

Sygn. akt III AUa 737/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 grudnia 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący	SSA Marek Procek (spr.)
Sędziowie	SSA Jolanta Pietrzak SSA Tadeusz Szweda
Protokolant	Elżbieta Szewczyk

po rozpoznaniu w dniu 20 grudnia 2018 r. w Katowicach

sprawy z odwołania (...) Centrum Klinicznego(...)w K.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w C.

przy udziale zainteresowanych D. R., E. D., E. M., A. J., J. P., A. Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością Spółki Komandytowej w K.

o podleganie ubezpieczeniom społecznym i ustalenie podstawy wymiaru składek

na skutek apelacji(...) Centrum Klinicznego (...) (...) w K. oraz apelacji A. Spółki

z ograniczoną odpowiedzialnością Spółki Komandytowej w K.

od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Katowicach

z dnia 16 października 2017 r. sygn. akt X U 781/16

oddala obie apelacje.

/-/SSA J.Pietrzak /-/SSA M.Procek /-/SSA T.Szweda
Sędzia Przewodniczący Sędzia

Sygn. akt III AUa 737/18

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 16 października 2017r. Sąd Okręgowy - Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Katowicach oddalił odwołania (...) Centrum Klinicznego (...) (...) w K. (uprzednia nazwa: (...) Publiczny Szpital (...) w K.) od pięciu decyzji organu rentowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w C. z dnia 29 lutego 2016r., w których stwierdził obowiązek podlegania obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu, chorobowemu

z tytułu zawartej umowy zlecenia z płatnikiem (...) s.c. (aktualnie A. Sp. z o.o. spółka komandytowa w K.) wykonywanej na rzecz pracodawcy (...) Publicznego Szpitala (...) (aktualnie:(...) Centrum Kliniczne (...) (...) w K.) następujących pracowników:

- J. P. w okresie od 1 maja 2010r. do 31 grudnia 2012r.;

- D. R. w okresie od 1 maja 2010r. do 29 września 2010r., od 1 października 2010r. do 20 października 2010r., od 23 października 2010r. do 7 listopada 2010r., od 10 listopada 2010r. do 7 grudnia 2010r., od 11 grudnia 2010r. do 16 grudnia 2010r., od 18 grudnia 2010r. do 20 listopada 2011r., od 1 grudnia 2011r. do 31 grudnia 2012r.;

- A. J. w okresie od dnia 1 maja 2010r. do 18 grudnia 2011r. oraz od 22 grudnia 2011r. do 31 grudnia 2012r.;

- E. D. w okresie od dnia 15 czerwca 2010r. do 14 listopada 2010r., od 20 listopada 2010r. do 1 grudnia 2011r., od 7 grudnia 2011r. do 13 listopada 2012r., od 21 listopada 2012r. do 23 grudnia 2012r., od 25 grudnia 2012r. do 31 grudnia 2012r.;

- E. M. w okresie od 1 maja 2010r. do 9 listopada 2010r., od 13 listopada 2010r. do 8 września 2011r., od 10 września 2011r. do 27 października 2011r.,
od 5 listopada 2011r. do 26 grudnia 2011r., od 31 grudnia 2011r. do 28 czerwca 2012r., od 30 czerwca 2012r. do 9 sierpnia 2012r., od 15 sierpnia 2012r.
do 10 października 2012r., od 12 października 2012r. do 25 października 2012r.,
od 27 października 2012r. do 28 października 2012r., od 30 października 2012r.
do 23 grudnia 2012r.

oraz ustalił podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, tj. emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe oraz ubezpieczenie zdrowotne ubezpieczonych: J. P., D. R., A. J., E. D., E. M., jako pracowników płatnika składek - (...) Publicznego Szpitala (...).

W uzasadnieniu powyższych decyzji organ rentowy wskazał, że wymienieni w decyzjach ubezpieczeni - pracownicy odwołującego - zawarli z Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej A. s.c. z siedzibą w K. umowy zlecenia na świadczenie usług medycznych i na ich podstawie wykonywali pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostawali w stosunku pracy, tj. (...) Publicznego Szpitala (...) w K.. Ubezpieczeni w spornym okresie zostali zgłoszeni przez zleceniodawcę wyłącznie do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Biorąc pod uwagę przepis art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz orzecznictwo Sądu Najwyższego, organ rentowy stwierdził, iż płatnikiem składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne jest pracodawca, z którym łączył ubezpieczonych stosunek pracy. Doliczając zatem do przychodów uzyskanych przez ubezpieczonych z tytułu wykonywania pracy na podstawie stosunku pracy przychody z tytułu umów zlecenia, organ rentowy ustalił podstawę wymiaru składek w wysokościach określonych w zaskarżonych decyzjach. Organ rentowy podkreślił, że płatnik składek winien złożyć za ubezpieczonych raporty imienne, w których zostanie wykazana podstawa wymiaru składek określona w sentencjach decyzji (suma wynagrodzeń ze stosunku pracy oraz umowy zlecenia na świadczenie usług medycznych).

W odwołaniach od powyższych decyzji płatnik składek (...) Centrum Kliniczne (...) (...) w K. wniósł o ich zmianę poprzez ustalenie, że odwołujący płatnik nie ma obowiązku dokonania korekt rozliczeniowych oraz przeliczenia podstaw wymiaru składek ubezpieczonych w spornych okresach. Odwołujący wniósł o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z dokumentów znajdujących się w aktach organu rentowego załączonych do sprawy, z dokumentów znajdujących się w aktach kontroli organu rentowego, umowy nr (...) zawartej przez odwołującego z zainteresowanym, z przesłuchania stron z ograniczeniem do przesłuchania zainteresowanych.

