

Sygn. akt III AUa 500/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 maja 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący	SSA Lena Jachimowska (spr.)
Sędziowie	SSA Antonina Grymel SSA Gabriela Pietrzyk - Cyrbus
Protokolant	Dawid Krasowski

po rozpoznaniu w dniu 25 kwietnia 2017 r. w Katowicach

sprawy z odwołania A. K., D. K. (A. K., D. K.), Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej Sp. z o. o. w Ż. (Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej Sp. z o. o. w Ż.)

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R.

o wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne

na skutek apelacji ubezpieczonej A. K. i Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż.

od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w Gliwicach Ośrodka Zamiejscowego w Rybniku

z dnia 16 grudnia 2015 r. sygn. akt IX U 709/15

1. **oddala obie apelacje,**

2. **odstępuje od obciążania Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w Ż. kosztami zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.**

/-/SSA A. Grymel /-/SSA L. Jachimowska /-/SSA G. Pietrzyk – Cyrbus

Sędzia Przewodniczący Sędzia

Sygn. akt III AUa 500/16

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 9 czerwca 2015r. nr (...) - (...),

wydaną w stosunku do Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż., Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. dokonał przypisu składek za okres od 11/2011 do 12/2013 w wysokości:

- FUS na kwotę 965.685,04 zł,
- FUZ na kwotę 369.230,86 zł,
- FP na kwotę 93.726,93 zł,
- FGŚP na kwotę 3.825,61 zł
- FEP na kwotę 44.790,87 zł

oraz stwierdził, że kwota odpisu składek za okres od 01/2011r. do 12/2013r. wynosi na FUS – 50.760,94 zł.

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

Odwołanie od tej decyzji wniósł płatnik składek Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż. wnosząc o jej zmianę poprzez stwierdzenie, że w okresie od 1/2011r. do 12/2013r. nie występuje zobowiązanie odwołującej z tytułu przypisu składek w wysokościach jak w zaskarżonej decyzji. Zdaniem odwołującego uznanie w zaskarżonej decyzji, że umowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych zawarte pomiędzy płatnikiem składek z zainteresowanymi są umowami nienazwanymi jest bezspornym błędem organu rentowego. Umowa ta bowiem jest umową nazwaną o udzielenie zamówienia na świadczenie medyczne, do której nie stosuje się z mocy art. 750 k.c. przepisów o zleceniu. Nie można zatem do osób realizujących usługi na rzecz odwołującego w oparciu o te umowy zastosować przepisów art. 8 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i w konsekwencji traktować tychże przyjmujących zamówienie za pracowników również z tego tytułu.

Decyzją z dnia 9 czerwca 2015r. nr (...) organ rentowy określił podstawy wymiaru składek odwołującej A. K. jako pracownika Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż. w okresie od stycznia 2011r. do września 2013r. w wysokościach wskazanych w tej decyzji.

A. K. złożyła odwołanie od decyzji zarzucając naruszenie art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez jego błędną wykładnię sprowadzającą się do uznania, że umową o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia w rozumieniu powołanego przepisu jest każdy stosunek cywilnoprawny niezależnie od tego, czy posiada

on szczegółową regulację w innych aktach prawnych. W związku z powyższym wniosła o zmianę zaskarżonej decyzji i ustalenie, że w okresie od 1/2011r. do 9/2013r. nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu z tytułu umów cywilnoprawnych, zwartych z Miejskim Zakładem Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż.

Decyzją z dnia 9 czerwca 2015r. nr (...) organ rentowy określił podstawy wymiaru składek odwołującej się D. K. jako pracownika Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż. w okresie od czerwca 2013r. do grudnia 2013r. w wysokościach wskazanych w tej decyzji.

D. K. złożyła odwołanie od decyzji, wnosząc o jej zmianę i ustalenie, że w okresie od 6/2013r. do 12/2013r. nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, chorobowemu i wypadkowemu z tytułu umów cywilnoprawnych, zawartych z Miejskim Zakładem Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż.

Organ rentowy w odpowiedziach na odwołania wniósł o ich oddalenie, podtrzymując stanowisko zajęte w zaskarżonych decyzjach.

Sąd Okręgowy połączył sprawy z tychże odwołań do łącznego rozpoznania.

Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Gliwicach Ośrodek Zamiejscowy w Rybniku wyrokiem z dnia 16 grudnia 2015r., sygn. akt IX U 709/15, oddalił odwołania oraz odstąpił od obciążania odwołujących Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż. zwrotem kosztów postępowania na rzecz organu rentowego.

