

Sygn. akt III AUa 2095/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 stycznia 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach

Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący	SSA Witold Nowakowski (spr.)
Sędziowie	SSA Alicja Kolonko SSA Wojciech Bzibziak
Protokolant	Michał Eksterowicz

po rozpoznaniu w dniu 24 stycznia 2019 r. w Katowicach

sprawy z odwołania Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej w (...) Spółki z o.o. z siedzibą w Ż.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R.

o należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne

na skutek apelacji Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej w (...) Spółki z o.o. z siedzibą w Ż.

od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Gliwicach Ośrodka Zamiejscowego w Rybniku

z dnia 19 lipca 2017 r. sygn. akt IX U 719/17

1. oddala apelację,

2. odstępuje od obciążenia Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej w (...) Spółki z o.o. z siedzibą w Ż. zwrotem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

/-/ SSA A.Kolonko /-/ SSA W.Nowakowski /-/ SSA W.Bzibziak

Sędzia Przewodniczący Sędzia

Sygn. akt III AUa 2095/17

UZASADNIENIE

Decyzją z 9 czerwca 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. dokonał wobec Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej w (...) Sp. z o.o., przypisu składek za okres od listopada 2011 r. do grudnia 2013 r. na: FUS 965.685,04 zł,

FUZ 369.230,86 zł, FP 93.726,93 zł, FGŚP 3.825,61 zł i FEP – 44.790,87 zł oraz stwierdził, że kwota odpisu składek za ten okres wynosi na FUS – 50.760,94 zł.

Na uzasadnienie wskazał, iż zawarte przez płatnika składek z własnymi pracownikami, prowadzącymi równocześnie pozarolniczą działalność gospodarczą w zakresie specjalistycznej opieki lekarskiej, umowy na świadczenie usług medycznych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnionych dyżurów lekarskich, są umowami cywilnoprawnymi, do których z mocy art.750 kc stosuje się przepisy o zleceniu. Umowa, na podstawie której lekarz wykonuje zawód polegający na udzielaniu świadczeń zdrowotnych - w szczególności leczeniu i sprawowaniu opieki nad pacjentami oddziału, nie jest tożsama z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ w rozumieniu art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, ani z zawieraną w jej ramach umową o zamówienie na świadczenie zdrowotne. Charakter udzielanych świadczeń zdrowotnych pokrywał się z charakterem pracy świadczonej z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę łączącej zainteresowanych z płatnikiem składek z tą różnicą, że świadczenia zdrowotne realizowane były, między innymi w soboty, niedziele i święta. Usługi medyczne w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych odpowiadały pracy wykonywanej na podstawie stosunku pracy i w istocie były czynione na rzecz faktycznego pracodawcy. Przychód uzyskany z tytułu wykonywania umów cywilnoprawnych na rzecz swojego pracodawcy stanowi podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

W odwołaniu Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej w (...) Sp. z o.o. wniosły o zmianę zaskarżonej decyzji przez stwierdzenie, że w okresie od stycznia 2011 r. do grudnia 2013 r. nie występuje zobowiązanie z tytułu przypisu składek. Uznanie, że umowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych zawarte pomiędzy płatnikiem składek z zainteresowanymi są umowami nienazwanymi jest bezspornym błędem organu rentowego. Umowa ta bowiem jest umową nazwaną - o udzielenie zamówienia na świadczenie medyczne, do której nie stosuje się z mocy art.750 kc przepisów o zleceniu. Nie można zatem do osób realizujących usługi na rzecz odwołującego w oparciu o te umowy zastosować przepisów art.8 ust.2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i w konsekwencji traktować tychże przyjmujących zamówienie za pracowników również z tego tytułu.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniósł o jego oddalenie, z przyczyn które stanowiły podstawę wydania zaskarżonej decyzji.

Decyzją z tej samej daty organ rentowy określił podstawy wymiaru składek M. S. jako pracownika Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej w (...) Sp. z o.o. w okresie od lutego 2012 r. do grudnia 2013 r. w wysokościach wskazanych w tej decyzji.

M. S. zmarł w dniu (...). W związku z powyższym Sąd Okręgowy zawiesił postępowanie w tej sprawie na podstawie art. 174 § 1 pkt 1 kpc.

Postanowieniem z 22 maja 2017 r. Sąd Okręgowy podjął postępowanie w sprawie odwołania Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ż. oraz umorzył postępowanie w sprawie odwołania M. S., gdyż przedmiotem postępowania w sprawie, w której doszło do zawieszenia postępowania prowadzonego przy udziale zmarłego był wymiar (wysokość) podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne. Prawa i obowiązki wynikające z podlegania ubezpieczeniom społecznym nie wchodzą w skład spadku, gdyż są to prawa i obowiązki o charakterze ściśle osobistym związanym z osobą zmarłego. Nie mają one charakteru cywilnoprawnego, gdyż podmioty stosunku ubezpieczeniowego nie mają równorzędnego statusu. Przedmiotowe prawa i obowiązki nie przechodzą także z mocy ustawy na określone osoby, niezależnie od tego czy są spadkobiercami. Art. 136 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach

z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych nie znajduje bowiem w sprawie zastosowania, gdyż przedmiotem postępowania nie jest prawo do świadczeń z ubezpieczeń społecznych.

Sąd Okręgowy w Gliwicach ustalił, że organ rentowy w wyniku kontroli płatnika składek Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż., stwierdził nieprawidłowości w zakresie obliczania składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe oraz zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych za okres od stycznia 2011 do grudnia 2013, dotyczące nienaliczenia składek od przychodów z tytułu umów cywilnoprawnych osiągniętych przez pracowników płatnika wykonywanych obok pracy świadczonej w ramach stosunku pracy.

Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż. w spornym okresie zawierały z własnymi pracownikami, prowadzącymi jednocześnie pozarolniczą działalność gospodarczą w zakresie specjalistycznej praktyki lekarskiej, umowy określane jako umowy na dyżury lekarskie (do 2011 r.) oraz umowy na usługi medyczne (od 2011 r.). Przedmiotem zawartych umów było świadczenie usług medycznych w formie pełnienia dyżurów lekarskich. Wszelkie prace w ramach tych dyżurów wykonywane były w pomieszczeniach i na urządzeniach, będących własnością płatnika składek, z których osoby te korzystały bezpłatnie. Dyżury odbywały się w szpitalu, w dyżurce, średnio 1-2 razy w ciągu tygodnia, bezpośrednio po zakończeniu pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę, w godzinach od 15:00 do 07:25. W przypadku, gdy dyżury przypadły w weekendy lub święta, odbywały się w godzinach od 07:25 do 07:25 (24 godziny). Wykonanie danej usługi wynikającej z zawartej umowy potwierdzał ordynator lub kierownik danej komórki na koniec miesiąca. Pracownicy płatnika przedkładali rachunki lub faktury za wykonane usługi, na podstawie których następowała wypłata należności. Usługi medyczne w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych odpowiadały zasadniczo pracy wykonywanej na podstawie stosunku pracy. Osoby, z którymi podpisywano umowy nie były wyłaniane w drodze konkursu. Warunkiem podpisania takiej umowy było prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie specjalistycznej praktyki lekarskiej - gabinetów lekarskich. Zatrudnionym na podstawie umowy o pracę lekarzom, którzy wyrazili zgodę na pełnienie dyżurów, przedkładano powyższe umowy do podpisania. Osoby te, prowadzące wskazywaną działalność gospodarczą nie miały podpisanych umów z NFZ.

Powyższe okoliczności w istocie pozostawały bezsporne.

Mając je na uwadze, Sąd Okręgowy stwierdził, że spór sprowadzał się do rozstrzygnięcia kwalifikacji prawnej umów zawartych pomiędzy Spółką a jej pracownikami, lekarzami prowadzącymi jednocześnie działalność gospodarczą w powoływanym powyżej zakresie i w konsekwencji rozstrzygnięcia w przedmiocie obowiązku opłacania składek na poszczególne fundusze ubezpieczeń na rzecz ZUS.

Sąd Okręgowy stwierdził, że fakt, iż ustawodawca wyodrębnił umowę o świadczenie usług zdrowotnych i określił jej formę oraz warunki przedmiotowo istotne nie oznacza, że regulacja ta znajduje zastosowanie w niniejszej sprawie i dotyczy bezpośrednio lekarzy, pracowników Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż..

Umowa, na podstawie której lekarz wykonuje zawód polegający na udzielaniu świadczeń zdrowotnych nie może być utożsamiana z umową o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w rozumieniu przepisów art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej... (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) ani z zawieraną w jej ramach umową o zamówienia na świadczenia zdrowotne, o której mowa w przepisie art. 133 tej ustawy w związku z art. 35 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 133 w zw. z art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) i umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (art. 35

i art. 35a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) należą do umów nazwanych, do których nie stosuje się z mocy art. 750 kc przepisów o zleceniu, ale umowy te nie mogą być utożsamiane z umową o świadczenie usług medycznych, bo czym innym jest zakres przedmiotowy wykonywania zawodu lekarza (zawodu medycznego), na który składają się wyszczególnione ustawowo (przykładowo) typy czynności, a czym innym forma wykonywania tego zawodu, który może być realizowany na podstawie umowy o pracę, umowy cywilno-prawnej, czy

w ramach działalności gospodarczej. Uregulowana w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 132 ust. 1 i 2 ustawy) zawierana jest przez podmiot zobowiązany do realizacji zadań z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego (Narodowy Fundusz Zdrowia) z podmiotem, który w myśl przepisów tej ustawy może być świadczeniodawcą. Zgodnie z art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem. Z powołanego przepisu wynika, że rozważana umowa nie może być zawarta przez Fundusz z osobą wykonującą zawód medyczny u tego świadczeniodawcy, który zawarł ją z Funduszem. Stosownie do przepisu art. 133 zdanie drugie tej ustawy, takiej osobie świadczeniodawca nie może również zlecić jako podwykonawcy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z funduszem, w tym na podstawie umowie o zamówienie na świadczenia zdrowotne, o której stanowi art. 35 ust. 1 ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej (tak wyrok SN z 13 lutego 2014 r. sygn. I UK 323/13).

Sąd Okręgowy całkowicie podzielił stanowisko zawarte w powołanym wyroku, jak i w postanowieniach Sądu Najwyższego z 1 kwietnia 2015 r. sygn. I UK 355/14 i I UK 394/14, przywołujących to stanowisko, dodatkowo wskazujących, że status pracownika na gruncie prawa ubezpieczeń społecznych wyznacza nie tylko sama podstawa nawiązania więzi prawnej pomiędzy pracownikiem a pracodawcą, ale także fakt nawiązania świadczenia pracy i rzeczywistego wykonywania obowiązków pracowniczych.

Przesłanką decydującą o uznaniu osoby za pracownika w rozumieniu art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, jest to, że będąc pracownikiem związanym stosunkiem pracy z danym pracodawcą jednocześnie świadczy na jego rzecz pracę w ramach umowy cywilnoprawnej, zawartej z nim lub z inną osobą.

