I PSKP 8/25

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 września 2025 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Ewa Stryczyńska (przewodniczący)
SSN Leszek Bielecki (sprawozdawca)
SSN Jarosław Sobutka

w sprawie z powództwa A. A., A. B., S. P. i M. T.
przeciwko Szpitalowi […] w B.
o dodatkowe wynagrodzenie za pracę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w dniu 16 września 2025 r.,
skargi kasacyjnej powódek od wyroku Sądu Okręgowego w Piotrkowie Trybunalskim z dnia 23 kwietnia 2024 r., sygn. akt V Pa 49/23,

uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje Sądowi Okręgowemu w Piotrkowie Trybunalskim do ponownego rozpoznania oraz orzeczenia o kosztach postępowania kasacyjnego.

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w Piotrkowie Trybunalskim V Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, wyrokiem z 23 kwietnia 2024 r., V Pa 49/23, w sprawie z powództwa

A. A., A. B., S. P. oraz M. T. przeciwko Szpitalowi […] w B., o dodatkowe wynagrodzenie za pracę, na skutek apelacji pozwanego od wyroku Sądu Rejonowego w Bełchatowie z 1 sierpnia 2023 r., IV P 217/22, zmienił zaskarżony wyrok i oddalił powództwa, bez obciążania powódek kosztami zastępstwa procesowego.

W sprawie tej ustalono, że powódki są zatrudnione w pozwanym szpitalu na stanowisku pielęgniarek w pełnym wymiarze czasu pracy na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W okresie spornym (od października 2020 r. do lipca 2021 r.) pozwany szpital był na mocy Decyzji Wojewody […] szpitalem II poziomu zabezpieczenia. W jego strukturach zostały określone tzw. oddziały covidowe oraz łóżka covidowe przeznaczone wyłącznie do realizacji świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z podejrzeniem i zakażonych wirusem SARS-CoV-2.

W Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii przeznaczono do tego celu 16 łóżek. W oddziale były jeszcze łóżka dla innych pacjentów w tzw. części „czystej". Oba odcinki położone były na różnych kondygnacjach. Praca pielęgniarek była zorganizowana w taki sposób, że na każdym dyżurze część pielęgniarek była delegowana do pracy w części „covidowej", a część obsady pielęgniarskiej wykonywała czynności w części tzw. „czystej". Osoby te zmieniały się na poszczególnych dyżurach. Ilość osób delegowanych do pracy z pacjentami podejrzanymi i zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 była uzależniona od liczby pacjentów. Powódki były przypisane do obsługi części anestezjologicznej bloku operacyjnego. Nie były dedykowane do pracy przy łóżkach pacjentów.

W spornym okresie, kiedy nie było planowanych zabiegów operacyjnych, powódki pracowały również bezpośrednio z pacjentami podejrzanymi i zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 w tzw. części „brudnej" Oddziału. Sytuacja była dynamiczna, grafik ulegał zmianom i w związku z brakami kadrowymi powódki były kierowane do pracy z pacjentami covidowymi. Chociaż powódki były zatrudnione w systemie jednozmianowym w godzinach 7.30-15.00, to pracowały z pacjentami zakażonymi na dyżurach po zakończeniu pracy na bloku operacyjnym od 15.00 do 19.00, w godzinach nocnych i świątecznych. Pracując w części „covidowej" powódki wykonywały czynności pielęgnacyjne przy pacjentach, używały środków ochrony osobistej w postaci kombinezonów, maseczek, rękawiczek, gogli, przyłbic.

W okresie od 1 listopada 2020 r. do 31 lipca 2021 r. (z wyjątkiem lutego i maja 2021 r.) A. A. świadczyła pracę w przy pacjentach podejrzanych i zakażonych wirusem SARS-CoV-2. A. B. pracowała przy pacjentach covidowych w okresie od października 2020 r. do czerwca 2021 r., S. P. i M. T. z pacjentami zakażonymi pracowały w okresie od października 2020 r. do czerwca 2021 r. Wymiar godzin przepracowanych przez powódki z pacjentami covidowymi w poszczególnych miesiącach był różny. Zdarzały się miesiące, w których powódki pracowały tylko kilka godzin. W spornych okresach żadna z powódek nie wychodziła na interwencje do pacjentów covidowych. Powódka A. A. uczestniczyła w przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego u jednego pacjenta zakażonego wirusem SARS-CoV-2, pozostałe powódki w okresach spornych nie uczestniczyły w zabiegach operacyjnych u osób zakażonych.

W dniu 4 września 2020 r. Minister Zdrowia, działając na podstawie art. 10a ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (jednolity tekst: Dz.U. z 2025 r., poz. 764 ze zm., dalej jako „ustawa covidowa”), polecił Narodowemu Funduszowi Zdrowia z siedzibą w Warszawie przekazanie podmiotom leczniczym umieszczonym w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ww. ustawy, wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczeń szpitalnych wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 lub w których wyodrębnionych komórkach organizacyjnych są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej jako „medycy”), uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mającym bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (dalej jako „pacjenci covidowi”), dodatkowego świadczenia pieniężnego, wypłacanego miesięcznie, na podstawie umowy lub porozumienia (dalej jako „dodatek covidowy”). Wysokość dodatkowego świadczenia powinna być równa 50% wynagrodzenia zasadniczego danej osoby (medyka) oraz nie wyższa niż 10.000 zł. W przypadku uczestnictwa przez te osoby w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim

kontakcie z „pacjentami covidowymi” przez niepełny miesiąc, dodatkowe świadczenie powinno podlegać proporcjonalnemu obniżeniu.

Postanowieniem z dnia 1 listopada 2020 r. Minister Zdrowia zmienił polecenie z dnia 4 września 2020 r. Postanowienie posłużyło do doprecyzowania i poszerzenia katalogu podmiotów leczniczych, które zostały zobowiązane do wypłaty dodatku covidowego. Na podstawie polecenia w zmienionym brzmieniu dodatek covidowy miał być przyznawany m.in. medykom wykonującym zawód w szpitalu II. poziomu, uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mających bezpośrednio kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Zgodnie z poleceniem wysokość dodatkowego świadczenia powinna być równa 100% wynagrodzenia miesięcznego danej osoby, nie większa niż 15.000 zł. W przypadku świadczenia pracy przez medyka przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu.

Zgodnie z wyjaśnieniami udzielonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia (Oddział Wojewódzki w […]) bezpośredni kontakt z pacjentem z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 powinien być faktyczny (nie tylko potencjalny) i nie powinien mieć charakteru incydentalnego oraz powinien wynikać z faktyczne udzielanych świadczeń zdrowotnych na rzecz ww. pacjentów. Według wyjaśnień ze strony NFZ użyte w poleceniu wyrażenie „w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2” oznacza, iż faktycznie zachodzić muszą łącznie obie przesłanki. Natomiast sformułowanie „wynagrodzenie” do obliczania dodatku covidowego należy rozumieć jako wynagrodzenie brutto należne pracownikowi z tytułu wykonywania przez niego pracy na dzień udostępnienia informacji, w skład którego wchodzą elementy o charakterze stałym, związane z wykonywaniem przez daną osobę świadczeń zdrowotnych, tj. m. in. wynagrodzenie zasadnicze, wynagrodzenie za pełnienie dyżurów medycznych, wynagrodzenie za pełnienie dyżurów pod telefonem, wynagrodzenie za godziny nadliczbowe, dodatki za pracę w porze nocnej i dni świąteczne. Przy ustalaniu wysokości świadczenia dodatkowego nie uwzględnia się świadczeń pieniężnych mających charakter świadczeń emerytalno-rentowych, incydentalnych oraz niemających związku z udzielaniem pacjentom świadczeń zdrowotnych, tj. m.in. nagrody jubileuszowe. Przy obliczaniu świadczenia dodatkowego nie uwzględnia się

również wynagrodzenia za urlop (w tym wypoczynkowy) czy wypłaconych zasiłków chorobowych. Według wyjaśnień NFZ polecenie nie uzależnia wysokości świadczenia dodatkowego od liczby świadczeń udzielonych w danym miesiącu w bezpośrednim kontakcie z pacjentami covidowymi oraz od wymiaru czasu, który dana osoba poświęca na udzielanie świadczeń w danym okresie. W wyjaśnieniach wskazano, iż NFZ nie wymaga ewidencjonowania czasu pracy konkretnego pracownika przy pacjentach covidowych.

Dyrekcja pozwanego szpitala przyjęła zasadę, że dodatek covidowy będzie wypłacany medykom za dyżury (godziny) przepracowane w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Powódki otrzymały dodatek covidowy za godziny przepracowane przy udzielaniu świadczeń medycznych pacjentom zakażonym, według zestawienia przygotowanego przez pielęgniarkę oddziałową na podstawie grafiku i list obecności.

Za pośrednictwem pełnomocnika, powódki w dniu 31 stycznia 2022 r. wystąpiły do pozwanego pracodawcy z wezwaniami do zapłaty dodatku covidowego w pełnej wysokości. Pozwany Szpital odmówił jego wypłaty pismami z dnia 14 lutego 2022 r.

Wysokość wyrównania ewentualnego dodatku covidowego za okresy sporne dla poszczególnych powódek ustalono następująco: dla A. A. - 40.973,59 zł; A. B. - 43.065,96 zł; dla M. T. - 44.952,91 zł oraz dla S. P. - 45.935,24 zł.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Rejonowy uznał powództwo o zapłatę wyrównania dodatku covidowego za wskazane w pozwie okresy za zasadne. Sąd podniósł, że polecenie Ministra Zdrowia nie zawierało żadnych norm mniej korzystnych dla pracowników, niż przepisy prawa powszechnie obowiązującego, zatem przepisy art. 9 § 2 - 4 k.p. nie stoją na przeszkodzie uznaniu tego polecenia za ważne źródło prawa pracy. W ocenie Sądu pierwszej instancji żądania powódek dotyczyły roszczeń z szeroko rozumianego stosunku pracy. Jego treść nie wyczerpuje się w postanowieniach umowy łączącej strony. W oparciu o polecenie Ministra Zdrowia na pozwanym szpitalu ciążyły względem powódek określone obowiązki, sprowadzające się do weryfikacji ich prawa do nabycia dodatku covidowego, przekazania informacji w tym zakresie do […] Oddziału Wojewódzkiego NFZ, a następnie wypłacenia powódkom tego dodatku.

W ocenie Sądu pierwszej instancji nienależyte wykonanie tych obowiązków przez pracodawcę mogło podlegać ocenie w ramach reżimu odpowiedzialności kontraktowej na podstawie art. 471 k.c. w związku z art. 300 k.p. Sąd podkreślił, że nabycie prawa do dodatku covidowego następowało w ścisłym związku ze stosunkiem pracy. Organizacja pracy poszczególnych grup pracowników medycznych, w tym pielęgniarek (także powódek) należała do pozwanego pracodawcy. Dodatek covidowy na podstawie polecenia Ministra Zdrowia przysługiwał osobom zatrudnionym w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia covidowego, które: wykonują zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych; mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS- CoV-2. Wskazane przesłanki miały być spełnione łącznie.