W uzasadnieniu odwołań skarżący przyznał, że zatrudniał ubezpieczonych na podstawie umów o pracę w okresach wskazanych w zaskarżonych decyzjach i podkreślił, że należycie obliczał i opłacał składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne. Odwołujący zarzucił, że ustalenia dokonane przez organ rentowy są zupełnie dowolne, a w zaskarżonych

decyzjach nie wskazano z jakiej przyczyny organ rentowy uznał, że ubezpieczeni świadczyli pracę w poszczególnych miesiącach właśnie na rzecz odwołującego. Organ rentowy nie ustalił także, czy ubezpieczeni otrzymywały wynagrodzenie od (...) s.c. wyłącznie z tytułu świadczeń udzielanych na rzecz odwołującego, a bez takich ustaleń

nie można jednoznacznie przypisać wszystkich wskazanych w decyzjach kwot wynagrodzenia z umowy zlecenia jako kwot, które zostały przez A. s.c. wypłacone ubezpieczonym z tytułu wykonywania pracy na rzecz własnego pracodawcy. Ponadto odwołujący wskazał, że organ rentowy nie ustalił jakie czynności były faktycznie wykonywane przez ubezpieczone na podstawie zawartej przez nie umowy zlecenia, albowiem A. s.c. świadczył usługi nie tylko na rzecz odwołującego, ale także na rzecz M. Sp. z o.o., stąd też nie wiadomo czy wskazane w decyzji wynagrodzenie wypłacane przez A. s.c. konkretnemu zleceniobiorcy dotyczyło wyłącznie świadczenia przez tego zleceniobiorcę pracy na rzecz odwołującego. Skarżący wskazał, że twierdzenia organu rentowego, iż wypełniona została przesłanka z art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych polegająca na wykonywaniu pracy na rzecz własnego pracodawcy na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z osobą trzecią uznać można jedynie za hipotezę nieznajdującą należytego oparcia w dowodach zgromadzonych w sprawie. Odwołujący zaznaczył, że aby móc zakwalifikować daną osobę jako pracownika, musi dojść

do wykonywania pracy. W aktach kontroli organu rentowego nie znajduje się żaden dowód, który potwierdzałby taką okoliczność. Samo zawarcie umowy zlecenia nie oznacza, że została on zrealizowana. Odwołujący podkreślił, że nie zgadza się z twierdzeniem organu rentowego, że ubezpieczeni przez „umowę zlecenia” zawartą ze współnikami A. s.c. wykonywali pracę na rzecz własnego pracodawcy. A. s.c. zawarł ze Szpitalem umowę o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne po przeprowadzeniu konkursu ofert.

Na podstawie tej umowy A. s.c. zobowiązała się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowego zabezpieczenia dyżurów okulistycznych lekarskich w określonych godzinach i w określonej jednostce Szpitala. Umowa zobowiązywała A. s.c. do zapewnienia obsady na dyżurach lekarskich oraz zapewnienia udzielania konsultacji w pozostałych oddziałach Szpitala i w Izbie Przyjęć. Świadczenia zdrowotne były udzielane przez personel A. s.c. przy pełnym zachowaniu swobody wykonywaniu zawodu lekarza oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Odwołujący podniósł,

że sam fakt zawarcia umów cywilnoprawnych przez współników A. s.c.

z pracownikami Szpitala nie powoduje, że automatycznie można uznać, że zleceniobiorcy byli pracownikami w rozumieniu art. 8 ust. 2a ustawy systemowej. Odwołujący zaznaczył,

że organ rentowy winien w ramach postępowania wyjaśniającego przede wszystkim porównać przedmiot umów zlecenia z zakresem obowiązków ze stosunku pracy pracowników Szpitala na danym stanowisku. Dopiero po przeprowadzeniu takiej analizy, możliwe staje się dokonanie oceny czy przepis art. 8 ust. 2a znajduje zastosowanie do stanu faktycznego niniejszej sprawy. Zakres czynności wykonywanych na podstawie umowy o pracę odmienny od zakresu obowiązków zleceniobiorcy wykluczać będzie uznanie, że zleceniobiorca powinien być objęty obowiązkiem ubezpieczenia społecznego przez pracodawcę. Reasumując, odwołujący stwierdził, że czynności wykonywane przez ubezpieczonych

na podstawie umów zawartych z zainteresowanym A. s.c., nie pokrywają się

z zakresem obowiązków wykonywanych na podstawie umowy o pracę. W związku

z powyższym, regulacja art. 8 ust. 2a ustawy systemowej nie znajduje zastosowania w niniejszej sprawie.

Zainteresowany A. Sp. z o.o. spółka komandytowa w K. (wcześniej (...) s.c.) poparł odwołania, wnosząc o zmianę zaskarżonych decyzji oraz zasądzenie od organu rentowego na rzecz zainteresowanego kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych. Zainteresowany zarzucił, że organ rentowy dokonał błędnej analizy stanu faktycznego sprawy, co doprowadziło do wadliwego zastosowania przepisu prawa materialnego, tj. art. 8 ust. 2a ustawy systemowej. Podkreślił,

że czynności wykonywane przez pracowników na podstawie umowy o pracę zawartej

z odwołującym miały odmienny charakter, niż te wykonywane w ramach umowy zlecenia

na rzecz zainteresowanego A. Sp. z o.o. spółki komandytowej. Pracownicy odwołującego wykonywali pracownicze obowiązki lekarza okulisty na rzecz (...) Centrum Okulistyki oraz obowiązki określone w umowach zlecenia zawartych

z A. Sp. z o.o. spółką komandytową. Zasadnicze obowiązki wykonywane na podstawie umów zawartych z A. Sp. z o.o. spółką komandytową polegały na udzielaniu opieki zdrowotnej w ramach dyżurów lekarskich na Oddziałach okulistycznych, bloku operacyjnym oraz Izbie Przyjęć. Natomiast w ramach umów o pracę zawartych z odwołującym, lekarze okuliści wykonywali pracę w Poradni okulistycznej. Różnica w zakresie i rodzaju wykonywanych obowiązków w ramach dwóch odmiennych umów, brak tożsamości miejsca wykonywania obowiązków i brak występowania struktury kierownictwa nad wykonywaniem zadań przez lekarzy prowadzi do wniosku, że w stanie faktycznym objętym decyzjami organu rentowego nie została spełniona główna przesłanka warunkująca zastosowania art. 8 ust. 2a ustawy systemowej w postaci wykonywania w ramach takiej umowy pracy na rzecz pracodawcy. Nadto zainteresowany wskazał dodatkowe elementy, które wykluczają zastosowanie art. 8 ust. 2a ustawy systemowej, takie jak: zainteresowany wypłacał zleceniobiorcom wynagrodzenie z umów zlecenia, z których wynikało, że zleceniobiorca wykonuje usługi na rzecz i w imieniu zainteresowanego; zleceniobiorcy - lekarze przyjęli na siebie odpowiedzialność wobec pacjentów i osób trzecich za wyrządzenie im szkody, odwołujący nie osiągał zysku z tytułu wykonywania przez pracowników umów zlecenia, brak wykonywania dyżurów pod kierownictwem odwołującego, czy zainteresowanego.