W oparciu o zgromadzony materiał dowodowy, w tym dokumentację akt ubezpieczeniowych płatnika składek Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ż.

oraz zeznania ubezpieczonych A. K. i D. K., Sąd Okręgowy

ustalił, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. przeprowadził w dniu

12 lutego 2015r. kontrolę u płatnika składek Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej

Sp. z o.o. w Ż., w wyniku której stwierdził nieprawidłowości w zakresie obliczania składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe oraz zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz

Emerytur Pomostowych za okres od 01/2011 do 12/2013, dotyczące nienaliczenia składek od przychodów z tytułu umów cywilnoprawnych osiągniętych przez pracowników płatnika, wykonywanych obok pracy świadczonej w ramach stosunku pracy.

W związku z powyższym w dniu 9 czerwca 2015r. wydał zaskarżone decyzje opisane na wstępie.

Zgodnie z ustaleniami Sądu, Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż. w okresie od 01/2011 do 12/2013 zawierały z własnymi pracownikami, prowadzącymi jednocześnie pozarolniczą działalność gospodarczą w zakresie specjalistycznej praktyki lekarskiej, umowy określane jako umowy na dyżury lekarskie (do 2011r.) oraz umowy na usługi medyczne (od 2011r.). Przedmiotem zawartych umów było świadczenie usług medycznych w formie pełnienia dyżurów lekarskich. Wszelkie prace w ramach tych dyżurów wykonywane były w pomieszczeniach i na urządzeniach, będących własnością płatnika składek, z których osoby te korzystały bezpłatnie. Dyżury odbywały się w szpitalu,

w dyżurce, średnio 1-2 razy w ciągu tygodnia, bezpośrednio po zakończeniu pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę, w godzinach od 15:00 do 07:25. W przypadku, gdy dyżury te przypadały w weekendy lub święta odbywały się w godzinach od 07:25 do 07:25 (24 godziny). Wykonanie danej usługi, wynikającej z zawartej umowy, potwierdzał ordynator lub kierownik danej komórki na koniec miesiąca. Zainteresowani przedkładali rachunki lub faktury za wykonane usługi, na podstawie których następowała wypłata należności. Usługi medyczne w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych odpowiadały zasadniczo pracy wykonywanej na podstawie stosunku pracy. Osoby, z którymi podpisywano umowy nie były wyłaniane w drodze konkursu. Warunkiem podpisania takiej umowy było prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie specjalistycznej praktyki lekarskiej

– gabinetów lekarskich. Zatrudnionym na podstawie umowy o pracę lekarzom, którzy wyrazili zgodę na pełnienie dyżurów, przedkładano powyższe umowy do podpisania. Osoby prowadzące wskazywaną działalność gospodarczą nie miały podpisanych umów z NFZ.

D. K. w spornym okresie była pracownikiem MZOZ w Ż. na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii na bloku operacyjnym, zatrudnionym w pełnym wymiarze czasu pracy, w godzinach od 07:25 do 15:00. Przedmiotem umowy zawartej przez odwołującą się z MZOZ było pełnienie dyżurów anestezjologicznych i konsultowanie pacjentów spoza szpitala. Oprócz tego prowadziła własną działalność gospodarczą.

A. K. w spornym okresie była pracownikiem MZOZ w Ż.

jako specjalista pediatra na oddziale noworodków i wcześniaków, zatrudnionym w połowie wymiaru czasu pracy, w godzinach od 07:25 do 11:12. Przedmiotem umowy zawartej przez odwołującą się z MZOZ było pełnienie dyżurów na oddziale noworodków i wcześniaków.

Oprócz tego prowadziła własną działalność gospodarczą, posiadała własny gabinet lekarski.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał, że odwołania nie zasługują na uwzględnienie.

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

W ocenie Sądu, nie ulegało wątpliwości, że umowa, na podstawie której lekarz wykonuje zawód polegający na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, nie może być utożsamiana z umową o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w rozumieniu przepisów art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej (...) (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), ani z zawieraną w jej ramach umową o zamówienia na świadczenia zdrowotne, o której mowa w przepisie art. 133 tej ustawy w związku z art. 35 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (wyrok Sądu Najwyższego z 13 lutego 2014r., sygn. I UK 323/13).

