

Sygn. akt III AUa 74/19

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 czerwca 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Anna Polak
Sędziowie:	SSA Jolanta Hawryszko SSA Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk (spr.)
Protokolant:	St. sekr. sąd. Katarzyna Kaźmierczak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 13 czerwca 2019 r. w S.

sprawy Szpitala (...) w S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w K.

przy udziale W. S.

o wysokość składek

na skutek apelacji Szpitala (...) w S.

od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie z dnia 23 listopada 2018 r., sygn. akt IV U 637/18

1. oddala apelację,
2. zasądza od Szpitala (...) w S. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w K. kwotę 2700 (dwa tysiące siedemset) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Jolanta Hawryszko	SSA Anna Polak	SSA Gabriela Horodnicka-Stelmaszczuk
-----------------------	----------------	--------------------------------------

Sygn. akt III AUa 74/19

## UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzją z dnia 7 listopada 2016 r. stwierdził, że podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe i zdrowotne W. S., jako pracownika zatrudnionego u płatnika składek Szpitala (...) w S., wynosi kwoty wskazane w treści decyzji.

Płatnik składek Szpital (...) w S. nie zgodził się z powyższą decyzją i wniósł o jej zmianę poprzez przyjęcie, że podstawa wymiaru składek W. S. za okres od lipca 2011 r. do kwietnia 2016 r. została ustalona przez niego w zgodzie z obowiązującymi przepisami prawa. Jednocześnie wniósł zasądzenie od organu rentowego na jego rzecz kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Organ rentowy w odpowiedzi na odwołanie wniósł o jego oddalenie oraz o zasądzenie na jego rzecz kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, powtarzając argumenty użyte w uzasadnieniu decyzji.

Wyrokiem Sądu Okręgowego w Koszalinie z dnia 29 maja 2017 r. oddalono odwołanie (pkt I sentencji) oraz zasądzono od Szpitala (...) w S. na rzecz organu rentowego kwotę 3.600 zł, tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (pkt II sentencji).

W wyniku wniesionej przez płatnika składek apelacji, wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 22 marca 2018 r. wydanym w sprawie o sygnaturze akt III AUa 574/18, uchylono zaskarżony wyrok i przekazano sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Koszalinie IV Wydziałowi Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, pozostawiając temu sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie uchylając zaskarżony wyrok i przekazując sprawę do ponownego rozpoznania, wskazał, że postępowanie Sądu Okręgowego było dotknięte nieważnością, albowiem W. S. posiadał w prowadzonym postępowaniu status strony, tj. innej osoby, której praw i obowiązków dotyczyła zaskarżona decyzja, a nie zainteresowanego, jak błędnie przyjął Sąd Okręgowy. W takiej sytuacji nie miał do niego zastosowania art. 477<sup>11</sup> § 2 k.p.c.

Sąd Okręgowy doręczył W. S. jako stronie odpis odwołania i odpowiedzi na odwołanie. W. S. nie przedstawił swojego stanowiska w sprawie i nie stawiał się na rozprawę.

Wyrokiem z dnia 23 listopada 2018 roku Sąd Okręgowy w Koszalinie IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych oddalił odwołanie oraz zasądził od Szpitala (...) w S. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w K. kwotę 3600 zł tytułem zastępstwa procesowego.

### ***Sąd Okręgowy oparł swoje rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:***

Płatnik składek Szpital (...) w S. jest podmiotem leczniczym, niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej. Płatnik zatrudnia na podstawie umowy o pracę lekarzy, którzy świadczą usługi udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł ze Szpitalem (...) w S. umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej typu: leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz rehabilitacji leczniczej.

W. S. został zatrudniony w Zespole (...) w S. (obecnie: Szpital (...) w S.), na podstawie umowy o pracę w dniu 1 grudnia 1991 r. W treści umowy został określony pełen wymiar czasu pracy oraz wynagrodzenie. Z dniem 1 lutego 2005 r. ubezpieczony został zastępcą ordynatora oddziału położniczo-ginekologiczno-noworodkowego. Stosunek pracy ustał z dniem 29 lutego 2016 r.

W. S. ma zarejestrowaną działalność gospodarczą, której przedmiotem jest udzielanie usług z zakresu specjalistycznej praktyki lekarskiej.

