna skutkować podleganiem przez pracownika ubezpieczeniom społecznym.

Sąd Okręgowy zwrócił uwagę na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 stycznia 2009 r., I UK 261/09, o treści: gdy umowa jest przez strony wykonywana, nie może być mowy o pozorności, co jednak nie wyklucza możliwości badania, czy zawarcie umowy nie zmierzało do obejścia prawa (LEX nr 577825).

W ocenie sądu meriti umowa o pracę zawarta 31 stycznia 2019 r. była realizowana w sposób odpowiadający cechom stosunku pracy, czyli ubezpieczona B. W. była podporządkowana płatnikowi składek D. K. wykonując jej polecenia i świadcząc prace w miejscu oraz w czasie przez nią wskazanym. Należało zatem uznać, iż umowa o pracę była realizowana. Świadczą o tym listy obecności, których autentyczności strony nie podważały. Dlatego Sąd uznał je za w pełni wiarygodne. Dowody z dokumentów potwierdzały zeznania stron. Wynikało z nich, że B. W. faktycznie wykonywała powierzone jej obowiązki pod kierownictwem D. K., a ta wypłacała jej wynagrodzenie. Brak było zatem przesłanek do uznania umowy za zawartą dla pozorów i dlatego nieważną.

Dalej Sąd Okręgowy podniósł, że zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 14 listopada 2012 r., I UK 247/12, przepis art. 83 k.c. i art. 58 § 1 k.c. stanowią odrębne, samodzielne i wykluczające się wzajemnie podstawy nieważności czynności prawnej. Czynność pozorna jest zawsze nieważna. Niekiedy ważna może być w świetle art. 83 § 1 zdanie drugie k.c. czynność ukryta. Dopiero wówczas jest możliwe badanie jej treści i celu w świetle kryteriów wyrażonych w art. 58 k.c. Nie jest więc możliwe obejście prawa poprzez dokonanie czynności prawnej pozornej. Z kolei, w myśl tej linii judykatury umowa o pracę z dnia 31 stycznia 2019 r. podlegała ocenie w kontekście art. 58 k.c., który stanowi, że:

§ 1. Czynność prawna sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, w szczególności ten, iż na miejsce nieważnych postanowień czynności prawnej wchodzi odpowiednie przepisy ustawy.

§ 2. Nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współzycia społecznego.

§ 3. Jeżeli nieważnością jest dotknięta tylko część czynności prawnej, czynność pozostaje w mocy co do pozostałych części, chyba że z okoliczności wynika, iż bez postanowień dotkniętych nieważnością czynność nie zostałaby dokonana.

Jednocześnie sąd pierwszej instancji zwrócił uwagę, że w judykaturze zamiar obejścia prawa jest rozumiany jako czynność, która wprawdzie nie jest objęta zakazem prawnym, ale zostaje przedsięwzięta dla osiągnięcia skutku zakazanego przez prawo. Z punktu widzenia formalnego umowa taka ma cechy niesprzeciwiające się ustawie, gdyż jej treść nie zawiera elementów wprost zabronionych przez prawo, ale zmierza do obejścia przepisów prawa.

W ocenie tego Sądu w spornej umowie o pracę nie sposób doszukać się zamiaru obejścia prawa, czy też naruszenia zasad współzycia społecznego polegających na wymogu uczciwości w stosunkach społecznych. Przede wszystkim argumenty użyte przez organ rentowy do wykazania jej nieważności okazały się niewystarczające. W zaskarżonej decyzji wskazano na następujące okoliczności mające świadczyć o nieważności umowy o pracę zawartej przez strony:

1. brak dowodów na świadczenie pracy przez ubezpieczoną (brak wiadomości tekstowych, wizytówek, czy wykazu wizyt);
2. stanowisko kosmetyczki nie istniało przez zatrudnieniem ubezpieczonej, nie było potrzeby jego utworzenia i nie zostało obsadzone po jej udaniu się na zwolnienia lekarskie;
3. wynagrodzenie ustalone w umowie o pracę nie miało uzasadnienia w dochodach firmy;

4. ubezpieczona podlegała ubezpieczeniu chorobowemu do 31 lipca 2018 r. i tylko jej zatrudnienie otwierało możliwość uzyskania przed nią świadczeń z ubezpieczenia chorobowego.

W odpowiedzi na powyższe, sąd pierwszej instancji wskazał, że okoliczności wskazane w pkt. 1 i 2 w żaden sposób nie mogły świadczyć o nieważności umowy. W ocenie tego Sądu dokumenty w postaci list obecności jednoznacznie wskazywały na świadczenie pracy przez ubezpieczoną, a ich moc dowodowa w połączeniu z zeznaniami stron była wysoka. Dowodom tym Sąd dał wiarę, albowiem autentyczności dokumentów strony nie kwestionowały, a zeznania stron znajdowały w nich potwierdzenie.