Sąd powołał i podzielił stanowisko zawarte w postanowieniach Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 2015r., I UK 355/14, I UK 394/14, zgodnie z którymi status pracownika na gruncie prawa ubezpieczeń społecznych wyznacza nie tylko sama podstawa nawiązania więzi prawnej pomiędzy pracownikiem, a pracodawcą, ale także fakt nawiązania świadczenia pracy i rzeczywistego wykonywania obowiązków pracowniczych. Przesłanką decydującą o uznaniu osoby za pracownika w rozumieniu ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych, jest to, że będąc pracownikiem związanym stosunkiem pracy z danym pracodawcą, jednocześnie świadczy na jego rzecz pracę w ramach umowy cywilnoprawnej, zawartej z nim lub z inną osobą.

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

Dalej Sąd wskazał, że ukształtowaną w orzecznictwie regułą jest, że umowa cywilnoprawna, zawarta z własnym pracownikiem, podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym, tak jak umowa o pracę, tak samo, jeżeli w ramach

tych umów wykonywane są inne prace na rzecz pracodawcy, jeżeli osoba wykonująca te prace pozostaje z nim w stosunku pracy.

Sąd pierwszej instancji stanął na stanowisku, iż w toku postępowania nie zostały wskazane takie okoliczności, które pozwalałyby na odstępnie od tej reguły.

Zawarte przez Zakłady Opieki Zdrowotnej w Ż. z własnymi pracownikami, prowadzącymi równocześnie pozarolniczą działalność gospodarczą w zakresie specjalistycznej praktyki lekarskiej, umowy na świadczenie usług medycznych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, są zatem, w ocenie Sądu, umowami cywilnoprawnymi, do których, z mocy art. 750 k.c., stosuje się przepisy o zleceniu.

Zajmując takie stanowisko, Sąd z mocy art. 477¹⁴ § 1 k.p.c., oddalił odwołania, nie znajdując podstaw do ich uwzględnienia. O kosztach orzeczono po myśli art. 102 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wywiódła odwołująca spółka Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej w Ż. oraz ubezpieczona A. K..

Odwołująca spółka Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej w Ż. zaskarżając wyrok w całości, zarzuciła:

1. naruszenie przepisów prawa procesowego, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, a to:

a) przepisu art. 328 § 2 k.p.c., poprzez niedostateczne wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku i ograniczenie się do opisu rozumienia przepisu art. 8 ust. 2a ustawy

z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych, z pominięciem regulacji przepisów ustawowych, znajdujących zastosowanie do przedłożonej w postępowaniu umowy, z której to umowy przychód osiągnięty przez zainteresowanego uwzględniony został pierwotnie w ramach decyzji w przedmiocie przypisu składek,

a tym samym, ustalenia obowiązku podlegania ubezpieczeniom społecznym

przez zainteresowanego z umowy nazwanej, w szczególności, poprzez pominięcie

w uzasadnieniu wyjaśnienia w sposób należyty podstawy prawnej i faktycznej rozstrzygnięcia, w zakresie uznania zawartych przez Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej oraz A. K. i D. K. umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, w zakresie prowadzonych przez nie praktyk lekarskich,

za umowy, do których zgodnie z art. 750 k.c., stosuje się przepisy o zleceniu; pominięcie uwag wskazywanych w zdaniu poprzedzającym, zdaniem odwołującego się, uniemożliwia kontrolę instancyjną wyroku;

b) przepisów art. 316 § 1 k.p.c., polegające na nierozpoznanie istoty sprawy i wydaniu orzeczenia, bez uprzedniego dokonania analizy przepisów szczególnych regulujących umowę zawartą przez odwołującego się z zainteresowanymi, która to umowa, z uwagi na podmioty ale i przedmiot umowy, jest umową nazwaną, określoną przepisami szczególnymi, nadto z pominięciem analizy dopuszczalności zawierania takich umów

w ogóle;

c) art. 233 § 1 k.p.c., które miało wpływ na wynik postępowania, polegające na sprzeczności ustaleń Sądu ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym, wynikającej z nieuwzględnienia i pominięcia okoliczności bezspornych pomiędzy odwołującymi się i de facto organem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a znajdujących odzwierciedlenie w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, że: umowy zawarte przez Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej oraz A. K. i D. K., w ramach prowadzonych przez nich praktyk lekarskich, miały odrębny od umowy o pracę zakres i sposób ich wykonywania się różnił,

forma i tryb ich zawarcia wynikał z przeprowadzonego konkursu, zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o działalności leczniczej, treść umowy została ukształtowana zgodnie z wymaganiami obowiązujących w tym zakresie przepisów,

w ramach specjalistycznych praktyk lekarze ponosili dodatkowe koszty związane z ubezpieczeniem, odzieżą itp., a odpowiedzialność z umów była odpowiedzialnością solidarną, zgodnie z wymogami ustawy, a jednak doprowadziło to

do uznania, że umowy te nie są umowami nazwanymi określonymi w ustawie o działalności leczniczej, a umowami, do których, zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego, stosuje się przepisy o zleceniu;

co w konsekwencji doprowadziło do:

2. naruszenia przepisów prawa materialnego, a to:

a) przepisu art. 750 k.c. w związku z art. 65 § 2 k.c. oraz w związku z art. 35 ust. 1 i 35a ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2007r. nr 14, poz. 89 z późn. zm.) oraz § 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. z 1998r. nr 93, poz. 592 z późn. zm.) poprzez

jego błędną wykładnię i uznanie, że umowa zawarta przez odwołującego się z zainteresowanymi w okresie od 01/2011, jest umową o świadczenie usług, do której zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego, podczas, gdy umowa ta jest odrębną umową nazwaną - „umową o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne”, uregulowaną odrębnymi przepisami;

b) przepisu art. 8 ust. 2a ustawy o ubezpieczeniach, poprzez jego błędne zastosowanie i uznanie, że zawarte pomiędzy odwołującym się Miejskimi Zakładami Opieki Zdrowotnej oraz A. K. i D. K. umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, stanowią umowy, do których, zgodnie z przepisem art. 750 Kodeksu cywilnego, stosuje się przepisy o zleceniu i w konsekwencji znajdują się one w katalogu wskazanym w przepisie art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i w konsekwencji dokonanie wykładni rozszerzającej przepis na umowę nazwaną określoną:

- w okresie jej zawarcia, przepisu art. 35 ust. 1 pkt 3, art. 35 ust. 2, 3 i 4 oraz w art. 35a ust. 1-5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007r. nr 14, poz. 89 z późn. zm.) - zwana dalej również ustawą o zakładach opieki zdrowotnej - oraz § 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. z 1998r. nr 93, poz. 592 z późn. zm.), poprzez ich błędną wykładnię i uznanie, że regulacja ustawowa oraz rozporządzenia, stanowiących przepisy bezwzględnie obowiązujące w dacie zawierania pierwszej umowy, jest niewystarczająca do uznania „umowy o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne” za uregulowaną „odrębnymi przepisami”, w rozumieniu art. 750 k.c.;

- przepisu art. 26 ust. 1 i 2 oraz art. 27 ust. 1-8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654 tekst jednolity: Dz. U. z 2015r., poz. 618) - zwana dalej również „ustawą o działalności leczniczej” - poprzez ich błędną wykładnię i uznanie, że regulacja ustawowa jest niewystarczająca do uznania „umowy o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne”, za uregulowaną „odrębnymi przepisami”, w rozumieniu art. 750 k.c.;

c) przepisu art. 132 ust. 3 w związku z art. 133 zd. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r. (Dz. U. nr 210, poz. 2135) tekst jednolity Dz. U. z dnia 8 kwietnia 2015r., poz. 581 - zwana dalej „ustawą o świadczeniach”, poprzez jego błędną wykładnię i uznanie, że przepis znajduje zastosowanie w niniejszej sprawie do oceny umów zawartych pomiędzy odwołującym się, a zainteresowanymi, podczas, gdy dotyczy on rodzajowo odmiennej umowy nazwanej.

Wskazując na powyższe zarzuty, odwołująca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i orzeczenie co do istoty sprawy, poprzez uznanie, że zainteresowani od listopada 2011r. do grudnia 2013r. nie podlegali ubezpieczeniom z tytułu zawartych z odwołującym umów, a w konsekwencji, nie występuje zobowiązanie z tytułu przypisu składek w wysokościach określonych w indywidualnych decyzjach, wydanych dla ubezpieczonych oraz w decyzji z dnia 9 czerwca 2015r., nr (...) - (...) oraz o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym według norm przepisanych. Ewentualnie skarżące Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej wniosły

o uchylenie zaskarżonego orzeczenia w całości i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie co do kosztów postępowania apelacyjnego.