W dniu 1 stycznia 2009 r. zawarto umowę na świadczenia zdrowotne w zakresie opieki lekarskiej na oddziale położniczo-ginekologiczno-noworodkowym, pomiędzy Szpitalem (...) w S. (zleceniodawcą), a Indywidualną (...) prowadzoną przez Lekarza W. S. (zleceniobiorcę). Przedmiotem umowy było udzielanie przez zleceniobiorcę świadczeń zdrowotnych w zakresie samodzielnej opieki zdrowotnej. Zleceniobiorca zobowiązał się do pełnienia opieki lekarskiej w dni powszednie w godzinach popołudniowych (od 16:00 do 8:00 dnia następnego), w dni świąteczne i wolne od pracy (od 8:00 do 8:00 dnia następnego). Czynności objęte umową miały być wykonywane w oparciu o grafik dyżurów sporządzony przez ordynatora oddziału. Świadczenie usług medycznych odbywało się przy zastosowaniu sprzętu, aparatury, materiałów medycznych udzielającego zamówienia. W ramach czynności zleceniobiorca był zobowiązany między innymi do terminowego rozpoczęcia obchodów lekarskich, badania chorych, udzielania konsultacji medycznych, prowadzenia dokumentacji chorych. Wynagrodzenie za wykonanie umowy przysługiwało za każdą godzinę świadczonej usługi. Umowa była czterokrotnie aneksowana, co wydłużyło okres jej obowiązywania do 31 grudnia 2012 r.

Powyższe podmioty zawarły w dniu 2 stycznia 2013 r., 31 grudnia 2013 r. (aneks z dnia 30 grudnia 2014 r.) i 31 grudnia 2015 r., umowy o identycznym zakresie świadczeń jak w umowie o świadczenia zdrowotne z 1 dnia stycznia 2009 r.

Po dokonaniu powyższych ustaleń Sąd Okręgowy uznał odwołanie za nieuzasadnione podnosząc, że istota sporu sprowadzała się do ustalenia i oceny czy płatnik składek Szpital (...) w S., miał obowiązek odprowadzania składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne (tj. emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe) i ubezpieczenie zdrowotne W. S. w okresie od lipca 2011 r. do kwietnia 2016r., od przychodów z tytułu pracy w ramach umów o udzielenie zamówienia na świadczenia medyczne. Sąd Okręgowy podkreślił przy tym, że W. S. zatrudniony był z tytułu umowy o pracę od 1 grudnia 1991 r. do 29 lutego 2016 r.

Sąd Okręgowy przywołał treść art. 132 ust. 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793), zgodnie z którym nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem.

Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych określa art. 132 i następne powyższej ustawy. Umowy takie są umowami cywilnoprawnymi, ale są one zawierane wyłącznie pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą usług medycznych finansowanych ze środków publicznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, w trybie konkursowym, określonym ustawowo. Tym samym nie mogą one być zawierane, jako odrębny rodzaj umowy, między lekarzem - podmiotem prowadzącym działalność pozarolniczą (zawodową, jako przedsiębiorcą) a zleceniodawcą - podmiotem leczniczym. Sąd Najwyższy w wyroku z 27 kwietnia 2017 r. (sygn. akt. I UK 182/16) uznał, że w takiej sytuacji mamy do czynienia ze „zwykłą” cywilnoprawną umową o świadczenie usług określoną w art. 750 Kodeksu cywilnego.

Sąd Okręgowy zważył, że z punktu widzenia ubezpieczeń społecznych nie ma znaczenia, czy umowę cywilnoprawną podpisał lekarz prowadzący działalność pozarolniczą - prywatną praktykę lekarską, czy lekarz jako osoba fizyczna. Lekarz taki zawarł bowiem stosowną umowę ze zleceniodawcą i na jej podstawie wykonuje usługi na rzecz własnego pracodawcy, co skutkuje obowiązkiem zapłaty składek przez zleceniobiorcę będącego jednocześnie pracodawcą lekarza. Zarzuty płatnika w tym zakresie Sąd orzekający uznał za chybione.

Sąd pierwszej instancji przywołał treść art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t. j. Dz. U. 2019. 300 zez zm. – dalej ustawa systemowa lub u.s.u.s.), według którego za pracownika uważa się osobę pozostającą w stosunku pracy, a zatem zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. W myśl ust. 2a w/w ustawy za pracownika 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 umowy zlecenia albo umowy o dzieło, jeżeli umowę taką zawarł 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.

