



Sygn. akt III PSKP 8/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 grudnia 2022 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Jolanta Frańczak (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Zbigniew Korzeniowski

SSN Krzysztof Rączka

w sprawie z powództwa Szpitala w W.

przeciwko B. M.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy i Ubezpieczeń
Społecznych w dniu 7 grudnia 2022 r.,

skargi kasacyjnej strony powodowej od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i
Ubezpieczeń Społecznych we Wrocławiu

z dnia 25 czerwca 2020 r., sygn. akt VIII Pa 31/19,

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi
Okręgowemu we Wrocławiu do ponownego rozpoznania oraz
orzeczenia o kosztach postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Sąd Rejonowy dla Wrocławia - Śródmieścia we Wrocławiu wyrokiem z dnia 30 października 2018 r. oddalił powództwo Szpitala w W. (dalej jako Szpital) przeciwko pozwanemu B. M. o zapłatę kwoty 18.847,10 zł tytułem zwrotu

należności, które powód uścił jako pracodawca pozwanego do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu składek opłacanych przez pracownika oraz zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 3.617 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania.

Sąd Rejonowy ustalił, że pozwany był zatrudniony w Szpitalu od dnia 1 lipca 2008 r. na podstawie umowy o pracę, jako lekarz, w pełnym wymiarze czasu pracy. W okresie od dnia 1 marca 2009 r. do dnia 31 grudnia 2012 r. Szpital był związany kilkoma umowami o świadczenie usług medycznych z zakresu neurologii z Prywatną Przychodnią Lekarską, prowadzoną przez C. S., z siedzibą w O. (dalej jako P.). Przedmiotem tych umów było zapewnienie sprawnego funkcjonowania Kliniki [...] w Szpitalu w systemie pracy całodobowej i zapewnienie właściwej opieki lekarskiej hospitalizowanym w niej pacjentom przez zabezpieczenie dyżurów lekarskich, do obsadzenia których brakuje kadry lekarskiej zatrudnionej w Szpitalu. W celu realizacji zawartych z powodowym Szpitalem umów Przychodnia zatrudniła na podstawie umów zlecenia lekarzy, którzy byli jednocześnie pracownikami Szpitala.

Także pozwany - w okresach od dnia 1 listopada 2008 r. do dnia 31 stycznia 2009 r., od dnia 1 czerwca 2009 r. do dnia 31 grudnia 2010 r. oraz od dnia 1 kwietnia do dnia 31 grudnia 2011 r. - był stroną umów cywilnoprawnych (nazywanych umową zlecenia oraz umową o dyżur) zawartych z Przychodnią. W umowie z dnia 1 listopada 2008 r. przewidziano, że z kwot określonych w umowie jako wynagrodzenie za dyżur zleceniodawca potrąci i przekaże, zgodnie z przepisami zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych oraz składki na ubezpieczenia społeczne, zaś w umowie z dnia 1 stycznia 2010 r. - że zobowiązania publicznoprawne z tytułu realizacji umowy na rzecz Skarbu Państwa (w tym na rzecz urzędu skarbowego i ZUS) obciążają przyjmującego zamówienie, a w umowie z dnia 1 kwietnia 2011 r. - że z kwoty wynagrodzenia potrącona zostanie zaliczka na podatek dochodowy od osób fizycznych oraz składka na ubezpieczenie zdrowotne. Jednocześnie zleceniobiorca (pozwany) oświadczał, iż nie wnosi o objęcie go ubezpieczeniem społecznym. Z inicjatywą podpisania przez lekarzy umów zlecenia z Przychodnią wystąpił powodowy Szpital, wskazując na konieczność przeorganizowania dyżurów z uwagi na braki kadrowe w Szpitalu i

pośredniczył przy ich zawieraniu. Pozwany zdawał sobie sprawę, że gdyby lekarze odmówili podpisania umów cywilnoprawnych i świadczenia na ich podstawie dyżurów, ciągłość pracy Szpitala nie byłaby zapewniona, co mogło skutkować nawet utratą kontraktu z NFZ. Wykonanie umów zlecenia przez lekarzy następowało na terenie Szpitala, w tym samym miejscu i pod zwierzchnictwem tych samych przełożonych, co podczas dyżurów pełnionych w ramach stosunku pracy. Dyżury w ramach umów zlecenia nie były liczone do etatowego czasu pracy lekarzy. Gdyby lekarze wykonali tę samą pracę w ramach stosunku pracy (w nadgodzinach), przekraczaliby dopuszczalne prawem normy czasu pracy. Ordynator oddziału neurologii oraz pracownicy kadr informowali lekarzy, że pełnione przez nich dyżury będą finansowane przez podmiot zewnętrzny, jednak dla samych lekarzy nic się nie zmienia. Informowali także, że wynagrodzenie, jakie otrzymują za dyżury, stanowi należność po odliczeniu wszystkich składek. Lekarze, w tym pozwany, byli przekonani, że umowy zlecenia zaproponowane im przez pracodawcę zostały prawidłowo ukształtowane i opłacone. Pozwany w całości zużył kwoty wypłacone mu z tytułu wynagrodzenia za pracę i wykonanych umów zlecenia na bieżące wydatki życiowe, nie odkładał ich na rachunku oszczędnościowym.