Argument o braku potrzeby utworzenia stanowiska kosmetyczki zdaniem sądu meriti nie był trafny, albowiem płatnik składek D. K. w sposób logiczny uzasadniła potrzebę jego utworzenia. Wnioskodawczyni jej zeznania potwierdziła. Wynikało z nich, że płatnik uzyskała uprawnienia do prowadzenia szkoleń z zakresu kosmetyczki i zamierzała rozszerzyć swoją działalność w zakresie szkoleń nie tylko w Polsce, ale i za granicą. Ubezpieczona, z racji kwalifikacji w zakresie kosmetyczki oraz wykonywania wcześniej pracy kosmetyczki miała kwalifikacje i doświadczenie w tym zakresie. Płatnik o tym wiedziała i dlatego zdecydowała się na współpracę. Jak zeznały strony zdecydowały się na umowę o pracę na czas określony, która im odpowiadała.

Odnosnie wysokość wynagrodzenia wynoszącej 4.928,00 zł miesięcznie nie była ona, w ocenie tego Sądu wygórowana, zważywszy na doświadczenie zawodowe i wykształcenie ubezpieczonej. Dochody firmy płatnika pozwalały na ustalenie go w tej wysokości, jeśli zważyć, iż obracał on dziesiątkami tysięcy złotych rocznie.

Zaś odnosząc się do kwestii choroby ubezpieczonej Sąd Okręgowy przede wszystkim uznał, że zawierając umowę o pracę płatnik składek nie wiedziała o chorobie wnioskodawczyni. Potwierdziła to skarżąca zeznając, że o chorobie dowiedziała się w połowie lutego 2019 r. kiedy przyszły wyniki badania cytologicznego piersi. Sąd dał tym zeznaniom wiarę, ponieważ wzajemnie się uzupełniały. Organ rentowy nie zdołał tej wersji podważyć. W dniu 1 lutego 2019 r. nie było żadnych przesłanek, aby uznać, iż choroba wnioskodawczyni może być poważna.

Podsumowując te rozważania sąd pierwszej instancji uznał, że nie występowały jakiegokolwiek przesłanki do uznania zatrudnienia ubezpieczonej u płatnika składek za podjęte dla pozorów, zmierzające do obejścia prawa lub naruszające zasady współżycia społecznego. Organ rentowy zgodnie z zasadą zawartą w art. 232 k.p.c. miał obowiązek wykazania okoliczności, z których wywodzi skutki prawne. Skoro tego nie uczynił, to decyzja nie mogła się ostać.

Dlatego na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. sąd pierwszej instancji orzekł jak w pkt. I sentencji wyroku.

Ponadto sąd ten orzekł o kosztach procesu w oparciu o art. 98 § 1 k.p.c. zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu.

Z powyższym wyrokiem Sądu Okręgowego w Gorzowie Wielkopolskim w całości nie zgodził się Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który w wywiedzionej apelacji zarzucił mu:

1. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 6 k.c. przez jego błędną wykładnię i bezzasadne przyjęcie, że ciężar udowodnienia faktu i okoliczności, dotyczących istnienia spornego stosunku prawnego, będącego tytułem ubezpieczenia, spoczywa na organie rentowym w sytuacji, gdy przedmiotowy, normatywny obowiązek dowodzenia jest w niniejszej sprawie po stronie odwołującej, ubezpieczonej;

2. naruszenie przepisów prawa procesowego, tj.:

1) art. 232 zd. 1 k.p.c. przez jego błędną wykładnię i bezzasadne przyjęcie, że ciężar udowodnienia faktu i okoliczności, dotyczących istnienia spornego stosunku prawnego, będącego tytułem ubezpieczenia spoczywa na organie rentowym w sytuacji, gdy przedmiotowy, normatywny obowiązek dowodzenia jest w niniejszej sprawie po stronie odwołującej, ubezpieczonej, która powyższym wymogom nie sprostała wobec jej zaniechań dowodowych;

2) pominięcie zasady kontrydiktoryjności, znajdującej wyraz w art. 232 zd. 1 k.p.c. i określającej, że to na stronie odwołującej, ubezpieczonej spoczywa ciężar wykazania okoliczności, dotyczących istnienia spornego stosunku prawnego, będącego tytułem ubezpieczenia;

3) art. 227, art. 233 § 1 i art. 327¹ pkt. 1 k.p.c. polegające na dowolnej, a nie swobodnej ocenie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w wyniku błędnego uwzględnienia odwołania w sytuacji, gdy takich podstaw nie było, w tym zakresie:

a) oparcie rozstrzygnięcia na zeznaniach ubezpieczonej i płatnika oraz bezzasadne przyjęcie, że zatrudnienie ubezpieczonej znajdowało uzasadnienie podczas, gdy przed zatrudnieniem odwołującej oraz po powstaniu niezdolności do pracy płatnik nie zatrudnił innego pracownika, a w konsekwencji obowiązki wyżej wymienionej wykonywał płatnik,

b) pominięcie treści odwołania płatnika z dnia 19 sierpnia 2019 r. i przyznanych tam bezspornych okoliczności, polegających na: osiągnięciu przez płatnika straty na działalności w 2019 r., posiadania zadłużenia z tytułu składek ZUS oraz braku pracownika zatrudnionego na zastępstwo,

c) pominięcie okoliczności, dotyczącej momentu powzięcia przez ubezpieczoną wiedzy o chorobie, w tym zakresie pominięcie treści dokumentacji medycznej, w szczególności w postaci:

- pisma (...) (...) z datą wydania 4 lutego 2019 r., wskazującego na datę i godzinę pobrania i przyjęcia materiału odpowiednio: 26 stycznia 2019 r., 00:00, 29 stycznia 2019 r., 09:48,

- pisma (...) (...) w P. z dnia 18 lutego 2019 r., wskazującego datę wykonania badania: 15 lutego 2019 r. z wynikiem badania immunohistochemicznego,

- pisma (...) (...) w P., zwanego dalej: „(...)” z dnia 21 marca 2019 r. z rozpoznaniem raka inwazyjnego oraz raka przewodowego z przerzutem raka w węzle pachy;

d) pominięcie okoliczności, dotyczącej faktycznego miejsca zamieszkania ubezpieczonej w spornym okresie, tj. pod adresem: (...), (...)-(...) P., tym zakresie pominięcie treści następującej dokumentacji:

- karty informacyjnej z leczenia szpitalnego (...) z dnia 19 marca 2019 r.,

- pisma procesowego pełnomocnika ubezpieczonej z dnia 28 listopada 2019 r., potwierdzającego w pkt. 4 tego pisma faktyczne miejsca zamieszkania ubezpieczonej, tj.: ul. (...), (...)-(...) P.;

e) pominięcie bezspornej okoliczności, że w styczniu 2019 r., tj. w dacie pobrania materiału do badania, ubezpieczona była w zatrudnieniu w firmie (...) s.c. z tytułu umowy zlecenia bez ubezpieczenia chorobowego;

f) pominięcie bezspornej okoliczności, dotyczącej braku zatrudnienia w miejsce ubezpieczonej innego pracownika na zastępstwo;

g) pominięcie, że strona odwołująca nie przedłożyła jakichkolwiek dowodów, w tym dokumentów, potwierdzających rodzaj czynności bądź rezultat pracy wykonywanej przez ubezpieczoną w spornym okresie;

h) pominięcie, że miejsce zamieszkania ubezpieczonej od jej miejsca pracy jest odległe o około 160 km;

i) oparcie zaskarżonego wyroku na „listach obecności” oraz subiektywnych zeznaniach płatnika i ubezpieczonej, mającej wyłączny interes w korzystnym dla siebie rozstrzygnięciu, tj. pozyskaniu świadczeń z ubezpieczenia chorobowego;

j) bezzasadne i bezpodstawne zważenie, że płatnik obracał dziesiątkami tysięcy złotych rocznie i miał dochody, uzasadniające wysokość wynagrodzenia ubezpieczonej;

k) ponadto nie wskazanie w podstawie faktycznej wyroku i zważeniach w/w. dowodów, którym odmówił wiarygodności i mocy dowodowej, które to w/w. uchybienia miały istotny wpływ na wynik sprawy.

Mając na uwadze powyższe zarzuty apelujący wniósł o:

- zmianę zaskarżonego wyroku w całości i oddalenie odwołania

ewentualnie:

- uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu do ponownego jej rozpoznania,

- zasądzenie zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje według norm przepisanych.

W uzasadnieniu skarżący między innymi podniósł, że sąd pierwszej instancji w zakresie formalnoprawnym wadliwie określił zasadę rozkładu ciężaru dowodu w wyniku błędnej wykładni przepisów art. 6 k.c. i art. 232 zd. 1 k.p.c. Zdaniem apelującego Sąd bezzasadnie przyjął, że ciężar dowodzenia w niniejszej sprawie spoczywał na organie rentowym. Przedmiotowa konkluzja Sądu pomija aktualną linię orzecznictwa, zgodnie z którą to na odwołującej (ubezpieczonej) spoczywa ciężar wykazania, że strony zawierając kwestionowaną umowę o pracę miały zamiar wykonywać obowiązki stron stosunku pracy i faktycznie to czyniły, ponieważ to ona z powyższego faktu wywodzi skutek prawny w postaci podlegania z tego tytułu obowiązkowym pracowniczym ubezpieczeniom społecznym (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 lutego 2008 r., II UK 122/07). Wobec powyższego, zdaniem apelującego, strona przeciwna - ubezpieczona nie sprostала wymogom formalnym i nie dowiodła, że strony miały zamiar realizacji i kontynuacji stosunku pracy. Zarówno w złożonych odwołaniach, jak i w toku procesu, ubezpieczona nie zaoferowała miarodajnych dowodów, wskazujących na rzeczywisty cel podjęcia spornego zatrudnienia, tj. wykonywanie pracy w ciągłości spornego zatrudnienia, poza własnymi, subiektywnymi zeznaniami i zeznaniami płatnika, który w jej miejsce nie zatrudnił nikogo na zastępstwo. W tym zakresie waloru obiektywnego nie posiadają zeznania złożone przez odwołującą się.