Dodatkowa umowa cywilnoprawna nie ma znaczenia z punktu widzenia stosunku ubezpieczenia i objęcia ubezpieczeniami społecznymi. Ze względu na posłużenie się w art. 8 ust. 2a u.s.u.s. szerokim pojęciem "pracownik", stosunek pracy łączący pracodawcę z pracownikiem stanowi wyłączny tytuł ubezpieczenia, który pochłania dodatkowy stosunek cywilnoprawny. Osoba wykonująca pracę na rzecz swego pracodawcy na podstawie umów cywilnych podlega obowiązkowo ubezpieczeniu społecznemu jako pracownik i na tym kwestia jej ubezpieczenia się wyczerpuje. Z tych tytułów nie powstaje obowiązek ubezpieczenia społecznego, a także problem zbiegu ubezpieczeń regulowanego w art. 9 u.s.u.s. W teorii nazywane jest to rozszerzeniem definicji pracownika, konstrukcją abstrahującą od użytej w art. 2 k.p. oraz definicji pracodawcy sformułowanej w art 3 k.p. Uznaje się, że w tym przepisie pojęcie pracownika jest rozszerzone na jego dalszą aktywność w ramach umowy cywilnoprawnej, jeżeli w jej ramach świadczy pracę na rzecz swojego pracodawcy. Także więc w zakresie tej sfery aktywności uznawany jest - na potrzeby ubezpieczeń społecznych - za pracownika tego właśnie pracodawcy i pracodawca jest płatnikiem składek z tego tytułu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27.04.2017. I UK 182/16 LEX nr 2279009)

Sąd pierwszej instancji zważył, że w orzecznictwie utrwalone jest stanowisko, iż zakaz zawierania przez pracodawców, będących świadczeniodawcami, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z pracownikami odrębnych umów na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych, podważa koncepcję wyłączenia przychodów za wykonywanie takich zobowiązań spod reżimu prawa ubezpieczeń społecznych (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 2015r. sygn. akt I UZ 3/15). Świadczeniodawcy mają zatem status płatników składek, co w konsekwencji oznacza, że mają również obowiązek odprowadzania składek od wszystkich łącznych dochodów świadczeniobiorców świadczących usługi na ich rzecz.

Sąd orzekający argumentował następnie, że lekarz zatrudniony w ramach stosunku pracy nie może być równocześnie podwykonawcą świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zatrudniającego go podmiot medyczny, gdyż możliwe jest zawieranie odrębnych rodzajowo od umów regulowanych przepisami Kodeksu cywilnego oraz nieobjętych obowiązkowym tytułem ubezpieczenia społecznego umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie z ustawowo określonymi podmiotami trzecimi, które wobec świadczeniodawcy, którego wiąże umowa z NFZ, nie pozostają w stosunkach prawnych podporządkowania co do rodzaju pracy ani miejsca i czasu świadczenia usług zdrowotnych. 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 581 ze zm.) 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 z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) (vide: Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 201 dr. sygn. akt I UK 335/17).

Zdaniem Sądu Okręgowego, Sąd Najwyższy trafnie dostrzegł, iż błędne jest założenie, że działalność gospodarcza (praca na własny rachunek, samozatrudnienie) jest wyłączona z art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1778 ze zm.), ponieważ przepis ten podmiotowo odnosi się tylko do ubezpieczonych z art. 6 ust. 1 pkt 4 (zleceniobiorców), a nie do ubezpieczonych z art. 6 ust. 1 pkt 5 (prowadzących działalność gospodarczą). Wykonywanie działalności gospodarczej, w tym przypadku leczenia i opieki medycznej, wymaga zawarcia indywidualnej umowy przez prowadzącego działalność gospodarczą z podmiotem leczniczym. Dopiero ta umowa, a nie sama działalność, określa treść zobowiązania. W takiej sytuacji regulacja z art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie może nie być stosowana. Wyłącza zbieg tytułów ubezpieczenia - stosunku pracy i działalności gospodarczej. Powstaje jeden tytuł ubezpieczenia jako pracownika, co nie znosi, ani nie zmienia treści umów

cywilnoprawnych. Decydujące znaczenie dla zastosowania art. 8 ust. 2a ustawy ma to, że pracownik - przedsiębiorca osobiście wykonuje pracę i nie może być zastąpiony przez inną osobę. Działalność gospodarcza nie ma wówczas systemowego pierwszeństwa, bo wyprzedza ją rozwiązanie przyjęte w art. 8 ust. 2a ustawy. Chodzi o pracę w określonej sytuacji (relacji), która nie jest obojętna prawodawcy. 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 na rzecz pracodawcy. Artykuł 8 ust. 2a ma zatem swój zakres działania, niezależny od tego, w jakim stopniu lekarze w ramach zarejestrowanej indywidualnej praktyki lekarskiej wykonują swoją działalność (gospodarczą) także na rzecz innych podmiotów. Decyduje w tym przypadku osobiste wykonywanie pracy na rzecz swojego pracodawcy, (vide: postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 25 maja 2018r. sygn. akt I UK 470/17).

