

Sygn. akt III AUa 1004/19

III AUz 244/19

## UZASADNIENIE

Decyzjami z dnia 27 listopada 2017r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. ustalił wysokość podstawy wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe i zdrowotne z tytułu umowy o pracę u płatnika składek Wojewódzkiego Szpitala (...) w J. dla:

- M. Ł. za okres od stycznia 2014r. do grudnia 2016r.;
- I. S. za okres od marca 2016r. do grudnia 2016r.;
- T. D. za okres stycznia 2014r. do grudnia 2016r.;
- D. K. za okres od stycznia 2014r. do grudnia 2016r.;
- B. D. za okres od stycznia 2014r. do grudnia 2016r.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy podniósł, że w okresach wskazanych w zaskarżonych decyzjach zainteresowani w ramach umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne wykonywali pracę na rzecz Wojewódzkiego Szpitala (...) w J..

Umowa, na podstawie której lekarz wykonuje swój zawód polegający na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, nie może być utożsamiana z umową o udzielenie świadczeń z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w rozumieniu przepisów art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Zatem, w ocenie organu rentowego, w świetle art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przychód przez nich uzyskany z tytułu wykonywania umów cywilno-prawnych na rzecz pracodawcy stanowi podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne z tytułu pozostawania w stosunku pracy z odwołującym się Szpitalem.

Wojewódzki Szpital (...) w J. odwołał się od tych decyzji i wniósł o ich uchylenie i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Zarzucił, że w niniejszej sprawie brak jest możliwości zastosowania art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Zainteresowani w spornych okresach przebywali na urloпах bezpłatnych i świadczyli pracę na rzecz szpitala w ramach umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, a więc nie istniał zakaz zawierania umowy, o którym mowa w art. 132 ust. 3.

Skarżący podniósł, że umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, zgodnie z orzeczeniem Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 2004r., sygn. akt III CK 134/04, jest umową nazwaną, do której nie stosuje się art. 750 k.c., co eliminuje zastosowanie art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Jednocześnie skarżący, z ostrożności procesowej wyjaśnił, że nieznaczne przekroczenie terminu do złożenia odwołania nastąpiło z przyczyn niezależnych od odwołującego się.

Szpital mimo, że toczyły się postępowania dotyczące ustalenia podstawy wymiaru składek wielu lekarzy, otrzymał tylko jedno zawiadomienie o wszczęciu postępowania.

Kiedy więc na adres szpitala zaczęły napływać decyzje dotyczące poszczególnych lekarzy, pracownicy sekretariatu uznały, że są przeznaczone dla lekarzy i zaczęły im doręczać.

Kiedy uzyskały od nich informacje, że też takie decyzje otrzymali, zorientowały się, że są to decyzje doręczone Szpitalowi. Natychmiast wtedy złożono odwołania.

Odwołania od powyższych decyzji złożyli również B. D. i D. K..

Organ rentowy w odpowiedzi na odwołania wniósł o ich odrzucenie, a w razie merytorycznego rozpoznania o ich oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania według norm przepisanych.

Organ rentowy podtrzymał stanowisko, jak w zaskarżonej decyzji i dodatkowo podniósł, że fakt przebywania na urlopie bezpłatnym nie niweczy faktu pozostawania w stosunku pracy lekarzy, przyjmujących zamówienie, z którymi umowy były zawarte. Z treści art. 2 k.p. nie wynika aby warunkiem zachowania statusu pracownika było faktyczne wykonywanie pracy i wypłacanie wynagrodzenia – wystarczy aby stosunek ten trwał.

W okresie udzielanych przez Szpital urlopów bezpłatnych, lekarze - pracownicy Szpitala realizowali czynności wpisujące się w ich obowiązek, wynikające ze stosunku pracy, co dowodzi pozorności urlopu bezpłatnego (wyrok Sądu Najwyższego z 13 września 2010r., sygn. akt II PK 257/09).

Sąd Okręgowy w Gliwicach Ośrodek Zamiejscowy w Rybniku połączył powyższe sprawy do wspólnego rozpoznania oraz rozstrzygnięcia i uznał w świetle art. 477<sup>(9)</sup>§ 3 k.p.c. brak podstaw do odrzucenia odwołań. Wskazał, że zaskarżone decyzje zostały wydane w dniu 27 listopada 2017r. Zdaniem Sądu wiarygodne są twierdzenia pracownika Szpitala A. K. złożone w tożsamych sprawach, że wydane przez organ rentowy decyzje dotyczące poszczególnych lekarzy zostały doręczone Szpitalowi 6 grudnia 2017r. Zatem skoro odwołanie zostało złożone w dniu 12 stycznia 2018r., to przekroczenie miesięcznego terminu do złożenia odwołania jest nieznaczne. Sąd I instancji przyjął też, że nastąpiło ono z przyczyn niezależnych od odwołującego się, bo w decyzji wskazano dwóch adresatów zaskarżonej decyzji, a do szpitala często przesyłana jest korespondencja dla lekarza i pracownicy szpitala do 8 stycznia 2018r., to jest uzyskana od lekarzy informacji, że też takie decyzje otrzymali, mogli pozostawać w przeświadczeniu, że są to decyzje dla poszczególnych lekarzy.

Wyrokiem z dnia 4 marca 2019r. Sąd Okręgowy w Gliwicach Ośrodek Zamiejscowy w Rybniku w punkcie 1 zmienił zaskarżone decyzje w ten sposób, że stwierdził brak podstaw do uznania, iż podstawę wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe i zdrowotne D. K., B. D., M. Ł., T. D., I. S. z tytułu umów

o pracę u płatnika składek Wojewódzkiego Szpitala (...) w J. stanowią kwoty wymienione w zaskarżonych decyzjach, a w punkcie 2 zasądził od organu rentowego na rzecz odwołującego Wojewódzkiego Szpitala (...) w J., B. D., D. K. kwoty po 180zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd I instancji ustalił, że B. D. w latach 1993 - 2017 była zatrudniona w ramach stosunku pracy w Wojewódzkim Szpitalu (...) w J. na stanowisku lekarza na oddziale rehabilitacji. W spornym okresie przebywała na urlopie bezpłatnym i jednocześnie świadczyła pracę na rzecz szpitala na podstawie kontraktu – pełniła obowiązki starszego asystenta - lekarza na oddziale rehabilitacji.

D. K. w latach 1986-2017 był zatrudniony w ramach stosunku pracy w Wojewódzkim Szpitalu (...) w J. na stanowisku lekarza na oddziale neurologii. W spornym okresie przebywał na urlopie bezpłatnym i jednocześnie świadczył pracę na rzecz szpitala na podstawie kontraktu – pełnił obowiązki ordynatora na oddziale neurologii.

