

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 listopada 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący	SSA Marek Procek (spr.)
Sędziowie	SSA Tadeusz Szweda SSA Maria Małek - Bujak
Protokolant	Elżbieta Szewczyk

po rozpoznaniu w dniu 15 listopada 2018r. w Katowicach

sprawy z odwołania (...) Szpitala (...) (...) w D.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

przy udziale zainteresowanego P. M.

o podstawę wymiaru składek

na skutek apelacji (...) Szpitala (...) w D. oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w Katowicach z dnia 1 lutego 2018r. sygn. akt XI U 937/17

- 1. z apelacji organu rentowego zmienia zaskarżony wyrok w punkcie 1 i oddala odwołanie od decyzji organu rentowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. z dnia 12 kwietnia 2017r. nr (...);**
- 2. zasądza od (...) Szpitala (...) w D. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. kwotę 240 zł (dwieście czterdzieści złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym wywołanym apelacją organu rentowego;**
- 3. oddala apelację (...) Szpitala (...) w D.**
- 4. zasądza od (...) Szpitala (...) w D. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. kwotę 500 zł (pięćset złotych) tytułem zwrotu części kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym wywołanym apelacją (...) Szpitala (...) w D..**

Sędzia Przewodniczący Sędzia

UZASADNIENIE

W dwóch decyzjach z dnia 12 kwietnia 2017r. organ rentowy Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.:

- ustalił nową postawę wymiaru składek P. M. na Fundusz Emerytur Pomostowych dla płatnika składek (...) Szpitala (...) w D.,

- ustalił nową podstawę wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia: emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe i zdrowotne P. M. z tytułu zatrudnienia na umowę o pracę u płatnika składek (...) Szpitala (...) w D..

Na uzasadnienie pierwszej decyzji (nr ... (...)) organ rentowy wskazał, na podstawie materiału dowodowego zgromadzonego w toku przeprowadzonej u płatnika składek kontroli, że płatnik składek zawarł z P. M. umowy oznaczone jako umowy na udzielanie świadczeń medycznych, zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Szpitala (...) w D. usług w zakresie transportów kwalifikowanych karetką specjalistyczną „S”. Umowy zostały zawarte na okres od dnia 1 stycznia 2012r.

do 31 grudnia 2013r. oraz od dnia 1 stycznia 2014r. do dnia 31 grudnia 2016r. Ubezpieczony wykonywał ją w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej, będąc jednocześnie pracownikiem pozostającym w stosunku pracy ze Szpitalem - płatnikiem składek. Przedmiotowa decyzja została wydana, ponieważ płatnik składek za miesiące od stycznia 2013r. do grudnia 2014r. nie zadeklarował składki na Fundusz Emerytur Pomostowych od wynagrodzeń wypłaconych P. M. z tytułu realizowanych

na rzecz własnego pracodawcy umów o świadczenie usług, a stanowiących podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, ustalonych odrębną decyzją oraz nie złożył stosownych dokumentów korygujących po otrzymaniu protokołu kontroli.

Na uzasadnienie drugiej z wymienionych decyzji (nr ... (...)) organ rentowy przywołał normę art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i podniósł,

że zawarcie przez płatnika składek z zatrudnianym przez siebie lekarzem umowy, której zakres sprowadza się do pełnienia dyżurów medycznych nie było, jako sprzeczne z art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, dopuszczalne. Dlatego organ rentowy wydał decyzję ustalającą podstawy wymiaru składek dla P. M. jako pracownika pozostającego w stosunku pracy z płatnikiem składek, a jednocześnie wykonującego na jego rzecz umowy o udzielenie świadczeń medycznych, zawartych na mocy art. 27 ustawy

o działalności leczniczej. Skoro bowiem P. M. pełnił dyżury medycznie w oparciu

o niedozwoloną umowę z własnym pracodawcą, to przy ustalaniu podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu stosunku pracy płatnik składek powinien obliczyć

i uiścić należną składkę także od przychodów z w/w umowy, ponieważ dochody z tego tytułu nie są wyłączone spod reżimu prawa ubezpieczeń społecznych. Przedmiotowe decyzje zostały wydane, ponieważ płatnik składek w okresie od stycznia 2013r. do czerwca 2014r.

nie zadeklarował składek na obowiązkowe ubezpieczenie emerytalne, rentowe, wypadkowe

i chorobowe od przychodów wypłaconych P. M., z tytułu realizowanych

na rzecz własnego pracodawcy umów o świadczenie usług oraz nie złożył stosownych dokumentów korygujących po otrzymaniu protokołu kontroli.

(...) Szpital (...)

w D. wniósł odwołania od opisanych decyzji, wskazując, że P. M. był w spornym okresie pracownikiem płatnika składek, wykonującymi konkretne czynności

w ramach stosunku pracy, a jednocześnie, jako osoba prowadząca działalność gospodarczą, był stroną umowy na wykonywanie czynności medycznych, zawartej z płatnikiem składek

po przeprowadzeniu konkursu ofert, na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej, a do umowy tej nie ma zastosowania art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Odwołujący Szpital podkreślił, że przedmiotem umowy były czynności o zupełnie odmiennym charakterze niż czynności wykonywane w ramach stosunku pracy.