Tym samym Sąd Okręgowy uznał, że organ rentowy w zgodzie z treścią przepisów ustawy systemowej, uznał W. S. za wykonującego pracę na podstawie umowy o świadczenie usług i ustalił prawidłowo podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe i zdrowotne.

O kosztach zastępstwa procesowego, orzeczono w pkt 2 wyroku na podstawie art. 98, 99 i 108 k.p.c. w związku z § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych. Wartość przedmiotu sporu stanowiła suma różnicy wysokości składek za jeden rok (21.027 zł -k. 32 akt sprawy).

Z powyższym rozstrzygnięciem nie zgodził się płatnik, zaskarżając je w całości i zarzucając mu błędnie ustalony stan faktyczny oraz błędną interpretację przepisów prawa materialnego: art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), art. 27 ustawy o działalności leczniczej, art. 35 oraz 35a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, art. 750 k.c., 22 § 1 k.p.

Zdaniem apelującego skarżona decyzja została wydana z naruszeniem zasady przekonywania wyrażonej w art. 11 k.p.a. poprzez jej niezrealizowanie oraz naruszenie reguł prawidłowego sporządzania uzasadnienia indywidualnego aktu administracyjnego.

Apelujący wskazał, że zakres obowiązków W. S. był inny aniżeli zakres umów na świadczenia zdrowotne zawartych pomiędzy Szpitalem a podmiotem gospodarczym, który prowadził. Płatnik argumentował, że umowy o świadczenia zdrowotne zawierane były z W. S. uprzednio na podstawie art. 35 oraz 35a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a następnie na skutek wyłonienia w drodze postępowania konkursowego na podstawie art. 27 ustawy o działalności leczniczej (umowy nazwane, niebędące umowami zlecenia), umowy o świadczenia zdrowotne zawierane były z podmiotem gospodarczym, umowy o świadczenia zdrowotne zobowiązywały do samodzielnego rozliczania się wykonawcy z Urzędem Skarbowym oraz organami ZUS, umowy o świadczenia zdrowotne nakładały na wykonawcę obowiązek zawarcia ubezpieczenia OC, umowy o świadczenia zdrowotne zgodnie z wolą stron nie przewidywały realizacji tych umów w warunkach art. 22 § 1 k.p. w związku z art. 65 § 2 k.c. (dyrektor Szpitala nie wykonywał funkcji kierowniczych, brak było podporządkowania pracowniczego).

W ocenie odwołującego brak jest podstaw faktycznych do uznania, iż wykonawca umów o świadczenia zdrowotne (w tym wyłoniony w drodze postępowania konkursowego) w okresach wskazanych przez organ spełniał warunki uznania go za pracownika w myśl art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 10. 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

Nadto w tym samym czasie, W. S. nie świadczył tożsamyh usług w oparciu o własną umowę z Funduszem oraz w ramach podwykonawstwa na rzecz Szpitala (...) w S., który również zawarł umowę z Funduszem.

W ocenie skarżącego organ błędnie uznał, iż w sprawie zastosowanie ma również art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). Jego zdaniem organ oraz Sąd pominął zupełnie okoliczność, iż zgodnie z uzasadnieniem projektu do ww. ustawy - głównym celem wprowadzenia ww. zakazu było ograniczenie konfliktu interesów lub nieuprawnionej konkurencji personelu medycznego z własnym pracodawcą w obszarze realizacji świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, utrudnienie tworzenia się nieuprawnionych porozumień świadczeniodawców oraz nieformalnych ścieżek dostępu pacjentów do świadczeń, a także ograniczanie nieuzasadnionego rozdrobnienia kontraktów zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Umowa naruszająca ww. zakaz jest nieważna z mocy

prawa na podstawie art. 58 k.c. w zw. z art. 155 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zatem założeniem wprowadzenia przepisu art. 132 ust. 3 do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych było zapobiegnięcie konfliktowi interesów czy wyeliminowanie nieuczciwej konkurencji.