Ubezpieczona A. K. zaskarżając wyrok w części objętej punktem 1 zarzuciła:

1) naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez jego błędną wykładnię sprowadzającą się do uznania, że umową o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia w rozumieniu powołanego przepisu jest każdy stosunek cywilnoprawny niezależnie od tego, czy posiada on szczegółową regulację w innych aktach prawnych;

1) naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię art. 132 ust. 3 w zw. z art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez przyjęcie, iż normy te przewidują w przypadku zawarcia umowy pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą będącym pracownikiem świadczeniodawcy sankcję w postaci niemożności kwalifikowania umowy jako odrębnej umowy nazwanej kwalifikowanej z przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.

Wskazując na powyższe podstawy skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie odwołania oraz zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu pierwszoinstancyjnym – według norm przepisanych oraz zasądzenie kosztów procesu w postępowaniu odwoławczym, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

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

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacje nie zasługują na uwzględnienie, bowiem ich zarzuty są nieusprawiedliwione.

Spór w rozstrzyganej sprawie dotyczył oceny, czy zainteresowane A. K. i D. K. w okresach wymienionych w zaskarżonej decyzji podlegały obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu i chorobowemu oraz zdrowotnemu, jako pracownicy z tytułu umów zawartych z Miejskimi Zakładami (...) Sp. z o.o. w Ż., nazwanych umowami o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne, wykonywanych na rzecz odwołujących, z którym to podmiotem pozostawali w stosunku pracy i czy w związku z tym, odwołujące Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej zobowiązane są do uiszczenia składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i Fundusz Emerytur Pomostowych.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd pierwszej instancji prawidłowo przeprowadził postępowanie dowodowe, w żaden sposób nie uchybiając przepisom prawa procesowego, w konsekwencji, prawidłowo ustalając stan faktyczny sprawy, który nie był przez strony kwestionowany. W pisemnych motywach zaskarżonego wyroku Sąd Okręgowy wskazał jaki stan faktyczny stanowił podstawę faktyczną rozstrzygnięcia oraz podał na jakich dowodach oparł się przy jego ustalaniu. Sąd Apelacyjny ustalenia Sądu pierwszej instancji w całości uznał i przyjął jako własne, rezygnując jednocześnie z ich ponownego szczegółowego przytaczania w tej części uzasadnienia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998r., sygn. I PKN 339/98, OSNAP 1999/24/776 oraz z dnia 22 lutego 2010r., sygn.

I UK 233/09, LEX nr 585720 i z dnia 24 września 2009r., sygn. II PK 58/09, LEX nr 558303). Również ocenę prawną Sądu pierwszej instancji od zaskarżonych decyzji Sąd odwoławczy w pełni zaaprobował, uznając ją za trafną i nienaruszającą prawa materialnego.

Podjmując rozważania Sąd Apelacyjny 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 1999r., sygn. II UKN 461/98, OSNAPiUS 2000 nr 7,

poz. 286). Obowiązek ubezpieczenia oznacza, że osoba, której cechy, jako podmiotu ubezpieczenia społecznego, zostały określone przez ustawę, zostaje objęta ubezpieczeniem

i staje się stroną stosunku ubezpieczenia społecznego, niezależnie od swej woli, na mocy ustawy.

Na podstawie art. 83 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016r., poz. 963 ze zm. – dalej jako ustawa systemowa), Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje decyzje między innymi

w przedmiocie zgłaszania do ubezpieczeń społecznych, przebiegu ubezpieczeń, ustalania wymiaru składek i ich poboru, a także umarzania należności z tytułu składek, ustalania wymiaru składek na Fundusz Emerytur Pomostowych i ich poboru, a także umarzania należności z tytułu tych składek, ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz wymiaru świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Przedmiot decyzji został tak określony dlatego, że podleganie ubezpieczeniom społecznym następuje ex lege i nie jest konieczna decyzja stwierdzająca ten fakt prawny, a jeżeli została wydana, ma charakter wyłącznie deklaratoryjny. Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie musi deklarować obowiązku ubezpieczenia, lecz obowiązek ten konkretyzuje przez ustalenie wysokości należnych i nieuiszczonych składek ubezpieczeniowych.

Sąd Okręgowy dokonał niewadliwych ustaleń faktycznych oraz wywiódł logiczne i znajdujące oparcie w prawie materialnym, wnioski.