Wyrokiem z dnia 1 lutego 2018r. Sąd Okręgowy - Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Katowicach (w następstwie połączenia do wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia spraw dotyczących odwołań od obu opisanych decyzji) w punkcie 1 zmienił opisaną wyżej decyzję organu rentowego o numerze (...) (...) i stwierdził, że brak obowiązku ustalenia podstawy wymiaru składki na Fundusz Emerytur Pomostowych dla płatnika składek (...) Szpitala (...) (...) w D. z tytułu umowy o udzielanie świadczeń medycznych zawartej z P. M., zaś w punkcie 2 oddalił odwołanie od decyzji o numerze (...) (...).

Sąd Okręgowy ustalił, iż (...) Szpitala (...) w D. jest Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym w dniu 18 października 2001r. Kierownikiem SPZOZ jest lekarz medycyny, specjalista II stopnia w zakresie chirurgii ogólnej Z. G.. Płatnik składek jest jednostką medyczną działającą na podstawie ustawy o działalności medycznej. Środki na finansowanie szpitala pochodzą między innymi z Narodowego Funduszu Zdrowia i są przydzielane na podstawie umowy na udzielanie świadczeń medycznych.

P. M. jest lekarzem o specjalności z zakresu anestezjologii intensywnej terapii, zatrudnionym na podstawie umowy o pracę w (...) Szpitala (...) w D. od 4 maja 2005r. do nadal, na czas nieokreślony. Wykonuje pracę w ZOZ w Oddziale anestezjologii i intensywnej terapii na stanowiskach: młodszego asystenta, a następnie starszego asystenta. Obecnie pracuje na stanowisku starszego asystenta w oddziale anestezjologii i wykonuje znieczulenia podczas operacji na bloku operacyjnym.

Od roku 2011 płatnik składek zaczął podpisywać z pracownikami umowy o świadczenie usług medycznych w ramach prowadzonych przez nich działalności gospodarczych, co było związane z zapotrzebowaniem szpitala na wykonywanie usług medycznych, w tym w związku z koniecznością zapewnienia transportu medycznego pacjentów do innej placówki. W ramach umowy o pracę pracownicy wykonywali określone obowiązki, a po godzinach pracy wykonywali czynności w ramach kontraktów. Na wykonywanie usług organizowane były konkursy ofert.

Ubezpieczony P. M. działalność gospodarczą - Indywidualną Specjalistyczną Praktykę Lekarską - rozpoczął w 2008r. Zainteresowany złożył oferty w ogłoszonych konkursach na świadczenie medyczne w zakresie transportów kwalifikowanych specjalistyczną karetką „S”. W ramach tej umowy zainteresowany oferował gotowość do transportu w wymiarze 100 godzin miesięcznie (w a w oparciu o kolejną umowę - 150 godzin miesięcznie). Transporty odbywały się w przypadku, gdy Szpital nie był w stanie pomóc pacjentowi z danym schorzeniem i konieczne było przewiezienie go do innej placówki szpitalnej. Karetka oraz zawarty w niej sprzęt medyczny jest własnością szpitala. Ubezpieczony w ramach umowy o pracę zatrudniony był jako lekarz, wykonywał w Szpitalu czynności lekarskie ustalone w grafiku (diagnostyka, terapia, prowadzenie dokumentacji, uczestnictwo w zabiegach operacyjnych) i był podporządkowany ordynatorowi lub kierującemu oddziałem. Z kolei na podstawie podpisanej umowy o świadczenie usług, zainteresowany pracował na rzecz Szpitala, biorąc udział w leczeniu ambulatoryjnym w karetce i podlegał dyrektorowi szpitala. Ubezpieczony brał udział w transportach tylko po godzinach pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę. Usługi świadczone były w karetce, jednakże gotowość była przez cały czas, poza okresem wykonywania pracy. W karetce nie przeprowadzano zabiegów operacyjnych, a jedynie akcje reanimacyjne w razie potrzeby.

W dniu 28 grudnia 2011r. P. M. zawarł z pełniącym obowiązki dyrektora Z. G. umowę na udzielanie świadczeń medycznych, zgodnie

z aktualnym zapotrzebowaniem Szpitala (...) w D. ul. (...), jako usług w zakresie transportów kwalifikowanych karetką specjalistyczną „S”. Umowy zostały zawarte w wyniku wybrania oferty P. M. złożonej w konkursie na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, na podstawie decyzji komisji konkursowej oraz przepisów ustawy o działalności leczniczej. Przedmiotem umowy było udzielanie przez wyżej wymienionych, jako przyjmujących zamówienie, świadczeń medycznych zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem płatnika składek w zakresie transportów kwalifikowanych karetką specjalistyczną „S”. Usługi świadczone były zgodnie

z ustalonym harmonogramem. Na podstawie kontraktu zobowiązał się m.in. do zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń medycznych i konsultacji, prowadzenia stosownej dokumentacji medycznej oraz przestrzegania zaleceń i zasad realizacji usług, wynikających

z zarządzeń wewnętrznych. Przyjmujący zamówienie posiadał samodzielność

w podejmowaniu decyzji w zakresie procesu leczenia i terapii pacjenta z zastrzeżeniem dotyczącym ordynowania leków, jak również ponosił pełną odpowiedzialność za wykonanie usług objętych umową, zarówno wobec płatnika składek, jak i wobec osób trzecich.