Przepis art.8 ust.2a tej ustawy rozszerza pojęcie pracownika dla celów ubezpieczeń społecznych poza sferę stosunku pracy i dotyczy także pracy wykonywanej na podstawie umowy cywilnoprawnej na rzecz pracodawcy, która mogła by być świadczona przez jej wykonawcę w ramach stosunku pracy. Przepis ten nie kwestionuje cywilnoprawnego charakteru tych umów, ale z ich zawarciem - w opisanych okolicznościach - wiąże skutki w zakresie ubezpieczeń społecznych, takie jak przy umowie o pracę. Nie ulega wątpliwości, że celem takiej regulacji było przede wszystkim ograniczenie korzystania przez pracodawców z umów cywilnoprawnych celem zatrudniania własnych pracowników dla realizacji tych samych zadań, które wykonują oni w ramach łączącego strony stosunku pracy, by w ten sposób ominąć ograniczenia wynikające z ochrony przepisów prawa pracy i uniknąć obciążeń z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne od tych umów.

Ukształtowaną w orzecznictwie regułą jest, że umowa cywilnoprawna, zawarta z własnym pracownikiem podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym, tak jak umowa o pracę, tak samo, jeżeli w ramach tych umów wykonywane są inne prace na rzecz pracodawcy, jeżeli osoba wykonująca te prace pozostaje z nim w stosunku pracy.

W ocenie Sądu Okręgowego nie ulega wątpliwości, iż w toku postępowania nie zostały wskazane takie okoliczności, które pozwalałyby na odstąpienie od tej reguły.

W konsekwencji Sąd Okręgowy przyjął, że lekarze - pracownicy Spółki nie mogli wykonywać umów o dyżury lekarskie, o świadczenie usług medycznych, ani w ramach umowy o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze

środków publicznych przez Fundusz w rozumieniu art. 132 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ani z zawieraną w jej ramach umową o zamówienie na świadczenia zdrowotne, o której mowa w art. 133 tej ustawy w związku z art. 35 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (obowiązującej do dnia 30.06.2011 r.) - w formie umożliwiającej wyłączenie stosowania art. 8 ust. 2 a ustawy systemowej.

Sąd Okręgowy nie znalazł podstaw do przyjęcia odmiennego stanowiska w świetle uregulowań przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.), obowiązującej od dnia 1 lipca 2011 r., uchylającej w art. 220 ustawę z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Reasumując, Sąd Okręgowy w całości podzielił argumentację przedstawioną przez organ rentowy w zaskarżonej decyzji, uznał ustalenia organu rentowego poczynione dla celów wydania zaskarżonej decyzji oraz dokonaną interpretację prawną w odniesieniu do ustalonego stanu faktycznego, potwierdzonego w postępowaniu przed sądem, jako bezspornego, za prawidłową, i tym samym za prawidłową, zaskarżoną decyzję dotyczącą podstawy wymiaru składek na poszczególne fundusze ubezpieczeniowe oraz przypisu składek.

Podkreślił, że w jego ocenie prawidłowo organ rentowy ustalił, iż sporne umowy są umowami cywilnoprawnymi, do których z mocy art. 750 kc stosuje się przepisy o zleceniu, i w związku z tym organ rentowy słusznie ustalił, iż przychód uzyskany z tytułu wykonywania tychże umów przez pracowników odwołującego się na rzecz pracodawcy stanowi podstawę wymiaru składek na poszczególne fundusze wskazane w zaskarżonej decyzji i stąd słusznie organ rentowy dokonał ustalenia podstawy wymiaru tych składek, a w konsekwencji przypisu składek w odniesieniu do płatnika składek Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż..

Z tych przyczyn oddalił odwołanie Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej w (...) Sp. z o.o. od decyzji z 9 czerwca 2015 r. w zakresie dotyczącym M. S..

Ponadto, z odwołaniem się do art. 102 kpc, odstąpił od obciążania Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż. zwrotem kosztów postępowania na rzecz organu rentowego, uznając, że do szczególnie uzasadnionych wypadków należy zaliczyć przekonanie strony Spółki o słuszności jej roszczenia, wynikające również ze sprzeczności orzecznictwa sądowego (niezależnie od powołanego) w zakresie objętym przedmiotem sporu, co znane jest Sądowi z urzędu, (w sytuacji_ gdy Sąd ostatecznie zajął stanowisko zaprezentowane powyżej.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego wniosły Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej w (...) Sp. z o.o., zarzucając:

1) naruszeniu przepisów prawa procesowego, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, a to:

a) przepisu art. 328 § 2 kpc przez niedostateczne wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku i ograniczenie się do opisu rozumienia przepisu art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych z pominięciem regulacji przepisów ustawowych znajdujących zastosowanie do przedłożonej w postępowaniu umowy, z której to umowy przychód osiągnięty przez zainteresowanego uwzględniony został pierwotnie w ramach decyzji w przedmiocie przypisu składek, a tym samym ustalenia obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym przez zainteresowanego z umowy nazwanej w szczególności poprzez pominięcie w uzasadnieniu wyjaśnienia w sposób należyty podstawy prawnej i faktycznej rozstrzygnięcia, w zakresie uznania zawartych przez Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej oraz zainteresowanych, umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, w zakresie prowadzonych przez nie praktyk lekarskich, za umowy do których zgodnie z art. 750 kc stosuje się przepisy o zleceniu; pominięcie uwag wskazywanych

w zdaniu poprzedzającym zdaniem odwołującego się uniemożliwia kontrolę instancyjną wyroku;