W ocenie apelującego o istnieniu nieuprawnionej konkurencji można mówić wówczas, gdy pokrywa się przedmiot umów (lekarza z Funduszem i lekarza ze Szpitalem, który otrzymuje na ten sam zakres świadczeń środki z Funduszu), które nie mogą równolegle funkcjonować. Powyższy zakaz, zdaniem płatnika, nie będzie jednak obowiązywał w trakcie postępowania konkursowego. Wyjaśniał, że w trakcie trwania postępowania konkursowego dopuszczalne jest świadczenie usług przez oferenta na rzecz świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem.

Apelujący dodał też, że w decyzji oraz jej uzasadnieniu nie wskazano faktów, które organ uznał za udowodnione, dowodów na których się oparł oraz przyczyn z powodu których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej. Organ w sposób niewystarczający wyjaśnił oraz uzasadnił podstawy prawne decyzji. Uzasadnienie prawne decyzji powinno zawierać wyjaśnienie podstawy prawnej decyzji z przytoczeniem przepisów prawa. Zasada przekonywania nie zostanie zrealizowana, gdy organ pominięciem milczeniem niektóre twierdzenia strony lub nie odniesie się do faktów istotnych dla danej sprawy.

W odpowiedzi na apelację organ wniósł o jej oddalenie oraz o zasądzenie na rzecz organu rentowego kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym wg norm prawem przepisanych.

Zdaniem organu odwołujący nie zakwestionował arytmetycznych wyliczeń podstawy wymiaru składek wskazanych w zaskarżonej decyzji, a istota sporu sprowadzała się do ustalenia i oceny, czy płatnik składek Szpital (...) w S., miał obowiązek odprowadzenia składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne (tj. emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe) i ubezpieczenie zdrowotne W. S. w okresie od lipca 2011 r. do kwietnia 2016 r., od przychodów z tytułu pracy zawartych w ramach umów o udzielenie zamówienia na świadczenia medyczne. W związku z powyższym, Szpital jako świadczeniodawca nie mógł zawrzeć odrębnych umów z lekarzami na świadczenie opieki zdrowotnej. Zawarcie takiej umowy rodziło skutki w sferze ubezpieczeń społecznych. Organ powołał się przy tym na treść postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 2015 r., sygn. akt I UZ 3/15.

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

Apelacja okazała się nieuzasadniona.

Spór w rozstrzyganej sprawie dotyczył oceny, czy w okresach objętych zaskarżoną decyzją, skarżący płatnik składek ustalił dla ubezpieczonego W. S. podstawy wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia w prawidłowej wysokości, a jego istotą było ustalenie, czy w podstawie wymiaru winien być uwzględniony przychód z tytułu umów nazwanych umowami o udzielanie świadczeń zdrowotnych, wykonywanych na rzecz odwołującego się płatnika, zawartych przez ubezpieczonego ze Szpitalem (...) w S., z którym ubezpieczony pozostawał w stosunku pracy, a w konsekwencji, czy skarżący płatnik składek jest zobowiązany do uiszczenia składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

Sąd Okręgowy dokonał właściwych ustaleń faktycznych i prawidłowej subsumpcji 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 je za własne, co oznacza, iż zbędnym jest ponowne szczegółowe przywoływanie w uzasadnieniu Sądu odwoławczego ustaleń faktycznych oraz trafnego wywodu prawnego tego Sądu (por. postanowienie z dnia 11 lipca 2014 r., sygn. III CSK 256/13).

W uzupełnieniu trafnej argumentacji Sądu Okręgowego, Sąd odwoławczy zauważa, że zasady podlegania określonemu rodzajowi ubezpieczeń społecznych wynikają z przepisów o charakterze bezwzględnie obowiązującym, kreujących stosunek prawny ubezpieczenia społecznego z mocy samego prawa i według stanu prawnego z chwili powstania

obowiązku ubezpieczenia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 1999 r., sygn. akt II UKN 461/98). 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. Biorąc pod uwagę argumentację apelacji, wskazać trzeba, że powyższe nie pozostaje w żadnej sprzeczności z uzasadnieniem projektu do ww. ustawy, zgodnie z którym głównym jej celem było ograniczenie konfliktu interesów lub nieuprawnionej konkurencji personelu medycznego z własnym pracodawcą.

Przede wszystkim należy wskazać, że zgodnie z treścią art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998 r. 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 2014 r. (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.