Płatnik składek, jako zamawiający, zobowiązał się z kolei m.in. do zapewnienia przyjmującemu zamówienie dostępu do urządzeń medycznych niezbędnych do udzielania świadczeń oraz nieodpłatnego zapewnienia kompetentnego personelu, merytorycznie podporządkowanemu przyjmującemu zamówienie, w zakresie wykonywania czynności będących przedmiotem umowy. Umowa została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2012r.

do dnia 31 grudnia 2013r. Po każdym miesiącu obowiązywania umowy ubezpieczony wystawiał płatnikowi składek rachunek za świadczenie usług medycznych w danym miesiącu. Dnia 30 grudnia 2013r. strony podpisały kolejną umowę tożsamej treści, zawartą na okres

od 1 stycznia 2014r. do 31 grudnia 2016r.

Ubezpieczony, w ramach zawartych w/w umów, podlegał dyrektorowi Szpitala. Obowiązki wynikające z umowy o wykonywanie świadczeń medycznych P. M. zobowiązany był wykonywać osobiście. W trakcie wykonywania umów o udzielanie świadczeń medycznych ubezpieczony nie posługiwał się własnym sprzętem oraz nie mógł wykonywać umowy o udzielanie świadczeń medycznych poza szpitalem. Wynagrodzenie z umowy na udzielenie świadczeń medycznych pochodziło z tych samych środków, co wynagrodzenie ze stosunku pracy.

Sąd Okręgowy podniósł, iż przytoczony stan faktyczny został ustalony na podstawie akt organu rentowego, akt osobowych ubezpieczonych oraz zeznań świadków, wskazując, że wszystkie przeprowadzone w sprawie dowody są rzetelne, wiarygodne i wzajemnie się uzupełniające.

W ocenie tegoż Sądu, spór w przedmiotowej sprawie sprowadzał się do dwóch kwestii:

- czy przychody uzyskiwane przez P. M. z tytułu wykonywania umowy zawartej z płatnikiem składek, będącym jednocześnie jego pracodawcą, a rozliczane

w ramach prowadzonej przez lekarza działalności gospodarczej, stanowią podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, których płatnikiem jest pracodawca (art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych);

- czy organ rentowy słusznie wydał decyzję ustalającą dla odwołującego nową podstawę wymiaru składek na Fundusz Emerytur Pomostowych.

Odnośnie obu wskazanych kwestii spornych Sąd ten wskazał, że P. M. zawarł

z własnym pracodawcą umowy o świadczenie usług medycznych, w których zobowiązał się do udzielania świadczeń medycznych zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem płatnika składek w zakresie transportów kwalifikowanych karetką specjalistyczną „S”. Jednocześnie przedmiot tych umów miał być wykonany na terenie zakładu pracy płatnika składek,

przy użyciu sprzętu należącego do płatnika składek oraz przy pomocy zatrudnianego przezeń personelu. Celem umowy było zapewnienie ciągłości opieki medycznej pacjentów i prawidłowego funkcjonowania oddziału, a bezpośrednią przyczyną jej zawarcia był nowy system czasu pracy.

Dokonawszy oceny umów zawartych pomiędzy płatnikiem składek i ubezpieczonym, Sąd Okręgowy uznał, że miały one na celu fikcyjne rozdzielanie obowiązków ubezpieczonego wynikających z faktu bycia lekarzem w transporcie karetką i z faktu bycia lekarzem na oddziałach anestezjologii. Płatnik składek jako pracodawca był odbiorcą świadczonych przez ubezpieczonych usług medycznych.

Natomiast, oceniając pierwszą z kwestii spornych, Sąd Okręgowy wskazał, że kluczowe znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy miała wykładnia art. 8 ust. 2a ustawy systemowej. Przepis ten bowiem rozszerza pojęcie pracownika dla celów ubezpieczeń społecznych poza sferę stosunku pracy, o którym mowa w art. 22 § 1 k.p.. Rozszerzenie pojęcia pracownika na gruncie art. 8 ust. 2a ustawy systemowej dotyczy m.in. sytuacji wykonywania na rzecz pracodawcy pracy na podstawie jednej z wymienionych przepisów umów przez osobę, która pozostaje z tym pracodawcą w stosunku pracy. Decydującym kryterium jest tutaj to, na czyją rzecz jest wykonywana przez pracownika praca w ramach umowy o świadczenie usług zdrowotnych. Jeżeli praca wykonywana jest na rzecz podmiotu, który jest pracodawcą lekarza i jest on jednocześnie odbiorcą świadczonej przez niego pracy, to świadczący jest pracownikiem w rozumieniu art. 8 ust. 2a ustawy systemowej, bez względu na to, czy stosunek zaistniał pomiędzy stronami umowy posiadał konstytutywne cechy stosunku pracy wynikające z art. 22 § 1 k.p. Umowy cywilnoprawne wymienione w art. 8