Pozostali zainteresowani również przebywali w spornych okresach na urloпах bezpłatnych, świadcząc pracę na rzecz Szpitala na podstawie zawartych kontraktów.

Stosownie do treści zawartych umów zainteresowani byli zobowiązani do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną

przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielanego zamówienia ponoszą solidarnie udzielający i przyjmujący zamówienie.

Ilość godzin była ujęta w kontrakcie, a harmonogram pracy ustalał ordynator. Korzystali z własnej odzieży roboczej. Zainteresowani opłacali składki w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.

Z uwagi na ograniczony czas pracy lekarzy, wynikający z przepisów prawa pracy i brak lekarzy odwołujący się Szpital bez zawierania umów cywilno-prawnych nie był w stanie zapewnić całodobowej opieki lekarskiej swoim pacjentom.

Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział w K. miał wiedzę jacy lekarze i na podstawie jakich umów udzielają świadczeń zdrowotnych w odwołującym się Szpitalu.

Zawarcie z zainteresowanymi i innymi lekarzami Szpitala spornych umów było poprzedzone konkursem ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie zarządzeń dyrektora szpitala z dnia 20 września 2011r.

Przechodząc do rozważań Sąd podał, że w świetle art. 132 ust. 3 i 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, odwołujący się Szpital mógł zawrzeć z zainteresowanymi umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne określone w art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej. W przepisie art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych wprowadzono zakaz zawierania umów

o podwykonawstwo z osobami, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem.

Według Sądu zakaz ten nie został złamany przed odwołujący się Szpital, bo zainteresowani przebywali w spornych okresach na urloпах bezpłatnym i nie udzielali świadczeń w szpitalu na innej podstawie prawnej, np. stosunku pracy, a jedynie w ramach umów o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne.

Sąd podkreślił, że orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 21 września 2017r.,

I UK 383/16 i z dnia 22 czerwca 2015r., I UZ 3/15, I UZ 6/15 dotyczą innych stanów faktycznych, bo w tych sprawach lekarze w ramach stosunku pracy i umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych u swojego pracodawcy udzielali świadczeń z opieki zdrowotnej.

W niniejszej sprawie zainteresowani i odwołujący lekarze będąc na urloпах bezpłatnych jako pracownicy szpitala, nie świadczyli pracy. Zgodnie z art. 174 k.p. urlop bezpłatny jest okresem, w którym mimo trwania stosunku pracy, ulegają zawieszeniu wzajemne obowiązki i uprawnienia stron tego stosunku.

Sąd nie zgodził się ze stwierdzeniem organu rentowego, że udzielenia urlopu bezpłatnego dokonano dla pozorów w celu dalszego zatrudnienia pracownika tyle, że na podstawie umowy cywilno-prawnej, gdyż Szpital zatrudniając lekarzy jedynie w stosunku pracy, nie był w stanie zapewnić całodobowej opieki lekarskiej, z uwagi na braki lekarzy.

Sąd podkreślił, że w tej sprawie w odróżnieniu od stanów faktycznych występujących w powołanych wcześniej orzeczeniach Sądu Najwyższego, zainteresowani i odwołujący lekarze, płacili od przychodów uzyskiwanych ze spornych umów podatki, składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, bo z uwagi na urlop bezpłatny nie otrzymywali żadnych przychodów ze stosunku pracy. Nie mieli też prawa do żadnych dodatkowych świadczeń dla pracowników wynikających ze stosunku pracy.

Konsekwencją uznania za prawidłowe zaskarżonych decyzji będzie obowiązek ponownego opłacania składek od tych samych przychodów tyle, że przez szpital.

W ocenie Sądu umowy łączące odwołujących i zainteresowanych o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne są umowami nazwanymi zawartymi na podstawie

art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.

Odwołujący jest podmiotem, który uprawniony jest w świetle art. 26 w/w ustawy do zawierania tych umów. Został zachowany odrębny tryb zawierania tych umów w postaci konkursu ofert, a treść tej umowy spełnia ściśle określone warunki wynikające z art. 27 w/w ustawy.

W świetle utrwalonego poglądu judykatury, z uwagi na ściśle określone warunki tych umów i ich zawierania, są to umowy nazwane, do których nie znajduje zastosowania art. 750 k.c.

W konsekwencji Sąd uznał, że skoro zainteresowani nie wykonywali na rzecz swojego pracodawcy umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z przepisem kodeksu cywilnego stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, to zastosowania w niniejszej sprawie nie znajduje art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

Dlatego też Sąd na mocy art. 477<sup>14</sup> § 2 k.p.c. zmienił zaskarżone decyzje, orzekając jak w pkt. 1 wyroku.

Na mocy art. 98 k.p.c. Sąd orzekł o kosztach postępowania kierując się zasadą odpowiedzialności za wynik sprawy. Ustalając wynagrodzenie pełnomocnika, Sąd uznał,

że skoro sprawa o wysokość podstawy wymiaru składek nie jest wymieniona wśród kategorii spraw w przepisie § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych, to za najbardziej do niej zbliżoną należy uznać sprawę

o ustalenie podlegania ubezpieczeniom społecznym. Spór w niniejszej sprawie nie dotyczył wyliczenia kwot, ale zasady uznania przychodu za przychód ze stosunku pracy. Sąd zaznaczył, że z urzędu wiadomo mu, że w konsekwencji wydania decyzji w stosunku do poszczególnych lekarzy o wysokość podstawy wymiaru składek, wydano w stosunku do szpitala zbiorową decyzję o przypisie składek wynikających z ustalenia podstawy wymiaru składek. Wartością przedmiotu sporu w tamtej sprawie jest niewątpliwie wysokość składek, od której należy liczyć wysokość wynagrodzenia pełnomocnika stosownie do przepisu § 2 wcześniej wymienionego rozporządzenia. Gdyby przyjąć, że w tej sprawie wartością przedmiotu sporu są składki, jakie szpital winien zapłacić od ustalonej wysokości podstawy wymiaru składek, to doszłoby do sytuacji, w której pełnomocnicy mogliby domagać się zasadnie wynagrodzenia od tej samej kwoty dwukrotnie. Z tych też względów Sąd na podstawie przepisu § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 20 września 2017r. (Dz. U. z 2017r., poz. 1799) orzekł jak w pkt. 2 wyroku.