Decyzją z dnia 12 marca 2013 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we Wrocławiu określił wobec pozwanego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe i zdrowotne za czerwiec 2009 r., wynikającą z umów cywilnoprawnych zawartych przez niego z Przychodnią, uznając jednocześnie, że obowiązek zapłaty tych składek obciąża powodowy Szpital jako pracodawcę pozwanego. Na jego rzecz była bowiem wykonywana przez pozwanego praca w ramach umowy cywilnoprawnej zawartej z Przychodnią. Sąd Okręgowy we Wrocławiu wyrokiem z dnia 10 października 2014 r., VIII U 3001/13, oddalił odwołanie Szpitala od tej decyzji. W tym postępowaniu Sąd Okręgowy ustalił, że personel medyczny, w tym pozwany, pozostawał z powodem w stosunku pracy i jednocześnie wykonywał na jego rzecz pracę w ramach umów cywilnoprawnych zawartych z osobą trzecią (Przychodnią). Dlatego to powodowy Szpital, będąc pracodawcą, jest płatnikiem składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu umowy cywilnoprawnej, w ramach której personel medyczny wykonywał na jego rzecz pracę. W toku kontroli prowadzonej w 2015 r.

organ rentowy uznał m.in., że Szpital nie uiścił składek za okres od stycznia 2011 r. do grudnia 2012 r., wynikających z umów zawartych przez pozwanego z Przychodnią. W wyniku decyzji organu rentowego i dokonywanych na ich podstawie korekt deklaracji powstało zobowiązanie powodowego Szpitala odpowiednio: z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne - w kwocie 201.708,72 zł, z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne - 123.962, 99 zł, a z tytułu składek na Fundusz Pracy - 24.842,14 zł. W dniach 15 i 28 maja 2015 r. Szpital przekazał na rachunek bankowy organu rentowego łącznie kwotę 812.741,28 zł. Powód wskazał, że wysokość uiszczonych za pozwanego składek w części pokrywanej przez pracownika za czerwiec 2009 r. stanowi kwotę 196,72 zł, za okres od stycznia 2011 r. do grudnia 2012 r. - 18.650, 38 zł. Dlatego pismami z dnia 30 marca 2016 r. i 6 kwietnia 2016 r. wezwał pozwanego do zapłaty obu tych kwot.

Jako podstawę prawną dochodzonego w niniejszym postępowaniu roszczenia powód powoływał przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu (art. 405 i nast. k.c.). Natomiast pozwany twierdził, że obliczenie i odprowadzenie składek, także w części finansowanej przez pracownika, leży w gestii pracodawcy, nie ma zatem podstaw do obciążania nimi pracownika, a niezależnie od tego w całości zużył otrzymywane wynagrodzenie na bieżące potrzeby. Ponadto powództwo jest przedawnione i niezgodne z zasadami współżycia społecznego.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy uznał powództwo za bezzasadne. W ocenie Sądu Rejonowego powodowy Szpital nie wykazał czy żądana przez niego kwota została prawidłowo naliczona i czy rzeczywiście uiścił ją z tytułu składek pozwanego, a tym samym nie udowodnił, aby poniósł jakąkolwiek szkodę, do naprawienia której miałby być zobowiązany pozwany. W aktach sprawy znajdują się jedynie zbiorcze dane - takie jak wyliczenie przez organ rentowy łącznej kwoty zaległości powodowego Szpitala z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne - czy też potwierdzenie dokonania na rachunek organu rentowego przez powoda przelewu na łączną kwotę ponad 800.000 zł. Wprawdzie z załączonego do pozwu protokołu kontroli wynikają przy każdej osobie wymienionej w protokole, a więc i przy pozwanym, ustalone przez organ rentowy kwoty podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, do uiszczenia których organ rentowy ostatecznie zobowiązał pracodawcę, ale nie sposób uznać, by protokół ten

mógł stanowić dowód uiszczenia przez powoda dochodzonej w tej sprawie należności. Niemożność ustalenia czy w ogóle, a jeśli tak, to w jakiej wysokości i kiedy zostały uiszczone przez powoda należności z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne pozwanego jest równoznaczna nie tylko z niemożnością uznania, że po stronie powoda doszło do powstania szkody, ale i ustalenia, w jakim momencie doszło do rozpoczęcia biegu terminu przedawnienia dochodzonych roszczeń i kiedy roszczenie ulegnie przedawnieniu. W ocenie Sądu Rejonowego, powoływana przez powoda uchwała Sądu Najwyższego z dnia 5 grudnia 2013 r., III PZP 6/13 (LEX nr 1405276), w której przyjęto, że termin przedawnienia roszczenia pracodawcy (płatnika składek) z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia (art. 405 i n.k.c.), będącego następstwem zapłaty przez niego składek na ubezpieczenie społeczne pracowników w części, która powinna być przez nich finansowana, rozpoczyna bieg od dnia zapłaty tych składek przez pracodawcę, nie może przesądzać o zasadności żądania zwrotu uiszczonych składek na ubezpieczenie społeczne z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia. Cytowana uchwała, choć niejako *a priori* przyjęła istnienie roszczenia pracodawcy (płatnika składek) z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia będącego następstwem zapłaty przez niego składek na ubezpieczenie społeczne pracowników w części, która powinna być przez nich finansowana, to dotyczyła wyłącznie ustalenia początku biegu terminu przedawnienia roszczenia, a nie zasadności wywodzenia tego typu roszczenia jako takiego.