Dalej skarżący zarzucił, że sąd meriti nie wyjaśnił istoty sprawy i okoliczności miarodajnych dla jej rozstrzygnięcia, nie podejmując jakichkolwiek działań zmierzających do weryfikacji sytuacji płatnika i rzeczywistej potrzeby zatrudnienia ubezpieczonej podyktowanej, np. pozyskaniem większej liczby klientów bądź nieobecnością lub zwolnieniem innego pracownika. Strona przeciwna nie zaoferowała jakichkolwiek dowodów, a Sąd dowolnie zważył, że cyt. „(...) płatnik obracał dziesiątkami tysięcy złotych rocznie (...)”. Nadto w ocenie organu rentowego uzasadnienie wyroku jest wewnętrznie sprzeczne, albowiem najpierw Sąd ustalił, że działalność gospodarza płatnika w 2019 r. przyniosła stratę ok. 13 tysięcy złotych, a następnie zważył, że dochody firmy płatnika pozwalały na ustalenie wysokości wynagrodzenia ubezpieczonej.

Następnie apelujący podniósł, że płatnik, prowadząc działalność gospodarczą od 01/2016 r. oprócz ubezpieczonej nie zgłaszał do ubezpieczeń społecznych żadnego pracownika. Przedmiotowa okoliczność dowodzi, że nie było i nadal nie ma potrzeby zatrudnienia pracownika w firmie płatnika. Wyżej wymieniona z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej posiada zaległości w składkach ZUS i w okresie od 01/2019 r. do 04/2019 r. poniosła stratę w wysokości ok. 13 tysięcy złotych. Co istotne, w toku postępowania sądowego ubezpieczona nie przedstawiła dowodów, potwierdzających fakt świadczenia pracy. Według apelującego zważenie Sądu, że listy obecności wskazują na świadczenia pracy jest zupełnie dowolne. Listy obecności to dokumenty, które można wytworzyć w każdym czasie. W niniejszej sprawie ubezpieczona nie przedłożyła dokumentów, np. wiadomości maili, czy powołała świadków, np. klientów korzystających z usług bądź szkoleń płatnika, mogących potwierdzić wykonywanie czynności służbowych. W tym zakresie strona przeciwna, reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika nie wykazała jakiegokolwiek inicjatywy dowodowej (art. 6 k.c.). Zdaniem organu rentowego ubezpieczona udokumentowała jedynie niezaprzeczalny fakt jej choroby, którego organ rentowy nie kwestionuje. Natomiast z pisma (...) (...) z datą wydania

4 lutego 2019 r., wynika, że materiał do badania został pobrany i przyjęty odpowiednio w dniu: 26 stycznia 2019 r., 00:00, 29 stycznia 2019 r., 09:48 w P.. Ubezpieczona była wówczas zatrudniona w firmie (...) s.c. w oparciu o umowę zlecenia bez dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, a tym samym przed zatrudnieniem u płatnika w niniejszej sprawie. Zatem w tamtym okresie zatrudnienia ubezpieczona przeprowadzała już badania pod kątem choroby i była świadoma, że jest zatrudniona bez dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Zdaniem skarżącego nie bez znaczenia jest również fakt, że wszystkie badania medyczne wykonywane były w P. oraz wcześniejsze zatrudnienia z tytułu umów o pracę czy umowy zlecenia ubezpieczonej w okresie od 1 sierpnia 2010 r. do 30 stycznia 2019 r. miało miejsce w P. lub jego okolicach, a więc w niedalekim miejscu zamieszkania ubezpieczonej, które zostało wykazane dokumentami wskazanymi w petitum niniejszej apelacji. Miejsce zamieszkania ubezpieczonej od jej miejsca pracy jest odległe o około 160 km. Zatem zawarcie spornej umowy o pracę z opcją dojazdu i brakiem wykazania przez wnioskodawczynię posiadania lokalu w P. przeczy zasadom doświadczenia życiowego i przesądza o tym, że Sąd oparł zaskarżony wyrok wyłącznie na subiektywnych zeznaniach ubezpieczonej i płatnika.

Reasumując, zdaniem apelującego celem ubezpieczonej i płatnika nie było wykonywanie pracy przez ubezpieczoną, lecz uzyskanie przez nią świadczeń z ubezpieczeń społecznych. O powyższym przesądza również fakt zawarcia umowy o pracę na czas określony, co dowodzi rzeczywistego zamiaru stron, o którym mowa powyżej.

Ponadto skarżący zarzucił, że Sąd nie wskazał w podstawie faktycznej wyroku i zważeniach dowodów, którym odmówił wiarygodności i mocy dowodowej oraz przyczyn, dla których nie podjął inicjatywy w kierunku ustalenia rzeczywistej sytuacji płatnika i potrzeby zatrudnienia odwołującej (art. 328 § 2 k.p.c.). Takiego wymogu nie spełnia wywód Sądu, że odwołanie jest zasadne, albowiem „dowody z dokumentów potwierdzały zeznania stron”, co apelujący wykazał powyżej. Przedmiotowe uchybienia miały istotny wpływ na wynik sprawy.