b) „przepisów art. 316 § 1” polegające na nierozpoznaniu istoty sprawy i wydaniu orzeczenia, bez uprzedniego dokonania analizy przepisów szczególnych regulujących umowę zawartą przez odwołującego się z zainteresowanymi, która to umowa z uwagi na podmioty,

ale i przedmiot umowy, jest umową nazwaną określoną przepisami szczególnymi, nadto z pominięciem analizy dopuszczalności zawierania takich umów w ogóle

c) art. 233 §1 kpc, które miało wpływ na wynik postępowania polegające na sprzeczności ustaleń Sądu ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym wynikającej

z nieuwzględnienia i pominięcia okoliczności bezspornych pomiędzy odwołującymi się i de facto organem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a znajdujących odzwierciedlenie

w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, że: umowy zawarte przez Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej oraz M. S., w ramach prowadzonych przez nich praktyk lekarskich, miały odrębny od umowy o pracę zakres i sposób ich wykonywania się różnił, forma i tryb ich zawarcia wynikał z przeprowadzonego konkursu zgodnie

z obowiązującymi przepisami ustawy o działalności leczniczej, treść umowy została ukształtowana zgodnie z wymaganiami obowiązujących w tym zakresie przepisów, w ramach specjalistycznych praktyk lekarze ponosili dodatkowe koszty związane z ubezpieczeniem, odzieżą itp., a odpowiedzialność z umów była odpowiedzialnością solidarną zgodnie

z wymogami ustawy, a jednak doprowadziło to do uznania, że umowy te nie są umowami nazwanymi określonymi w ustawie o działalności leczniczej, a umowami do których zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego stosuje się przepisy o zleceniu,

co w konsekwencji doprowadziło do

2) naruszenia przepisów prawa materialnego, a to:

a) przepisu art. 750 kc w związku z art. 65 § 2 kc oraz w związku z art. 35 ust. 1 i 35a ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U.

z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) oraz § 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. z 1998 roku Nr 93 poz. 592 z późn. zm.) przez jego błędną wykładnię

i uznanie, że umowa zawarta przez odwołującego się z zainteresowanymi w okresie

od stycznia 2011 r. jest umową o świadczenie usług, do której zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, podczas gdy umowa ta jest odrębną umową nazwaną - „umową

o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne” uregulowaną odrębnymi przepisami;

b) art. 8 ust. 2 a ustawy o ubezpieczeniach przez jego błędne zastosowanie i uznanie,

że zawarte pomiędzy odwołującym się Miejskimi Zakładami Opieki Zdrowotnej oraz zainteresowanego, umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne stanowią umowy do których zgodnie z przepisem art. 750 kodeksu cywilnego stosuje się przepisy

o zleceniu, i w konsekwencji znajdują się one w katalogu wskazanym w przepisie art. 8

ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i w konsekwencji dokonanie wykładni rozszerzającej przepisu na umowę nazwaną określoną w:

1. w okresie jej zawarcia, przepisu art. 35 ust. 1 pkt 3, art. 35 ust. 2, 3 i 4 oraz w art. 35a

ust. 1 - 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r.

Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) - zwana dalej również ustawą o zakładach opieki zdrowotnej - oraz § 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r.

w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. z 1998 r. Nr 93 poz. 592 z późn. zm.) przez ich błędną wykładnię i uznanie, że regulacja ustawowa oraz rozporządzenia stanowiących przepisy bezwzględnie obowiązujące w dacie zawierania pierwszej umowy, jest niewystarczająca do uznania „umowy o udzielenie zamówienia

na świadczenie zdrowotne” za uregulowaną „odrębnymi przepisami” w rozumieniu art. 750 kc;

2. przepisu art. 26 ust. 1 i 2 oraz art. 27 ust. 1 - 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.

o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 618) - zwana dalej również „ustawą o działalności leczniczej” - przez ich błędną wykładnię

i uznanie, że regulacja ustawowa jest niewystarczająca do uznania „umowy o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne” za uregulowaną „odrębnymi przepisami”

w rozumieniu art. 750 kc;

c) przepisu art. 132 ust. 3 w zw. z art. 133 zdanie 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. Nr 210, poz. 2135) - tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 581 - zwana dalej „ustawą o świadczeniach” przez jego błędną wykładnię i uznanie, że przepis znajduje zastosowanie w niniejszej sprawie do oceny umów zawartych pomiędzy odwołującym się a zainteresowanymi, podczas gdy dotyczy on rodzajowo odmiennej umowy nazwanej.

Skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i orzeczenie co do istoty sprawy przez uznanie, że zainteresowani od listopada 2011 r. do grudnia 2013 r. nie podlegali ubezpieczeniom z tytułu zawartych z odwołującym się umów a w konsekwencji nie występuje zobowiązania z tytułu przypisu składek w wysokościach określonych

w indywidualnych decyzjach wydanych dla ubezpieczonych oraz w decyzji z dnia 9 czerwca 2015 r., zasądzenie od organu na rzecz odwołującego się kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym według norm przepisanych, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego orzeczenia w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie co do kosztów postępowania apelacyjnego.

Równocześnie wniósł o odstąpienie od obciążania odwołującego kosztami postępowania, na wypadek nieuwzględnienia apelacji. Wniosek uzasadnił faktem złej sytuacji finansowej wszystkich podmiotów służby zdrowia finansowanych ze środków publicznych.

W odpowiedzi na apelację organ rentowy wniósł o jej oddalenie w całości oraz o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Na uzasadnienie podniósł w szczególności, że zakresem podmiotowo-przedmiotowym umowy na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych (art. 35 i art. 35a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej/art. 26 ustawy o działalności leczniczej) nie może być pełnienie dyżurów medycznych przez zatrudnionych lekarzy u pracodawcy - świadczeniodawcy świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych NFZ.