Niesłusznym jest zarzut apelującej Spółki dokonania przez Sąd Okręgowy sprzecznych istotnych ustaleń Sądu z zebranych w sprawie materiałem dowodowym oraz naruszenie zasady zawartej w art. 233 k.p.c. Przepis ten nakazuje Sądowi dokonanie oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Zarzut naruszenia tego przepisu tylko wtedy może być uznany za usprawiedliwiony, jeżeli sąd zaprezentuje rozumowanie sprzeczne z regułami logiki, z zasadami wiedzy, bądź z doświadczeniem życiowym. Sprzeczność istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału zachodzi bowiem jedynie wtedy, gdy powstaje dysharmonia pomiędzy materiałem zgromadzonym w sprawie, a konkluzją, do jakiej dochodzi sąd na jego podstawie. Jeżeli natomiast sąd z określonego materiału dowodowego wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, chociażby w równym stopniu na podstawie tego materiału dowodowego dawały się wysnuć wnioski odmienne (tak: Sąd Najwyższy w wyroku z 27 września 2002r., sygn. akt II CKN 817/00, LEX nr 56906).

Również rozstrzygnięcie i rozważania przedstawione na jego uzasadnienie

nie budzą wątpliwości Sądu Apelacyjnego. Sąd pierwszej instancji – wbrew zarzutom apelacji – w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku w sposób odpowiadający wymogom art. 328

§ 2 k.p.c. ustalił fakty, które uznał za udowodnione, wskazał dowody, na których się oparł oraz wyjaśnił podstawę prawną wyroku z przytoczeniem przepisów prawa.

Nie sposób też – zdaniem Sądu odwoławczego – dopatrzeć się naruszenia art. 316

§ 1 k.p.c. Bowiem Sąd Okręgowy, mając na uwadze materiał dowodowy zaoficerowany przez strony procesu, po dokonanej jego ocenie, wydał wyrok orzekając o istocie sprawy.

Przechodząc do oceny zarzutów naruszenia prawa materialnego należy wskazać, że zgodnie z treścią art. 8 ust. 2a ustawy systemowej, za pracownika, w rozumieniu ustawy, uważa się także osobę wykonującą pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowy o dzieło, jeżeli umowę taką zawarła z pracodawcą, z którym pozostaje w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy.

W wyroku z dnia 23 maja 2014r., sygn. akt II UK 445/13 (LEX nr 1475168)

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.

Bezsporne w niniejszej sprawie było, iż odwołujące A. K. i

D. K. – lekarze o specjalizacjach w zakresie anestezjologii i pediatrii byli zatrudnione w spółce Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż. na podstawie umów

o pracę, na czas nieokreślony. Równocześnie były z nimi zawierane umowy cywilnoprawne, przedmiotem których było świadczenie usług medycznych w formie pełnienia dyżurów lekarskich. Usługi były wykonywane w pomieszczeniach należących do płatnika składek

oraz z wykorzystaniem infrastruktury pracodawcy. Z tytułu świadczonych przez lekarzy usług, były przez nie wystawiane rachunki lub faktury, na podstawie których następnie dokonywano wypłaty należności. 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 o systemie ubezpieczeń społecznych.

Niewątpliwie bowiem płatnik składek zawierał z własnymi pracownikami dodatkowe umowy cywilnoprawne, w ramach których pracownicy świadczyli pracę na rzecz tego samego pracodawcy, a wypłacane wynagrodzenia za usługi medyczne pochodziły ze środków publicznych przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia - Miejskim Zakładom Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.

Zatem, umowy te należało zakwalifikować, jako inne umowy o świadczenie usług,

do których zgodnie z Kodeksem cywilnym, stosuje się przepisy dotyczące zlecenia. Nie ulega również wątpliwości – w ocenie Sądu Apelacyjnego – że celem powyższych umów było ominięcie zmienionych przepisów prawa pracy w zakresie norm czasu pracy lekarzy, ograniczających możliwość zatrudniania lekarzy na dyżurach w ramach umowy o pracę.

Jak wynika z treści wniesionych apelacji, główny ich zarzut sprowadza się do kwalifikacji prawnej umów zawartych przez odwołującą się z ubezpieczonymi. Wbrew zarzutom apelacji, brak było podstaw do zakwalifikowania przedmiotowych dodatkowych umów, jako umów nazwanych, o których mowa w art. 35 i art. 35a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007r. nr 14, poz. 89 z późn. zm.), aktualnie art. 26 ustawy 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 skarżącymi, 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 z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej - t.j. Dz. U. z 2016r., poz. 1638), 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. III CK 134/04, OSP 2005 Nr 6, poz. 79).