Apelację od przedstawionego wyroku złożył organ rentowy. Zaskarżając go w całości, zarzucił:

1. naruszenie przepisów prawa procesowego:

- art. 477<sup>9</sup> § 3 k.p.c. przez nieodrzczenie odwołań wniesionych po upływie terminu, w sytuacji niewykazania, iż przekroczenie terminu nastąpiło z przyczyn niezależnych od odwołujących,
- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez błędną ocenę zgromadzonego materiału dowodowego prowadzącą do bezzasadnego ustalenia, że ubezpieczeni nie wykonywali na rzecz swojego pracodawcy - Wojewódzkiego Szpitala (...) w J. umowy o świadczenie usług, do której znajdują zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego dotyczące zlecenia,

2. naruszenie prawa materialnego:

- art. 8 ust. 2a, art. 18 ust. 1a ustawy z 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych, poprzez błędną wykładnię prowadzącą do wyłączenia z podstawy wymiaru składek, przychodów uzyskanych przez ubezpieczonych w spornym okresie z tytułu wykonywanych przez nich umów cywilnoprawnych, zawartych z odwołującym Wojewódzkim Szpitalem (...) w J..

Wskazując na powyższe podstawy apelacji, organ rentowy wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i odrzucenie odwołań, ewentualnie o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołań, albo o uchylenie orzeczenia Sądu I instancji i przekazanie sprawy temu Sądowi do ponownego rozpoznania oraz w każdym z powyższych przypadków - o zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przewidzianych.

W pierwszej kolejności skarżący zwrócił uwagę, że odwołania od decyzji organu rentowego zostały wniesione z naruszeniem terminu. Stosownie bowiem do art. 477<sup>9</sup>

§ 1 k.p.c. odwołania od decyzji organów rentowych wnosi się na piśmie do organu, który wydał decyzję w terminie miesiąca od doręczenia odpisu decyzji. Z materiału sprawy wynika, że zaskarżone decyzje zostały doręczone w dniu 6 grudnia 2017r. odwołującemu Szpitalowi, zatem wniesienie odwołań 12 stycznia 2018r. nastąpiło z uchybieniem terminu. Zgodnie

z § 3 art. 477<sup>9</sup> k.p.c. Sąd odrzuci odwołanie wniesione po upływie terminu chyba, że przekroczenie terminu nie było nadmierne i nastąpiło z przyczyn niezależnych od odwołującego.

Apelujący zaznaczył, że w okolicznościach sprawy, o ile uzasadnione jest przyjęcie, że przekroczenie terminu nie było nadmierne, to trudno zgodzić się z oceną, iż nastąpiło z przyczyn niezależnych od odwołujących. Odwołujący Szpital otrzymał zaadresowane do niego decyzje, w których został wymieniony jako strona postępowania. Także sentencja decyzji oraz uzasadnienie jednoznacznie określają, w związku z ustaleniami poczynionymi w toku kontroli płatnika, podstawy wymiaru składek za poszczególnych ubezpieczonych, do których naliczenia i opłacenia odwołujący jako płatnik jest zobowiązany. W tej sytuacji jako dowolne skarżący ocenił uznanie przez pracowników odwołującego, iż decyzje nie są przeznaczone dla Szpitala, lecz wymagają dalszego doręczenia poszczególnym lekarzom (w decyzji podano adresy zamieszkania poszczególnych lekarzy).

Organ rentowy argumentował, że odwołujący jako profesjonalista przy dochowaniu należytej staranności powinien, nie zgadzając się z treścią decyzji, niezwłocznie podjąć czynności zmierzające do złożenia odwołania w terminie, czego jednak nie uczynił. Powoływanie się na przyjętą praktykę (doręczania lekarzom pism kierowanych na adres Szpitala) nie stanowi, według wnoszącego apelację, okoliczności niezależnej od odwołującego i nie daje podstaw do merytorycznego rozpoznania odwołania wniesionego z uchybieniem terminu.

Niezależnie od powyższego organ rentowy stwierdził, że odwołania były nieuzasadnione. Odwołując się do treści art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998r.

o systemie ubezpieczeń społecznych i art. 132 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i utrwalonego na gruncie tych przepisów orzecznictwa Sądu Najwyższego, skarżący zauważył, że zgodnie z art. 2 k.p., pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Z przepisu tego nie wynika, aby warunkiem koniecznym zachowania statusu pracownika było faktyczne wykonywanie pracy (ze strony pracownika) i wypłacanie wynagrodzenia (ze strony pracodawcy), a więc faktyczne wykonywanie obowiązków wynikających z łączącego strony stosunku pracy, wystarczy jedynie, aby stosunek ten trwał. Podkreślił apelujący, iż urlop bezpłatny

(art. 174 k.p.) jest okresem zatrudnienia, w którym mimo trwania stosunku pracy, ulegają zawieszeniu wzajemne obowiązki i uprawnienia stron tego stosunku (świadczenie pracy oraz wypłata wynagrodzenia). Wobec tego, osoba pozostająca na urlopie bezpłatnym pozostaje nadal pracownikiem zatrudnionym u pracodawcy. Inaczej mówiąc, osoba przebywająca na urlopie bezpłatnym zachowuje status pracownika. Wystarczające jest więc stwierdzenie, iż wykorzystywanie urlopu bezpłatnego nie zrywa pierwotnej więzi pracowniczej opisanej w hipotezie normy art. 8 ust. 2a ustawy systemowej. Przeciwnie, założyć trzeba, iż powołana norma obejmuje sytuację, w której pracownik korzysta

z urlopu bezpłatnego, aby jako osoba prowadząca działalność gospodarczą, realizować ze swym pracodawcą umowę cywilnoprawną (tak Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z 19 kwietnia 2018r., III AUa 2399/17).

Wnoszący apelację wywodził, że w okresie urlopu bezpłatnego ubezpieczeni realizowali czynności wpisujące się w ich obowiązki wynikające ze stosunku pracy. Zatrudnieni w Wojewódzkim Szpitalu (...) w J. obowiązki wynikające z zawartych umów na świadczenia zdrowotne wykonywali w oparciu o infrastrukturę Szpitala. Korzystali z jego bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego. Przyjmując zamówienie zobowiązywali się do zapewnienia ciągłości świadczeń i w przypadku usprawiedliwionej nieobecności do zapewnienia zastępstw przez inną uprawnioną do tego osobę, nie mogąc opuścić miejsca wykonywania świadczeń zdrowotnych bez zgody upoważnionego pracownika Szpitala. Zobowiązani byli do prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, a w wykonaniu umowy podlegali nadzorowi ordynatora/osoby kierującej oddziałem/z-cy dyrektora ds. lecznictwa. Udzielenie urlopu bezpłatnego przy kontynuacji przez pracownika zatrudnienia w tym samym charakterze świadczy o pozorności udzielonego urlopu. Nie do zaakceptowania jest sytuacja, w której udzieleniu urlopu bezpłatnego towarzyszy zamiar dalszego zatrudnienia pracownika - tyle że na podstawie umowy cywilnoprawnej (tak Sąd Najwyższy w wyroku z 13 września 2010r., II PK 257/09).