Niesporne jest, że ubezpieczony w okresach wymienionych w zaskarżonej decyzji zatrudniony był w Szpitalu (...) w S. na podstawie umowy o pracę. W spornym okresie pracodawca zawierał z ubezpieczonym umowy o świadczenie usług zdrowotnych, których przedmiotem było pełnienie dyżurów lekarskich w dni powszednie w godzinach popołudniowych i w nocy oraz w niedziele i święta. Usługi były wykonywane w pomieszczeniach należących do płatnika składek oraz z wykorzystaniem infrastruktury pracodawcy.

W świetle powyższego, trafnie organ rentowy, a za nim Sąd pierwszej instancji uznał, że na gruncie przedmiotowej sprawy, zastosowanie znajdował powołany przepis art. 8 ust. 2a ustawy systemowej, bowiem niewątpliwie płatnik składek zawierał z własnym pracownikiem dodatkowe umowy cywilnoprawne, w ramach których świadczył on pracę na rzecz tego samego pracodawcy, a wypłacane wynagrodzenia za usługi medyczne pochodziły ze środków publicznych przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Szpitalowi (...) w S.. Sąd Apelacyjny ocenił zatem, że umowy te należało zakwalifikować, jako inne umowy o świadczenie usług, do których zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia.

Jak wynika z treści apelacji, zasadnicze zarzuty sprowadzały się do kwalifikacji prawnej umów zawartych przez (...) w S. z ubezpieczonym.

W opozycji do stanowiska skarżącego, przyjąć trzeba, że brak jest podstaw do zakwalifikowania przedmiotowych dodatkowych umów, jako umów nazwanych, o których mowa w art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2016r. poz. 1638), do których nie stosuje się, z mocy art. 750 k.c., przepisów o zleceniu zwłaszcza w kontekście pkt. 6 tego art., którego wyraźnie wynika, że przyjmujący zamówienie (w tym wypadku płatnik) nie może przenieść na osobę trzecią (lekarzowi) praw i obowiązków wynikających z umowy, chyba że umowa stanowi inaczej.

Faktem jest, że zgodnie z art. 65 § 2 k.c., dokonując interpretacji oświadczeń woli stron umowy, należy badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu. Należy jednak zgodzić się ze stanowiskiem judykatury Sądu Najwyższego, że umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 133 w związku z art. 132 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - t.j. Dz.U. z 2016r. poz. 1793) oraz umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (art. 26 ustawy o działalności leczniczej), należą do umów nazwanych, do których nie stosuje się z mocy art. 750 KC przepisów o zleceniu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 2004 r., sygn. akt III CK 134/04). Jednakże zakresem podmiotowo-przedmiotowym takich umów nie może być pełnienie dyżurów medycznych przez zatrudnionych lekarzy u pracodawcy - świadczeniodawcy świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych NFZ. W tym zakresie znajdują bowiem zastosowanie przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która w art. 132 ust. 1 stanowi, że podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą, a Funduszem, tyle, że taki świadczeniodawca nie może zawrzeć wymienionej umowy (subkontraktu) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u tego świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem (ust. 3) i to niezależnie od tego, czy zawarte w ten niedozwolony sposób subkontrakty były lub są wykonywane w ramach podporządkowania charakterystycznego dla stosunku pracy, czy na podstawie tak nazwanej odrębnej umowy, do której nie stosuje się przepisów o zleceniu. Regulacja zacytowanego ust. 3 art. 132 tej ustawy oddziałuje na sferę lekarskich i pielęgniarskich stosunków prawnych, gdyż wynika z niej ustawowy zakaz zawierania z zatrudnionymi przez świadczeniodawcę lekarzami, pielęgniarkami umów (subkontraktów) na udzielanie świadczeń zdrowotnych, choćby w tym celu zatrudnieni lekarze, czy pielęgniarki utworzyli lub prowadzili indywidualne praktyki (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 8 lutego 2018 roku, sygn. akt III AUa 1260/17). Oznacza to, że sporne umowy, jako zawarte wbrew treści art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, nie mogły być kwalifikowane, jako szczególne i odrębne od umów uregulowanych Kodeksem cywilnym.

Odnosząc się do pozostałych kwestii zaakcentować trzeba, że z art. 83 ust. 1 ustawy systemowej wynika, iż Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje decyzje między innymi w przedmiocie zgłaszania do ubezpieczeń społecznych, przebiegu ubezpieczeń, ustalania wymiaru składek i ich poboru.