Sąd Okręgowy ustalił, iż dnia 30 kwietnia 2010r. (...) Publiczny Szpital (...) w K. (obecnie (...) Centrum Kliniczne (...) (...)

w K.) zawarł z NZOZ A. s.c. G. L., B. S., A. Z. (obecnie A. Sp. z o.o. spółka komandytowa w K.) umowę o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne. Przedmiotem umowy było udzielanie przez przyjmującego zamówienie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowego zabezpieczenia dwuosobowych dyżurów lekarskich okulistycznych pełnionych na rzecz Udzielającego zamówienie, w siedzibie udzielającego zamówienie przez personel lekarski wskazany w załączniku do oferty. Przyjmujący zamówienie zobowiązał się realizować świadczenia w zakresie okulistyki w Oddziałach okulistycznych wraz

z udzielaniem konsultacji okulistycznych w pozostałych Oddziałach szpitalnych i w Izbie Przyjęć. (...) Centrum Kliniczne(...) (...) w K. wypłacało w okresach miesięcznych należność NZOZA. s.c. za świadczone usługi realizowane w ramach powyższej umowy, na podstawie wystawionych faktur VAT. A. s.c. realizowała powyższą umowę poprzez osoby zatrudniane na podstawie umowy zlecenia na świadczenie usług medycznych. Jak podał także Sąd, organ rentowy w dniach od 6 marca 2013r. do 21 marca 2013r. przeprowadził kontrolę płatnika składek NZOZ A. s.c. i w jej wyniku ustalił, że ubezpieczeni: J. P. D. R., A. J., E. D., E. M. wykonywali pracę na podstawie umów zlecenia na świadczenie usług medycznych zawartej z A. s.c., z tego tytułu zostali zgłoszeni przez płatnika składek wyłącznie do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Praca świadczona w ramach umowy zlecenia była wykonywana na rzecz pracodawcy, z którym ubezpieczonych łączył stosunek pracy.

W trakcie kontroli organ rentowy pozyskał umowy zlecenia na świadczenie usług medycznych zawarte pomiędzy Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej A. s.c. (obecnie A. Sp. z o.o. spółka komandytowa w K.), a ubezpieczonymi: J. P. (umowa zawarta 1 maja 2010r. na czas nieokreślony), A. J. (umowa zawarta 30 kwietnia 2010r. na czas nieokreślony), D. R. (umowa zawarta 6 maja 2010r. na czas nieokreślony), E. D. (umowa zawarta 15 czerwca 2010r. na czas nieokreślony), E. M. (umowa zawarta 1 maja 2010r. na czas nieokreślony). Zgodnie z umowami zawartymi z NZOZ A. s.c. ubezpieczeni zobowiązali się do:

- a) wykonywania zabiegów na bloku operacyjnym wynikających ze stanów nagłych, zgodnie z obowiązującymi przepisami i wiedzą medyczną,
- b) bieżącego zapoznawania się ze stanem zdrowia chorych przebywających na Oddziałach okulistycznych,
- c) udzielania świadczeń tak, aby możliwe było postawienie diagnozy i wdrożenie właściwego procesu leczenia w jak najkrótszym czasie,
- d) udzielania konsultacji okulistycznych w pozostałych Oddziałach szpitalnych,

- e) bieżącego udzielania ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych okulistycznych osobom zgłaszającym się do Izby Przyjęć, w tym także ustalenia kierunku leczenia oraz prowadzenia leczenia pacjentów, zgodnie z postępowaniem wiedzy medycznej i technicznej w zakresie możliwości,
- f) poprawnego, starannego i rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej, a w szczególności w taki sposób, by historie choroby prowadzone były zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, wymogami wynikającymi z aktualnego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania, wymogami NFZ i wewnętrznymi zarządzeniami (...) nr (...),
- g) przekazywania po dyżurze lekarzowi przejmującemu opiekę informacji na temat pacjentów znajdujących się na Oddziałach okulistycznych,
- h) informowania Ordynatora Oddziału, kierownika odcinka lub innego wyznaczonego lekarza o przypadkach nagłych, nagłym pogorszeniu stanu zdrowia pacjentów hospitalizowanych lub innych ważnych okolicznościach,
- i) wykonywania innych czynności związanych bezpośrednio z zawodem lekarza, a wynikających z nieprzewidzianych okoliczności lub będących poleceniem wiążącym się z udzieleniem świadczeń i zleconych przez udzielającego zamówienia,
- j) powiadomienia udzielającego zamówienia oraz odpowiednich organów i instytucji o każdym przypadku, co do którego zachodzi podejrzenie, że jest wynikiem przestępstwa.

W umowach wskazano, iż za udzielenie świadczeń medycznych udzielający zlecenie płacić będzie przyjmującemu zlecenie wynagrodzenie miesięczne, którego wysokość stanowić będzie iloczyn godzin, w których udzielał świadczeń i odpowiedniej stawki godzinowej. Wynagrodzenie za dany miesiąc kalendarzowy udzielający zlecenie wypłacać będzie niezwłocznie po otrzymaniu zapłaty od (...) nr (...) za udzielone świadczenie medyczne.

Ubezpieczeni w okresach wskazanych w zaskarżonych decyzjach pozostawali w stosunku pracy z (...) Centrum Klinicznym (...) (...) w K.. Ich pracownicze obowiązki zostały określone w pisemnych zakresach czynności.

J. P. (1) w okresie od 1 stycznia 2010r. do 31 grudnia 2012r. zajmowała stanowisko Kierownika Odcinka, E. D. w okresie od 1 stycznia 2010r.

do 31 grudnia 2012r. zajmowała stanowisko starszego asystenta, E. M.

w okresie od 1 stycznia 2010r. do 31 grudnia 2012r. zajmowała stanowisko starszego asystenta, A. J. w okresie od 1 stycznia 2010r. do 31 stycznia 2012r. zajmowała stanowisko starszego asystenta, a od 1 lutego 2012r. zajmuje stanowisko Kierownika Przyklinicznej Poradni Okulistycznej, D. R. w okresie od 1 stycznia 2010r. do 31 grudnia 2012r. zajmowała stanowisko młodszego asystenta.