Zdaniem Sądu Rejonowego powódki spełniły wyżej określone przesłanki. W trakcie wykonywania świadczeń zdrowotnych pozostawały w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Powinny zatem otrzymać za okres sporny dodatek covidowy w pełnej wysokości 100% wynagrodzenia (powódka A. A. w wysokości 50% wynagrodzenia za październik 2020 r.). W poleceniu Ministra Zdrowia przewidziano tylko jedną przesłankę proporcjonalnego obniżenia dodatku covidowego, jakim było świadczenie przez medyka pracy przez niepełny miesiąc. Polecenie nie nakładało na podmiot leczniczy obowiązku prowadzenia zestawienia czy ewidencji zawierającej informację o ilości godzin, jaką medyk przepracował w ramach uczestnictwa w udzielaniu świadczeń pacjentom covidowym. Takie zestawienie nie było potrzebne dla celów zgłaszania uprawionych do NFZ. Zasady wypłacania dodatków covidowych medykom określone w poleceniu nie uzależniały tych dodatków od rzeczywistej ilości godzin przepracowanych przez medyka przy pacjentach covidowych w danym miesiącu. Proporcjonalne obniżenie dodatku covidowego odnosiło się do nieświadczenia pracy przez medyka w ogóle (np. z powodu urlopu, choroby), a nie do nieświadczenia pracy przy pacjentach covidowych na określonym dyżurze (dyżurach) w miesiącu. Polecenie nie odwoływało się do czasu „bezpośredniego kontaktu z pacjentami covidowymi”, a wysokość dodatku nie była uzależniona od

liczby świadczeń udzielonych w danym czasie w bezpośrednim kontakcie z pacjentami covidowymi oraz od wymiaru czasu, który dana osoba poświęca na udzielanie tych świadczeń w określonym czasie.

Reasumując Sąd pierwszej instancji zaznaczył, że nie do przyjęcia była interpretacja przedstawiona przez stronę pozwaną, że dodatek należy się powódkom za godziny przepracowane w części covidowej oddziału (w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2). Gdyby Ministrowi Zdrowia przyświecało zamierzenie o proporcjonalnym rozliczaniu dodatku covidowego w rozumieniu przyjętym przez pozwanego, to w wydanym poleceniu zawarłby wprost adekwatne postanowienia. Wysokość i sposób wyliczenia dodatku stanowi przecież zagadnienie fundamentalne.

Biorąc pod uwagę powyższe ustalenia i rozważania, Sąd Rejonowy uznał roszczenia powódek o zasądzenie dodatku covidowego w pełnej wysokości za uzasadnione. Sąd Rejonowy zasądził na rzecz powódki A. A. kwotę 40.973,59 zł, A. B. kwotę 43.065,96 zł, M. T. kwotę 44.952,91 zł i S. P. kwotę 45.935,24 zł tytułem wyrównania dodatku covidowego za okresy sporne. Kwoty te zostały obliczone przez stronę pozwaną zgodnie z wyjaśnieniami NFZ w zakresie sposobu wyliczania dodatku. Sąd uznał te wyliczenia za prawidłowe. W zakresie przekraczającym powyższe kwoty Sąd powództwa oddalił.

Apelację od powyższego wyroku złożył pełnomocnik pozwanego wnosząc o jego zmianę poprzez orzeczenie co do roszczeń wszystkich powódek o oddaleniu powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódek na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje, według norm przepisanych.

Pełnomocnik powódek wniósł oddalenie apelacji i zasądzenie od pozwanego na rzecz każdej z powódek kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Z ostrożności procesowej, w przypadku uwzględnienia apelacji strony pozwanej, pełnomocnik powódek wniósł o nieobciążanie powódek kosztami postępowania.

Sąd Okręgowy uznał apelację za uzasadnioną.

W pierwszej kolejności wskazał, że Sąd pierwszej instancji prawidłowo uznał polecenie Ministra Zdrowia za źródło prawa pracy. Polecenie to nie przewidywało

bowiem żadnych norm będących mniej korzystnymi dla pracowników niż przepisy prawa pracy powszechnie obowiązującego. Roszczenia powódek nie mogą opierać się jednak wyłącznie na poleceniu Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r., skierowanym do Prezesa NFZ. W treści Polecenia NFZ sformułowano wprawdzie zasadnicze ramy podmiotowe i przedmiotowe „dodatku covidowego", ale niewątpliwie nie było ono aktem normatywnym, gdyż nie zawierało norm prawnych o charakterze generalnym, powszechnie obowiązującym, nadających roszczeniowy charakter opisanym w nim świadczeniom pieniężnym. Polecenie to miało umocowanie w obowiązujących w tym czasie przepisach rangi ustawowej, a mianowicie pierwotnie był to przepis art. 10a ustawy covidowej, który stanowił, że minister właściwy do spraw zdrowia może podejmować inne niż określone w art. 10 działania związane z przeciwdziałaniem covid-19. Działania, o których mowa w ust. 1, są finansowane ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania covid-19 lub z budżetu państwa. W przypadku zmian polecenia z dnia 30 września i 1 listopada 2020 r. podstawą tą był natomiast art. 42 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią covid-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493 ze zm.), który stanowił, że obowiązek lub polecenie nałożone przez podmiot uprawniony na podstawie art. 10, art. 10a i art. 11 ustawy zmienianej w art. 20, w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, są wykonywane do odwołania tego obowiązku lub polecenia przez podmiot uprawniony i finansowane na zasadach dotychczasowych. Obowiązek ten lub polecenie mogły być zmieniane w tym okresie na podstawie art. 10, art. 10a i art. 11 ustawy zmienianej w art. 20. Polecenie Ministra Zdrowia z 1 listopada 2020 r. miało zatem swoją podstawę prawną w art. 42 ustawy z 14 sierpnia 2020 r., która pozwalała nie tylko na wykonywanie do odwołania polecenia wydanego na podstawie art. 10, art. 10a i art. 11 ustawy covidowej, pomimo uchylenia tych przepisów z dniem 5 września 2020 r., ale także na zmianę takiego polecenia wydanego na podstawie ww. przepisów, nawet po utracie przez nich mocy, czyli po 5 września 2020 r., w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, co miało miejsce w przedmiotowej sprawie.

Polecenie Ministra Zdrowia dotyczące „dodatku covidowego" dało asumpt do zawarcia przez pozwany szpital umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, w treści

której sformułowano przesłanki nabycia prawa do tego rodzaju świadczeń przez określonych pracowników, a także skonkretyzowano obowiązki pozwanego.

Dalej Sąd odwoławczy wyjaśnił, że nabycie prawa do dodatku covidowego następowało w ścisłym związku ze stosunkiem pracy, a organizacja pracy poszczególnych grup pracowników medycznych, w tym pielęgniarek (także powódek) należała do pozwanego pracodawcy. Sąd Rejonowy wskazał, że dodatek covidowy na podstawie polecenia Ministra Zdrowia przysługiwał osobom zatrudnionym w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia covidowego, które wykonywały zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, uczestniczyły w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, miały bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-19.

Świadczenie w postaci dodatku covidowego ma charakter pieniężny, a jego wysokość została dookreślona w treści umowy zawartej przez NFZ z pozwanym szpitalem. Żadna ze stron tej umowy nie była uprawniona do tego świadczenia, którego spełnienie następować miało na rzecz osób wykonujących u pozwanego zawód medyczny, co oznaczało, że Sąd Rejonowy prawidłowo ocenił, że przedmiotowa umowa ma charakter umowy zawartej na rzecz osoby trzeciej w rozumieniu art. 393 § 1 k.c. w związku z art. 300 k.p.

Sąd Okręgowy wskazał, że dokonując wykładni postanowień umowy łączącej pozwany Szpital z NFZ Sąd Rejonowy pominął jednak, że dodatek covidowy stanowił składnik wynagrodzenia powódek. Przysługiwał bowiem za czynności wykonane przez pracowników Szpitala (powódki łączy z pozwanym stosunek pracy), w miejscu i czasie wskazanym przez Szpital w ramach podporządkowania pracowniczego (art. 22 § 1 k.p. w związku z art. 100 § 1 i 2 k.p.). Doprowadziło to do błędnego uznania przez Sąd Rejonowy, że dla oceny uprawnień powódek do ww. dodatku nie miało znaczenia kryterium rzeczywiście przepracowanego czasu na oddziale covidowym i w rezultacie, że pozwany nieprawidłowo zastosował przy wypłacie tego dodatku kryterium proporcjonalności - przez przyjęcie faktycznego czasu pracy na takim oddziale - do wysokości należnego świadczenia.

Dodatki covidowe spełniały wszystkie kryteria przypisywane w doktrynie i w jednolitym orzecznictwie sądów powszechnych i Sądu Najwyższego, wynagrodzeniu

za pracę, które co prawda nie ma legalnej definicji, ale powszechnie przyjmuje się, że jest to świadczenie: obowiązkowe, okresowe, ze stosunku pracy, przysparzające - majątkowe, przysługujące za pracę wykonaną, należne pracownikowi od pracodawcy. Dodatkowe świadczenia covidowe miały charakter obowiązkowy, gdyż pracodawca był zobowiązany wypłacić je temu pracownikowi, który spełnił określone warunki do jego przyznania. Wypłata tego świadczenia nie mogła być zatem realizowana w sposób dowolny i uznaniowy, ale dopiero po stwierdzeniu, że zostały spełnione przez danego pracownika kryteria do jego wypłaty. Pracownicy medyczni otrzymywali je za rzeczywiste wykonywanie pracy na oddziałach covidowych i udzielanie świadczeń osobom podejrzanym i zakażonym wirusem, co było elementem ich zwykłych obowiązków służbowych. Nie były one ekwiwalentem dodatkowych świadczeń, lecz stanowiły tylko dodatkową zapłatę za wykonywane czynności lecznicze w ramach obowiązków służbowych przez tych pracowników. Świadczenia te po spełnieniu opisanych warunków były należne pracownikom od pracodawcy, co oznacza, że pracownicy mogli domagać się wypłacenia tych świadczeń bezpośrednio od pracodawcy, bez względu na to czy środki na to dodatkowe wynagrodzenie pochodziły z majątku pracodawcy, czy też nie.