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 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 stosunków prawnych, gdyż wynika z niej ustawowy zakaz zawierania z zatrudnionymi przez świadczeniodawcę lekarzami umów (subkontraktów) na udzielanie świadczeń zdrowotnych, choćby w tym celu zatrudnieni lekarze utworzyli lub prowadzili indywidualne praktyki lekarskie. Oznacza to, że sporne umowy, jako zawarte wbrew treści art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, nie mogły być kwalifikowane, jako szczególne i odrębne od umów uregulowanych Kodeksem cywilnym.

Zakaz zawierania przez pracodawców, będących świadczeniodawcami, którzy zawarli z 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, podważa koncepcję wyłączenia przychodów za wykonywanie takich zobowiązań spod reżimu prawa ubezpieczeń społecznych, co oznacza, że tacy świadczeniodawcy na gruncie prawa ubezpieczeń społecznych mają status płatników składek od „łącznych” przychodów ze stosunku pracy oraz od wynagrodzenia za pełnienie dyżurów medycznych uzyskiwanych ze spornych umów. Skoro zatem lekarze pełnili dyżury medyczne na podstawie niedozwolonych umów (subkontraktów) na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych zawartych z własnym pracodawcą, który był świadczeniodawcą takich usług finansowanych z NFZ, to przy ustalaniu podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu stosunku pracy, ten płatnik składek ma obowiązek obliczenia i uiszczenia należnej składki także od przychodów ze spornych niedozwolonych umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostały zawarte wbrew prawu z zatrudnionymi w ramach stosunku pracy lekarzami pełniącymi dyżury medyczne u tego pracodawcy - świadczeniodawcy świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ, tak, jak od wynagrodzenia ze stosunku pracy. Oznacza to, że lekarz zatrudniony w ramach stosunku pracy nie może być równocześnie podwykonawcą świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zatrudniający go podmiot medyczny, gdyż legalne jest zawieranie odrębnych rodzajowo od umów regulowanych przepisami Kodeksu cywilnego oraz nieobjętych obowiązkowym tytułem ubezpieczenia społecznego umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie z ustawowo określonymi podmiotami trzecimi, które wobec świadczeniodawcy, którego wiąże umowa z NFZ, nie pozostają w stosunkach prawnych podporządkowania co do rodzaju pracy, ani miejsca

i czasu świadczenia usług zdrowotnych. Stanowisko takie wyraził Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 22 czerwca 2015r., sygn. I UZ 3/15 i z dnia 22 lipca 2015r., sygn. I UZ 6/15 oraz w wyroku z dnia 13 lutego 2014r., sygn. I UK 323/13 powołanym wyżej, a Sąd Apelacyjny w całości akceptuje.

Powyższej konstatacji nie podważa uregulowanie zawarte w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (j.t. Dz. U. z 2011r. nr 277, poz. 1634 ze zm.), zgodnie z którym wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich.

Nie można bowiem przyjąć, że każda umowa, na podstawie której lekarz wykonuje zawód, jest umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Czym innym jest określony powołanym przepisem zakres przedmiotowy wykonywania zawodu lekarza, a czym innym forma wykonywania tego zawodu, który może być realizowany na podstawie umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej, czy też indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej w ramach działalności gospodarczej. Umowa, na podstawie której lekarz wykonuje swój zawód, polegający na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, nie może być utożsamiana z umową

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz, w rozumieniu art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, ani

z zawieraną w jej ramach umową o zamówienie na świadczenia zdrowotne, o której mowa

w art. 133 tej ustawy w związku z art. 35 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Przewidziana w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierana jest przez podmiot zobowiązany do realizacji zadań z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego (Narodowy Fundusz Zdrowia) z podmiotem, który w myśl przepisów tej ustawy może być świadczeniodawcą. 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 udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej (a więc wykonującym zawód lekarza) u tego świadczeniodawcy, który zawarł ją z Funduszem.

Z mocy art. 133 zd. 2 tej ustawy, takiemu lekarzowi świadczeniodawca nie może również zlecić - jako podwykonawcy - udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, w tym na podstawie umowy o zamówienie na świadczenia zdrowotne, o którym stanowi art. 35 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Z tych względów, wszelkie zapisy zawarte w umowach łączących odwołujące Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, co do formy świadczenia opieki zdrowotnej przez ubezpieczone, uznać należy za niezgodne z prawem

i prawnie bezskuteczne.