W odpowiedzi na apelację B. W., działając przez pełnomocnika, wniosła o jej oddalenie oraz zasądzenie kosztów postępowania odwoławczego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych w całości dzieląc ustalenia i rozważania prawne przedstawione przez Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Ubezpieczona podkreśliła, że apelacja nie zasługuje na uwzględnienie, ponieważ sąd pierwszej instancji prawidłowo przeprowadził postępowanie, dokonał oceny uzyskanych dowodów w postaci list obecności i zeznań ubezpieczonej oraz płatnika i ostatecznie nie dopatrył się przesłanek, aby podzielić stanowisko organu rentowego.

Sąd Apelacyjny rozważył, co następuje:

Apelacja organu rentowego zasługuje na uwzględnienie.

Analiza przepisów prawa materialnego dokonana przez Sąd Okręgowy, co do zasady jest prawidłowa. Sąd Apelacyjny w całości się do niej przychylił i tym samym nie ma potrzeby jej powtórzenia. Wprawdzie dążenie do zagwarantowania ochrony zapewnionej pracownikom ubezpieczeniem społecznym nie może być z definicji uznane za zmierzające do dokonania czynności sprzecznej z prawem albo mającej na celu obejście prawa, jednakże Sąd Okręgowy powinien był mieć na uwadze, że takiego rodzaju działanie nie może mieć charakteru bezprawnego. Celem takiego działania nie może być bowiem stworzenie pozornych, jakkolwiek formalno prawnych podstaw dla objęcia ochroną prawną, lecz faktyczna, rzetelna realizacja przesłanek gwarantujących tego rodzaju ochronę. W każdym bowiem przypadku, gdy faktyczna realizacja warunków przyznania ochrony prawnej budzi wątpliwości, treść stosunku prawnego może zostać zweryfikowana. Dzieje się tak dlatego, że bezwarunkowe działanie polegające na dążeniu do zagwarantowania sobie ochrony, zapewnionej pracownikom ubezpieczeniem społecznym, jest uzasadnione jedynie z osobistego, a nie społecznego punktu widzenia, gdy tymczasem ustalenie wysokości wynagrodzenia nieadekwatnego do wykonywanej pracy obciąża bezzasadnie fundusz ubezpieczeń społecznych, z którego korzysta większość społeczeństwa. Jakkolwiek pracodawca ma prawo do swobodnego decydowania o tym, czy chce zatrudnić i opłacać z własnych środków wynagrodzenie osobie, którą zatrudnił, jednak swoboda ta powinna podlegać szczególnie wnikliwej analizie, gdy pracodawca, wypłaca wynagrodzenie za znikomy okres zatrudnienia, po czym wypłatę świadczeń przejmuje w całości Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Wysokość przyznanego wynagrodzenia ma wpływ na wysokość świadczeń

z ubezpieczeń społecznych, w związku z czym w tym zakresie należy uznać obowiązywanie odmiennych zasad (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2009 r., III UK 7/09, LEX nr 509047).

Trafny jest zarzut skarżącego, że sąd pierwszej instancji wskutek wybiórczych i zupełnie dowolnych ustaleń nieprawidłowo zastosował prawo materialne.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, ponowna analiza zebranego w sprawie materiału dowodowego nie pozwalała uznać, że B. W. faktycznie świadczyła pracę w warunkach umowy o pracę na rzecz płatnika D. K. prowadzącej działalność pod firmą (...).

W niniejszej sprawie bezspornym jest, że między znajdującymi się stronami (B. W. oraz D. K. poznały się na szkoleniu organizowanym przez tę ostatnią około 6 miesięcy przed podjęciem wspólnych działań) została podpisana w dacie 31 stycznia 2019 r. umowa o pracę na czas określony do dnia 31 grudnia 2020 r., w ramach której B. W. została zatrudniona na stanowisku kosmetyczki, w wymiarze pełnego etatu, za wynagrodzeniem 4.928 zł brutto miesięcznie, a już od 13 marca 2019 r. B. W. stała się niezdolna do pracy w związku z chorobą. Przed podpisaniem umowy, tj. od 2 listopada 2018 r. do 30 stycznia 2019 r. ubezpieczona została zgłoszona do ubezpieczeń społecznych z tytułu umowy zlecenia bez dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie było podstaw do ustalenia, że B. W. podpisując umowę nie wiedziała o powadze swego stanu zdrowia. Z przedłożonej do akt sprawy - przez samą ubezpieczoną - dokumentacji medycznej wynika, że miała tego pełną świadomość. Rację ma apelujący, że z pisma (...) (...) z datą wydania 4 lutego 2019 r., wynika, iż materiał do badania został pobrany i przyjęty odpowiednio w dniu: 26 stycznia 2019 r., 00:00, 29 stycznia 2019 r., 09:48 w P.. Przy czym sądowi odwoławczemu z doświadczenia życiowego wiadomo jest, że badania patomorfologiczne wykonywane są jedynie w przypadku już uprzedniego zdiagnozowania zmian chorobowych. Tak było i w przypadku ubezpieczonej, bowiem z wyniku badania patomorfologicznego wynika, że w piersi prawej zdiagnozowano zmianę, której fragment tkankowy poddano badaniu. Podkreślenie przy tym wymaga, że już w dniu 17 listopada 2018 r. u ubezpieczonej w wyniku badania usg ujawniono guz 10x8 mm, a w dniu 22 stycznia 2019 r. guzek 17x10 mm (dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 20). Zatem już w trakcie wykonywania badań, a przed podpisaniem umowy o pracę, ubezpieczona była świadoma rychłej konieczności poddania się leczeniu, a co za tym idzie rozpoczęcia korzystania ze zwolnień lekarskich. Nadto w czasie wykonywania badań, ubezpieczona była świadoma, że jest zatrudniona bez dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Ubezpieczona była wówczas zatrudniona w firmie (...) s.c. w oparciu o umowę zlecenia bez dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Zatrudnienie to ustało 30 stycznia 2019 r. Wszystkie powyższe okoliczności są bezsporne i wynikają z dokumentacji przedłożonej przez ubezpieczoną do akt ZUS oraz do akt niniejszej sprawy. Przy czym dokumentacja ta nie budzi wątpliwości co do wiarygodności bowiem została sporządzona w datach w niej wskazanych, przez uprawnione osoby, i w związku z prowadzonym procesem diagnostyki i leczenia ubezpieczonej. Przy czym bezsporna okoliczność sporządzenia dokumentu umowa o pracę, w okolicznościach niniejszej sprawy nie świadczy o faktycznym powstaniu stosunku prawnego – stosunku pracy między B. W. a D. K..