W niniejszej sprawie pracodawca dysponował środkami finansowymi wyasygnowanymi na potencjalne wynagrodzenia dla pracowników medycznych za rzeczywiście wykonywaną pracę na oddziałach covidowych, które były przekazywane z NFZ-u. Nie zmienia to faktu, że w stosunku do pracowników pozwany występował w roli pracodawcy wypłacającego im dodatki covidowe jako składnik ich wynagrodzenia za pracę. Przemawia to za uznaniem, w ocenie Sądu drugiej instancji, że do dodatku covidowego, będącego elementem wynagrodzenia uprawnionych do niego pracowników medycznych, należy konsekwentnie stosować kodeksowe zasady dotyczące ekwiwalentności wynagrodzenia za pracę. Tym bardziej, że ani polecenie Ministra Zdrowia, ani umowa NFZ z pozwanym nie może uchylić stosowania ww. zasad. Również ustawodawca nie zdecydował się żadnym przepisem wprowadzonym w czasie pandemii ograniczyć czy też zmodyfikować ich treści. Powszechnie obowiązujące przepisy Kodeksu pracy w zakresie zasad kształtowania wynagrodzenia za pracę dla pozwanego będącego pracodawcą powódek były bezwzględnie obowiązujące. Zasada ekwiwalentności wynagrodzenia

za pracę została uregulowana w art. 78 k.p. Zgodnie z § 1 art. 78 k.p. wynagrodzenie za pracę powinno być tak ustalone, aby odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy. Powyższe oznacza powinność takiego kształtowania płac przez pracodawcę, aby wartości uzyskiwane przez pracownika w postaci płacy stanowiły możliwie ścisły odpowiednik jego wkładu pracy.

Sąd Okręgowy uznał, że skoro zatem dodatki covidowe stanowiły składnik wynagrodzenia za pracę, to pozwany słusznie wprowadził kryteria, których spełnienie umożliwiało wypłacenie przedmiotowego dodatku we właściwy sposób. Podkreślił, że wypłata dodatku covidowego w takiej samej wysokości pracownikom zarówno pracującym na „oddziałach covidowych jak i świadczącym pracę na „oddziałach niecovidowych" godziłaby nie tylko w zasadę ekwiwalentności wynagrodzenia wynikającą z art. 78 k.p., ale również w ogólnie pojmowaną zasadę sprawiedliwości, a nadto byłaby sprzeczna z zasadą równego traktowania w zatrudnieniu i niedyskryminacji w wynagrodzeniu wynikającej z art. 18^{3c} k.p. Tym samym przyjęcie przez Sąd Rejonowy, że powódkom należy się dodatek covidowy w pełnej wysokości, bez względu na faktyczną ilość godzin przepracowanych na oddziale covidowym, tak samo jak pracownikowi, który przepracował w nim cały miesiąc, stoi w sprzeczności z zasadą wynagradzania pracownika według ilości świadczonej pracy. Nadto nierówno traktuje tego pracownika, który poświęcił na pracę w takich szczególnych warunkach cały swój normatywny czas pracy. Konsekwentne zachowanie pozwanego pracodawcy ustalające wysokość dodatku covidowego proporcjonalnie do ilości pracy świadczonej przez powódki w określonych warunkach, Sąd Okręgowy ocenił jako sprawiedliwie i mające oparcie w treści art. 78 k.p. oraz art. 18^{3c} § 1 i 3 k.p.

Za taką oceną przemawia także, zdaniem Sądu Okręgowego, interpretacja polecenia Ministra Zdrowia z 1 listopada 2020 r., do której mają zastosowanie reguły dotyczące wykładni aktów normatywnych, a nie odpowiednio i posiłkowo stosowane, na podstawie art.65 k.c. w związku z art. 300 k.p., zasady wykładni oświadczeń woli. Pozwany szpital był szpitalem drugiego stopnia zabezpieczenia covidowego. W tym przypadku przedmiotowe polecenie przewidywało, że dodatek ma być wypłacony osobom wykonującym zawód medyczny, którzy uczestniczą w udzielaniu świadczeń

zdrowotnych i mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem covid-19. Wymagane były jednocześnie dwa kwantyfikatory zachowania pracownika medycznego, które powinny zostać spełnione łącznie, tj. „uczestniczenie" a zatem „czynny udział a nie jedynie potencjalny, czy hipotetyczny, albo incydentalny i jednocześnie „bezpośredni" kontakt z pacjentami, którzy nie tylko byli podejrzani, ale musieli okazać się następnie zakażeni wirusem, na co z kolei wskazuje koniunkcja: „z podejrzeniem i z zakażeniem". Z cytowanego sformułowania pracodawca mógł zatem wywieść, że osoby pracujące na oddziale „niecovidowym", do którego dostęp mają osoby wyłącznie z negatywnymi wynikami testów na covid-19, nie są objęte zakresem tego polecenia. Sąd odwoławczy podkreślił, że ze zgromadzonych w sprawie dowodów wynika, że w pozwanym Szpitalu pacjenci, którzy otrzymali pozytywny wynik testu, od razu byli transportowani na oddział „covidowy", co potwierdzili przesłuchani świadkowie.

Sąd drugiej instancji przypomniał, że na przełomie 2020 i 2021 r. przypadało kolejne nasilenie pandemii covid-19 i w tym czasie znacząco wzrosła liczba osób hospitalizowanych. Konieczność ochrony zdrowia personelu medycznego wiązała się ze stosowaniem podwyższonych środków bezpieczeństwa (wydzielanie stref „brudnych" i „czystych", stosowanie wymazów u pacjentów etc.), a także środków ochrony osobistej (kombinezony, maseczki etc.). Dodatek covidowy z jednej strony miał stanowić swego rodzaju wyrównanie dolegliwości związanych z obiektywnie konieczną zmiany charakteru wykonywanej pracy, z drugiej zaś stanowić zachętę dla lekarzy i pracowników medycznych do świadczenia opieki medycznej w takich warunkach. Bezdyskusyjnie większe dolegliwości i większe narażenie na niebezpieczeństwo zakażenia ponosili pracownicy, którzy regularnie, często, a nawet stale świadczyli opiekę medyczną pacjentom zakażonym i podejrzanym o zakażenie. Przy czym „podejrzenie zakażenia", o którym mowa w analizowanym Poleceniu Ministra Zdrowia, musiało być bezpośrednie, a nie tylko potencjalne. W istniejących w tym okresie warunkach epidemiologicznych każdego można było uznać za potencjalnie zakażonego. Podejrzenie zakażenia musiało zatem być obiektywnie uzasadnione wystąpieniem objawów chorobowych sugerujących możliwość zakażenia wirusem. Niesłusznym byłoby zatem, zdaniem Sądu Okręgowego, zrównywanie sytuacji pracowników, którzy sporadycznie świadczyli opiekę

medyczną uprawniającą do otrzymania dodatku covidowego, z sytuacją pracowników świadczących taką opiekę stale.

Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że na oddziałach „niecovidowych” także zdarzały się przypadki zakażenia koronawirusem, jednak ich liczba w porównaniu z „oddziałami covidowymi”, gdzie przebywali tylko chorzy na covid-19, nie była duża. Przypomniał, że przedmiotowy okres cechował się dużą ilością zakażeń w całym społeczeństwie i w żadnym dużym zakładzie pracy nie dałoby się wyeliminować całkowicie możliwości zakażenia się koronawirusem. Tymczasem dodatkowe obciążenia jakie wiązały się z warunkami świadczenia pracy na oddziałach covidowych w związku z dodatkowym zabezpieczeniem, stanowiły ściśle określony odpowiednik dodatkowego wkładu pracy, który łącznie z realnym narażeniem własnego zdrowia w stanie stwierdzonego istniejącego zagrożenia uzasadniał wartościowanie płacy. Zadaniem pracodawcy było w takiej sytuacji określenie takich zasad ustalania płac pracowników, które uwzględniając zasadę sprawiedliwości i równości w kształtowaniu wynagrodzenia, porządkowałoby różne rodzaje i sposoby świadczenia prac stosownie do ich wartości.

Przemawia za tym także funkcjonalna wykładnia polecenia Ministra Zdrowia. W poleceniu tym wprawdzie, w odniesieniu do szpitali drugiego stopnia zabezpieczenia covidowego, literalnie nie wskazano, by pracownicy musieli pracować na oddziałach „covidowych”, ale kierując się wzorcem racjonalnego prawodawcy, taki był cel wydanego polecenia. Zdaniem Sądu Okręgowego w sytuacji, gdy struktura szpitala drugiego stopnia zabezpieczenia covidowego została zaplanowana w taki sposób, że zostały oddzielone oddziały z łóżkami covidowymi od oddziałów pracujących w normalnym trybie („niecovidowych”), pracodawca mógł zdecydować, że dodatek covidowy należny jest jedynie pracownikom udzielającym świadczeń zdrowotnych na oddziałach „covidowych”. Z uzasadnienia polecenia Ministra Zdrowia z 4 września 2020 r. wynika, że miało ono na celu uatrakcyjnienie warunków zatrudnienia osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń w szpitalach przeznaczonych dla pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem. Gdyby takie samo wynagrodzenie otrzymywali pracownicy na oddziałach przeznaczonych dla pacjentów chorych na covid-19 oraz medycy pracujący na oddziałach „niecovidowych”, wówczas cel ten nie zostałby spełniony. Skoro dodatek covidowy

miał być zachętą dla personelu medycznego do bezpośredniej pracy w realnie istniejącym zagrożeniu w warunkach stwierdzonego zarażenia lub rzeczywistego podejrzenia zakażeniem wirusem covid-19 i to w warunkach zwiększonych dolegliwości jakie łączyły się z taką pracą ze względu na dodatkowe środki ochrony konieczne do wykonywania takiej pracy jak kombinezony, czy specjalistyczne maski, to pracodawca musiał uwzględniając także cel tego dodatku i zróżnicować sytuację płacową osób wykonujących taką pracę na oddziałach covidowych, od świadczenia pracy w oddziałach niecovidowych, a także uwzględnić realny czas w jakim taka praca rzeczywiście była wykonywana na oddziałach covidowych. Rolą dyrektora pozwanego Szpitala było zatem takie ukształtowanie reguł przyznawania dodatku covidowego, aby nie naruszyć powszechnie obowiązujących przepisów prawa pracy dotyczących zasad określania wynagrodzenia i obowiązku równego traktowania w zakresie wynagradzania. Gdyby bowiem hipotetycznie przyjąć, że każdy pracownik, świadczący choćby jeden raz w miesiącu świadczenia zdrowotne, miał prawo do takiego samego dodatku (w takiej samej wysokości), jak pracownik, który stale udziela świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentem tzw. covidowym, to pracodawca narażałby się na zarzut nierównego traktowania, złamania art. 78 § 1 k.p., a także ponosiłby hipotetycznie odpowiedzialność za naruszenie reguł dyscypliny finansów publicznych w odrębnym reżimie odpowiedzialności.