W tym zakresie znajdują zastosowanie przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która w art. 132 ust. 1 stanowi, że podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, tyle że taki świadczeniodawca nie może zawrzeć wymienionej umowy (subkontraktu) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u tego świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem (ust. 3) i to niezależnie od dlatego, czy zawarte

w ten niedozwolony sposób subkontrakty były lub są wykonywane w ramach podporządkowania charakterystycznego dla stosunku pracy, czy na podstawie tak nazwanej odrębnej umowy, do której nie stosuje się przepisów o zleceniu. Regulacja art. 132 ustawy oddziałuje na sferę lekarskich stosunków prawnych, gdyż wynika z niej ustawowy zakaz zawierania z zatrudnionymi przez świadczeniodawcę lekarzami umów (subkontraktów)

na udzielanie świadczeń zdrowotnych, choćby w tym celu zatrudnieni lekarze utworzyli lub prowadzili indywidualne praktyki lekarskie. Zatem umowy jako zawarte wbrew treści art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej nie mogły być kwalifikowane jako szczególne i odrębne od umów uregulowanych kodeksem cywilnym. Zakaz zawierania przez pracodawców, będących świadczeniodawcami, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia

umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z pracownikami (lekarzem, pielęgniarką, inną osobą wykonującą zawód medyczny, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u tego świadczeniodawcy) odrębnych umów (subkontraktów) na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych, podważa koncepcję wyłączenia przychodów za wykonywanie takich zobowiązań spod reżimu prawa ubezpieczeń społecznych, co oznacza, że tacy świadczeniodawcy na gruncie prawa ubezpieczeń społecznych mają status płatników składek od „łącznych” przychodów ze stosunku pracy oraz od wynagrodzenia za pełnienie dyżurów medycznych uzyskiwanych ze spornych umów (SN w postanowieniu z 22 czerwca 2015 r. I UZ 3/15).

Odnosząc się do zawartego w apelacji wniosku o odstąpienie na wypadek jej nieuwzględnienia od obciążania odwołującego kosztami postępowania z uwagi na fakt „złej sytuacji finansowej wszystkich podmiotów służby zdrowia finansowanych ze środków publicznych” organ rentowy zauważył, że odstąpienie od obciążania kosztami procesu jest możliwe jedynie w wypadkach szczególnie uzasadnionych. Trudna sytuacja majątkowa strony wystarczającej podstawy zwolnienia nie stanowi (tak: Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z 21 października 2015 r. I ACa 932/15, Sąd Apelacyjny w Poznaniu z 22 lipca 2015 r., I ACa 233/15, Sąd Apelacyjny w Lublinie z 4 czerwca 2014 r. I ACa 132/14), zresztą apelujący nawet nie wskazał danych potwierdzających złą sytuację finansową odwołującego, będącego spółką kapitałową, korzystającą z usług profesjonalnego pełnomocnika z wyboru.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

apelacja jest bezzasadna.

Sąd Okręgowy przeprowadził prawidłowe postępowanie dowodowe, nie przekraczając granicy wyznaczonej dyspozycją art. 233 § 1 kpc, dokonał właściwych ustaleń faktycznych oraz wywiódł z nich logiczne i znajdujące oparcie we właściwie wskazanych przepisach prawa materialnego wnioski. Nie budzą też wątpliwości Sądu Apelacyjnego: trafność rozstrzygnięcia i rozważania przedstawione na jego uzasadnienie, które w całości przyjmuje za swoje, bowiem Sąd I instancji w sposób odpowiadający wymogom art. 328 § 2 kpc ustalił fakty oraz wyjaśnił podstawę prawną wyroku z przytoczeniem przepisów prawa, zatem Sąd Apelacyjny (zgodnie z ustalonym poglądem Sądu Najwyższego – por. np. wyrok z 22 lutego 2010 r., sygn. akt I UK 233/09, Lex nr 585720), zrezygnował z ich ponownego szczegółowego przytaczania w tej części uzasadnienia.

Należy przypomnieć, że zasady podlegania określonemu rodzajowi ubezpieczeń społecznych wynikają z przepisów o charakterze bezwzględnie obowiązującym, kreujących stosunek prawny ubezpieczenia społecznego z mocy samego prawa i według stanu prawnego z chwili powstania obowiązku ubezpieczenia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 1999 r., sygn. akt II UKN 461/98, OSNAPiUS Nr 7 z 2000 r., poz. 286). Obowiązek ubezpieczenia oznacza, że osoba, której cechy, jako podmiotu ubezpieczenia społecznego, zostały określone przez ustawę, zostaje objęta ubezpieczeniem i staje się stroną stosunku ubezpieczenia społecznego, niezależnie od swej woli, na mocy ustawy.

Na podstawie art. 83 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje decyzje między innymi w przedmiocie zgłaszania

do ubezpieczeń społecznych, przebiegu ubezpieczeń, ustalania wymiaru składek i ich poboru, a także umarzania należności z tytułu składek, ustalania wymiaru składek na Fundusz Emerytur Pomostowych i ich poboru, a także umarzania należności z tytułu tych składek, ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz wymiaru świadczeń

z ubezpieczeń społecznych. Przedmiot decyzji został tak określony dlatego, że podleganie ubezpieczeniom społecznym następuje ex lege i nie jest konieczna decyzja stwierdzająca ten fakt prawny, a jeżeli została wydana, ma charakter wyłącznie deklaratoryjny. Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie musi deklarować obowiązku ubezpieczenia, lecz obowiązek ten konkretyzuje przez ustalenie wysokości należnych i nieuiszczonych składek na ubezpieczenia.