Sąd Okręgowy ustalił także, iż ubezpieczona J. P., realizując umowę

o pracę w spornym okresie, sprawowała opiekę nad pacjentami Oddziału szpitalnego, wykonywała czynności diagnostyczne, leczenia zachowawczego oraz chirurgiczne. Obowiązki pracownicze wykonywała od godz. 7.25 do godz. 15.00. Na podstawie umowy zlecenia na świadczenie usług medycznych, ubezpieczona pełniła dyżury na wszystkich Oddziałach okulistycznych szpitalnych oraz w Izbie Przyjęć. Ubezpieczona, jako kierownik dyżurów, odpowiadała za całokształt dyżurów. Samodzielnie podejmowała decyzje

w zakresie diagnostyki i leczenia na dyżurach; po dyżurze przedstawiała stan pacjentów w formie raportu kierownikom odcinków okulistycznych. Jeżeli zachodziła konieczność, to wykonywała na dyżurach zabiegi chirurgiczne w trybie nagłym. J. P.

z tytułu umowy zlecenia, otrzymywała wynagrodzenie od spółki A., było to wynagrodzenie tylko za dyżury. Dyżury świadczyła na terenie Centrum Klinicznego dla pacjentów tego Szpitala i na szpitalnej Izbie Przyjęć. Dyżury od godziny 7.25 do 19.25.

w dni powszednie organizował i opłacał Szpital, a pozostałe, tj. weekendowe i nocne - Spółka A.. Recepty w czasie dyżuru wypisywane były na Szpital.

Ubezpieczona E. D. w spornym okresie w ramach umowy o pracę wykonywała czynności kierownika pracowni ultrasonograficznej w Przyklinicznej Poradni Ambulatoryjnej, tj. wykonywała badania USG i nadzorowała funkcjonowanie Pracowni.

Na podstawie umowy zlecenia na świadczenie usług medycznych, wykonywała czynności lekarza dyżurującego - Kierownika dyżuru na terenie Centrum Klinicznego i dla jego pacjentów.

Ubezpieczona E. M. w spornym okresie, na podstawie umowy o pracę, wykonywała czynności lecznicze, diagnostyczne, okulistyczne i chirurgiczne. Na podstawie umowy zlecenia na świadczenie usług medycznych, wykonywała czynności lekarza dyżurującego na terenie Centrum Klinicznego i dla jego pacjentów.

Ubezpieczona A. J. w spornym okresie, na podstawie umowy o pracę, organizowała pracę i działalność leczniczą w Przyklinicznej Poradni Okulistycznej, jako jej Kierownik. Wykonywała także czynności lecznicze w Poradni Laserowej schorzeń siatkówki. Jednocześnie realizowała obowiązki lekarza dyżurującego w Szpitalu (...) na podstawie umowy zlecenia na świadczenie usług medycznych. Dyżurując na podstawie umowy zlecenia, wykonywała typowe czynności dla dyżuru; była Kierownikiem dyżurów.

Ubezpieczone realizowały dyżury na podstawie umów zlecenia na świadczenie usług medycznych zawartych z A. s.c.. w innych jednostkach Szpitala, niż te, w których realizowały umowę o pracę.

Podstawa wymiaru składek obejmująca wyłącznie przychód ze stosunku pracy dla poszczególnych ubezpieczonych została wskazana w miesiącach:

- 06/2010r., 02/2011r., 10/2011r. dla ubezpieczonej E. D.,
- 05/2010r., 08/2011r., 09/2011r., 12/2011r., 08/2012r. dla ubezpieczonej D. R.,
- 05/2010r., 02/2011r., 07/2012r. dla ubezpieczonej E. M.,
- 05/2010r., 07/2010r. dla ubezpieczonej A. J.,
- 05/2010r., 09/2011r., 12/2011r., 01/2012r., 03-12/2012r. dla ubezpieczonej J. P.,

albowiem płatnik składek wykazał w tych okresach podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne w kwotach „0”, natomiast dla ubezpieczonej E. D. za miesiąc 06/2010r. raport o podstawach wymiaru składek ZUS RZA przez płatnika A. s.c. nie został złożony.

Odnosząc się do treści odwołań, Sąd Okręgowy przytoczył normę art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U.

z 2017r., poz. 1778 - dalej, jako ustawa systemowa), podnosząc, że podstawowym skutkiem uznania danej osoby za pracownika jest objęcie jej obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi - emerytalnym, rentowymi, chorobowym i wypadkowym na zasadzie art. 6 ust. 1 pkt 1., art. 11 ust. 1 i art. 12 ust. 1 ustawy systemowej oraz zdrowotnym na podstawie

art. 66 ust. 1 lit. e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016r., poz. 1793), przy czym płatnikiem składki jest pracodawca takiej osoby. Sąd ten podniósł przy tym, iż stosownie do art. 18 ust. 1 w związku z art. 20 ust. 1 ustawy systemowej, podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe stanowi przychód, o którym mowa w art. 4

pkt 9 i 10, z zastrzeżeniem ust. 1a i 2, ust. 4 pkt 5 i ust. 12. Natomiast do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne stosuje się przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, z zastrzeżeniem ust. 5, 6 i 10

(art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). W przypadku ubezpieczonych, o których mowa w art. 8 ust. 2a ustawy systemowej, w podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe uwzględnia się również 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 (art. 18 ust. 1a ustawy systemowej).

Zdaniem Sądu Okręgowego, sytuacja zleceniobiorców: J. P.

E. D., A. J., E. M. i D. R. w okresach objętych zaskarżonymi decyzjami w pełni realizuje hipotezę normy art. 8 ust. 2 a ustawy systemowej. Odwołujący przyznał w odwołaniach, iż w okresach objętych zaskarżonymi decyzjami zatrudniał ubezpieczone na podstawie umów o pracę.