Sąd drugiej instancji podniósł, że pismo z Ministerstwa Zdrowia, w którym stwierdzono, że polecenie Ministra Zdrowia nie uzależniało wysokości świadczenia dodatkowego od liczby świadczeń udzielonych w danym miesiącu w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem, nie jest wiążące dla Sądu, gdyż nie może ono zastąpić bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa pracy. Sąd dodał, że Narodowy Fundusz Zdrowia w 2021 r. wskazał pozwanemu pracodawcy, że ostatecznej oceny, czy dana osoba spełnia kryteria do otrzymania przedmiotowego dodatku „covidowego” dokonuje kierownik podmiotu leczniczego. Natomiast Najwyższa Izba Kontroli uznała, że „dodatki covidowe” nie powinny przysługiwać pracującym z pacjentami jedynie podejrzanymi o zakażenie koronawirusem, jak również udzielającym takich świadczeń incydentalnie.

Dodatkowo Sąd drugiej instancji uwzględnił, że pozwany Szpital, jako jednostka sektora finansów publicznych, powinien kierować się zasadami

dokonywania wydatków publicznych zgodnie z kryteriami określonymi w art. 44 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, tj. m.in. w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Naruszenie tych zasad mogłoby bowiem, w określonych przypadkach, skutkować pociągnięciem do odpowiedzialności z tytułu naruszenia dyscypliny finansów publicznych. W tym kontekście Sąd zauważył, że to pozwany pracodawca był faktycznie wykonawcą Polecenia Ministra Zdrowia, pomimo że nie jest on adresatem tego polecenia. Na pozwanego pracodawcę został zatem faktycznie nałożony obwiązek wypłaty określonej kategorii swoich pracowników dodatkowego wynagrodzenia na określonych warunkach, które jednak nie zostały jednoznacznie skonkretyzowane, zaś prowadzona pomiędzy pozwanym pracodawcą, a NFZ obszerna korespondencja nie doprowadziła to uzyskania przez poznawanego konkretnej odpowiedzi co do prawidłowości rozumienia pojęcia „incydentalnie”. Z drugiej jednak strony pozwany w tym zakresie nie dysponował środkami własnymi, a zapewnianymi mu w ramach zawartej z NFZ umowy przez tenże podmiot. Sąd dodał również, że środki z NFZ zostały wyasygnowane na wypłatę dodatków covidowych i przekazane do pozwanego pracodawcy nie po to, by zostały wypłacone w sposób automatyczny, ale po zweryfikowaniu przez pozwanego, czy dana osoba spełnia warunki w danym miesiącu do otrzymania takiego dodatku. Pozwany Szpital miał zatem obowiązek rozliczenia się z tych środków z Narodowym Funduszem Zdrowia. W konsekwencji pozwany przy wypłacaniu dodatków covidowych dysponował środkami publicznymi, ze wszystkimi tego konsekwencjami, w szczególności istnieniem odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych na zasadach przewidzianych w ustawie z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2021 r., poz. 289). Tym samym z jednej strony pracodawca został zobligowany do stosowania norm zawierających nieostre pojęcia odnoszące się do zakresu uprawnionych do otrzymania dodatku covidowego, a z drugiej zaś został obarczony odpowiedzialnością w przypadku dopuszczenia się do wypłacenia tego dodatku osobie niespełniającej warunków do jego otrzymania, samemu będąc jednocześnie związanym obowiązującymi go przepisami

kodeksowymi regulującymi zasady na jakich powinno być kształtowane wynagrodzenie podległych mu pracowników, które zresztą w żaden sposób nie były zmodyfikowane ze względu na stan pandemii. Tym samym pozwany kształtując zasady dotyczące wypłacanych dodatków covidowych musiał uwzględnić i samodzielnie dookreślić te reguły, by były one prawidłowe zarówno z punktu widzenia wiążących go regulacji publicznoprawnych, jak i regulacji z zakresu prawa pracy mających charakter bezwzględnie obowiązujący. Postępowanie pozwanego w zakresie ustalania i wypłaty dodatkowego świadczenia covidowego za sporny okres na rzecz powódek Sąd Okręgowy uznał za prawidłowe.

W skardze kasacyjnej powódki zarzuciły naruszenie prawa materialnego: (-) art. 9 § 2 k.p. przez niezastosowanie i uznanie, że pozwany w okresie objętym pozwem mógł dokonać proporcjonalnego ustalenia dodatkowego świadczenia w zależności od ilości godzin pracy w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w sytuacji gdy regulacje przyjęte przez pozwanego przewidujące wypłatę dodatkowego świadczenia wyłącznie za godziny pracy przy „pacjencie covidowym” są dla pracowników mniej korzystne niż postanowienia zawarte w poleceniu Ministra Zdrowia z 4 września 2020 r., które nie uzależniały wysokości dodatkowego świadczenia od czasu pracy przy „pacjencie covidowym” i wprost określały wysokość dodatkowego świadczenia przysługującego osobie wykonującej zawód medyczny - najpierw 50% wynagrodzenia zasadniczego nie więcej niż 10.000 zł miesięcznie, a od 1 listopada 2020 r. - 100 % miesięcznego wynagrodzenia, nie więcej niż 15.000 zł miesięcznie; (-) art. 78 § 1 k.p. przez niewłaściwe zastosowanie i uznanie, że przepis ten ma zastosowanie wprost do dodatkowego świadczenia pieniężnego przysługującego osobom wykonującym zawód medyczny, określonego w poleceniu Ministra Zdrowia z 4 września 2020 r., w sytuacji gdy adresatem normy prawnej zawartej w tym przepisie jest wyłącznie pracodawca i norma ta odnosi się do składników wynagrodzenia pochodzących od pracodawcy; (-) art. 393 § 1 i 2 k.c. w związku z art. 300 k.p. przez niezastosowanie i przyjęcie, że pozwany mógł ustalić własne zasady przyznawania dodatkowego świadczenia, w sytuacji, gdy Sąd drugiej instancji uznał, iż roszczenie powódek o to świadczenie wynikało między innymi z umowy zawartej pomiędzy pozwanym a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Dodatkowo powódki zarzuciły naruszenie przepisów postepowania, co miało istotny wpływ na wynik sprawy, tj. art. 382 k.p.c. w związku z art. 327^1 k.p.c. w związku z art. 387 § 2^1 k.p.c. przez uzasadnienie rozstrzygnięcia: a/ wykładnią umowy łączącej pozwanego z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak również wielokrotne odwoływanie się w treści uzasadnienia do postanowień tej umowy, w sytuacji gdy w zgromadzonym materiale dowodowym nie znajduje się jakakolwiek umowa łącząca pozwanego z Narodowym Funduszem Zdrowia, a fakt jej istnienia oraz jej treści nie był przedmiotem dowodzenia przez żadną ze stron, a ponadto istnienie oraz treść takiej umowy nie była elementem stanu faktycznego ustalonego przez Sąd pierwszej instancji, które to ustalenia zostały podzielone i przejęte za własne przez Sąd drugiej instancji; b/ przyjęciem, iż ze zgromadzonych dowodów wynikało, że w pozwanym Szpitalu pacjenci, którzy otrzymywali wynik testu, od razu byli transportowani na odział „covidowy” co mieli potwierdzić przesłuchani świadkowie, w sytuacji gdy żaden ze świadków na tą okoliczność się nie wypowiadał i kwestia ta nie była elementem stanu faktycznego ustalonego przez Sąd pierwszej instancji, które to ustalenia zostały podzielone i przejęte za własne przez Sąd drugiej instancji.

W oparciu o powyższe zarzuty skarżące wniosły o uchylenie w całości zaskarżonego wyroku i zamianę orzeczenia przez oddalenie apelacji pozwanego, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania oraz zasądzenie zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną pozwany wniósł o jej oddalenie oraz o zasądzenie od powódek na rzecz pozwanego kosztów postepowania kasacyjnego, w tym kosztów zastępstwa prawnego według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna jest uzasadniona.

Spór w niniejszej sprawie sprowadza się do oceny charakteru prawnego Polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. (dalej jako Polecenie Ministra Zdrowia lub Polecenie) oraz umowy między pozwanym Szpitalem […] w B. a […] Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, będącej wykonaniem

Polecenia Ministra. Kluczowe dla sprawy jest rozstrzygnięcie, czy powyższe akty stanowić mogą źródło dochodzonych przez Skarżące roszczeń pieniężnych. Podkreślenia jednak wymaga, że wskazana wyżej umowa nie była poddana analizie przez Sąd I instancji. Została jedynie zasygnalizowana w wyroku Sądu odwoławczego. W skardze kasacyjnej natomiast podnoszony jest natomiast zarzut, że nie była ona w ogóle przedmiotem dowodzenia przed obydwoma Sądami, zaś fragment uzasadnienia wyroku Sądu odwoławczego odnosi się do innej sprawy. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę całość zarzutów skargi kasacyjnej, poniższy wywód w tym zakresie uznaje się za konieczny i uzasadniony.

Analizę podniesionych przez Skarżące zarzutów wypada rozpocząć od szczegółowego zbadania roli i znaczenia prawnego wydanego przez Ministra Zdrowia polecenia.

Warto przypomnieć, że Polecenie Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r., wydane na podstawie art. 10a ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem i przeciwdziałaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020 r., poz. 374 ze zm.; dalej jako ustawa covidowa) w związku z art. 42 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz.U. z 2020 r., poz. 1493; dalej jako ustawa zmieniająca ustawę covidową), zobowiązywało Narodowy Fundusz Zdrowia do „przekazania podmiotom (…) środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mającym bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (…) dodatkowego świadczenia pieniężnego, wypłacanego miesięcznie, zwanego dalej „dodatkowym świadczeniem”, według zasad określonych w załączniku do niniejszego polecenia, na podstawie umowy lub porozumienia.” Dalej Minister informował, że środki finansowe, o których mowa w pkt 1, sfinansowane zostaną ze środków pochodzących z budżetu państwa.

Trzeba podkreślić, że beneficjentami świadczenia miały być wszystkie osoby „wykonujące zawód medyczny, uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem

SARS-CoV-2”. Polecenie w żaden sposób nie dookreślało kręgu uprawnionych do świadczenia przez odniesienie się do formy prawnej ich współpracy ze świadczeniodawcami.