ust. 2a ustawy systemowej nie stanowią samodzielnych tytułów obowiązkowego podlegania ubezpieczeniom społecznym pracownika. Tytułem takim jest jednakże stosunek pracy oraz umowa cywilnoprawna zawarta przez pracownika z pracodawcą i wykonywana na jego rzecz. Zdaniem Sądu Okręgowego nawet przy ustaleniu, że ubezpieczony określoną ilość godzin pracował w szpitalu jako lekarz – asystent na oddziale, a kolejne godziny jako lekarz świadczący usługi medyczne, na podstawie umowy zawartej ze szpitalem, to i tak podlega regulacji z art. 8 ust. 2a ustawy systemowej, gdyż świadczył pracę na rzecz szpitala, w ramach zawartej umowy o świadczenie usług, do której odpowiednio stosuje się przepisy o zleceniu.

Wobec powyższego, w przypadku osób, do których ma zastosowanie art. 8 ust. 2a ustawy systemowej, podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi łączny przychód w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych (art. 4 pkt 9 w zw. z art. 18 ust. 1 ustawy systemowej), uzyskany z tytułu zatrudnienia w ramach stosunku pracy i wspomnianych umów cywilnoprawnych (art. 18 ust. 1 i art. 20 ust. 1 ustawy), zaś obowiązek comiesięcznego obliczania, rozliczania i przekazywania składek do ZUS spoczywa na pracodawcy (art. 17 ust. 1 w zw. z art. 4 pkt 2 lit. a ustawy systemowej).

Ponadto Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że odwołujący Szpital podnosił, że umowy zawarte z ubezpieczonymi były umowami, o których mowa w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016r., poz. 1638). Zgodnie z art. 26 ust. 1 i art. 27 ust. 1 i 2 ustawy, podmiot leczniczy, zwany „udzielającym zamówienia”, może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych, zwanego „zamówieniem”, wybranemu w drodze konkursu ofert podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą, lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zwanym „przyjmującym zamówienie”. Ocena charakteru przedmiotowych umów nie ma jednak - według tegoż Sądu - znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy w kontekście treści art. 8 ust. 2a ustawy systemowej. Sąd ten stwierdził bowiem, że zainteresowany świadczył usługi medyczne w ramach umów cywilnoprawnych, a usługi te były funkcjonalnie powiązane z pracą wykonywaną na podstawie stosunku pracy. W danym stanie faktycznym świadczenie przez P. M.

pracy na rzecz płatnika składek, niezależnie od oceny charakteru zawartej przez strony umowy, sprawia, że jest on pracownikiem, w rozumieniu przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Odnosnie drugiej kwestii spornej, Sąd Okręgowy przypomniał, że zasady i tryb opłacania składek na Fundusz Emerytur Pomostowych (FEP) oraz zasady finansowania emerytur pomostowych określone są przepisami ustawy z dnia 19 grudnia 2008r.

o emeryturach pomostowych (t.j. Dz. U. z 2017r., poz. 664). Zgodnie zaś z art. 35 ust. 1 i 2 ustawy, składki na FEP opłaca się za pracownika, który urodził się po dniu 31 grudnia 1948r. i wykonuje prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, o których mowa w art. 3 ust. 1 i 3 ustawy. Obowiązek opłacania składek na FEP za pracownika powstaje

z dniem rozpoczęcia wykonywania przez niego pracy w szczególnych warunkach

lub o szczególnym charakterze, a ustaje z dniem zaprzestania wykonywania tych prac. Wykaz prac o szczególnym charakterze określa załącznik nr 2 do ustawy. Zgodnie z załącznikiem

nr 2, poz. 24 pracami w szczególnym charakterze są prace personelu medycznego

w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru. Składka na FEP jest finansowana w całości przez płatnika składek. Po myśli art. 37 ust. 1 ustawy, składkę na FEP oblicza, rozlicza i opłaca co miesiąc płatnik składek.

Według Sądu Okręgowego, z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika jednoznacznie, że P. M., wykonujący w ramach umowy o pracę czynności lekarza anestezjologa, w ramach umowy o świadczenie usług już takich czynności nie wykonywał.

W karetce bowiem nie przeprowadzano zabiegów operacyjnych, wymagana była jedynie obecność lekarza, a nie konkretnie anestezjologa. Wobec powyższego, czynności, które świadczył w karetce ubezpieczony nie stanowią prac o szczególnym charakterze,

w rozumieniu ustawy o emeryturach pomostowych, a w szczególności wymienionych w załączniku nr 2 poz. 24.

Dlatego też Sąd Okręgowy w punkcie 1 wyroku zmienił zaskarżoną decyzję

(nr ... (...)) i stwierdził brak obowiązku ustalenia podstawy wymiaru składki na Fundusz Emerytur Pomostowych dla płatnika składek za okres od stycznia 2013r. do grudnia 2014r.

z tytułu umowy na udzielenie świadczeń medycznych zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem (...) Szpitala imieniem S. S. w D. z dnia 28 grudnia 2011r. zawartej z P. M..