Jak wynika z przedłożonych przez odwołującego zaświadczeń, ubezpieczone zajmowały stanowiska: Kierownika Odcinka, Kierownika Przyklinicznej Poradni Okulistycznej, starszego asystenta, młodszego asystenta. Jednocześnie ubezpieczone realizowały w tym samym czasie obowiązki lekarza w oparciu o umowy zawarte z A. s.c. i na podstawie tych umów, świadczyły usługi medyczne (udzielanie opieki zdrowotnej w ramach dyżurów lekarskich) wyłącznie na rzecz (...) Centrum Klinicznego (...)

(...) (...) w K.. Za wykonane na rzecz pracodawcy świadczenia pobierały wynagrodzenie wypłacane przez A. s.c. Nie ulega wątpliwości - jak podnosi tenże Sąd - iż czynności lekarza na dyżurach mają inny charakter, niż w toku opieki pozadyżurowej, nie mniej jednak - w ocenie Sądu - istotne znaczenie

ma fakt wykonywania przez ubezpieczone zarówno w ramach umowy o pracę jak i umowy zlecenia takiej samej pracy w rozumieniu opieki nad pacjentami ich pracodawcy. Wszystkie podejmowane przez lekarzy czynności były wykonywane w siedzibie pracodawcy i na rzecz jego pacjentów. Czynności, do których wykonywania zobowiązali się wobec A. s.c. miały zapewnić pacjentom ich pracodawcy kompleksowość i ciągłość opieki medycznej. Konstrukcja zawierania umów przez lekarzy z podmiotem trzecim miała w istocie służyć tylko umożliwieniu wykonywania przez nich pracy na rzecz swego pracodawcy

z pominięciem ograniczeń wynikających z regulacji dotyczących wymiaru czasu pracy lekarzy. Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że bez spornych umów zlecenia łączących ubezpieczone z A. s.c., odwołujący ponosiłby wyższe koszty pracy ubezpieczonych w godzinach nadliczbowych i w dniach wolnych od pracy w ramach stosunku pracy

i naruszałby ich prawo do odpoczynku. Dzięki umowom zawartym z A. s.c., ubezpieczeni rejestrowali czas pracy odrębnie dla podwykonawcy, nie naruszając przy tym przepisów o czasie pracy. Ponadto zatrudnianie pracowników odwołującego w ramach umów zlecenia z jego podwykonawcą było dla ich pracodawcy korzystne także z przyczyn organizacyjnych. Wykonywali oni bowiem zadania typowe dla obowiązków lekarza, w tym samym obiekcie, co było dla ich pracodawcy najkorzystniejsze i zapewniało najwyższą jakość udzielania świadczeń zdrowotnych. To pracodawca był odbiorcą usług medycznych świadczonych przez ubezpieczone i to pracodawca był odpowiedzialny za stan zdrowia osób, wobec których dokonywano czynności leczniczych zarówno w ramach stosunku pracy,

jak i w ramach umów zlecenia na świadczenie usług medycznych. Kierując się przedstawionymi okolicznościami, Sąd Okręgowy stwierdził, iż świadczone przez J. P., E. D., A. J., E. M.

i D. R., w ramach umów cywilnoprawnych, usługi medyczne w istocie były świadczone na rzecz pracodawcy, tj. Centrum Klinicznego(...). (...) (...) w K.. W konsekwencji, organ rentowy prawidłowo uznał, iż J. P. E. D., A. J., E. M. i D. R. w okresach określonych zaskarżonymi decyzjami posiadały status pracownika, w rozumieniu cytowanego na wstępie art. 8 ust. 2a ustawy systemowej

i z mocy art. 6 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 11 ust. 1 i art. 12 ust. 1 tej ustawy, z tytułu umów zawartych z A. s.c. podlegały obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, chorobowemu i wypadkowemu.

Jednocześnie Sąd Okręgowy dodał, iż charakter prawny umowy łączącej skarżącego z A. s.c. o udzielenie zamówienia na świadczenie opieki zdrowotnej pozostawał

bez istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sporu, albowiem okoliczność ta pozostawała poza przesłankami zastosowania art. 8 ust. 2a ustawy systemowej. Regulacja ta, stanowiąca podstawę rozstrzygnięcia, nie uzależnia uznania zleceniobiorcy jednego podmiotu

za pracownika innego podmiotu (w rozumieniu ubezpieczeniowym) od tego, jaki był charakter prawny umów łączących pracodawcę ze zleceniodawcą, czy też innymi podmiotami. Istotne jest tylko to, czy realizując ową umowę, osoba taka wykonywała pracę na rzecz pracodawcy, tak jak to miało miejsce w niniejszej sprawie .

Sąd Okręgowy powtórzył również za Sądem Najwyższym (por. wyrok z dnia 13 lutego 2014r., I UK 323/13), że umowa, na podstawie której lekarz wykonuje swój zawód polegający na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, j.t. Dz. U. z 2011r. nr 277, poz. 1634 ze zm.) nie może być utożsamiana z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, j.t. Dz. U. z 2008r. nr 164, poz. 1027 ze zm.) ani z zawieraną w jej ramach umową o zamówienie na świadczenia zdrowotne (art. 133 tej ustawy w związku z art. 35

ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej, j.t. Dz. U. z 2007r. nr 14, poz. 89 ze zm.). Zgodnie bowiem z definicją zawodu lekarza, zawartą w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2017r.,

poz. 125), 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. Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy, czym innym jest określony powołanym przepisem zakres przedmiotowy wykonywania zawodu lekarza, na który składają się wyszczególnione przykładowo typy czynności objętych pojęciem świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, 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. Z tego też względu 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 związku z art. 35 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Uregulowana 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. 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 zdanie drugie 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. Zakaz ten nie dotyczy natomiast podwykonawcy, który może realizować udzielone zamówienie przez osobę trzecią, jeżeli umowa o udzielenie zamówienia tak stanowi (art. 35 ust. 2 zdanie drugie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej). Taka właśnie sytuacja wystąpiła w sprawie będącej przedmiotem rozpoznania skargi kasacyjnej przez Sąd Najwyższy w sprawie o sygn. akt

I UK 323/13, jak i w niniejszej sprawie. Skarżący, jako świadczeniodawca, zlecił podwykonawcy - w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia - udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, a ten ostatni zlecenie to wykonywał, między innymi, przez lekarzy (na podstawie zawartych z nimi umów cywilnoprawnych o świadczenie usług medycznych), wykonujących równocześnie zawód lekarza w ramach umowy o pracę łączącej ich ze świadczeniodawcą - skarżącym płatnikiem składek.