W tym kontekście należy zauważyć, że wykonywanie zawodu medycznego może odbywać się w różnych formach prawnych, zarówno zatrudnienia, w tym pracowniczego, jak i prowadzenia działalności gospodarczej (jednoosobowo lub w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej – art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; jednolity tekst: Dz.U. z 2024 r., poz. 799; dalej jako ustawa o działalności leczniczej). Zasadniczo kwestia formy współpracy między podmiotami leczniczymi a osobami wykonującymi zawody medyczne i udzielającymi świadczeń zdrowotnych oraz kwestia wynagradzania tych ostatnich nie jest przedmiotem zainteresowania ani Ministerstwa Zdrowia, ani Narodowego Funduszu Zdrowia. Regulując umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą, przepis art. 136 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2024 r., poz. 146; dalej jako ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej) wskazuje, że określa ona, między innymi, rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (pkt 1); warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (pkt 2); wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach (pkt 3); zasady rozliczeń między Funduszem a świadczeniodawcami (pkt 4) oraz kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy (pkt 5). Podwykonawcy są istotni z punktu widzenia ustawowych wymagań dotyczących warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Trzeba bowiem podkreślić, że wykazy świadczeń gwarantowanych, zamieszczone w tzw. rozporządzeniach koszykowych, określają nie tylko świadczenia gwarantowane oraz poziom lub sposób ich finansowania, ale także warunki realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczące personelu medycznego oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń (art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Warunki współpracy tego personelu ze świadczeniodawcą, w szczególności czy jest to zatrudnienie, w

tym pracownicze, czy umowa o udzielenie zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych (art. 26 ustawy o działalności leczniczej) jako umowa gospodarcza (B2B) lub zatrudnieniowa (D.E Lach: *Wybrane zagadnienia dotyczące udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne* [w:] T. Kuczyński, A. Jabłoński (red.) *Prawo pracy i prawo zabezpieczenia społecznego. Księga Jubileuszowa Profesora Zdzisława Kubota*, Wrocław 2018, s. 321-323), nie mają znaczenia dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczeniodawca, w ramach kwoty określonej w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, podejmuje decyzję odnośnie do formy współpracy, uwzględniając rzecz jasna uwarunkowania szczególnego rynku pracy pracowników medycznych, rzutujące na poziom wynagrodzeń i kosztów związanych z określoną formą współpracy, w tym ewentualnie danin publicznych.

Mając na uwadze powyższe, należy uznać, że Polecenie Ministra Zdrowia dotyczyło dodatkowego świadczenia pieniężnego dla wszystkich osób spełniających określone w nim warunki, bez względu na formę ich współpracy ze wskazanymi w poleceniu podmiotami.

Trzeba zarazem dostrzec, że w Poleceniu kwestia formy współpracy pojawia się dwukrotnie. Po pierwsze, w kontekście zgody na przekazywanie przez podmiot leczniczy Narodowemu Funduszowi Zdrowia i Ministrowi Zdrowia danych o wynagrodzeniu poszczególnych osób i ich przetwarzanie (pkt 2 Załącznika do Polecenia), przy czym jednoznacznie wskazano, że przekazanie stosownych informacji i zgód odbywa się „w celu ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia i przekazania środków finansowych na jego wypłatę”. Po drugie zaś, w celu ustalenia „łącznej kwoty niezbędnej do zapewnienia świadczeń dodatkowych dla wszystkich osób uprawnionych do ich otrzymania, uwzględniającej pozostające po stronie pracodawcy koszty na składki na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i Fundusz Emerytur Pomostowych” (pkt 4 Załącznika do Polecenia).

W świetle powyższego pojawia się pytanie, czy uwzględnienie obciążenia przedmiotowego „dodatkowego świadczenia” rozmaitymi daninami publicznymi związanymi ze stosunkiem pracy nie oznacza jednak, że status zatrudnionego beneficjenta ma znaczenie dla oceny charakteru prawnego tego świadczenia, a w

odniesieniu do Skarżących – czy sprawia, że staje się ono świadczeniem ze stosunku pracy.

Szukając odpowiedzi na tak sformułowane pytanie, warto krótko odnieść się do charakteru prawnego wspomnianego Polecenia. Wbrew stanowisku Sądów obydwu instancji, Polecenie Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. nie stanowi źródła prawa pracy.

W myśl art. 9 § 1 k.p., ilekroć w Kodeksie pracy jest mowa o prawie pracy, rozumie się przez to przepisy Kodeksu pracy oraz przepisy innych ustaw i aktów wykonawczych, określające prawa i obowiązki pracowników i pracodawców, a także postanowienia układów zbiorowych pracy i innych opartych na ustawie porozumień zbiorowych, regulaminów i statutów określających prawa i obowiązki stron stosunku pracy. Artykuł 9 § 1 k.p. statuuje legalną definicję prawa pracy przez wyliczenie jego źródeł. Zgodnie ze sformułowaną w nim dyrektywą, przymiot ten posiadają akty ponadindywidualne, które określają prawa i obowiązki pracowników i pracodawców. W płaszczyźnie literalnej definicja ta nie odnosi się natomiast do statusu innych podmiotów funkcjonujących w stosunkach pracy (K. W. Baran: Kodeks pracy. Komentarz. Tom I. Art. 1-93, wyd. VI, Warszawa 2022). Analizowanego Polecenia Ministra Zdrowia nie można uznana za akt wykonawczy o charakterze podustawowym, wyrażający normy o charakterze ponadindywidualnym.

Wyrażony przez Sąd Rejonowy i podzielony przez Sąd Okręgowy pogląd, że Polecenie Ministra Zdrowia jest źródłem prawa pracy, nie znajduje uzasadnienia. W wypowiedzi K. Barana komentator stwierdza, że „Do źródeł o charakterze wykonawczym w rozumieniu art. 9 § 1 k.p. należy zaliczyć akty prawa wewnętrznego przewidziane w art. 93 Konstytucji RP, jeżeli rzutują bezpośrednio lub pośrednio na status pracowniczy osób zatrudnionych w administracji. Ich katalog ma charakter otwarty, w efekcie obok uchwał Rady Ministrów oraz zarządzeń premiera i ministrów mogą nosić inne nazwy. Adresowane są one wyłącznie do jednostek organizacyjnych podległych organowi wydającemu.” Z przytoczonej wypowiedzi K. Barana należy wnosić, że wprawdzie katalog aktów prawa wewnętrznego, o których mowa w art. 93 Konstytucji RP, jest otwarty i akty te są aktami wykonawczymi w rozumieniu art. 9 § 1 k.p., ale tylko w zakresie, w jakim rzutują na status pracowniczy osób zatrudnionych w administracji. Tymczasem z ustaleń faktycznych niniejszej sprawy wynika, że

Skarżące w okresie objętym żądaniem pozwu nie były pracownikami jednostki administracji podległej ministrowi wydającemu Polecenie. Były zatrudnione przez podmiot leczniczy (Szpital […] w B.) będący samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej (SPZOZ), mającym osobowość prawną, działającym na podstawie ustawy o działalności leczniczej, którego organem założycielskim jest Samorząd Województwa […].

Godzi się przypomnieć, że Polecenie Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zostało wydane na podstawie art. 10a ust. 1 ustawy covidowej. Przepis ten stanowił, że minister właściwy do spraw zdrowia może podejmować inne niż określone w art. 10 działania związane z przeciwdziałaniem Covid-19. Z kolei z mocy art. 10 ustawy covidowej minister właściwy do spraw zdrowia mógł nałożyć obowiązek wykonania określonego zadania w związku z przeciwdziałaniem Covid-19 między innymi na podmiot leczniczy będący SPZOZ, zapewniając środki na pokrycie wydatków związanych z wykonaniem tego obowiązku. Natomiast Polecenie Ministra Zdrowia z dnia 1 listopada 2020 r. wydano w oparciu o art. 42 ustawy zmieniającej ustawę covidową. Z art. 10a ust. 1 ustawy covidowej stosowanym w związku z art. 42 ustawy zmieniającej nie wynika, że działanie ministra właściwego do spraw zdrowia (podmiotu uprawnionego na podstawie art. 10a ust. 1 ustawy covidowej) mogło polegać na nałożeniu obowiązku na osobę prawną - SPZOZ utworzony przez jednostkę samorządu terytorialnego (podmiot, który nie jest jednostką organizacyjną podległą Ministrowi Zdrowia) względem zatrudnianych przez nią pracowników. Wniosek przeciwny kolidowałby z charakterem prawnym aktu wewnętrznego, o którym w art. 93 Konstytucji RP, a więc aktu o charakterze wewnętrznym obowiązującego tylko jednostki organizacje podległe wydającemu go organowi, który to akt nie może stanowić podstawy decyzji wobec obywateli, osób prawnych oraz innych podmiotów. Polecenie Ministra Zdrowia nie było wszak aktem wykonawczym w rozumieniu art. 9 § 1 k.p., kształtującym treść stosunku pracy, jaki łączył pozwanego z powodem. Interpretacja odmienna od przedstawionej wykładni art. 10a ust. 1 ustawy covidowej byłaby sprzeczna z podstawową zasadą prawa pracy – zasadą swobody nawiązania stosunku pracy oraz ustalania warunków pracy i płacy. Zasada ta podkreśla autonomiczność decyzji stron stosunku pracy co do nawiązania i kształtowania treści tegoż stosunku prawnego.

Wskazane w pisemnych motywach zaskarżonego wyroku orzeczenia Sądu Najwyższego również nie uzasadniają tezy, że Polecenie Ministra Zdrowia jest źródłem prawa pracy.

I tak wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 23 października 2006 r., II PK 28/06 (OSNP 2007 nr 23-24, poz. 345) i z dnia 9 czerwca 2008 r., II PK 328/07 (OSNP 2009 nr 21-22, poz. 277) dotyczyły roszczeń pracownika zatrudnionego w państwowej jednostce sfery budżetowej, którego warunki wynagrodzenia kształtowane były zgodnie z mechanizmem przewidzianym w art. 77^3 k.p. Zakres zastosowania tego przepisu, odpowiednio aktów wykonawczych wydanych na jego podstawie (co do zasady – rozporządzeń, wyjątkowo zarządzeń) odnosi się do warunków wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą dla pracowników zatrudnionych w państwowych jednostkach sfery budżetowej. Skarżące nie były takimi pracownikami. Nie można przy tym zapominać, że art. 77^3 k.p. stanowi odstępstwo od zasady wyrażonej w art. 77^1 k.p., zgodnie z którym warunki wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą ustalają układy zbiorowego pracy, stanowiące w myśl art. 9 § 1 k.p. źródło prawa pracy. Tymczasowo, to jest do momentu objęcia pracowników układem zbiorowym pracy, warunki wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą określa: 1) w przypadku pracodawców niebędących jednostkami sfery budżetowej, zatrudniającymi co do zasady co najmniej 50 pracowników – regulamin wynagradzania ustalany przez pracodawcę (art. 77^2 k.p.); 2) w przypadku pracodawców będących jednostkami sfery budżetowej – co do zasady rozporządzenie ministra właściwego do spraw pracy wydane na wniosek właściwego ministra (art. 77^3 k.p.). Z przepisów tych wynika, że w odniesieniu do pracodawców niebędących jednostkami sfery budżetowej, przy ustalaniu warunków wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą uczestniczą bezpośrednio lub pośrednio (przez swoich przedstawicieli) pracodawca oraz pracownicy, którzy będą stosować dany akt (układ zbiorowy pracy, regulamin wynagradzania). W tym przejawia się cecha autonomiczności źródeł prawa pracy niebędących powszechnymi (konstytucyjnymi) źródłami prawa. O ile źródła prawa w znaczeniu konstytucyjnym pochodzą od organów państwa – są przez nie tworzone lub uznane – o tyle autonomiczne źródła prawa pracy są tworzone z udziałem