Skoro zatem w przedmiotowej sprawie D. K. i A. K. pełniły dyżury medyczne na podstawie niedozwolonych umów (subkontraktów) na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych zawartych z własnym pracodawcą, który był świadczeniodawcą takich usług finansowanych z NFZ, to przy ustalaniu podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu stosunku pracy, płatnik składek - Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż. miał obowiązek obliczenia i uiszczenia należnej składki także od przychodów ze spornych niedozwolonych umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zawarł, wbrew prawu, z zatrudnionymi w ramach stosunku pracy lekarzami pełniącymi dyżury medyczne u pracodawcy - świadczeniodawcy świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ, tak, jak od wynagrodzenia ze stosunku pracy.

Zatem, prawidłowo uznał Sąd pierwszej instancji, że sporne umowy zawarte pomiędzy ubezpieczonymi, a Miejskimi Zakładami Opieki Zdrowotnej, traktować należy, pomimo ich nazwy, jako umowy o świadczenie usług, do których zastosowanie mają przepisy o zleceniu, zgodnie z art. 750 k.c., skoro niedopuszczalne było zawieranie umów o

udzielanie świadczeń zdrowotnych. Zainteresowani wówczas realizowali świadczenia medyczne w ramach umowy zawartej przez płatnika z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Godzi się zauważyć, iż treść przepisu art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych posługuje się pojęciem wykonywania pracy „na rzecz” pracodawcy. W sprawie bezspornym jest, że ubezpieczone, wykonując obowiązki na podstawie umów o świadczenie usług zawartych z płatnikiem, działały na rzecz podmiotu, będącego ich pracodawcą.

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

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

Z mocy natomiast art. 20 ust. 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz ubezpieczenie wypadkowe stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe, przy czym, nie stosuje się ograniczenia z art. 19 ust. 1 tej ustawy.

Przepisy art. 81 ust. 1, 5 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowią 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. Od przychodów uzyskanych

z tytułu umów o świadczenie usług na podstawie art. 104 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2016r., poz. 645), należne są także składki na Fundusz Pracy. Z mocy zaś art. 29 ust. 1 ustawy z 13 lipca 2006r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz. U. z 2014r., poz. 272 ze zm.), składki na FGŚP ustala się od kwot stanowiących podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe. Z kolei wedle art. 36 ust. 2 ustawy z dnia 19 grudnia 2008r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. 2008r. Nr 237, poz. 1656 ze zm.) podstawę wymiaru składki na FEP stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe, określona w art. 18 ust. 1-2 i ust. 8 oraz w art. 21 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

W świetle powyższych regulacji, trafne jest stanowisko Sądu Okręgowego, że to odwołujące Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Ż. winny obliczyć i odprowadzić składki na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych od przychodów uzyskiwanych przez ubezpieczone z tytułu wykonywania spornych umów.

Kierując się wskazanymi motywami, Sąd Apelacyjny, uznając apelacje za całkowicie bezzasadne, orzekł o ich oddaleniu na mocy art. 385 k.p.c.

Rozstrzygając o kosztach zastępstwa procesowego, Sąd Apelacyjny miał na względzie treść art. 102 k.p.c., według którego, w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów, albo nie obciążać jej w

ogóle kosztami. Przepis ten jest rozwiązaniem szczególnym, niepodlegającym wykładni rozszerzającej, wykluczającym stosowanie wszelkich uogólnień, wymagającym do swego zastosowania wystąpienia wyjątkowych okoliczności. Nie konkretyzuje on pojęcia wypadków szczególnie uzasadnionych, pozostawiając ich kwalifikację, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności danej sprawy, dyskrecjonalnej decyzji sądu (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 27 maja 2015r., sygn. I ACa 107/15, LEX nr 1745541).

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, w niniejszej sprawie zachodzi taki szczególnie uzasadniony przypadek, z uwagi na identyczny stan faktyczny i prawny zaistniały w wielu sprawach poszczególnych ubezpieczonych, wyłączonych przez Sąd Okręgowy do odrębnego postępowania, a także fakt, że nakład pracy pełnomocników płatnika i organu rentowego we wszystkich sprawach nie jest o wiele większy, niż gdyby prowadzona była jedna sprawa z udziałem wszystkich zainteresowanych, oraz uwzględniając powszechnie znaną trudną sytuację finansową publicznej służby zdrowia i rodzaju świadczonych przez skarżącą Spółkę usług.

/-/SSA A. Grymel /-/SSA L. Jachimowska /-/SSA G. Pietrzyk – Cyrbus

Sędzia Przewodniczący Sędzia

MP