Nie zachodzi w niniejszej sprawie naruszenie art. 316 § 1 kpc, zgodnie z którym po zamknięciu rozprawy sąd wydaje wyrok, biorąc za podstawę stan rzeczy istniejący w chwili zamknięcia rozprawy. Sąd Okręgowy, mając na uwadze materiał dowodowy zaferowany przez strony procesu, po dokonaniu jego oceny, wydał wyrok orzekając o istocie sprawy.

Zgodnie z art. 8 ust. 2a ustawy systemowej, za pracownika, w rozumieniu ustawy, uważa się także osobę wykonującą pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowy o dzieło, jeżeli umowę taką zawarła z pracodawcą, z którym pozostaje w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy. Sąd Najwyższy w wyroku

z 23 maja 2014 r., sygn. akt II UK 445/13 (Lex nr 1475168) podsumowując dotychczasowe stanowisko w sprawie wykładni tego przepisu, wskazał między innymi, że art. 8 ust. 2a ustawy systemowej rozszerza pojęcie pracownika dla celów ubezpieczeń społecznych poza sferę stosunku pracy. Rozszerzenie to dotyczy wykonywania pracy na podstawie jednej

z wymienionych w nim umów prawa cywilnego przez osobę, która umowę taką zawarła

z pracodawcą, z którym pozostaje w stosunku pracy, a także wykonywania pracy na podstawie jednej z tych umów przez osobę, która wymienioną umowę zawarła z osobą trzecią, jednakże w jej ramach wykonuje pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje

w stosunku pracy. Przesłanką decydującą o uznaniu takiej osoby za pracownika w rozumieniu ustawy systemowej jest to, że - będąc pracownikiem związanym stosunkiem pracy

z określonym pracodawcą - jednocześnie świadczy na jego rzecz pracę w ramach umowy cywilnoprawnej. Celem takiej regulacji było ograniczenie korzystania przez pracodawców

z umów cywilnoprawnych zawieranych z własnymi pracownikami dla realizacji tych samych zadań, które wykonują oni w ramach łączącego strony stosunku pracy, by w ten sposób ominąć ograniczenia wynikające z ochronnych przepisów prawa pracy i uniknąć obciążeń

z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne od tych umów.

Poza sporem pozostawało w niniejszej sprawie było, iż zainteresowani lekarze byli zatrudnieni w spółce Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż. na podstawie umów o pracę zawartych na czas nieokreślony. Równocześnie były z nimi zawierane umowy cywilnoprawne, przedmiotem których było świadczenie usług medycznych w formie pełnienia dyżurów lekarskich. Usługi były wykonywane w pomieszczeniach należących

do płatnika składek oraz z wykorzystaniem jego infrastruktury. Z tytułu świadczonych przez lekarzy usług, były przez nich wystawiane rachunki lub faktury, na podstawie których następnie dokonywano wypłaty należności. Wobec powyższego, trafnie organ rentowy,

a za nim Sąd I instancji uznali, że w niniejszej sprawie znajduje zastosowanie art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Niewątpliwie bowiem płatnik składek zawierał z własnymi pracownikami dodatkowe umowy cywilnoprawne, w ramach których pracownicy świadczyli pracę na rzecz tego samego pracodawcy, a wypłacane wynagrodzenia za usługi medyczne pochodziły ze środków publicznych przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia Miejskim Zakładom Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.

Niewątpliwie umowy te należało zakwalifikować, jako inne umowy o świadczenie usług, do których zgodnie z Kodeksem cywilnym, stosuje się przepisy dotyczące zlecenia. Nie ulega również wątpliwości, że celem powyższych umów było ominięcie zmienionych przepisów prawa pracy w zakresie norm czasu pracy lekarzy, ograniczających możliwość zatrudniania lekarzy na dyżurach w ramach umowy o pracę.

Główny zarzut apelacji sprowadza się do kwalifikacji prawnej umów zawartych przez Szpital z zainteresowanymi. Wbrew zarzutom apelacji, brak było podstaw

do zakwalifikowania przedmiotowych dodatkowych umów, jako umów nazwanych, o których mowa w art. 35 i art. 35a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 12 z 2007 r., poz. 89, z późn. zm. -

aktualnie art. 26 ustawy o działalności leczniczej - t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638), do których nie stosuje się z mocy art. 750 k.c. przepisów o zleceniu.

Zgodnie z art. 65 § 2 k.c., dokonując interpretacji oświadczeń woli stron umowy, należy badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, nie zaś opierać się na jej dosłownym brzmieniu. Trafnie podniósł skarżący, że umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 133 w zw. z art. 132 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej), należą do umów nazwanych, do których nie stosuje się z mocy art. 750 kc przepisów o zleceniu (tak - wyrok Sądu Najwyższego z 10 grudnia 2004 r., sygn. akt III CK 134/04, OSP 2005 Nr 6, poz. 79).

Jednakże zakresem podmiotowo-przedmiotowym takich umów nie może być objęte pełnienie dyżurów medycznych przez zatrudnionych lekarzy u pracodawcy - świadczeniodawcy świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych NFZ.