Znamienne jest i to, że centrum życiowe ubezpieczonej do chwili „zatrudnienia” u płatniczki koncentrowało się w miejscu jej zamieszkania, tj. w P.. Tu B. W. posiada lokal mieszkalny, zamieszkiwała z mężem i tu (ewentualnie w okolicy) wykonywała pracę na podstawie wcześniejszych umów o pracę, jak i umów zlecenia w okresie od 1 sierpnia 2010 r. do 30 stycznia 2019 r. W P. też wykonywała wszystkie badania medyczne. Tymczasem nagle zatrudnienie w firmie płatniczki powodowałoby, że jej miejsce zamieszkania byłoby odległe od miejsca pracy o około 160 km. Taka organizacja życia przeczy zasadom logiki. Przy czym sąd odwoławczy nie dał wiary tłumaczeniu jakoby decyzja ta była uzasadniona koniecznością udzielania przez ubezpieczoną pomocy jej mamie zamieszkałej w G.. Po pierwsze na okoliczność tę wskazała jedynie płatniczka, ubezpieczona o konieczności takiej nie wspomniała, nie wykazała też by potrzeba taka nastąpiła nagle, dokładnie z końcem stycznia 2019 roku.

Wobec takiej sekwencji zdarzeń, organ rentowy słusznie nabrał wątpliwości i zakwestionował sporną umowę, tak z uwagi na treść, jak i okoliczności jej wykonywania. ZUS słusznie uznał, że nie istniała gospodarczo uzasadniona

potrzeba zatrudnienia pracownika. Po pierwsze z uwagi na fakt, że po przejściu ubezpieczonej (po zaledwie ponad miesiącu od daty wskazanej w umowie o pracę) na zwolnienie lekarskie, płatnik nie zatrudniła nikogo na jej miejsce. Nadto płatnik z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej posiada zaległości w składkach ZUS (w kwocie 21.299,73 zł na dzień 24 maja 2019 r.), a w okresie od stycznia 2019 r. do kwietnia 2019 r. poniosła stratę w wysokości ok. 13 tysięcy złotych. W tych okolicznościach zatrudnienie pracownika za wynagrodzeniem niemal 5.000 zł brutto jawi się jako co nieracjonalne.

Co jednak najistotniejsze, wbrew twierdzeniom Sądu Okręgowego, zgromadzone dowody nie pozwalają na uznanie, że B. W. świadczyła jakkolwiek pracę na rzecz D. K.. Nie ma żadnego dowodu wykonywania pracy, nikt wiarygodny nie potwierdził tego faktu, zaś dokumenty w postaci listy obecności i listy płac przedłożone przez płatnika mają charakter dokumentów prywatnych i ich moc dowodowa ogranicza się do założenia, że osoba, która je podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w tym dokumencie.