Na marginesie skarżący zauważył, że z uzasadnienia orzeczenia wynika, że bez zawierania umów cywilnoprawnych Szpital nie był w stanie zapewnić całodobowej opieki lekarskiej swoim pacjentom, z uwagi na ograniczony czas pracy lekarzy wynikający z przepisów prawa pracy i brak lekarzy. Istnienie potrzeby zapewnienia ciągłości opieki lekarskiej pacjentom szpitala podważa zasadność udzielania pracownikom - lekarzom urlopów bezpłatnych.

W konsekwencji, w opinii apelującego, należy przyjąć, że przychód uzyskany przez ubezpieczonych z tytułu wykonywania umów cywilnoprawnych na rzecz swojego pracodawcy stanowi podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne.

Płatnik składek oraz ubezpieczeni B. D. i D. K.

w odpowiedziach na apelację wnosili o jej oddalenie w całości i zasądzenie od organu rentowego na ich rzecz kosztów postępowania przed Sądem II instancji, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W ocenie odwołujących Sąd I instancji prawidłowo przyjął, iż w świetle art. 477<sup>9</sup>

§ 3 k.p.c. brak jest podstaw do odrzucenia odwołań. Szpital otrzymał decyzje w dniu

6 grudnia 2017r. Przekroczenie terminu do wniesienia odwołań było zatem nieznaczne

i niezależne od odwołujących się, gdyż przyczyną naruszenia terminu do złożenia odwołania było wprowadzające w błąd oznaczenie adresata skarżonej decyzji, na której widnieje zarówno płatnik, jak i ubezpieczony. Decyzje zostały rozdane lekarzom przez pracownika Szpitala i dopiero w dniu 8 stycznia 2018r. Szpital powziął wiadomość o tym, iż również lekarze otrzymali na swoje adresy zamieszkania analogiczne w treści decyzje. Wtedy też niezwłocznie wniesione zostały odwołania od decyzji ZUS.

Płatnik podniósł, że doręczenie decyzji ZUS następuje w trybie przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, gdyż faza poprzedzająca postępowanie sądowe

w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych ma charakter postępowania administracyjnego (tak m.in. postanowienie Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia

8 sierpnia 2016r., sygn. akt III AUz 142/16). Zgodnie z art. 42 § 1 k.p.a. pisma doręcza się osobom fizycznym w ich mieszkaniu lub miejscu pracy. Doręczenie korespondencji

w miejscu pracy jest więc tzw. doręczeniem zwykłym, a nie zastępczym. Co więcej, błędne przekonanie pracownika Szpitala o tym, iż decyzje w trybie zwykłego doręczenia adresowane są do poszczególnych lekarzy uzasadnione

było również względami celowości, a więc łatwiejszym doręczeniem korespondencji w miejscu pracy, niż w miejscu zamieszkania lekarza.

Odwołujący argumentowali, że z treści skarżonych decyzji w związku z art. 42

§ 1 k.p.a. nie wynika zatem, który podmiot był rzeczywistym adresatem decyzji. Sam fakt otrzymania przez Szpital jednej koperty z decyzjami zaadresowanymi na Szpital nie przesądza jeszcze, iż to Szpital jako płatnik jest adresatem decyzji. Brak w szczególności pisma przewodniego organu, z którego wynikałoby, iż decyzje adresowane są do Szpitala jako płatnika. Przekonanie pracowników Szpitala wynikało również z faktu, iż instytucje publiczne (NFZ, Prokuratura) zazwyczaj ze względów celowości i mniejszej uciążliwości dla adresata doręczają lekarzom korespondencję na adres Szpitala. Dla przykładu przedłożone zostało w toku postępowania pierwszoinstancyjnego zawiadomienie wysłane przez Sąd Rejonowy w Jastrzębiu Zdroju, czy też wezwanie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 sierpnia 2017r.

Co do naruszenia terminu do wniesienia odwołań przez samych lekarzy, to wskazano, iż wynikało to z faktu, iż Szpital po powzięciu wiadomości o wszczęciu przez organ rentowy postępowania w sprawie zapłaty rzekomo zaległych składek, zobowiązał się wobec lekarzy do prowadzenia jako płatnik postępowania wobec organu.

Po powzięciu przez Szpital wiadomości o tym (8 stycznia 2018r.), iż decyzje skierowane zostały również na adresy domowe lekarzy, z ostrożności część lekarzy zdecydowała się również na wniesienie odwołań od decyzji ZUS.

Zdaniem odwołujących brak jest podstaw do obciążenia ubezpieczonych lekarzy lub Szpitala jako płatnika obowiązkiem uiszczenia składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne w sytuacji, w której lekarze świadczyli na rzecz Szpitala usługi na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przebywając jednocześnie na urlopie bezpłatnym. Umowa bowiem o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne uregulowana w art. 35 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a następnie w art. 26 ustawy o działalności leczniczej jest wyodrębnioną, pozakodeksową umową nazwaną, a w związku z tym nie może zostać przyporządkowana do art. 750 k.c. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest brak możliwości zastosowania art. 8 ust. 2a ustawy systemowej.

Według odwołujących, w analizowanych stanach faktycznych, lekarze nie udzielali równocześnie świadczeń opieki zdrowotnej, bowiem przebywali w okresie realizacji umów o świadczenie opieki zdrowotnej na urlopiach bezpłatnych. Tylko w razie równoczesnego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Wojewódzkim Szpitalu (...) przez lekarzy na podstawie wykonywanych przez nich umów o pracę brak byłoby możliwości zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Odwołujący wskazali ponadto na liczne odmienności w charakterze wykonywanych przez lekarzy obowiązków wobec obowiązków wynikających z umowy o pracę, bowiem lekarze zobowiązani byli m.in. do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej we własnym zakresie, ponosili odmienną tj. w pełnej wysokości odpowiedzialność za wyrządzoną szkodę, uiszczali we własnym zakresie (w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą) podatki i składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, zapewniali sobie własną odzież roboczą. Ponadto dzięki zawarciu takich umów Szpital mógł zapewnić całodobową opiekę lekarską, wobec braku dostępnej kadry lekarskiej. Argument ten jest bardzo istotny z punktu widzenia oczekiwań organów państwowych dotyczących wypełniania przez Szpitale swoich obowiązków dotyczących zapewnienia opieki pacjentom. Również dla lekarzy taki stosunek prawny ze Szpitalem umożliwiał im realizację dodatkowych obowiązków zawodowych lub osobistych (jak opieka nad dziećmi). Czas pracy poszczególnych lekarzy był przedmiotem uzgodnień ze Szpitalem, brak było podporządkowania w tym zakresie charakterystycznego dla stosunku pracy.