Jednocześnie jednak Sąd Okręgowy uznał, że P. M. - jako podmiot realizujący na rzecz płatnika składek czynności wynikające z umowy o świadczenie usług zdrowotnych - był pracownikiem, w rozumieniu art. 8 ust. 2a ustawy systemowej, ponieważ będąc zatrudnionym przez płatnika składek, świadczył jednocześnie w tym samym miejscu usługi medyczne na jego rzecz. W takim przypadku P. M. powinien podlegać wyłącznie obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym na zasadach przewidzianych dla pracowników, wobec czego płatnik składek zobowiązany jest opłacić składki obliczone w oparciu

o podstawę wymiaru składek uwzględniającą oba źródła dochodów ubezpieczonych, po myśli art. 8 ust. 2a w zw. z art. 18 ust. 1a i art. 4 pkt 2 lit. a ustawy systemowej.

W konsekwencji Sąd ten stwierdził, że zaskarżona decyzja (nr ... (...)) była prawidłowa i w 2 punkcie wyroku oddalił odwołanie, na mocy art. art. 477¹⁴ § 1 k.p.c.

W punkcie 3 wyroku Sąd Okręgowy orzekł o kosztach zastępstwa procesowego

od organu rentowego na rzecz odwołującego, stosownie do treści art. 98 § 1 i art. 108 § 1

zd. 1 k.p.c. Przedmiotowa sprawa był sprawą o charakterze majątkowym, wobec czego wysokość wynagrodzenia pełnomocnika odwołującego powinna być ustalona według wartości przedmiotu sporu. Wartość przedmiotu sporu w sprawie dotyczącej odwołania

od decyzji nr (...) wynosiła 1.204 zł, zgodnie z § 2 pkt 2 rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015r., poz. 1804 ze zm.) minimalna stawka pełnomocnika będącego radcą prawnym wynosi zatem odpowiednio: 270 zł.

Z kolei w punkcie 4 wyroku Sąd ten orzekł o kosztach zastępstwa procesowego od odwołującego na rzecz organu rentowego, zgodnie z art. 98 § 1 i art. 108 § 1 zd. 1 k.p.c. w zw. z § 2 pkt 5 wymienionego rozporządzenia, w związku z oddaleniem odwołania od decyzji o nr (...) (...).

Apelacje od przedstawionego rozstrzygnięcia wywiodły obie strony.

Organ rentowy w swej apelacji skierowanej przeciwko orzeczeniu zawartemu w punkcie 1 wyroku, zarzucając Sądowi pierwszej instancji naruszenie art. 35 ust. 1 ustawy o emeryturach pomostowych przez jego niezastosowanie (uznanie, że nie ma podstaw do jego zastosowania), wniósł o zmianę wyroku w zaskarżonej części i oddalenie odwołania oraz o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Zdaniem apelującego organu rentowego, wprowadzie prace, które świadczył zainteresowany w karetce nie zostały wymienione w załączniku nr 2 poz. 24 do ustawy o emeryturach pomostowych, ale stanowią one prace o szczególnym charakterze w rozumieniu ustawy o emeryturach pomostowych, bowiem zostały wymienione w załączniku nr 2 poz. 18 jako prace członków zespołów ratownictwa medycznego. Także pracą o szczególnym charakterze jest praca lekarza w zespole ratownictwa medycznego. Dokonywanie medycznych czynności ratunkowych w warunkach pozaszpitalnych, w miejscu zdarzenia, wymaga odpowiednich do sytuacji zachowań, w celu zapewnienia bezpieczeństwa ratowanych osób, innych członków zespołu ratownictwa medycznego oraz innych osób przebywających w strefie zdarzenia/zagrożenia. Zakres, sposób i miejsce dokonywania medycznych czynności ratunkowych w warunkach pozaszpitalnych wiąże się więc z bezpośrednią odpowiedzialnością za bezpieczeństwo publiczne.

Natomiast (...) Szpital (...)

im. S. S. w D. w apelacji skierowanej przeciwko rozstrzygnięciu zawartemu w punktach 2 i 4 zaskarżonego wyroku, zarzuciło Sądowi pierwszej instancji:

- naruszenie prawa materialnego przez jego niewłaściwe zastosowanie, tj. art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w zakresie w jakim uznano, iż osoba która w ramach działalności gospodarczej udziela świadczeń medycznych na rzecz podmiotu leczniczego może zostać uznana za pracownika w rozumieniu tego przepisu;

- błąd w ustaleniach faktycznych stanowiących podstawę wydania zaskarżonego orzeczenia, co do charakteru i sposobu wykonywania umowy kontraktowej, mający istotne znaczenia dla wydania orzeczenia w sprawie, w zakresie sposobu podporządkowania oraz miejsca świadczenia usług na podstawie umowy kontraktowej.