podmiotów, które nie stanowią elementu struktury państwowej; mają swoje źródło w wolnościach i prawach jednostki oraz tworzonych przez nie podmiotach (Ł. Pisarczyk: *Autonomiczne źródła prawa pracy*, WKP 2022, LEX publikacja elektroniczna, rozdział I pkt 5). Uwzględniając charakter pozwanego (osoba prawna niebędącą jednostką sfery budżetowej), Polecenie wydane przez Ministra Zdrowia nie spełnia kryteriów autonomicznego źródła prawa pracy kształtującego treść stosunku pracy Skarżących i pozwanego. Zarówno pozwany, jak i Skarżące – bezpośrednio czy pośrednio przez swoich przedstawicieli - nie uczestniczyli w tworzeniu Polecenia. Organ wydający Polecenie nie był pracodawcą Skarżących. Jednocześnie nie ustalono, aby miał on upoważnienie do działania w imieniu pozwanego w zakresie dotyczącym czynności z zakresu prawa pracy. Tym samym nie można zgodzić się z twierdzeniem, że w okolicznościach faktycznych tej sprawy Polecenie, jakkolwiek nie stanowi źródła prawa powszechnie obowiązującego, to traktować je można jako autonomiczne źródło prawa pracy.

Jeżeli chodzi o powołany w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 czerwca 1997 r., I PKN 201/97 (OSNAPiUS 1998 nr 10, poz. 296), to stan faktyczny, w którym zapadło to rozstrzygnięcie, jest odmienny od stanu faktycznego niniejszej sprawy. Dostrzeżenie tych różnic jest istotne dla oceny argumentacji Sądów obu instancji. W wyroku z dnia 11 czerwca 1997 r. Sąd Najwyższy zakwalifikował umowę spółki z ograniczoną odpowiedzialnością jako statut w rozumieniu art. 9 § 1 k.p., podkreślając, że jest to akt wewnątrzzakładowy tworzony przez wspólników spółki. Tymczasem w tej sprawie mamy do czynienia z Poleceniem będącym aktem wydanym przez organ państwa – jednostkę funkcjonującą poza strukturą pozwanego pracodawcy. Charakter podmiotu wydającego Polecenie (organ państwa) i tryb tworzenia Polecenia (jednostronnie bez udziału - nawet w sposób pośredni - stron stosunku pracy) nie uzasadniają zakwalifikowania Polecenia jako statutu będącego źródeł prawa pracy dla stosunku pracy istniejącego między pozwanym a Skarżącymi. Ponadto potrzeba ustalenia zasad finansowania świadczenia dodatkowego, o którym mowa w Poleceniu, wynikała nie z utrwalonej praktyki finansowania tego rodzaju świadczeń, ale z wyjątkowych i nieprzewidzianych okoliczności spowodowanych epidemią Covid-19. Miała na celu zapewnienie „utrzymania stanu liczbowego kadry medycznej

najbardziej istotnej z punktu widzenia przeciwdziałania COVID-19” (uzasadnienie Polecenia).

Jak zauważono wyżej, Polecenie Ministra Zdrowia nie było aktem określającym prawa i obowiązki pracodawcy i pracowników. Poleceniem minister właściwy do spraw zdrowia nałożył na Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązek określonego działania. Treścią tego obowiązku było: 1) przekazanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia środków finansowych wymienionym w Poleceniu podmiotom leczniczym oraz 2) zobowiązanie tych podmiotów leczniczych do określonych działań, to jest do: (-) wypłaty osobom spełniającym wskazane w Poleceniu warunki dodatkowego świadczeni ze środków finansowych przekazanych na ten cel przez dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w wysokości ustalonej według zasad określonych w Poleceniu, na podstawie umowy lub porozumienia; (-) poddania się kontroli w zakresie realizacji zobowiązania wypłaty dodatkowego świadczenia z przekazanych środków finansowych; oraz (-) zwrotu środków finansowych w sytuacjach określonych w Poleceniu (Załącznik do Polecenia określający zasady przekazania środków finansowych). Analiza treści Polecenia uzasadnia konkluzję, że Polecenie nie stanowiło podstawy prawnej obowiązku podmiotu leczniczego wypłaty dodatkowego świadczenia zatrudnionym przez niego członkom personelu medycznego. Obowiązek taki po stronie pozwanego szpitala mógł powstać dopiero na skutek działań Narodowego Funduszu Zdrowia podjętych w wykonaniu Polecenia. Ponadto, w treści Polecenia mowa o wypłacie dodatkowego świadczenia „na podstawie umowy lub porozumienia”, z czego można wnioskować, że czynnością poprzedzającą jego realizacją miało być wyrażenie przez podmiot leczniczy zgody na to w ramach bliżej nieokreślonej w Poleceniu umowy lub porozumienia.

W świetle zaprezentowanych rozważań, nie można Polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. traktować jako aktu wyrażającego normę wzorcową, względem której należy oceniać treść porozumień zawieranych przez pracodawcę ze stroną związkową w aspekcie zasady korzystności, o której mowa w art. 9 § 2 k.p.

W konsekwencji tego, przewidziane Poleceniem Ministra – jako aktem wewnętrznym, nakładającym określone zobowiązanie na Narodowy Fundusz

Zdrowia – „dodatkowe świadczenie” nie stanowiło świadczenia ze stosunku pracy. Nie było ono przedmiotem uzgodnień stron stosunku pracy ani nie wynikało z przepisów prawa pracy.

Najprawdopodobniej, z przyczyn podanych na wstępie rozważań Sądu Najwyższego, zawartą przez […] Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z pozwanym umową, pozwany (prawdopodobnie, z uwagi na znajomość przez Sąd Najwyższy z urzędu podobnych umów) nie został upoważniony (ani zobowiązany) do decydowania o przyznaniu tego świadczenia, określania jego wysokości, warunków nabycia itd., a jedynie do dokonywania czynności o charakterze technicznym, przede wszystkim wypłaty (nie: finansowania) osobom spełniającym - określone w Poleceniu a następnie w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia - przesłanki świadczenia w wysokości wskazanej w Poleceniu.

Okoliczność, że w Poleceniu przewidziano środki na wypadek, gdyby beneficjentami świadczenia okazały się także osoby, za które należy opłacić rozmaite daniny publiczne („uwzględniając pozostające po stronie pracodawcy koszty”) nie może przesądzać o charakterze prawnym tego świadczenia. Po pierwsze, trzeba zauważyć, że stosowny obowiązek podmiotu zatrudniającego dotyczy także pozapracowniczych form zatrudnienia: wszelkich umów o świadczenie usług, do których na mocy art. 750 k.c. stosuje się przepisy o zleceniu („kontraktów”). Po drugie – co nawet istotniejsze – obowiązek składkowy reguluje prawo zabezpieczenia społecznego, które ma charakter autonomiczny w stosunku do prawa pracy. Przewidziany prawem zabezpieczenia społecznego obowiązek składkowy nie wpływa zatem na kwalifikację prawną przedmiotowego świadczenia i nie czyni go świadczeniem ze stosunku pracy.

Konkludując, należy stwierdzić, że w Poleceniu Ministra Zdrowia przewidziano szczególne świadczenie, finansowane ze środków publicznych, adresowane do zakreślonego w Poleceniu kręgu podmiotów, bez względu na ich status zatrudnieniowy. Jego ekstraordynaryjny charakter i przeznaczenie podkreślono w uzasadnieniu Polecenia, wskazując: „niniejsze polecenie ma na celu uatrakcyjnienie warunków zatrudnienia osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń w szpitalach przeznaczonych dla pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, co przyczyni się do utrzymania stanu liczbowego kadry medycznej

najbardziej istotnej z punktu widzenia przeciwdziałania COVID-19.” Chodziło zatem o uhonorowanie wysiłków „kadry medycznej” w celu utrzymania wydolności przeciążonego w okresie pandemii systemu opieki zdrowotnej.

Należy przy tym uznać, że to, iż wypłatę przedmiotowego świadczenia powierzono wskazanym w Poleceniu podmiotom (w okolicznościach niniejszej sprawy - pracodawcy powoda), nie wpływa na ocenę jego charakteru prawnego, w szczególności nie upoważnia do zakwalifikowania go do kategorii świadczeń ze stosunku pracy.

Po pierwsze ani Polecenie, ani zawarta w jego wykonaniu umowa (prawdopodobnie) nie stanowiły źródła prawa pracy modyfikującego treść stosunku pracy między powódkami, a pozwanym […].

Po drugie, nałożenie na pracodawcę obowiązku wypłacania określonego świadczenia nie oznacza, że ma on w tym zakresie obowiązek/kompetencję zmodyfikowania treści stosunku pracy. Trzeba w tym widzieć raczej powierzenie podmiotowi niepublicznemu (niebędącemu podmiotem władzy publicznej) wykonania określonych zadań publicznych, co jest często stosowaną praktyką w odniesieniu do nakładania na podmioty zatrudniające rozmaitych obowiązków z zakresu zabezpieczenia społecznego. Pomijając nawet rozliczne techniczne obowiązki płatnika dotyczące zgłaszania do ubezpieczeń i opłacania składek, trzeba pamiętać, że możliwe jest także nałożenie obowiązku wypłaty określonych świadczeń, niemających jednak charakteru świadczeń ze stosunku pracy. Nie ma wątpliwości, że tak, jak wypłacane przez pracodawcę zasiłki nie stają się świadczeniami ze stosunku pracy, tak i przedmiotowe „dodatkowe świadczenia”, realizowane przez wskazane w Poleceniu Ministra Zdrowia podmioty na podstawie zawartych przez nie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, nie zyskują takiego charakteru. Okoliczność, że świadczenie to wypłacał pracodawca, nie zmieniła jego charakteru prawnego: *sui generis* świadczenia dla określonej grupy osób wykonujących zawód medyczny, wprowadzonego w szczególnych uwarunkowaniach epidemii COVID-19.

Odnośnie do kwestii dopuszczalności modyfikowania przez pozwanego pracodawcę wysokości „dodatkowego świadczenia”, warto zauważyć, że wysokość przedmiotowego świadczenia została jednoznacznie określona zarówno w Poleceniu Ministra Zdrowia, jak i realizującej je umowie (prawdopodobnie) Narodowego

Funduszu Zdrowia ze Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w […]. Tak w Poleceniu, jak i w umowie (prawdopodobnie) nie przewidziano mechanizmu kształtującego wysokości świadczenia w zależności od wymiaru czasu pracy wykonywanej w określonych warunkach. Brak także wyraźnie wyartykułowanej kompetencji dla podmiotu zobowiązanego do wypłaty „dodatkowego świadczenia" do różnicowania jego wysokości w związku z uwarunkowaniami występującymi w tym podmiocie.