Odwołujący nie zgodzili się z apelującym, że sam fakt pozostawania w zatrudnieniu bez czerpania z tego zatrudnienia jakichkolwiek korzyści przez pracodawcę lub pracownika z definicji determinuje obowiązek uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne

od umowy, która przecież nie ma żadnego związku ze stosunkiem pracy i do której - zgodnie z orzeczeniami o sygn. akt III CK 134/04, II UK 16/13, I UZ 3/15 oraz I UZ 6/15 - nie stosujemy odpowiednio przepisów dotyczących umowy zlecenia ani umowy o świadczenie usług.

Według odwołujących w niniejszej sprawie nie doszło do zawarcia umów z lekarzami jako subpodwykonawcami umowy z NFZ, gdyż zakazem, o którym mowa w art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, objęte jest zawarcie umowy z lekarzem, który w tym samym podmiocie świadczy analogiczne usługi na podstawie stosunku pracy, bowiem lekarze nie pozostawali wobec Szpitala w stosunku podporządkowania co do rodzaju umowy ani miejsca i czasu świadczenia usług zdrowotnych, gdyż przebywali na urloпах bezpłatnych.

Zażalenie złożyli także na postanowienie zawarte w wyroku Sądu Okręgowego w Gliwicach Ośrodek Zamiejscowy w Rybniku z dnia 4 marca 2019r. w punkcie 2 Wojewódzki Szpital (...) w J., B. D. i D. K., zarzucając naruszenie art. 98 § 1 k.p.c. w związku z § 9 ust. 2 i § 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych i domagając się jego zmiany i zasądzenia od organu rentowego na rzecz Wojewódzkiego Szpitala (...) w J. się kwoty 25.200zł i na rzecz B. D. i D. K. kwoty po 5.400zł oraz zasądzenia od organu na rzecz skarżących kosztów postępowania zażaleniowego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Skarżący podali, że niniejsza sprawa została wszczęta na skutek odwołania od decyzji ZUS dotyczących ustalenia wysokości podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne oraz ubezpieczenie zdrowotne. W skarżonych decyzjach organ wyliczył konkretne kwoty stanowiące podstawę wymiaru składek. Wskazał również płatnikowi na etapie przedsądowym całkowitą kwotę zaległości z tytułu składek obejmującą wszystkich lekarzy. Zgodnie z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych: "Stawki minimalne wynoszą 180zł w sprawach o świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego i zaopatrzenia emerytalnego oraz w sprawach dotyczących podlegania ubezpieczeniom społecznym".

W niniejszej sprawie, według wnoszącego zażalenie, wartością przedmiotu sporu są składki należne, zatem winien znaleźć zastosowanie § 2, a nie § 9 ust. 2 rozporządzenia z 22 października 2015r., powołanego wyżej.

Na rozprawie apelacyjnej pełnomocnik odwołujących cofnął zażalenia.

Z ostrożności procesowej wnosił także o nieobciążanie odwołujących kosztami zastępstwa procesowego, w przypadku uwzględnienia apelacji.

### **Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:**

Apelacja organu rentowego jest zasadna.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego brak było podstaw do merytorycznego rozpoznania odwołań przez Wojewódzki Szpital (...) w J. i D. K., wniesionych z uchybieniem terminu.

Przypomnieć trzeba, że zgodnie z treścią art. 477<sup>9</sup> § 1 k.p.c. odwołania od decyzji organów rentowych wnosi się na piśmie do organu, który wydał decyzję, lub do protokołu sporządzonego przez organ, w terminie miesiąca od doręczenia odpisu decyzji. W myśl art. 477<sup>9</sup> § 3 k.p.c., sąd odrzuci odwołanie wniesione po upływie terminu, chyba że przekroczenie terminu nie jest nadmierne i nastąpiło z przyczyn niezależnych



od odwołującego się.

Podkreślenia wymaga również, że w odrębnym postępowaniu w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych postępowanie o przywrócenie terminu w odniesieniu do odwołania, czyli pisma wszczynającego postępowanie, nie jest stosowane. Sąd z urzędu, w trakcie wstępnego badania sprawy dokonuje nie tylko sprawdzenia zachowania przez stronę terminu do wniesienia odwołania, ale także - w przypadku stwierdzenia opóźnienia - ocenia jego rozmiar oraz przyczyny. Sąd ma dyskrecyjną możliwość potraktowania spóźnionego odwołania tak, jakby zostało wniesione w terminie, jeżeli przekroczenie terminu nie jest nadmierne i nastąpiło z przyczyn niezależnych od odwołującego się (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 29 października 1999r., II UKN 588/99, LEX nr 45295).

Nie sposób również nie zwrócić uwagi, że użyte w art. 477<sup>9</sup> § 3 k.p.c. pojęcie niezależnych od strony przyczyn uchybienia terminowi jest sformulowaniem szerszym od braku winy w rozumieniu art. 168 § 1 k.p.c., który w postępowaniu odrębnym w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych - w postępowaniu o przywrócenie terminu w odniesieniu do odwołania, czyli pisma wszczynającego to postępowanie, nie znajduje zastosowania, pozwalając na uwzględnienie także niektórych przyczyn zawinionych (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 10 lutego 2014r., III AUz 3/14, LEX nr 1425405).

Tym samym w przypadku wniesienia odwołania od decyzji organu rentowego z uchybieniem ustawowego terminu do jego wniesienia, w sytuacji stwierdzenia przez Sąd Ubezpieczeń Społecznych, że przekroczenie terminu nie jest nadmierne i nastąpiło z przyczyn niezależnych od odwołującego się, Sąd ten nadaje sprawie dalszy bieg, zaś jeżeli jedna z tych przesłanek, wynikających z treści art. 477<sup>9</sup> § 3 k.p.c., nie zachodzi winien wydać postanowienie o odrzuceniu odwołania.