W oparciu o zaprezentowane zarzuty, apelujący wniósł o zmianę wyroku poprzez przyjęcie za prawidłowe podstaw wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe i zdrowotne P. M. za wskazane w decyzji miesiące zgodnie z deklarowanym przez płatnika składek, tj. odwołującego oraz przyjęcie za prawidłowe podstaw wymiaru składek za ten okres oraz zasądzenie od organu rentowego na rzecz skarżącego kosztów procesu za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Zdaniem apelującego Szpitala, w wyniku przeprowadzonego i ogłoszonego konkursu ofert ubezpieczony jako lekarz złożył ofertę na udzielanie świadczeń medycznych w zakresie transportów sanitarnych typu „S” i oferta ta została wybrana przez komisję konkursową,

w wyniku czego została zawarta umowa o udzielanie świadczeń medycznych. Przychód z obu tytułów był objęty odrębnymi tytułami ubezpieczenia i w obu przypadkach różni byli płatnicy składek, w stosunku pracy - pracodawca,

z tytułu działalności gospodarczej - sam ubezpieczony. Z tytułu działalności gospodarczej odprowadzana była też odrębna składka zdrowotna. W ocenie skarżącego, nie jest absolutnie prawdą, że umowa kontraktowa miała charakter fikcyjny, takiego charakteru nie można też przypisać umowie o pracę. Ubezpieczony świadczył tego samego rodzaju usługi także dla innych podmiotów. Apelujący Szpital, powołując się na stanowisko przedstawione przez Ministerstwo Zdrowia podniósł,

że z punktu widzenia przepisów o działalności leczniczej, nie ma znaczenia prawnej okoliczność pozostawiania przez osobę, z którą taka umowa jest zawierana jednocześnie

w stosunku pracy z podmiotem leczniczym udzielającym zamówienia. Podniósł także,

iż z wyjaśnień przedstawionych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wynika, że w przypadku lekarzy wykonujących praktykę na rzecz kilku szpitali na podstawie umów z podmiotami leczniczymi lub pacjentów indywidualnych zachodzi zbieg tytułu

do ubezpieczeń społecznych, co oznacza, że oskładkowana jest tylko umowa o pracę. Natomiast w przypadku lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę i oprócz tego pełniących dyżury na podstawie umowy wyłącznie ze swoim pracodawcą - oskładkowane są obie umowy. Ponadto, skarżący zauważył, iż umowa kontraktowa nie jest wymieniona w przepisie art. 8 ust. 2a ustawy systemowej. Ponadto, skarżący podjął polemikę

ze stanowiskiem Sądu Najwyższego, który ustalił, iż zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016r., poz. 1793 ze zm.) 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. Powyższą regulację w odniesieniu do umów o udzielanie świadczeń kontraktowych zawieranych przez podmioty lecznicze winno się bowiem stosować odpowiednio uwzględniając ratio legis tego unormowania. Niewątpliwie w sytuacji art. 132 ust. 3 przy umowie zawieranej przez NFZ chodzi o uniknięcie sytuacji konkurencji pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą, którzy mieliby udzielać oboje świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie dwóch odrębnych umów. Zupełnie inaczej sytuacja przekłada się na relację świadczeniodawca i ratownik kontraktowy. Ratownik - nawet jeżeli jest pracownikiem świadczeniodawcy - realizuje te same świadczenia w ramach kontraktu, które realizuje świadczeniodawca. Zarówno jako pracownik, jak i wykonawca umowy kontraktowej, nie posiada odrębnej umowy z NFZ. Analizując termin podwykonawstwa, którym posługuje się Sąd Najwyższy w swoich ustaleniach odnosząc się do treści art. 132 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, należy wskazać, iż definicję terminu podwykonawca określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów i udzielanie świadczeń zdrowotnych. W § 1 pkt 8 rozporządzenia, przez podwykonawcę rozumie się podmiot, który wykonuje część umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartą

z NFZ w danym rodzaju, na określony zakres lub zakresy świadczeń, przy czym podwykonawca samodzielnie organizuje powierzony zakres czynności. Samodzielne organizowanie powierzonego zakresu czynności przez podwykonawcę oznacza, że będzie

on wykonywał umowę, nie podlegając kierownictwu świadczeniodawcy, będzie samodzielnie podejmował decyzje dotyczące przyjęcia pacjentów, organizacji udzielania świadczeń,

w jego gestii będą zatrudnianie personelu medycznego oraz nadzorowanie jego pracy. Podwykonawca będzie też prowadził własną dokumentację medyczną. Nie można

uznać w ramach treści zawartych umów kontraktowych podlegających kontroli, iż ratownik wykonujący te umowy samodzielnie organizował powierzony zakres im czynności.

Zgodnie z umowami, prowadził dokumentację medyczną świadczeniodawcy, a nie odrębną, podlegał w wykonywaniu świadczeń nadzorowi płatnika i zobowiązany był przestrzegać procedur i instrukcji obowiązujących u płatnika.