Należy przy tym wskazać, że w orzecznictwie utrwalił się trafny pogląd, sprowadzający się do tezy o zakazie zawierania przez pracodawców, będących świadczeniodawcami, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z pracownikami (lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u tego świadczeniodawcy) odrębnych umów (subkontraktów) na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych. Zakaz ten podważa zaś koncepcję wyłączenia przychodów za wykonywanie takich zobowiązań spod reżimu prawa ubezpieczeń społecznych, co oznacza, że tacy świadczeniodawcy, na gruncie prawa ubezpieczeń społecznych, mają status płatników składek od „łącznych” przychodów ze stosunku pracy oraz od wynagrodzenia za pełnienie dyżurów medycznych uzyskiwanych ze spornych umów. Skoro zatem lekarz, czy pielęgniarka pełnili dyżury medyczne na podstawie niedozwolonych umów (subkontraktów) na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych zawartych z własnym pracodawcą, który był świadczeniodawcą takich usług finansowanych z NFZ, to przy ustalaniu podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu stosunku pracy, ten płatnik składek ma obowiązek obliczenia i uiszczenia należnej składki także od przychodów ze spornych umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostały zawarte wbrew prawu z zatrudnionymi w ramach stosunku pracy ubezpieczonymi, pełniącymi dyżury medyczne u tego pracodawcy - świadczeniodawcy świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ, tak jak od wynagrodzenia ze stosunku pracy. Oznacza to, że lekarz i pielęgniarka, zatrudnieni w ramach stosunku pracy, nie mogą być równocześnie podwykonawcami świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zatrudniającego go podmiot medyczny, gdyż legalne jest zawieranie odrębnych rodzajowo od umów regulowanych przepisami Kodeksu cywilnego oraz nieobjętych obowiązkowym tytułem ubezpieczenia społecznego umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie z ustawowo określonymi podmiotami trzecimi, które wobec świadczeniodawcy, którego wiąże umowa z



NFZ, nie pozostają w stosunkach prawnych podporządkowania co do rodzaju pracy, ani miejsca i czasu świadczenia usług zdrowotnych (por. postanowienie z dnia 22 czerwca 2015 r., sygn. akt I UZ 3/15 i z dnia 22 lipca 2015 r., sygn. akt I UZ 6/15; wyroku z dnia 13 lutego 2014 r., sygn. akt I UK 323/13; z dnia 27 kwietnia 2017 r., I UK 182/16; z dnia 21 września 2017 r., I UK 383/16 i I UK 370/16).

Przewidziana w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierana jest przez podmiot zobowiązany do realizacji zadań z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego (Narodowy Fundusz Zdrowia) z podmiotem, który w myśl przepisów tej ustawy, może być świadczeniodawcą. Jak już wyżej wskazano, stosownie do art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, rozważana umowa nie może być zawarta przez Fundusz z lekarzem, czy pielęgniarką udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej (a więc wykonującym zawód lekarza, czy pielęgniarki) u tego świadczeniodawcy, który zawarł ją z Funduszem. Z mocy art. 133 zd. 2 tej ustawy, takiemu lekarzowi, czy pielęgniarce 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. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej.

Z tych względów, wszelkie zapisy zawarte w umowach łączących apelującego, co do formy świadczenia opieki zdrowotnej przez ubezpieczonego, uznać należy za niezgodne z prawem i prawnie bezskuteczne.

Reasumując, skoro ubezpieczony pełnił dyżury medyczne na podstawie niedozwolonych umów (subkontraktów) na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych, zawartych z własnym pracodawcą, który był świadczeniodawcą takich usług finansowanych z NFZ, to przy ustalaniu podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne z tytułu stosunku pracy, płatnik składek – Szpital (...) w S., miał obowiązek obliczenia i uiszczenia należnej składki także od przychodów ze spornych niedozwolonych umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zawarł, wbrew prawu, z zatrudnionymi w ramach stosunku pracy lekarzami pełniącymi dyżury medyczne u pracodawcy - świadczeniodawcy świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ, tak, jak od wynagrodzenia ze stosunku pracy.

Przepisy art. 81 ust. 1, 5 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowią z kolei, że do ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne pracowników (zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy - pracowników w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, czyli również w rozumieniu art. 8 ust. 2a tejże ustawy) stosuje się przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe tych osób.

Zasadne jest zatem stanowisko Sądu Okręgowego, że to odwołujący się płatnik składek winien obliczyć i odprowadzić składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne od przychodów uzyskiwanych przez ubezpieczonego z tytułu wykonywania spornych umów.