Ocena nadmierności opóźnienia powinna być odniesiona do końcowej daty miesięcznego terminu na wniesienie odwołania, a zatem opóźnienie powinno być liczone nie od daty otrzymania decyzji organu rentowego, lecz od końca terminu na wniesienie odwołania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 marca 2014r., II UK 340/13, LEX nr 1446448).

Nie budzi zatem wątpliwości, że dla stwierdzenia, czy termin ten został zachowany podstawowe znaczenie ma ustalenie daty doręczenia decyzji odwołującemu się. W takiej sytuacji za datę doręczenia uznać należy dzień, w którym adresat faktycznie otrzymał decyzję lub się z nią zapoznał (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 marca 2015r., I UK 271/14, LEX nr 1682200 czy postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2009r., II UK 81/09, OSNP 2011 nr 11-12, poz. 166).

W realiach przedmiotowej sprawy bezsporne jest, iż skuteczne doręczenie płatnikowi składek zaskarżonych decyzji nastąpiło 6 grudnia 2017r., a D. K.

7 grudnia 2017r. W związku z tym miesięczny termin do wniesienia odwołań upłynął dla nich z końcem dnia 8 stycznia 2018r., bowiem 6 i 7 stycznia 2018r. były dniami wolnymi pracy.

Zatem spóźnione są ich odwołania od decyzji z 27 listopada 2017r., które złożyli oni działając przez profesjonalnego pełnomocnika, płatnik składek 11 stycznia 2018r. i D. K. 12 stycznia 2018r.

Wskazać należy, że zasadnie uznał Sąd I instancji, że przekroczenie miesięcznego terminu do wniesienia odwołań nie było nadmierne.

Pozostało więc w sprawie ustalenie, czy opóźnienie nastąpiło z przyczyn niezależnych od odwołujących się.

W ocenie Sądu Apelacyjnego nieprawidłowo stwierdził Sąd I instancji, że w rozpoznawanej sprawie odwołujący Szpital zdołał wykazać, że przekroczenie terminu nie było przez niego zawinione.

W szczególności okoliczności takiej nie stanowi, jak przyjął Sąd Okręgowy, subiektywna wątpliwość, czy to odwołujący Szpital jest adresatem owych decyzji. Treść bowiem decyzji z dnia 27 listopada 2017r. nie tylko jednoznacznie potwierdza, iż były one adresowane każdorazowo zarówno do odwołującego Szpitala jako płatnika składek, jak i do konkretnego ubezpieczonego, lecz także, że zawierały niebudzące wątpliwości pouczenie o trybie i terminie odwołania, w żadnym razie nie dające podstaw do niczym nieuzasadnionego przyjęcia, iż kierowane są wyłącznie do ubezpieczonych lekarzy. Również sentencje decyzji oraz ich uzasadnienia jednoznacznie określają, w związku z ustaleniami poczynionymi w toku kontroli u płatnika składek, podstawy wymiaru składek za poszczególnych ubezpieczonych, do których naliczenia i opłacenia jest zobowiązany odwołujący Szpital, jako płatnik składek, co trafnie zauważył apelujący organ rentowy.

Podkreślenia wymaga, że odwołujący jest profesjonalnym podmiotem, dysponującym wyspecjalizowanymi komórkami organizacyjnymi kadrowymi i księgowymi oraz obsługą prawną (pełnomocnictwo udzielone radcy prawnemu reprezentującemu Szpital 9 października 2012r.), trudno zatem uznać, że uchybienie przez niego terminowi do złożenia odwołań spowodowane było wprowadzeniem w błąd przez organ rentowy polegający na tym, że zaskarżone decyzje adresowane były również do poszczególnych lekarzy.

Okoliczność, że do lekarzy tych przychodziła też korespondencja na adres Szpitala, jak wskazywali świadkowie A. K. (1), A. B. i A. T., w kontrolowanej sprawie pozostaje bez znaczenia, bowiem zaskarżone decyzje znajdowały się w przesyłce skierowanej do Szpitala, a nie do ubezpieczonych. Jakkolwiek przepis art. 42 § 1 k.p.a. stanowi, że pisma doręcza się osobom fizycznym w ich mieszkaniu lub miejscu pracy, to brak podstaw do uznania, że w niniejszej sprawie organ rentowy decyzje do poszczególnych ubezpieczonych przesłał na adres Szpitala, skoro w decyzji jako adresatów wskazano płatnika składek Wojewódzki Szpital (...) w J.

i jego siedzibę, jak i osobę ubezpieczoną – poszczególnych lekarzy i ich miejsce zamieszkania. Przesyłka nie zawierała też pisma przewodniego wnioskującego o doręczenie decyzji poszczególnym lekarzom.

Także zawiadomienia o wszczęciu postępowania z 24 października 2017r., wbrew stanowisku prezentowanemu przez Szpital w odwołaniu i odpowiedzi na apelację, kierowane były do Wojewódzkiego Szpitala (...) w J., jako płatnika składek i poszczególnych ubezpieczonych, co wprost wynika z akt składkowych.

Niewątpliwie odwołujący Szpital zatem wiedział, że przed organem rentowym toczy się w odniesieniu do niego jako płatnika składek postępowanie administracyjne.

Organ rentowy w zawiadomieniu o wszczęciu postępowania pouczył strony, a więc płatnika i każdego z ubezpieczonych o prawie wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów, przeglądania akt sprawy oraz przedłożenia nowych dokumentów, wskazując również dane personalne i numer telefonu pracownika ZUS prowadzącego sprawę. Odwołujący Szpital powinien więc spodziewać się wydania decyzji, przy czym również decyzji, która nie musiała być dla niego korzystna.

Wniosek taki Sąd Apelacyjny wysnuł z okoliczności sprawy, albowiem zaskarżone decyzje zostały wydane po przeprowadzeniu kontroli u odwołującego płatnika składek.

W przypadku odwołującego D. K., to zarówno w odwołaniu, w trakcie postępowania przed Sądem I instancji, jak i w odpowiedzi na apelację, mimo, że odwołujący ten był reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika, nie naprowadził żadnych okoliczności, które pozwalałyby na stwierdzenie, że przekroczenie przez niego ustawowego terminu do wniesienia odwołania nastąpiło z przyczyn od niego niezależnych. Zaznaczenia wymaga, że D. K. udzielił pełnomocnictwa radcy prawnemu R. O. już w dniu 7 grudnia 2017r., a więc tego samego dnia, kiedy otrzymał odpis decyzji organu rentowego. Nic zatem nie stało na przeszkodzie, aby fachowy pełnomocnik wniosł w terminie odwołanie od decyzji z 27 listopada 2017r. Nie przekonuje także Sądu II instancji argument podnoszony przez pełnomocnika odwołujących na rozprawie apelacyjnej, że D. K.

wniósł odwołanie ze względu na błędne pouczenie przez pracownika Szpitala. Wszak, w dacie kiedy upływał termin do wniesienia odwołania tak Szpital, jak i D. K. reprezentowani byli przez tego samego profesjonalnego pełnomocnika.