Dysponował elementami

samodzielności w niektórych obszarach ale w zakresie wyznaczonym przez płatnika,

stąd element niezbędny do uznania ich za podwykonawców w rozumieniu ustawy

o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych nie został spełniony. Również

w systemie zasobów NFZ, w którym ujawniane są dane każdego świadczeniodawcy odnośnie potencjałów, w tym personelu lekarze kontraktowi są wpisywani jako zasoby świadczeniodawcy, nie zaś jako podwykonawcy, co potwierdza, iż w/w interpretacja jest nieprawidłowa.

Jednocześnie skarżący Szpital podniósł, że nie jest w stanie zweryfikować podstaw zsumowanych przez ZUS w decyzji z uwagi na brak dostępu do potrzebnych do tego danych, dotyczących chociażby kwestii osiągnięcia przez ubezpieczonego maksymalnej podstawy wymiaru i z uwagi na powyższe kwestionuje ustalenia zawarte w decyzji. Zdaniem apelującego, Sąd Okręgowy w ogóle tej kwestii nie rozstrzygnął, przyjmując bez przeprowadzenia postępowania dane określone przez ZUS za prawidłowe.

W końcu, odnosząc się do orzeczenia o kosztach postępowania, skarżący wniósł o uwzględnienie w orzeczeniu kończącym postępowanie okoliczności wskazanych w art. 102 k.p.c. oraz rozważenie możliwości nieobciążania odwołującego kosztami postępowania, w tym kosztami zastępstwa procesowego. Odwołujący jest placówką medyczną - szpitalem, która wykonuje swe usługi w ramach

zawartego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, udzielając dla ludności świadczeń zdrowotnych. Środki finansowe, jakie otrzymuje za wykonywanie tych świadczeń, pochodzą w całości z kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia i nie pokrywają faktycznych kosztów udzielania tych świadczeń, gdyż Szpital, zgodnie z art. 15 ustawy o działalności leczniczej, jest zobligowany do udzielenia świadczeń zdrowotnych osobom, których życie lub zdrowie jest zagrożone. W związku z utworzeniem i utrzymaniem ośrodka radioterapii oraz udzielaniem świadczeń, do których był zobowiązany umowami z Ministerstwem Zdrowia, poniósł koszty w łącznej wysokości ponad 7 mln zł w latach 2015-2016, co łącznie

z kosztami budowy ośrodka spowodowało jego gwałtowną zapaść finansową i utratę płynności finansowej oraz brak środków na podstawową działalność. Zgodnie z danymi

na koniec 2016r., przychody Szpitala ze sprzedaży wynoszą narastająco 54.596.775,32 zł (jest to przychód z kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia), tj. o ponad 3.000.000 zł mniej, niż w roku poprzednim, a koszty działalności operacyjnej 85.271.554,85 zł,

co powoduje stratę na sprzedaży (działalności) w wysokości 30.674.779,53 zł za rok 2016. Rok 2016 powód zamknął starą finansową w wysokości 28.103.019,31 zł. Odwołujący nie ma możliwości zaciągnięcia kredytu, czy uzyskania pożyczki finansowej, gdyż nie posiada zabezpieczenia finansowego. Odwołujący nie jest także w stanie na bieżąco regulować zobowiązań, większość należności przeterminowana jest w okresach 6-12 miesięcy.

W tak trudnej sytuacji dodatkowe jakiegokolwiek koszty związane z postępowaniem spowodują zagrożenie działalności statutowej jednostki.

W odpowiedziach na apelacje strony wniosły o oddalenie apelacji przeciwników procesowych oraz o zwrot kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:

Przyjmując ustalenia poczynione przez Sąd pierwszej instancji, jako własne, uznał, że apelację Szpitala - jako bezzasadną - należało oddalić, zaś apelacja organu rentowego zasługiwała na uwzględnienie.

I. Wywód apelacyjny należy rozpocząć od oceny - dalej idącego - środka zaskarżenia złożonego przez odwołujący się Szpital.

W tym bowiem kontekście spór w rozstrzyganej sprawie dotyczył oceny, czy w okresie objętym decyzją z dnia 12 kwietnia 2017r. ((nr ... (...)) skarżący płatnik składek ustalił dla ubezpieczonego P. M. 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 zawartych przez tego ubezpieczonego z (...) Szpitalem (...) w D., nazwanych umowami o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne, wykonywanych na rzecz odwołującego się płatnika, z którym pozostawał w stosunku pracy, a w konsekwencji, czy skarżący płatnik składek jest zobowiązany do uiszczenia składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

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 określonego 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.

Niespornym jest, że ubezpieczony w okresie wymienionym w zaskarżonej decyzji był zatrudniony w (...) Szpitalu (...)

im. S. S. w D. na podstawie umowy o pracę. W spornym okresie pracodawca zawierał z ubezpieczonym umowy o udzielenie świadczeń usług zdrowotnych, których przedmiotem było (według odwołania) udzielanie świadczeń medycznych w zakresie leczenia ambulatoryjnego – pomocy doraźnej, jako lekarza karetki specjalistycznej „S”. Usługi były wykonywane w zespole ratownictwa medycznego, pomieszczeniach należących do płatnika składek oraz z wykorzystaniem sprzętu 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, odwołującemu się Szpitalowi. Zatem, słuszną jest ocena Sądu Okręgowego, że umowy te należało zakwalifikować, jako inne umowy o świadczenie usług, do których zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia.