Ponadto Sąd Okręgowy podniósł, iż nie uwzględnił wniosku odwołującego się

o przedstawienie Trybunałowi Konstytucyjnemu pytania prawnego: „czy art. 8 ust. 2a w zw. z art. 4 pkt 2a ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009r. nr 205, poz. 1585 ze zm.) rozumiany w ten sposób, że płatnikiem składek za osobę wykonującą pracę na podstawie umowy zlecenia zawartej z osobą trzecią, jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy, jest ten pracodawca, jest zgodny z art. 2 w zw. z art. 64 ust. 3 oraz w zw. z art. 84 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej” (k. 201 a.s.), gdyż jak wskazał Sąd Apelacyjny w Katowicach w postanowieniu z 20 lutego 2017r. (sygn. akt III AUz 74/17) wydanym w niniejszej sprawie: „w rozpoznawanej sprawie przepis stanowiący podstawę prawną zaskarżonej decyzji - art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (...) jest jednoznaczny, a jednolita praktyka orzecznicza nie pozostawia żadnych wątpliwości co do jego interpretacji i zgodności z Konstytucją RP. Gdyby bowiem takie się pojawiły, to sądy orzekające w oparciu o tę regulację miałyby obowiązek zwrócić się do Trybunału Konstytucyjnego z pytaniem prawnym o zbadanie jej zgodności z Konstytucją RP”. Powyższy pogląd przedstawiony przez Sąd drugiej instancji wiąże Sąd w niniejszej sprawie na zasadzie art. 386 § 6 k.p.c. w z. z art. 397 § 2 k.p.c. W konsekwencji, Sąd Okręgowy nie uwzględnił wniosku skarżącego o zawieszenie postępowania, a to wobec braku podstaw określonych art. 177 § 1 pkt 3¹ k.p.c.

Reasumując, Sąd Okręgowy uznając, na mocy art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., orzekł jak w pkt 1 sentencji wyroku. O kosztach zastępstwa procesowego organu rentowego Sąd ten orzekł na mocy art. 98 k.p.c. w związku z art. 99 k.p.c. w zw. z § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015r., poz. 1804), w brzmieniu obowiązującym do 27 października 2016r., przyjmując, iż przedmiot sporu w niniejszej sprawie dotyczył podlegania ubezpieczonych obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym, co uzasadnia zastosowanie ogólnej regulacji o ustalaniu opłat za czynności radców prawnych stosownie do wartości przedmiotu sporu (§2 pkt 1 powołanego rozporządzenia). Ponieważ strona odwołująca nie wskazała wartości przedmiotu sporu, a brak ten nie umożliwił nadanie sprawie biegu, Sąd ten zasądził zwrot kosztów zastępstwa procesowego, zgodnie z najniższą stawką minimalną w kwocie 120 zł x 5 (według stanu na dzień wpływu odwołań do Sądu).

Apelacje od zaprezentowanego wyroku wniósł płatnik składek (...) Centrum Kliniczne(...) (...) w K. oraz zainteresowana A.Sp. z o.o. sp. k. w K..

W apelacji od zaprezentowanego rozstrzygnięcia (...) Centrum Kliniczne(...) (...) w K. zarzuciło Sądowi pierwszej instancji:

- naruszenie art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez jego niewłaściwą wykładnię oraz zastosowanie pomimo tego, że wykładnia zastosowana przez Sąd Okręgowy świadczy o niezgodności tego przepisu z Konstytucją RP;

- naruszenie art. 386 § 6 k.p.c. w zw. z art. 397 § 2 k.p.c. poprzez uznanie, że Sąd Okręgowy rozpoznając zarzut niekonstytucyjności zgłoszony przez odwołującego w dniu 2 października 2017r. jest związany rozstrzygnięciem Sądu Apelacyjnego zawartym w postanowieniu z dnia 20 lutego 2017r.;

- nierozpatrzenie istoty sprawy poprzez nierozpatrzenie i brak odniesienia się do zarzutu odwołującego związanego niezgodności z Konstytucją RP art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, który to przepis stanowił jedyną materialnoprawną podstawę wydania zaskarżonych decyzji;

- dowolną ocenę materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie co świadczy

o braku należytego rozważenia zebranego materiału dowodowego i dokonaniu oceny w sposób wybiórczy i wykraczający poza swobodną ocenę dowodów wynikającą z art. 233 k.p.c.

W oparciu o przedstawione zarzuty, apelujący Szpital wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie odwołań, ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji, a także zwrot kosztów procesu w postępowaniu apelacyjnym.

Zdaniem skarżącego, Sąd Okręgowy nie odniósł się do zgłoszonego przez odwołującego zarzutu niezgodności art. 8 ust. 2a ustawy systemowej z art. 2 w związku z art. 64 ust. 3 oraz w związku z art. 84 Konstytucji RP, przy jednoczesnym niezwróceniu się z pytaniem prawnym do Trybunału Konstytucyjnego. Świadczy to o tym, że Sąd ten nie rozważył istoty sprawy, co już samo w sobie skutkować musi koniecznością uchylenia zaskarżonego wyroku.

Według apelującego - wobec zgłoszenia zarzutu dotyczącego niekonstytucyjności jedynej podstawy prawnej zaskarżonych decyzji - Sąd Okręgowy zobowiązany był do rozpatrzenia takiego zarzutu. W przypadku gdyby Sąd Okręgowy powziął wątpliwości co do zgodności z Konstytucją winien zwrócić się do Trybunału Konstytucyjnego z pytaniem prawnym. Jeśli natomiast Sąd Okręgowy takich wątpliwości by nie powziął, to konsekwencją takiego stanu byłaby konieczność rozstrzygnięcia zarzutu zgłoszonego przez odwołującego. Takie rozstrzygnięcie wymagałoby odniesienia się przez Sąd pierwszej instancji do szczegółowego uzasadnienia zarzutu zawartego w piśmie odwołującego z dnia 2 października 2017r. Apelujący powołał się przy tym na pytanie prawne skierowane do Trybunału Konstytucyjnego (P 1/16).