Mimo zatem, iż przekroczenie terminu do wniesienia odwołań od decyzji z dnia 27 listopada 2017r. przez odwołujących Szpital i D. K. istotnie nie było nadmierne, niewykazanie, że nastąpiło z przyczyn od nich niezależnych, z mocy cytowanych na wstępie przepisów w pełni uzasadniało odrzucenie odwołań, o czym mając na uwadze treść art. 386 § 2 k.p.c. w związku z art. 477<sup>(9)</sup> § 3 k.p.c., Sąd Apelacyjny orzekł w pkt 1 wyroku.

Jeśli chodzi o odwołującą B. D., to zachowała ona termin do wniesienia odwołania. Odpis decyzji z 27 listopada 2017r. został jej bowiem doręczony w dniu 12 grudnia 2017r., zaś odwołanie wniosła dnia 11 stycznia 2018r.

Apelacja jednak organu rentowego w odniesieniu odwołania B. D. musiała skutkować zmianą zaskarżonego wyroku i oddaleniem odwołania.

W tej kwestii w pierwszej kolejności wskazać należy, 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 (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 1999r., 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.

Godzi się też przypomnieć, że zgodnie z treścią art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2020r., poz. 266 - 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 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 tychże umów.

Niespornym jest, że B. D. w okresach wymienionych w zaskarżonej decyzji zatrudniona była w Wojewódzkim Szpitalu (...) w J. na podstawie umowy o pracę. W tym czasie pomiędzy B. D. i Szpitalem zostały zawarte umowy cywilnoprawne „o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne”, które płatnik składek realizował w związku z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnych, zawartą z NFZ. Na czas wykonywania pracy na podstawie tych umów B. D. udzielono urlopu bezpłatnego.

Wykonując pracę w ramach tych umów B. D. korzystała z infrastruktury Szpitala, jego bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego, leków, opatrunków i środków medycznych, jak również bazy diagnostycznej. Zobowiązała się do zapewnienia ciągłości świadczeń, nie mogła opuścić miejsca wykonywania świadczeń bez zgody upoważnionego pracownika Szpitala. Zobowiązana była do prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Podlegała przy tym nadzorowi ordynatora/osoby kierującej oddziałem, zaś podstawą wypłaty wynagrodzenia był rachunek wystawiony przy uwzględnieniu wykonanych świadczeń zdrowotnych, zweryfikowanej z rejestratorem czasu pracy i harmonogramem realizacji świadczeń.

Na użytek niniejszej sprawy należy zatem podnieść, że zgodnie z art. 2 k.p., pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Jak trafnie wskazuje Sąd Najwyższy,

z przepisu tego nie wynika, aby warunkiem koniecznym zachowania statusu pracownika było faktyczne wykonywanie pracy (ze strony pracownika) i wypłacanie wynagrodzenia (ze strony pracodawcy), a więc faktyczne wykonywanie obowiązków wynikających z łączącego strony stosunku pracy, wystarczy jedynie, aby stosunek ten trwał. Podkreślenia wymaga, iż urlop bezpłatny (art. 174 k.p.) jest okresem zatrudnienia, w którym, mimo trwania stosunku pracy, ulegają zawieszeniu wzajemne obowiązki i uprawnienia stron tego stosunku (świadczenie pracy oraz wypłata wynagrodzenia).

Wobec tego, osoba pozostająca na urlopie bezpłatnym, udzielonym na podstawie art. 174 k.p. (czy też art. 174<sup>1</sup> k.p.), pozostaje nadal pracownikiem zatrudnionym u pracodawcy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 stycznia 2009r., II PK 111/09). Inaczej mówiąc, osoba przebywająca na urlopie bezpłatnym zachowuje status pracownika (Kodeks pracy. Komentarz pod red. A. Sobczyka, Wyd. C.H.Beck, Warszawa 2015, s. 711).

Wobec powyższego, w kontekście niniejszej sprawy, wystarczające jest stwierdzenie, iż wykorzystywanie urlopu bezpłatnego nie zrywa pierwotnej więzi pracowniczej opisanej w hipotezie normy art. 8 ust. 2a ustawy systemowej. Przeciwnie, założyć trzeba, iż powołana norma obejmuje sytuację, w której - tak jak w przedmiotowej sprawie - pracownik korzysta w urlopie bezpłatnego, aby jako osoba prowadząca działalność gospodarczą, realizować ze swym pracodawcą umowę cywilnoprawną (umowę o świadczenie usług).

Wielu wskazówek interpretacyjnych, przydatnych dla oceny niniejszego sporu, dostarcza Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 września 2017r., I UK 370/16.

I tak, Sąd Najwyższy słusznie podnosi, iż wykonywanie działalności gospodarczej, a w tym przypadku leczenia i opieki medycznej, wymaga zawarcia indywidualnej umowy.

Dopiero ta umowa, a nie sama działalność, określa treść zobowiązania. W tej sprawie były to umowy zobowiązujące do osobistej pracy i należytej staranności zgodnej z rodzajem pracy. Uzasadnieniem jest to, że lekarz jest w pierwszym rzędzie pracownikiem szpitala a ponadto wykonuje pracę na rzecz zatrudniającego go szpitala na podstawie umowy o świadczenie usług. Znaczenie ma to, że osobiście wykonuje pracę i nie może być zastąpiony przez inną osobę.

Działalność gospodarcza nie ma wówczas systemowego pierwszeństwa, bo wyprzedza ją właśnie rozwiązanie przyjęte w art. 8 ust. 2a ustawy systemowej. Chodzi o pracę w określonej sytuacji (relacji), która nie jest obojętna pracodawcy. Nie jest to wówczas rynkowa usługa medyczna świadczona w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej (działalności gospodarczej) dla różnych podmiotów, a tylko leczenie i opieka medyczna

na podstawie indywidualnej umowy, która wykonywana jest tylko na rzecz pracodawcy.

Art. 8 ust. 2a ustawy systemowej ma zatem swój zakres działania, niezależny od tego, w jakim stopniu lekarze w ramach zarejestrowanej praktyki wykonują swoją działalność (gospodarczą) także na rzecz innych podmiotów. Decyduje osobiste wykonywanie pracy na rzecz swojego pracodawcy.