W opozycji do stanowiska skarżącego, trafnie uznał Sąd pierwszej instancji, iż brak jest podstaw do zakwalifikowania przedmiotowych dodatkowych umów, jako umów nazwanych, o których mowa w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. 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.

Faktem jest, iż 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 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 2004r. 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 k.c. przepisów o zleceniu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 2004r., sygn. akt III CK 134/04). Jednakże zakresem podmiotowo-przedmiotowym takich umów nie może być pełnienie dyżurów medycznych (nawet w charakterze lekarza systemu - członka zespołu ratownictwa medycznego) 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 2004r. 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. 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.

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 2015r., sygn. akt I UZ 3/15 i z dnia 22 lipca 2015r., sygn. akt I UZ 6/15; wyroku

z dnia 13 lutego 2014r., sygn. akt I UK 323/13; z dnia 27 kwietnia 2017r., I UK 182/16;
z dnia 21 września 2017r., I UK 383/16 i I UK 370/16).

Z mocy art. 133 zdanie 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 - miał obowiązek obliczenia i uiszczenia należnej składki także od przychodów ze spornych niedozwolonych umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zawarł, wbrew prawu,

z zatrudnionym w ramach stosunku pracy lekarzem, pełniącym 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.

Zatem, zasadnym jest stanowisko Sądu Okręgowego, że to odwołujący się płatnik składek winien obliczyć i odprowadzić składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne

od przychodów uzyskiwanych przez ubezpieczonych z tytułu wykonywania

spornych umów (por. wyrok Sądu apelacyjnego w Katowicach z dnia 26 kwietnia 2018r.,

III AUa 2368/17).

Odnosząc się do pozostałych zarzutów apelacji płatnika składek, wskazać należy,

iż w tym kontekście, na uwagę zasługuje 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) słusznie 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 ubezpieczonego - 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 apelację płatnika składek za bezzasadną, na mocy art. 385 k.p.c., w punkcie 3 wyroku orzekł o jej oddaleniu.

Mając na uwadze powszechnie znaną trudną sytuację publicznej służby zdrowia, okoliczność, że w 2016r. dług skarżącego Szpitala przekroczył 26.000.000 zł, uwzględniając rodzaj świadczonych przez niego usług, okoliczność, że w związku ze wcześniejszym orzecznictwem, Szpital miał podstawy by pozostawać w dobrej wierze, a także kierując się nakładem pracy pełnomocnika organu rentowego (jedno pismo procesowe w postępowaniu apelacyjnym), Sąd odwoławczy nałożył na płatnika składek - w punkcie 4 wyroku - obowiązek zwrotu organowi rentowemu jedynie części kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym z apelacji Szpitala, w kwocie 500 zł, odstępując od obciążania tymi kosztami w pozostałym zakresie, po myśli art. 102 k.p.c. w związku z § 2 pkt 5 i § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015r., poz. 1804).

II. Odnosząc się natomiast do apelacji organu rentowego wskazać należy, iż zgodnie z normą art. 35 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 19 grudnia 2008r. o emeryturach pomostowych, składki na Fundusz Emerytur Pomostowych (FEP) opłaca się za pracownika wykonującego prace w szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze, określonych w załącznikach do ustawy. Rację ma przy tym skarżący organ rentowy, podnosząc, że wykonywana przez ubezpieczonego w spornym okresie praca kwalifikuje się do - ujętej w treści poz. 18 załącznika nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych - pracy członków zespołów ratownictwa medycznego. Sam odwołujący się Szpital (o czym była mowa wyżej) stwierdził, że przedmiotem spornych umów było udzielanie świadczeń medycznych w zakresie lecznictwa ambulatoryjnego w formie pomocy doraźnej, jako lekarza karetki specjalistycznej „S”. W odpowiedzi na apelację wskazał zaś, że sporem objęto umowy w zakresie usług ratownictwa medycznego w szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Nie może zatem ulegać wątpliwości, iż w spornym okresie ubezpieczony dodatkowo był lekarzem systemu, w rozumieniu art. 57 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. nr 191, poz. 1410 ze zm.), pracując w zespole ratownictwa medycznego (art. 3 pkt 9 ustawy o PRM) wchodzącego w skład podmiotu leczniczego będącego samodzielnym publicznym ZOZ (art. 32 ust. 1 cyt. ustawy o PRM).

Mając na uwadze przedstawione okoliczności, Sąd Apelacyjny orzekł reformatoryjnie, jak w punkcie 1 wyroku, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c.

O kosztach procesu z apelacji organu rentowego Sąd drugiej instancji rozstrzygnął na podstawie art. 98 k.p.c. w związku z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015r., poz. 1804).

/-/SSA T.Szweda /-/SSA M.Procek /-/SSA M.Małek-Bujak

Sędzia Przewodniczący Sędzia

JR