W tym zakresie znajdują bowiem zastosowanie przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która w art. 132 ust. 1 stanowi, że podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, tyle, że taki świadczeniodawca nie może zawrzeć wymienionej umowy (subkontraktu) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u tego świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem (ust. 3)

i to niezależnie od tego, czy zawarte w ten niedozwolony sposób subkontrakty były lub są wykonywane w ramach podporządkowania charakterystycznego dla stosunku pracy,

czy na podstawie tak nazwanej odrębnej umowy, do której nie stosuje się przepisów

o zleceniu. Regulacja zacytowanego ust. 3 art. 132 tej ustawy oddziałuje na sferę lekarskich stosunków prawnych, gdyż wynika z niej ustawowy zakaz zawierania z zatrudnionymi przez świadczeniodawcę lekarzami umów (subkontraktów) na udzielanie świadczeń zdrowotnych, choćby w tym celu zatrudnieni lekarze utworzyli lub prowadzili indywidualne praktyki lekarskie. Oznacza to, że sporne umowy, jako zawarte wbrew treści art. 132 ust. 3 ustawy

o świadczeniach opieki zdrowotnej, nie mogły być kwalifikowane, jako szczególne i odrębne od umów uregulowanych Kodeksem cywilnym.

Zakaz zawierania przez pracodawców, będących świadczeniodawcami, którzy zawarli z NFZ umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z pracownikami (lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u tego świadczeniodawcy) odrębnych umów (subkontraktów) na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych, podważa koncepcję wyłączenia przychodów za wykonywanie takich zobowiązań spod reżimu prawa ubezpieczeń społecznych, co oznacza, że tacy świadczeniodawcy na gruncie prawa ubezpieczeń społecznych mają status płatników składek od „łącznych” przychodów

ze stosunku pracy oraz od wynagrodzenia za pełnienie dyżurów medycznych uzyskiwanych ze spornych umów. Skoro zatem lekarze pełnili dyżury medyczne na podstawie niedozwolonych umów (subkontraktów) na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych zawartych z własnym pracodawcą, który był świadczeniodawcą takich usług finansowanych z NFZ, to przy ustalaniu podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu stosunku pracy, ten płatnik składek ma obowiązek obliczenia i uiszczenia należnej składki także od przychodów ze spornych niedozwolonych umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostały zawarte wbrew prawu z zatrudnionymi w ramach stosunku pracy lekarzami pełniącymi dyżury medyczne u tego pracodawcy - świadczeniodawcy świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ, tak, jak

od wynagrodzenia ze stosunku pracy. Oznacza to, że lekarz zatrudniony w ramach stosunku pracy nie może być równocześnie podwykonawcą świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zatrudniającego go podmiot medyczny, gdyż legalne jest zawieranie odrębnych rodzajowo

od umów regulowanych przepisami Kodeksu cywilnego oraz nieobjętych obowiązkowym tytułem ubezpieczenia społecznego umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie z ustawowo określonymi podmiotami trzecimi, które wobec świadczeniodawcy, którego wiąże umowa z NFZ, nie pozostają w stosunkach prawnych podporządkowania

co do rodzaju pracy, ani miejsca i czasu świadczenia usług zdrowotnych. Stanowisko takie wyraził Sąd Najwyższy w postanowieniach z 22 czerwca 2015 r., sygn. akt I UZ 3/15, LEX nr 1781846 i z 22 lipca 2015 r., sygn. akt I UZ 6/15, LEX nr 1767098 oraz w powołanym wyżej wyroku z 13 lutego 2014 r., sygn. akt I UK 323/13, zaś Sąd Apelacyjny w składzie rozpoznającym niniejszą sprawę w całości je akceptuje.

Takiemu pogładowi nie stoi na przeszkodzie zawarte w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia

5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (j.t. Dz. U. Nr 288 z 2011 r. poz. 1634 z późn. zm.), zgodnie z którym wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób

i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Nie można bowiem przyjąć, że każda umowa, na podstawie której lekarz wykonuje zawód, jest umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Czym innym jest określony powołanym przepisem zakres przedmiotowy wykonywania zawodu lekarza, a czym innym forma wykonywania tego zawodu, który może być realizowany na podstawie umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej, czy też indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej w ramach działalności gospodarczej. Umowa, na podstawie której lekarz wykonuje swój zawód, polegający na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, nie może być utożsamiana z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz, w rozumieniu art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, ani z zawieraną w jej ramach umową

o zamówienie na świadczenia zdrowotne, o której mowa w art. 133 tej ustawy w zw. z art. 35 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Przewidziana w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierana jest przez podmiot zobowiązany do realizacji zadań z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego (Narodowy Fundusz Zdrowia) z podmiotem, który w myśl przepisów tej ustawy może być świadczeniodawcą.

Wskazano już wyżej, że stosownie do art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, rozważana umowa nie może być zawarta przez Fundusz z lekarzem udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej (a więc wykonującym zawód lekarza) u tego świadczeniodawcy, który zawarł ją z Funduszem. Z mocy art. 133 zd. 2 tej ustawy, takiemu lekarzowi świadczeniodawca nie może również zlecić - jako podwykonawcy - udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, w tym na podstawie umowy o zamówienie na świadczenia zdrowotne, o którym stanowi art. 35 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Wobec powyższego, wszelkie zapisy zawarte w umowach łączących Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej w (...) Sp. z o.o. z Narodowym Funduszem Zdrowia, co do formy świadczenia opieki zdrowotnej przez zainteresowanych, uznać należy za niezgodne

z prawem i prawnie bezskuteczne.

Skoro zatem zainteresowani pełnili dyżury medyczne na podstawie niedozwolonych umów (subkontraktów) na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych zawartych z własnym pracodawcą, który był świadczeniodawcą takich usług finansowanych

z NFZ, to przy ustalaniu podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu stosunku pracy, płatnik składek - Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż. - miał obowiązek obliczenia i uiszczenia należnej składki także od przychodów ze spornych niedozwolonych umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zawarł, wbrew prawu, z zatrudnionymi w ramach stosunku pracy lekarzami pełniącymi dyżury medyczne

u pracodawcy - świadczeniodawcy świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ, tak, jak od wynagrodzenia ze stosunku pracy.