Prócz wniosków z wykładni gramatycznej art. 8 ust. 2a ustawy systemowej, znaczenie - według Sądu Najwyższego - mają też cele funkcjonalne i systemowe, bo ten kto pracuje, powinien mieć ubezpieczenie społeczne z własnej pracy. Jest to w jego interesie i w interesie innych ubezpieczonych. System ubezpieczeń społecznych oparty jest na solidaryzmie ubezpieczonych. Uzasadnia to zwiększenie (kumulację) podstawy wymiaru składek liczonej od przychodów z pracy wykonywanej na rzecz jednego pracodawcy. Ujmując najprościej, Sąd Najwyższy wskazał, że w sytuacji większego obciążenia pracą, ryzyko niezdolności do pracy z reguły jest większe.

W ocenie Sądu Apelacyjnego brak jest podstaw do zakwalifikowania umów zawartych pomiędzy B. D. i płatnikiem, jako umów nazwanych, o których mowa w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2020r., poz. 295), do których nie stosuje się, z mocy art. 750 k.c., przepisów o zleceniu.

Zgodnie bowiem ze stanowiskiem Sądu najwyższego zawartym w postanowieniach z dnia 18 listopada 2020r., III UK 524/19 i z dnia 15 grudnia 2020r., III UK 55/20, które Sąd Apelacyjny w składzie rozpoznającym niniejszą sprawę w pełni akceptuje, umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne jest umową kwalifikowaną podmiotowo i wyróżnioną pod względem treści i sposobu zawarcia. Zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz.U. z 2020r., poz. 1398), umowy tak nazwane zawierane są tylko z Narodowym Funduszem Zdrowia. Co więcej, w art. 132 ust. 3 tej ustawy stwierdzono, że 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 Narodowym Funduszem Zdrowia. Możliwość zlecenia podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia wynika z art. 133 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który w drugim zdaniu zastrzega stosowanie do tego upoważnienia ograniczenia podmiotowego zawartego w art. 132 ust. 3 tej ustawy. Stwierdzenie, że do "subpodwykonawcy" nie stosuje się wskazanego ograniczenia, jest równoznaczne ze stwierdzeniem, że nie stosuje się względem takiej osoby również samego upoważnienia, a zatem rezultat jest ten sam - nie jest możliwe zawarcie umowy, o której mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zob. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 13 lutego 2014r., I UK 323/13; z dnia 21 września 2017r., I UK 383/16; z dnia 27 kwietnia 2017 r., I UK 182/16 oraz postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 2015r., I UZ 3/15; z dnia 22 lipca 2015r., I UZ 6/15; z dnia 10 października 2019r., I UK 81/18).

Sąd Apelacyjny stwierdza zatem, że to Szpital jako pracodawca B. D. jest płatnikiem składek na obowiązkowe ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe i zdrowotne z tytułu umów zawartych przez nią z tym Szpitalem, w ramach których wykonywała ona pracę na rzecz swojego pracodawcy, stosownie do uregulowań art. 8 ust. 1 i 2a, art. 11 ust. 1, art. 12 ust. 1, art. 13 pkt 1, art. 18 ust. 1, 1a i 3, art. 20 ust.1 ustawy systemowej i art. 81 ust. 1, 5 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Konkludując, Sąd drugiej instancji uznał, że apelacja organu rentowego jest zasadna w odniesieniu do odwołania B. D. i na mocy art. 386 § 1 k.p.c. orzekł reformatoryjnie, jak w punkcie 2 wyroku.

O kosztach zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym należnych organowi rentowemu od odwołującego Szpitala, Sąd II instancji rozstrzygnął po myśli art. 102 k.p.c., przy zastosowaniu § 2 pkt 5 i 6 w związku z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2018r., poz. 265) i uznał za zasadne obciążenie płatnika omawianymi kosztami jedynie w części tj. w kwocie 1.200zł.

W sytuacji bowiem zasądzenia od niego kosztów zastępstwa procesowego w całości,

w ocenie Sądu odwoławczego, doszłoby do niewspółmierności wysokości kosztów pomocy prawnej poniesionych przez stronę wygrywającą proces do stopnia zawilości sprawy

i nakładu pracy pełnomocnika organu rentowego w sprawach połączonych do wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia. Kontrolowana sprawa jest jedną z wielu spraw z odwołania Szpitala, a sprawy te są identyczne pod względem okoliczności faktycznych i prawnych. Ponadto Sąd Apelacyjny miał na uwadze powszechnie znaną trudną sytuację publicznej służby zdrowia oraz rodzaj świadczonych przez płatnika usług (punkt 3 wyroku).

W przedmiocie kosztów zastępstwa procesowego przysługujących organowi rentowemu w postępowaniu apelacyjnym od odwołujących B. D. i D. K. Sąd II instancji orzekł po myśli art. 98 w związku z art. 99 k.p.c. oraz § 2 w związku z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia

22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych. Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do odstąpienia od obciążania tych odwołujących obowiązkiem zwrotu organowi rentowemu kosztów zastępstwa procesowego, wynikających z art. 102 k.p.c. Odwołujący ci bowiem wskazywali, że odwołania złożyli z ostrożności procesowej, bowiem odwołania od decyzji ich dotyczących miał złożyć płatnik składek. Okoliczność ta jednak jest bez znaczenia, gdyż nie jest to niewątpliwie przypadek szczególnie uzasadniony przemawiający za nieobciążaniem kosztami. Trzeba też zauważyć, że stanowisko odwołujących w tej kwestii jest niekonsekwentne, gdyż wszyscy odwołujący w niniejszej sprawie byli reprezentowani przez tego samego zawodowego pełnomocnika i wiedzieli, że w odniesieniu do ich decyzji odwołania złoży Szpital, co zresztą uczynił (punkt 4 wyroku).

Wobec cofnięcia zażaleń przez odwołujących w punkcie 5 wyroku Sąd Apelacyjny na mocy art. art. 391 § 2 k.p.c. w związku z art. 397 k.p.c. umorzył postępowanie zażaleniowe, uznając, w rozpoznawanej sprawie brak jakichkolwiek okoliczności, wynikających z art. 469 i 203 § 4 k.p.c. które sprzeciwiałyby się cofnięciu zażaleń.

/-/ SSA A. Kolonko /-/ SSA B. Torbus /-/ SSA A. Grymel

Sędzia Przewodniczący Sędzia