Dodatkowo skarżący wskazał, że pismem z dnia 28 lipca 2017r. Sąd Okręgowy zobowiązał organ rentowy do wskazania czy ustalone przez organ rentowy podstawy wymiaru składek za konkretne miesiące obejmują wyłącznie przychód ze stosunku pracy. W odpowiedzi na to pismo organ rentowy w piśmie z 11 sierpnia 2017r. wskazał, że za te, konkretnie wskazane miesiące, podstawy wymiaru składek zostały w decyzjach ustalone w wysokości przychodu ze stosunku pracy (a więc przychodu, który był już zadeklarowany przez odwołującego przed wydaniem zaskarżonych decyzji).

W takiej sytuacji, oczywistym jest, że zaskarżone decyzje nie mogły obejmować miesięcy, w których organ rentowy nie ustalił innych podstaw wymiaru składek niż podał odwołujący w deklaracjach.

Konsekwencją powyższych okoliczności - według apelującego - powinno być uchylenie zaskarżonych decyzji w zakresie, w którym nie zmieniały zadeklarowanych przez odwołującego podstaw wymiaru składek, ponieważ decyzje te są bezprzedmiotowe. Ponadto decyzje te nie znajdują w takim zakresie żadnej podstawy prawnej, ponieważ ich oparcie na podstawie art. 8 ust. 2a ustawy systemowej wymaga ustalenia podstawy wymiaru składek z uwzględnieniem wynagrodzenia otrzymanego przez pracownika od podmiotu trzeciego, a z wyjaśnień organu rentowego jednoznacznie wynika, że za te konkretnie wymienione miesiące żadne wynagrodzenie nie zostało wypłacone zainteresowanym z tytułu umów zlecenia.

Tymczasem jednak Sąd pierwszej instancji, pomimo uzyskania od organu rentowego takich jednoznacznych wyjaśnień, utrzymał decyzje w mocy również w tej części, która jest całkowicie bezprzedmiotowa i nie znajduje podstawy prawnej.

Natomiast zainteresowana A. Sp. z o.o. sp. k. w K. w swej apelacji zarzuciła Sądowi pierwszej instancji:

- naruszenie art. 8 ust. 2a w związku z art. 4 pkt 2a ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez ich niewłaściwe zastosowanie, gdyż w sposób niezgodny z art. 2 w związku z art. 64 ust. 3 oraz

w związku z art. 84 Konstytucji RP skutkujący przyjęciem, że płatnikiem składek za osobę wykonującą czynności na podstawie umowy zlecenia zawartej z osobą trzecią jest zatrudniający ją również na podstawie umowy o pracę pracodawca,

- naruszenie art. 8 ust. 2a w związku z art. 4 pkt 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez niewłaściwe zastosowanie w sytuacji, w której dyspozycji tych przepisów zastosować w stanie faktycznym sprawy się nie dało wobec różnych zakresów oraz jednostek zatrudnienia, co powinno doprowadzić do stwierdzenia, że zainteresowany ad 6 nie zatrudniał pracowników odwołującego (nie zawarto umowy z żadnym pracownikiem zatrudnionym u odwołującego w Izbie Przyjęć, bloku operacyjnym, bądź na Oddziałach okulistycznych), a więc jednocześnie w ramach umowy zlecenia osoby zatrudnione również na podstawie umowy o pracę nie kontynuowały swojego zatrudnienia pracowniczego, gdyż wykonywały inne czynności, niż objęte umową o pracę w innym miejscu zatrudnienia,

- naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. wykluczającym się z ustalonym stanem faktycznym stwierdzeniem, iż zainteresowani lekarze wykonywali w istocie usługi medyczne

w ramach umów cywilnoprawnych na rzecz pracodawcy, sprowadzające się

do sprawowania opieki na pacjentami Szpitala w warunkach ustalenia faktycznego,

że zainteresowane realizowały dyżury na podstawie umów zlecenia na świadczenie usług medycznych zawartych z A. s.c. w innych jednostkach Szpitala, niż te, w których realizowały umowy o pracę; naruszenie powyższego przepisu również stwierdzeniem, że zainteresowani lekarze pozostawali w zatrudnieniu u odwołującego na stanowisku lekarza, podczas gdy ich stosunek pracy był skonkretyzowany

w zajmowanym przez nich stanowisku pracy Przyklinicznej Poradni Okulistycznej tego Szpitala, co powinno prowadzić do jednoczesnego wniosku, że w odniesieniu

do pozostałych jednostek organizacyjnych Szpitala, lekarze zatrudnieni

w Przyklinicznej Poradni Okulistycznej pracownikami odwołującego nie byli i to nawet na gruncie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych,

- błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia poprzez przyjęcie, iż:

a) zainteresowani lekarze wykonywali taką samą pracę w rozumieniu opieki nad pacjentami ich pracodawcy, podczas gdy w obu zatrudnieniach pacjentami były osoby z zupełnie różnymi przypadkami medycznymi, przy czym pacjenci, którym udzielono pomocy medycznej w ramach dyżurów u zainteresowanego ad 6, nie nadawali się do kontynuacji tego leczenia w Przyklinicznej Poradni Okulistycznej odwołującego, w której wykonywano jedynie proste zabiegi niewymagające hospitalizacji, a możliwe do wykonania w warunkach ambulatoryjnych,

b) zawieranie umów zlecenia pomiędzy zainteresowanymi ad. 1 - ad. 5

z zainteresowanym A.Sp. z o.o. sp. k. następowało w zamiarze obejścia przepisów prawa pracy i ubezpieczeń społecznych, pomimo braku dowodu wskazującego na nieważność tych umów,

c) pracodawca (odwołujący) był odpowiedzialny za stan zdrowia pacjentów, wobec których świadczone usługi w ramach umowy zlecenia z A. Sp. z o.o. sp. k., podczas gdy przepisy łączącego te podmioty stosunku prawnego regulowały odpowiedzialność w ten sposób, że to ostatni ten podmiot ponosił odpowiedzialność za pacjentów w zakresie wykonywanej umowy.