Prawidłowo zatem uznał Sąd I instancji, że sporne umowy zawarte pomiędzy zainteresowanymi, a Miejskimi Zakładami Opieki Zdrowotnej, traktować należy, pomimo ich nazwy, jako umowy o świadczenie usług, do których zastosowanie mają przepisy o zleceniu, zgodnie z art. 750 kc, skoro niedopuszczalne było zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Zainteresowani wówczas realizowali świadczenia medyczne w ramach umowy zawartej przez płatnika z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Warto także podkreślić, iż przepis art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych posługuje się pojęciem wykonywania pracy „na rzecz” pracodawcy. Poza sporem pozostawało w niniejszej sprawie, że zainteresowani, wykonując obowiązki

na podstawie umów o świadczenie usług zawartych z płatnikiem, działali na rzecz podmiotu będącego ich pracodawcą.

W stosunku do tak rozumianego pracownika, płatnikiem składek jest pracodawca, o czym stanowi art. 4 pkt 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Ponadto, z art. 18 ust. 1a tej ustawy wynika, że w przypadku ubezpieczonych, o których mowa w art. 8 ust. 2a, w podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe uwzględnia się przychód z tytułu umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowy o dzieło.

Na podstawie art. 19 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, roczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób, o których mowa m.in. w art. 6, w danym roku kalendarzowym nie może być wyższa od kwoty odpowiadającej trzydziestokrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok kalendarzowy, określonego w ustawie budżetowej, ustawie o przewidywanym budżetowym lub ich projektach, jeżeli odpowiednie ustawy nie zostały uchwalone - z zastrzeżeniem ust. 2 i 9. Natomiast z mocy art. 20 ust. 1 i 2 ustawy

o systemie ubezpieczeń społecznych, podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz ubezpieczenie wypadkowe stanowi podstawa wymiaru składek

na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe, przy czym, nie stosuje się ograniczenia z art. 19 ust. 1 tej ustawy.

Przepisy art. 81 ust. 1, 5 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowią przy tym, że do ustalania podstawy wymiaru składek

na ubezpieczenie zdrowotne pracowników (zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy - pracowników w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, czyli również

w rozumieniu art. 8 ust. 2a tejże ustawy) stosuje się przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe tych osób. Od przychodów uzyskanych

z tytułu umów o świadczenie usług na podstawie art. 104 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia

20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 645), należne są także składki na Fundusz Pracy. Zgodnie zaś z art. 29 ust. 1 ustawy

z 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz. U. z 2014 r. poz. 272 z późn. zm.), składki na FGŚP ustala się od kwot stanowiących podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe.

Trafne jest zatem stanowisko Sądu Okręgowego, że to Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej w (...) Sp. z o.o. winny obliczyć i odprowadzić składki na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych od przychodów uzyskiwanych przez zainteresowanych z tytułu wykonywania spornych umów.

Skoro zatem nie zachodzą zarzucane apelacją naruszenia przepisów postępowania ani prawa materialnego, apelację jako bezzasadną, została oddalona w punkcie 1 sentencji

po myśli art. 385 kpc.

W punkcie 2 Sąd Apelacyjny z mocy art.102 kpc odstąpił od obciążenia skarżących Zakładów zwrotem kosztów zastępstwa procesowego.

Jak wskazał Sąd Najwyższy (por. postanowienie z 18 kwietnia 2013 r., sygn. akt III CZ 75/12, LEX nr 1353220), w art. 102 kpc ustawodawca odwołuje się do pojęcia „wypadków szczególnie uzasadnionych”. Takie sformułowanie wprawdzie nie jest klauzulą generalną, jednak opiera się na zwrocie niedookreślonym, który może odsyłać również do argumentów natury aksjologicznej. Regulacja ta znajdzie zastosowanie w wyjątkowych sytuacjach, gdy z uwagi na okoliczności konkretnej sprawy, zastosowanie reguł ogólnych kpc dotyczących zwrotu kosztu procesu byłoby nieuzasadnione. Rozstrzygnięcie na podstawie art. 102 kpc ma charakter dyskrecyjny, kontrola instancyjna w tym zakresie jest ograniczona do sytuacji, gdy zastosowanie wzmiankowanego przepisu nie zostało w ogóle uzasadnione bądź nastąpiło z rażącym naruszeniem reguł przewidzianych w tym przepisie.

Sąd Apelacyjny miał na uwadze, że choć sporna materia jest uregulowana bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa materialnego, to jednak składają się one na zespół kazuistycznych i trudnych w interpretacji norm. Powszechnie przy tym znana jest zła sytuacja ekonomiczna niedostatecznie finansowanej publicznej służby zdrowia. Znaczne obciążenie zwrotem kosztów zastępstwa procesowego nawet w najniższej wysokości, po rozpoznaniu znacznej ilości spraw dotyczących tego samego przedmiotu sporu, pomiędzy tymi samymi stronami (z udziałem innych zainteresowanych) przy uwzględnieniu związanego z tym rozmiaru nakładu pracy pełnomocników stron, zdaniem Sądu Apelacyjnego przemawia za zastosowaniem w stosunku do Zakładów art. 102 kpc i odstąpieniem od obciążenia ich kosztami procesu w postępowaniu apelacyjnym.

/-/ SSA A.Kolonko /-/ SSA W.Nowakowski /-/ SSA W.Bzibziak

Sędzia Przewodniczący Sędzia

ek