Ustalenia Sądu Okręgowego w istocie opierają się wyłącznie na dowodzie z przesłuchania odwołującej się oraz płatnika, które to dowody powinny podlegać szczególnej rozważce zważywszy, że są to strony w sposób oczywisty zainteresowane rozstrzygnięciem sprawy korzystnym dla siebie. Sąd odwoławczy nie miał żadnych podstaw faktycznych do uznania wiarygodności tego dowodu. Ubezpieczona odnośnie czynności rzekomo wykonywanych w salonie kosmetycznym zeznawała ogólnikowo, mówiła o „zapoznawaniu się ze wszystkim”, o wykonywaniu zabiegów „na twarz i ciało”, pomocy przy organizacji paczek i szkoleń. Nie wymieniła zaś żadnych konkretnie wykonanych zabiegów, czy usług. Przy czym, w przekonaniu sądu odwoławczego, gdyby rzeczywiście usługi takie świadczyła z pewnością strony wykazały by powyższe okoliczności zeznaniami świadków, zważywszy że korzystającymi z usług salonów kosmetycznych są wielokrotnie stałe klientki. Nie można też pominąć, że ani ubezpieczona ani płatnik nie dysponowali żadnymi dokumentami (poza tymi, które w sposób formalny miały udowodnić zawarcie umowy o pracę i jej wykonywanie) np. odnośnie grafiku planowanych i wykonanych zabiegów, zorganizowanych w tym czasie i przeprowadzonych szkoleń. Praca, którą miałyby wykonywać ubezpieczona związana ze świadczeniem usług dla innych osób z pewnością znalazłaby odbicie w dokumentacji. Czego jednak strona – ubezpieczona i płatnik nie wykazali.

W nawiązaniu do powyższych rozważań i uwzględniając kolejny zarzut apelacji wskazać trzeba, iż błędne było założenie sądu pierwszej instancji, jakoby ciężar udowodnienia faktu i okoliczności dotyczących istnienia spornego stosunku prawnego, będącego tytułem ubezpieczenia spoczywał na organie.

W odniesieniu do spraw z zakresu ubezpieczeń społecznych należy zauważyć, że postępowanie sądowe toczy się na skutek odwołania od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, która jest podejmowana na podstawie przepisów procedury administracyjnej, w określonym stanie faktycznym stwierdzonym przez Zakład. Z chwilą, gdy sprawa zawiśnie przed sądem, toczy się już w trybie procesu cywilnego, chociaż z uwzględnieniem proceduralnych odrębności przewidzianych dla rozstrzygania tej kategorii spraw. Organ i osoba odwołująca się od decyzji są równorzędnymi stronami, a sąd zobligowany jest w czasie prowadzonego postępowania uwzględniać reguły dowodowe przewidziane w procedurze cywilnej, wynikające z art. 213 § 1 k.p.c., art. 228 § 1 k.p.c., art. 230 i art. 231 k.p.c. W takiej sprawie odwołanie zastępuje pozew, a zatem to na odwołującym spoczywa, zgodnie z art. 232 k.p.c., ciężar wykazania, że zaskarżona decyzja jest z pewnych względów wadliwa. Powszechnie przyjmuje się w orzecznictwie, że postępowanie sądowe w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych nie toczy się od nowa, lecz stanowi kontynuację uprzedniego postępowania przed organem rentowym (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 grudnia 2008 r., OSNP 2010/11-12/146). Jeżeli więc organ rentowy na podstawie materiałów zgromadzonych w postępowaniu administracyjnym zarzucił fikcję umowy o pracę i brak zatrudnienia, to w postępowaniu sądowym skarżący jest zobowiązany co najmniej do odniesienia się do tych zarzutów (art. 221 k.p.c.), ze wszystkimi konsekwencjami wynikającymi z przepisów Kodeksu postępowania cywilnego. W tym celu to odwołujący się musi zatem przedstawić dowody, które uzasadniają zarzut wadliwości decyzji. Zatem w każdym przypadku, gdy adresat decyzji nie zgadza się z faktami stanowiącymi podstawę zastosowania konkretnej normy prawa musi przedstawić dowody okoliczności przeciwnych. Oczywiście, o ile decyzja organu opiera się na wątpliwych podstawach faktycznych odwołujący się, będący adresatem decyzji nie będzie miał problemu proceduralnego z podważeniem zasadności

decyzji. Natomiast jeżeli organ oparł decyzję na faktach miarodajnych, kwestionujący decyzję musi przedstawić dowody podważające te fakty. Przepisy procedury cywilnej nie ustanawiają przy tym zasady rozstrzygnięcia wątpliwości na korzyść odwołującego się od decyzji. Przyjęcie takiej zasady przeczyłoby treści art. 3 k.p.c., który na stronę postępowania nakłada obowiązek dawania wyjaśnień co do okoliczności sprawy oraz przedstawiania dowodów; jak też treści art. 6 § 2 k.p.c., który stanowi, że strony obowiązane są przytaczać wszelkie okoliczności faktyczne i dowody bez zbędnej zwłoki. Obowiązkiem strony i w jej interesie procesowym jest przedstawienie dowodów, które pozostawione są osądowi sędziowskiemu dokonywanemu w granicach zakreślonych treścią normy zawartej w art. 233 § 1 k.p.c. To sąd, po rozważeniu całego zgromadzonego w sprawie materiału, a więc także wszystkich innych okoliczności, w tym niespornych, ocenia wiarygodność przedstawionych dowodów i ich moc, kierując się wyłącznie własnym przekonaniem. Tak zakreślona sędziowska swoboda nie jest ograniczona żadnymi zasadami procesowymi wyznaczającymi kierunek oceny przedstawionych dowodów. Nie może być więc uzasadniony zarzut naruszenia art. 6 k.c. oraz art. 232 k.p.c., jeżeli ustalony w wyroku stan faktyczny jest wynikiem oceny przeprowadzonych dowodów, a nie opiera się wyłącznie na stwierdzeniu, że strona, nieobciążona ciężarem dowodu, nie zaoferowała stosownych dowodów (por. uzasadnienie do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 9 lipca 2020 r., III UK 339/19 baza orzeczeń SN).