Nie ma ponadto powodu, aby – wbrew treści Polecenia i umowy (prawdopodobnie) – stosowną kompetencję domniemywać w oparciu o argumenty aksjologiczne. Sięgnięcie do wykładni funkcjonalnej możliwe jest tylko w sytuacji językowej wieloznaczności przepisu, a ta w analizowanej sprawie nie występuje. Poza tym, problematyczne może być ustalenie motywacji prawodawcy. Chodzi bowiem o wykluczenie ryzyka, że system wartości czy cele prawa przypisywane prawodawcy okażą się wartościami uznawanymi przez interpretatora czy raczej celami ustawy, jaki chciałby widzieć interpretator (S. Wronkowska, Z. Ziembiński: Zarys teorii prawa, Poznań 2001, s. 166-168).

W tym kontekście wypada przypomnieć, że w uzasadnieniu Polecenia wskazano, iż przedmiotowe świadczenie ma na celu „uatrakcyjnienie warunków zatrudnienia osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń w szpitalach przeznaczonych dla pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, co przyczyni się do utrzymania stanu liczbowego kadry medycznej najbardziej istotnej z punktu widzenia przeciwdziałania COVID-19.". Nie można zapominać, że chodziło o sytuację bardzo dynamiczną, skutkującą przeciążeniem systemu i pracujących w nim osób. Wprowadzenie wymogu wstecznej weryfikacji ilości godzin pracy w określonych warunkach implikowałoby dodatkowe obciążenie administracyjne. Co więcej, chodziło o zmotywowanie i uhonorowanie „kadry medycznej". Obniżanie wysokości świadczenia, na przykład w związku z – niezależnym od danej osoby – przenoszeniem między oddziałami danego szpitala, nie służyłoby realizacji tego celu.

Innymi słowy, przyjęte w Poleceniu rozwiązanie, w którym wysokość świadczenia jest zryczałtowana i nie zależy od liczby godzin pracy w określonych warunkach, można – zależnie od przyjętych założeń – oceniać zarówno jako swoisty

błąd, wymagający korekty za pomocą zasady proporcjonalności. Można jednak – w szczególnych okolicznościach pandemii – uznać, że proporcjonalna modyfikacja wysokości świadczenia stałaby w sprzeczności z jego celem, jednoznacznie wyartykułowanym w Poleceniu. Wobec możliwości konstruowania odmiennych ocen odnośnie do ukształtowania przedmiotowego świadczenia odwoływanie się do argumentacji funkcjonalnej, zwłaszcza w opozycji do jednoznacznego brzmienia Polecenia i realizującej je umowy, nie wydaje się zasadne.

Suma powyższych rozważań prowadzi do wniosku, że służąca realizacji Polecenia umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia prawdopodobnie zobowiązywała pozwany szpital do spełnienia określonego świadczenia (wypłaty uprawnionym osobom „dodatkowego świadczenia”), nie dając mu wszakże prawa do modyfikowania tego obowiązku, w tym zwłaszcza do samodzielnego ustalania wysokości przedmiotowego „dodatkowego świadczenia”, na przykład przez powiązanie jej z czasem wypełniania określonych zadań.

Mając na uwadze zaprezentowane wyżej konkluzje na temat prawego charakteru spornego „dodatkowego świadczenia”, pozwalających na jednoznaczne stwierdzenie, że nie może być ono zakwalifikowane jako świadczenie ze stosunku pracy, w konsekwencji trzeba uznać, że nie jest dopuszczalne różnicowanie jego wysokości w oparciu o przepisy prawa pracy.

Odnosząc się wprost do zarzutów skargi kasacyjnej, można zatem przyjąć, że pozwany w okresie objętym pozwem nie był uprawniony do proporcjonalnego ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia w zależności od ilości godzin pracy Skarżących w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

W dalszej kolejności także przepis art. 78 § 1 k.p. jako odnoszący się do kształtowania wysokości wynagrodzenia, nie znajduje zastosowania do przedmiotowego „dodatkowego świadczenia”, gdyż nie stanowiło ono elementu wynagrodzenia w rozumieniu tego przepisu., ale *sui generis* świadczenie dla osób wykonujących zawód medyczny w określonych okolicznościach faktycznych (pandemii COVID-19).

Tylko na marginesie godzi się uzupełniająco wskazać, że reguła ekwiwalentności wynagrodzenia nie ma charakteru bezwzględnego i doznaje

wyjątków, co dotyczy przede wszystkim właśnie rozmaitych dodatków do wynagrodzenia, jako jego składników nieobligatoryjnych, dodatkowych i roszczeniowych. Odnośnie do tychże dodatków w literaturze przyjmuje się, że „Składnik ten służy docenieniu rodzaju wykonywanej pracy, jak również kwalifikacji pracownika, w przeciwieństwie do premii z reguły abstrahuje od ilości i jakości wykonywanej pracy. Stanowi zapłatę za szczególne utrudnienia w pracy lub zwiększony zakres odpowiedzialności. Dodatki co do zasady mają charakter stały, mogą być przyznawane jednak okresowo.” (P. Prusinowski [w:] *Kodeks pracy. Komentarz. Tom I. Art. 1-93*, wyd. VI, red. K. W. Baran, Warszawa 2022, komentarz do art. 78, s. 992). Podkreślając, że dodatki „z reguły abstrahują od ilości i jakości wykonywanej pracy”, warto zauważyć, że zdefiniowany w uzasadnieniu Polecenia cel przedmiotowego „dodatkowego świadczenia” niewątpliwie nawiązuje do opisanego w cytowanym fragmencie przeznaczenia rozmaitych dodatków jako nieekwiwalentnych składników wynagrodzenia, służących „docenieniu rodzaju wykonywanej pracy” lub stanowiących „zapłatę za szczególne utrudnienia”.

Za trafny należy uznać także kasacyjny zarzut naruszenia przez Sąd drugiej instancji art. 393 k.c.

Pojawia się bowiem kwestia czy roszczenie Skarżących o wyrównanie przedmiotowego świadczenia miało oparcie w umowie między pozwanym a […] Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia stanowiącej wykonanie Polecenia Ministra Zdrowia, czy też pozwany mógł ustalić własne zasady przyznawania przewidzianego tą umową dodatku, biorąc oczywiście pod uwagę prawdopodobną treść takich umów.

Wypada zatem przypomnieć, że umowa o świadczenie na rzecz osoby trzeciej (*pactum in favorem tertii*) to szczególna konstrukcja prawna, która pozwala na wprowadzenie do struktury stosunku zobowiązaniowego osoby trzeciej wobec wierzyciela i dłużnika. Trójpodmiotową strukturę osiąga się w drodze porozumienia stron określonej umowy (umowy podstawowej, głównej), podczas jej zawierania lub dokonywania jej modyfikacji, albo drogą umowy uzupełniającej o ten element treść stosunku prawnego powstałego z innego zdarzenia (na przykład deliktu). Umowa na rzecz osoby trzeciej nie jest więc samodzielnym kontraktem, lecz zastrzeżeniem umownym uzupełniającym treść określonego stosunku obligacyjnego. Treścią

zastrzeżenia jest zobowiązanie dłużnika, że spełni świadczenie na rzecz osoby trzeciej. Umowa wiąże wyłącznie przyrzekającego (dłużnika) i zastrzegającego (wierzyciela, przyjemcę przyrzeczenia), a stosunek ich łączący określa się mianem stosunku pokrycia. Obowiązek dłużnika świadczenia na rzecz osoby trzeciej realizowany jest w ramach stosunku zapłaty. Osoba trzecia nie jest stroną umowy, a sens włączenia tego podmiotu w strukturę zobowiązania wyjaśnia stosunek łączący ją z wierzycielem (stosunek waluty). Jego treść uzasadnia przysporzenie na rzecz osoby trzeciej (A. Olejniczak [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania - część ogólna*, wyd. II, red. A. Kidyba, Warszawa 2014, *komentarz do art. 393 pkt 1*). Na potrzeby powyższej konstrukcji terminem „zastrzegający" określa się wierzyciela stosunku zobowiązaniowego, zaś terminem „przyrzekający" - dłużnika tego stosunku, do którego w związku z zawartą między nimi umową została wprowadzona osoba trzecia, na rzecz której, w miejsce wierzyciela, ma zostać spełnione świadczenie dłużnika. Osoba trzecia nie jest stroną czynności prawnej, w której powyższe zastrzeżenie zostaje zawarte, stanowiąc podmiot, któremu zgodnie z umową podstawową, która została zawarta między wierzycielem a dłużnikiem, nie przysługuje żaden z tych statusów, jednocześnie uzyskując pozycję wierzyciela ze stosunku zobowiązaniowego wynikającego z tej umowy (G. Karaszewski [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz aktualizowany*, red. P. Nazaruk, LEX/el. 2024, *komentarz do art. 393, pkt 2*).

W wyniku zawarcia umowy na rzecz osoby trzeciej dłużnik ma obowiązek spełnić świadczenie na jej rzecz, a nie na rzecz wierzyciela. W ten sposób wykonuje, jednakże obowiązek ciążący na nim względem wierzyciela (B. Gliniecki [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz, wyd. II*, red. M. Balwicka-Szczyrba, A. Sylwestrzak, Warszawa 2024, *komentarz do art. 393, pkt 3*). Innymi słowy, istotą konstrukcji świadczenia na rzecz osoby trzeciej (art. 393 k.c.) jest „przeadresowanie świadczenia" należnego wierzycielowi na osobę trzecią, która staje się uczestnikiem stosunku obligacyjnego, a wykonanie zobowiązania przez dłużnika powoduje umorzenie dwóch zobowiązań w ramach jednego świadczenia (wyrok Sądu Najwyższego z 9 sierpnia 2016 r., II CSK 101/16, LEX nr 2087738). Stosunek podstawowy to *causa* przysporzenia na rzecz osoby trzeciej w postaci jej uprawnienia (roszczenia) do otrzymania

zastrzeżonego świadczenia (A. Koch [w:] *Kodeks cywilny. Tom II. Komentarz. Art. 353–626*, M. Gutowski (red.), Warszawa 2022 *komentarz do art. 393 nb. 4*).

Na tym tle warto zauważyć, że w przypadku przedmiotowej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia dłużnik – Szpital […] w B. został prawdopodobnie zobowiązany do spełnienia określonego świadczenia na rzecz osób wskazanych w tej umowie (jej beneficjentów).