Dla wyczerpania argumentacji dotyczącej kwestii zaskarżonej decyzji przypomnieć należy, że postępowanie w sprawach ubezpieczeniowych jest dwuetapowe. Przed organem rentowym sprawa ma charakter administracyjnoprawny i stosuje się do niej przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego (art. 180 k.p.a.). Na etapie postępowania odwoławczego, zainicjowanego wniesieniem przez ubezpieczonego odwołania od decyzji, sprawa - uprzednio administracyjna - staje się sprawą cywilną w rozumieniu art. 1 k.p.c. i do jej rozpoznania stosuje się przepisy kodeksu postępowania cywilnego. Odnosząc się do zarzutów skierowanych przeciwko postępowaniu administracyjnemu przed organem rentowym, a dokładnie naruszenia art. 11 k.p.a., Sąd Apelacyjny wskazuje na aprobowany pogląd orzecznictwa, zgodnie z którym postępowanie sądowe, w tym w sprawach z zakresu prawa ubezpieczeń społecznych, skupia się na wadach wynikających z naruszenia prawa materialnego, a kwestia wad decyzji, spowodowanych naruszeniem przepisów postępowania administracyjnego, pozostaje w zasadzie poza przedmiotem tego postępowania. Sąd Ubezpieczeń Społecznych - jako sąd powszechny - może i powinien dostrzegać jedynie takie wady formalne decyzji administracyjnej, które decyzję tę dyskwalifikują w stopniu odbierającym jej cechy aktu administracyjnego, jako przedmiotu odwołania. Stwierdzenie takiej wady następuje jednak tylko dla celów

postępowania cywilnego i ze skutkami dla tego tylko postępowania. W wypadkach innych wad wymienionych w art. 156 § 1 k.p.a. i w przepisach, do których odsyła art. 156 § 1 pkt 7 k.p.a., konieczne jest wszczęcie odpowiedniego postępowania administracyjnego w celu stwierdzenia nieważności decyzji i wyeliminowania jej z obrotu prawnego (tak Sąd Najwyższy w wyroku z 14 stycznia 2010 r., I UK 252/09, LEX nr 577824). W niniejszej sprawie zaś zaskarżona decyzja, wbrew twierdzeniom apelującego, nie jest pozbawiona przymiotu aktu administracyjnego. Decyzja ta zawiera wszystkie wymagane elementy. W szczególności zawiera uzasadnienie z powołaniem podstaw prawnych i okoliczności faktycznych rozstrzygnięcia.

Dodać należy, że z chwilą wniesienia odwołania od decyzji organu rentowego zostaje wszczęte postępowanie przed sądem pracy i ubezpieczeń, który dokonuje przede wszystkim oceny merytorycznej. Jest to postępowanie specyficzne, gdyż wolą ustawodawcy sprawa początkowo administracyjna, z chwilą skutecznego wniesienia odwołania, staje się sprawą cywilną i jest rozpatrywana merytorycznie, a więc bez ograniczenia do kwestii zgodności z prawem jak ma to miejsce w przypadku sądów administracyjnych, a nadto na gruncie przepisów procedury cywilnej, a nie przepisów kodeksu postępowania administracyjnego, co z kolei oznacza, że wadliwość postępowania administracyjnego, nie skutkujące pozbawieniem decyzji przymiotu aktu administracyjnego, nie mają znaczenia dla meritum rozpoznawanej sprawy.

Natomiast postępowanie o stwierdzenie nieważności decyzji jest innym, samodzielny postępowaniem, administracyjnym o charakterze nadzwyczajnym, a zatem wniosek w tym przedmiocie winien być złożony do organu rentowego, aby ten wypowiedział się w tym przedmiocie, a nie stanowić jeden z zarzutów apelacyjnych (skoro nie ma podstaw do zarzutu występowania jedynie substratu decyzji).

Konkludując, Sąd Apelacyjny, uznając apelację za całkowicie bezzasadną, na mocy art. 385 KPC, orzekł o jej oddaleniu (pkt 1 sentencji).

Nadto Sąd odwoławczy nałożył na płatnika składek obowiązek zwrotu organowi rentowemu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym w zgodzie z § 2 pkt 5 i § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 265 t.j.).

SSA Jolanta Hawryszko SSA Anna Polak SSA Gabriela Horodnicka

-Stelmaszczuk