Wobec powyższego - wbrew twierdzeniom Sądu Okręgowego - to na ubezpieczonej ciążył obowiązek udowodnienia faktycznego świadczenia pracy na rzecz płatnika, któremu jednak nie sprostała.

W ocenie Sądu Apelacyjnego przedstawione ustalenia, będące wynikiem postępowania dowodowego, dawały dostateczne podstawy do uznania, że ubezpieczona faktycznie nie wykonywała umówionego rodzaju pracy na rzecz płatnika. Strony zawarły pozorną umowę o pracę w rozumieniu art. 83 § 1 k.c. w zw. z art. 300 k.p. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, B. W. wiedząc, że jest chora, przewidując rychłe zwolnienia lekarskie, w celu zapewnienia sobie ochrony prawnej w zakresie świadczeń z ubezpieczenia społecznego, wykorzystując znajomość z płatnikiem, zawarła z nim umowę o pracę, której nie miała zamiaru świadczyć, nie świadczyła, zaś płatnik na to się zgodził nie mając potrzeby, ani zamiaru zatrudniania pracownika w takim charakterze. Jedynym celem zawarcia umowy było stworzenie materialnoprawnych pozorów dla zapewnienia ubezpieczonej możliwości uzyskania świadczeń z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych związanych z chorobą.

Sąd Apelacyjny nie podważa okoliczności, że B. W. w związku z ujawnioną chorobą, koniecznością poddania się długotrwałemu procesowi leczenia znalazła się w trudnej sytuacji nie tylko życiowej, ale i finansowej. Jednak sytuacja ta nie usprawiedliwia działania pozornego z brakiem poszanowania dla społeczeństwa, które w przeważającej większości nie tylko uczciwie wykonuje pracę, ale też składa się na istnienie i funkcjonowanie funduszu ubezpieczeń społecznych. Samo podpisanie przez skarżącą spornej umowy o pracę, bez realnego świadczenia pracy, należało ocenić jako pozór zatrudnienia na utworzonym dla niej stanowisku w sposób intencjonalnie zmierzający do obejścia prawa z ewidentnym zamiarem skorzystania z nienależnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, które nie przysługiwały bez wykazania realnego tytułu podlegania pracowniczym ubezpieczeniom. Oznacza to, że na jurysdykcyjną tolerancję nie zasługuje żadne działania intencjonalnie skierowane na uzyskanie nienależnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego przed okresami zamierzonego skorzystania przez pozornie zatrudnionego ze świadczeń z ubezpieczeń społecznych - art. 83 § 1 k.c. w związku z art. 300 k.p. (tak Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 13 maja 2020 r., III UK 267/19, baza orzeczeń SN).

Jednocześnie wyjaśnić należy, że istotną cechą ubezpieczeń społecznych jest schematyzm prawa do świadczeń. Wyraża się on w bezwzględny przestrzeganiu równości formalnej, bez możliwości korekty w przypadkach uzasadnionych okolicznościami sytuacji jednostkowej. W związku z tym w prawie ubezpieczeń społecznych nie ma klauzul generalnych, tj. zwrotów ustawowych, pozwalających na indywidualne potraktowanie każdego przypadku ze względu na np. zasady współżycia społecznego (art. 5 k.c.).

Mając na uwadze przedstawione wyżej ustalenia i rozważania, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c., orzekając co do istoty sprawy zmienił zaskarżony wyrok i oddalił odwołanie (art. 477¹⁴ § 1 k.p.c.).

O kosztach, Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. zgodnie, z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu), przy czym Sąd rozstrzyga o kosztach w każdym orzeczeniu kończącym sprawę w instancji (art. 108 § 1 k.p.c.). Do celowych kosztów postępowania należy, między innymi, koszt ustanowienia zastępstwa procesowego. Zatem, skoro uwzględniono apelację w całości, uznać należało, że organ rentowy wygrał postępowanie zarówno w pierwszej, jak i w drugiej instancji. Wysokość tych kosztów ustalono na podstawie § 9 ust. 2 i § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radcowskie (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 265) zasądzając, zgodnie z wnioskiem apelującego, od płatnika na rzecz organu rentowego kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów procesu w pierwszej i kwotę 240 zł – w drugiej instancji.

Odnosnie zwrotu kosztów przez ubezpieczoną B. W. sąd odwoławczy uznał, że zachodzi szczególnych wypadek – art. 102 k.p.c. – uzasadniający odstąpienie od obciążenia strony kosztami zastępstwa procesowego organu rentowego za pierwszą i drugą instancję. Ubezpieczona walczy z ciężką chorobą, w wyniku rozpoznania sprawy ostatecznie nie otrzyma świadczeń, które przysługiwałyby jej w związku z chorobą i pozostaje na utrzymaniu męża.

Barbara Białecka Urszula Iwanowska Beata Górńska