Świadczenie pozwanego polegające na wypłacie „dodatkowego świadczenia" nie jest jednak świadczeniem Narodowego Funduszu Zdrowia jedynie „przeadresowanym" na osoby wymienione w umowie. W konsekwencji można byłoby zastanawiać się, czy w istocie umowa ta jest umową o świadczenie na rzecz osób trzecich w rozumieniu art. 393 k.c. Należy jednak mieć na uwadze, że w analizowanym przypadku chodzi o szczególną sytuację prawną, odnoszącą się do stosunków między podmiotami systemu opieki zdrowotnej. Generalnie można stwierdzić, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie został wyposażony w uprawnienia o charakterze władczym w stosunku do świadczeniodawców i – przede wszystkim w kontekście organizowania systemu opieki zdrowotnej – posługuje się instrumentarium cywilnoprawnym. Niemniej relacja Narodowego Funduszu Zdrowia ze świadczeniodawcą nie jest klasycznym stosunkiem zobowiązaniowym prawa prywatnego. Okoliczność, że Narodowy Fundusz Zdrowia stosuje instrumentarium cywilnoprawne, nie zmienia złożonego charakteru prawnego tej relacji.

Mając na względzie powyższe, trzeba ponadto wskazać, że umowa o świadczenie na rzecz osoby trzeciej na ogół stanowi dodatek do innej umowy (podstawowej), ale może być także dodatkiem do stosunku obligacyjnego powstałego między wierzycielem i dłużnikiem z innego tytułu prawnego (M. Bednarek, P. Drapała, E. Łętowska: *Umowy odnoszące się do osób trzecich*, Warszawa 2005, § 4.III.3.).

W doktrynie (W. Borysiak: *Czynność prawna jako podstawowe źródło stosunku prawa medycznego* [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Instytucje Prawa Medycznego. System Prawa Medycznego. Tom 1*, Warszawa 2018, s. 438-439 i wskazana tam literatura) i orzecznictwie (uchwała Sądu Najwyższego z 27 kwietnia 2001 r., III CZP 5/01, OSNC 2001 nr 11, poz. 161; wyrok Sądu Najwyższego z 16 lutego 2005 r., IV CK 541/04, LEX nr 149585) dość powszechnie traktuje się umowę

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jako umowę na rzecz osoby trzeciej w rozumieniu art. 393 k.c. (odmiennie jednak Z. Strus: *Rola i odpowiedzialność cywilna Narodowego Funduszu Zdrowia w stosunku do ubezpieczenia zdrowotnego*, Przegląd Sądowy 2005 nr 9, str. 40 i n.), wskazując, że tworzy ona stosunek cywilnoprawny z zawartymi w nim jednak elementami publicznoprawnymi (Z. Banaszczyk: *Umowy handlowe w prawie medycznym* [w:] M. Stec (red.), *Prawo umów handlowych. System Prawa Prywatnego*. Tom 5b, Warszawa 2020, s. 1203). W umowie takiej między Narodowym Funduszem Zdrowia (zastrzegającym) a podmiotem wykonującym działalność leczniczą będącym świadczeniodawcą (przyrzekającym) istnieje stosunek pokrycia, między świadczeniodawcą a pacjentem istnieje stosunek zapłaty, a między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniobiorcą (pacjentem – osobą trzecią) stosunek waluty. Świadczeniodawca spełnia własne zobowiązanie umowne, jednak z punktu widzenia stosunku waluty spełnia je na rachunek Narodowego Funduszu Zdrowia. Fundusz, w zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, działa bowiem w imieniu własnym, lecz na rzecz ubezpieczonych (art. 97 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Względem umowy zawieranej między Narodowym Funduszem Zdrowia a podmiotem leczniczym pacjent ma więc jedynie status osoby trzeciej – beneficjenta.

W świetle powyższego można stwierdzić, że nałożenie obowiązku wypłaty przedmiotowego „dodatkowego świadczenia” w drodze umowy zawartej przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcą (pozwanym szpitalem) jest konsekwencją ukształtowania relacji prawnych podmiotów systemu opieki zdrowotnej. Skoro publicznoprawny system finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wykorzystuje do transferu środków pieniężnych mechanizmy cywilnoprawne, to nie ma przeszkód, aby konstrukcję umowy o świadczenie na rzecz osoby trzeciej – podobnie jak ma to miejsce odnośnie do kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej – zastosować również w przypadku omawianej umowy. Zapewne z tego też względu taka forma prawna (*expressis verbis*: „umowa lub porozumienie”) przekazania określonym podmiotom leczniczym środków z przeznaczeniem na wypłatę „dodatkowego świadczenia” została przewidziana w Poleceniu Ministra Zdrowia.

W konsekwencji należy uznać, że causą przysporzenia na rzecz osoby trzeciej – osoby wykonującej w określonych umową okolicznościach zawód medyczny – jest stosunek obligacyjny między Narodowym Funduszem Zdrowia a tymi osobami, wynikający z Polecenia Ministra Zdrowia.

Konkludując, trzeba przyjąć, że służąca wykonaniu Polecenia Ministra Zdrowia umowa zawarta między pozwanym a […] Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia stanowiła prawdopodobnie umowę o świadczenie na rzecz osoby trzeciej w rozumieniu art. 393 k.c. Dłużnik (pozwany) był zatem obowiązany spełnić określone w umowie świadczenie na rzecz Skarżących jako osób trzecich w wykonaniu obowiązku wierzyciela (Narodowego Funduszu Zdrowia). Okoliczność, że adresatem świadczenia była osoba trzecia, nie wpływała w żaden sposób na treść/rozmiar zobowiązania dłużnika. Nie był on więc uprawniony do samodzielnego ustalenia zasad przyznawania przewidzianego tą umową „dodatkowego świadczenia” lub kształtowania jego wysokości.

Na marginesie warto zwrócić uwagę na inną jeszcze kwestię, potencjalnie istotną z perspektywy sytuacji prawnej Skarżących jako osób trzecich zainteresowanych możliwością dochodzenia przedmiotowego świadczenia od pozwanego. Otóż umowa o świadczenie na rzecz osoby trzeciej może występować w dwóch wariantach, zależnych od stron tej umowy, co wynika z dyspozytywnego przepisu art. 393 § 1 k.c.

W doktrynie wyróżnia się bowiem dwa rodzaje umowy na rzecz osoby trzeciej: 1) właściwą (uprawniającą) umowę na rzecz osoby trzeciej oraz 2) niewłaściwą (upoważniającą) umowę na rzecz osoby trzeciej. Obydwie postaci umowy na rzecz osoby trzeciej rodzą po stronie dłużnika obowiązek świadczenia na rzecz trzeciego. Z żadnego z rodzajów umowy na rzecz osoby trzeciej nie wynika stan związania prawnego wierzyciela w stosunku do osoby trzeciej (aczkolwiek wierzyciel może być zobowiązany wobec osoby trzeciej, z tym że na podstawie stosunku waluty). Jednakże w przeciwieństwie do właściwej umowy na rzecz osoby trzeciej, niewłaściwa umowa na rzecz tej osoby nie kreuje po jej stronie uprawnienia do otrzymania świadczenia od dłużnika. Umowa taka rodzi bowiem dla osoby trzeciej jedynie upoważnienie do przyjęcia świadczenia od dłużnika ze skutkiem zwalniającym dłużnika wobec wierzyciela, czyli ze skutkiem umarzającym

zobowiązanie w ramach stosunku pokrycia (M. Bednarek, P. Drapała, E. Łętowska: *Umowy …*, § 4.III.2., s. 1040). Trzeba jednak przy tym dostrzec, że w literaturze wyrażany jest pogląd, zgodnie z którym założenie, iż niewłaściwa umowa na rzecz osoby trzeciej w ogóle nie kreuje po stronie osoby trzeciej uprawnienia do otrzymania świadczenia od dłużnika, nie ma podstaw prawnych (tak: R. Strugała [w:] P. Machnikowski (red.), *Zobowiązania. Część ogólna. Tom II. Komentarz*, Warszawa 2024, komentarz do art. 393, nb.29).

Abstrahując od próby rozstrzygnięcia tej kwestii, można wskazać, że z brzmienia art. 393 § 1 k.c. wynika, iż normuje on jedynie wersję właściwej umowy o świadczenie na rzecz osoby trzeciej. Postać niewłaściwa jest dopuszczalna w ramach swobody umów. Unormowanie zawarte w art. 393 § 1 k.c. ma charakter dyspozytywny, wskazujący, że w przypadku braku odmiennego postanowienia stron w tej kwestii *pactum in favorem tertii* ma postać umowy właściwej (A. Koch [w:] *Kodeks …,* komentarz do art. 393 nb. 1).

Mając na uwadze całokształt wyżej przedstawionych rozważań i odnosząc się do zarzutów skargi kasacyjnej, wypada stwierdzić, że przewidziane Poleceniem Ministra Zdrowia – jako aktem wewnętrznym, nakładającym określone zobowiązanie na Narodowy Fundusz Zdrowia – „dodatkowe świadczenie” nie stanowiło świadczenia ze stosunku pracy, ale *sui generis* świadczenie na rzecz osób wykonujących zawód medyczny i spełniających warunki do nabycia tego szczególnego świadczenia, finansowanego ze środków publicznych, o określonej wysokości. W konsekwencji tego, w okresie objętym pozwem pracodawca nie mógł dokonać proporcjonalnego ustalenia wysokości dodatkowego świadczeń Skarżących w zależności od ilości godzin pracy w bezpośrednim kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Przepis art. 78 § 1 k.p. również nie znajduje zastosowania do przedmiotowego „dodatkowego świadczenia”. Na mocy art. 393 § 1 k.c. Skarżące mogły żądać bezpośrednio od pozwanego spełnienia zastrzeżonego świadczenia w wysokości i na zasadach określonych prawdopodobnie umową […] Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z pozwanym Szpitalem.

Niemniej jednak powyższych rozważań Sądu Najwyższego odnośnie co do prawdopodobnej treści, właściwości i charakteru umowy (znanych tut. Sądowi z

urzędu w innych, podobnych sprawach), niewątpliwie zawartej pomiędzy pozwanym Szpitalem a […] Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, będą one aktualne, jeśli znajdą wierne odzwierciedlenie w takiej umowie. Jak bowiem, już na wstępie rozważań Sądu Najwyższego podkreślono, umowa taka nie była przedmiotem oceny Sądów obydwu instancji. W związku z tym, przy ponownym rozpoznaniu sprawy należy odnieść się do treści umowy, dokonując jej jednoznacznej oceny, biorąc pod uwagę całość zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego.

Biorąc powyższe pod uwagę, Sąd Najwyższy z mocy art. 398^{15} § 1 k.p.c. orzekł jak w sentencji wyroku.

[r.g.]