W oparciu o przedstawione zarzuty, apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie odwołań, ewentualnie o uchylene wyroku i przekazanie sprawy

do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji, a także zwrot kosztów procesu w postępowaniu apelacyjnym.

Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:

Przyjmując ustalenia poczynione przez Sąd pierwszej instancji jako własne uznał, że apelacje nie zasługują na uwzględnienie.

Wbrew zarzutom apelacji Sąd Okręgowy - w opisywanym zakresie - dokonał prawidłowej subsumpcji niewadliwych ustaleń faktycznych do norm prawa materialnego,

a jego rozstrzygnięcie nie wymaga ingerencji Sądu odwoławczego. Sąd Apelacyjny podziela ustalenia faktyczne i ocenę prawną Sądu pierwszej instancji, zaprezentowaną w pisemnych motywach wyroku i przyjmuje za własne, co oznacza, iż zbędnym jest ich ponowne szczegółowe przywoływanie w uzasadnieniu Sądu odwoławczego ustaleń faktycznych oraz trafnego wyводу jurydycznego tego Sądu (por. postanowienie z dnia 11 lipca 2014r., sygn. III CSK 256/13).

Jedynie w uzupełnieniu trafnej argumentacji Sądu Okręgowego,

Sąd drugiej instancji zauważa, iż 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 (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia

11 lutego 1999r., sygn. akt II UKN 461/98). 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.

Przede wszystkim należy wskazać, że zgodnie z treścią art. 8 ust. 2a ustawy

z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2017r.,

poz. 1383 - zwanej dalej ustawą systemową), 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.

W wyroku z dnia 23 maja 2014r. (II UK 445/13) Sąd Najwyższy, podsumowując dotychczasowe stanowisko w sprawie wykładni powyższego 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 - posługującej się schematem fikcji prawnej - było powiązanie skutków ubezpieczeniowych z faktem korzystania przez pracodawców z umów cywilnoprawnych zawieranych z własnymi pracownikami. W realiach niniejszego sporu Sąd pierwszej instancji trafnie

wskazał, iż ubezpieczone w spornych okresach realizowały dyżury w odwołującym się Szpitalu na podstawie umów zlecenia na świadczenie usług medycznych zawartych z A. s.c. W treści umów zleceń zawieranych przez ubezpieczone z NZOZ A. jednoznacznie przyjęto, że umowy miały być realizowane na terenie (...) nr (...), czyli na rzecz odwołującego się Szpitala. Okoliczności te potwierdziły ubezpieczone w swych wyjaśnieniach.

Odnosząc się do zarzutów apelacji płatnika składek, wskazać należy na regulacja aksjologiczna, ujęta w treści norm Konstytucji RP. Po pierwsze - zwrócić należy uwagę,

iż określona w treści art. 22 Konstytucji RP zasada swobody działalności gospodarczej musi być odczytywana łącznie z normą odwołującą się do solidarności i ważnego interesu publicznego (art. 20 Konstytucji RP). Po drugie - normy konstytucyjne zawierają gwarancje prawa do zabezpieczenia społecznego (art. 67 Konstytucji RP). I wreszcie - po trzecie, przepis art. 84 Konstytucji RP wyznacza obowiązek ponoszenia ciężarów składkowych.

W kontekście tego przepisu, składki na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Pracy są świadczeniami pieniężnymi o charakterze publicznoprawnym. Składki te są zatem świadczeniami bezzwrotnymi, przymusowymi i nieodpłatnymi, co oznacza - zgodnie z zasadą automatyzmu ubezpieczeniowego - iż stosunek ubezpieczenia społecznego powstaje automatycznie z chwilą nawiązania stosunku prawnego rodzącego obowiązek ubezpieczeniowy (por.

T. Zieliński, Ubezpieczenia społeczne pracowników. Zarys systemu prawnego - część ogólna, Warszawa - Kraków, 1994). Emanacją tej zasady jest regulacja przyjęta w treści

art. 46 ustawy systemowej, nakładająca na płatnika składek szereg obowiązków związanych z obliczaniem, potrącaniem, rozliczaniem i opłacaniem składek za każdy miesiąc kalendarzowy, według zasad wynikających z przepisów tej ustawy. Opisany wyżej

obowiązek ma bezwzględny charakter, co oznacza, iż jeżeli przy poborze składek na ubezpieczenie społeczne dojdzie do naruszenia obowiązujących przepisów także

przez organ dokonujący takiego poboru, to organ ten nie ma podstaw prawnych

do stosowania jakichkolwiek ulg z tego tytułu w stosunku do płatnika składek. Jednocześnie należy wskazać, że Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 6 sierpnia 2008r. (II BU 42/07)

ślusnie stwierdził, że podmioty zobowiązane do opłacania składek na ubezpieczenia zdrowotne powinny bez uprzedniego wezwania i bez potrzeby wydawania decyzji,

opłacać i rozliczać składki na to ubezpieczenie za każdy miesiąc kalendarzowy

w trybie i na zasadach oraz w terminie przewidzianym dla składek na ubezpieczenia społeczne.

Natomiast, na podstawie przepisów art. 86 - 97 ustawy systemowej, realizacja tego obowiązku podlega kontroli przeprowadzanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Podkreślenia wymaga przy tym, iż - zgodnie z normą art. 91 ust. 5 ustawy systemowej - protokół pokontrolny stanowi podstawę do wydania - tak jak w niniejszej sprawie - decyzji o wymiarze składek oraz ich poborze.

W zaskarżonej decyzji organ rentowy ustalił dla ubezpieczonych - od przychodów

w postaci wypłaconych wynagrodzeń - podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, ubezpieczenie chorobowe, ubezpieczenie wypadkowe i ubezpieczenie zdrowotne. Odwołujący się Szpital, wbrew obowiązkowi wynikającemu z dyspozycji norm art. 6 i art. 232 k.p.c., nie przedstawił żadnych dowodów pozwalających na odmienną ocenę opisanego wcześniej obowiązku składkowego.

Konkludując, Sąd Apelacyjny, uznając obie apelacje za bezzasadne, na mocy art. 385 k.p.c., orzekł o ich oddaleniu.

/-/SSA J.Pietrzak /-/SSA M.Procek /-/SSA T.Szweda

Sędzia Przewodniczący Sędzia

JR