Przedstawiając wykładnię art. 405 i art. 409 k.c. Sąd Rejonowy uznał, że w okolicznościach faktycznych sprawy brak jest podstaw do przyjęcia, że pozwany został bezpodstawnie wzbogacony kosztem powoda. Nie ulegało wątpliwości, że zapłata przez powoda jako pracodawcę składek na ubezpieczenia społeczne pozwanego (o ile do niej faktycznie doszło, co nie zostało wykazane) nastąpiła na podstawie prawnej, ponieważ zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy dnia 17 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (obecnie jednolity tekst: Dz.U. z 2022 r., poz. 1009 ze zm., dalej jako ustawa systemowa) składki na ubezpieczenia społeczne za pracowników, w tym także za pracowników w rozumieniu art. 8 ust. 2a tej ustawy, obliczają, rozliczają i przekazują co miesiąc w całości płatnicy składek. Płatnicy składek obliczają także części składek na ubezpieczenia

emerytalne i rentowe oraz chorobowe finansowane przez ubezpieczonych (art. 16 ust. 1 pkt 1, ust. 1b i ust. 2 tej ustawy) i po potrąceniu ich ze środków ubezpieczonych przekazują do Zakładu. Co ważne, w stosunku do pracowników płatnikiem składek jest pracodawca (art. 4 pkt 2a). Ponadto, zgodnie z art. 46 ust. 1 i art. 47 ust. 1 pkt 3 ustawy systemowej płatnik składek jest zobowiązany według zasad wynikających z przepisów tej ustawy obliczać, potrącać z dochodów ubezpieczonych, rozliczać oraz opłacać należne składki za każdy miesiąc kalendarzowy, przy czym ich opłacenie ma nastąpić do 15 dnia następnego miesiąca. Równocześnie w myśl art. 51 § 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja Podatkowa (obecnie jednolity tekst: Dz.U. z 2021 r., poz. 1540) w związku z art. 31 ustawy systemowej składki niezapłacone w terminie ich płatności stają się zaległością, która na podstawie art. 24 ust. 2 ustawy systemowej podlega ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji lub egzekucji sądowej. Te należności składkowe ulegają przedawnieniu po upływie 5 lat, licząc od dnia, w którym stały się wymagalne (art. 24 ust. 4 ustawy systemowej). A zatem wszelkie obowiązki dotyczące obliczania, rozliczania oraz opłacania należnych składek, a także potrącania z dochodów ubezpieczonych tych ich części, które są przez nich finansowane, spoczywają jedynie na płatnikach składek. Co jednak najistotniejsze, przepisy ustawy systemowej nie stanowią podstawy prawnej do wystąpienia przez płatnika składek z żądaniem zapłaty na jego rzecz przez ubezpieczonych pracowników tej części składek, która winna być przez nich finansowana, a więc nie czynią z pracownika zobowiązanego w zakresie uiszczania składek względem organu rentowego. Bez znaczenia dla obowiązku płatnika składek pozostaje więc okoliczność, z czyich środków są opłacane składki. Niezależnie od reguł decydujących o finansowaniu składek i sposobie ich rozliczania w relacji pracodawca - pracownik, to na płatniku składek ciąży obowiązek uregulowania całej należności składkowej na rzecz organu rentowego.

Wobec powyższego w ocenie Sądu Rejonowego, niemożliwym byłoby uznanie, że w okolicznościach niniejszej sprawy doszło do bezpodstawnego zubożenia pracodawcy z tytułu opłacenia składek z zakresu ubezpieczeń społecznych pracownika. Pracodawca bowiem jako płatnik składek opłacił składki pozwanego na podstawie prawnej, *expressis verbis* wskazanej przez ustawodawcę.

Mając na uwadze, że żaden przepis ustawy systemowej nie stanowi podstawy prawnej do wystąpienia przez płatnika składek z żądaniem zapłaty na jego rzecz przez ubezpieczonych tej części składek, która winna być przez nich finansowana, niemożliwym jest uznanie, że pracownik (pozwany) bezpodstawnie się wzbogacił. Ponadto, jak wynika z bezspornych okoliczności faktycznych, powodowy Szpital, będąc płatnikiem składek jako pracodawca, nie dochował ustawowych terminów potrącenia z dochodów ubezpieczonych (pracowników) i opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, którym podlegali oni z mocy art. 8 ust. 2a ustawy systemowej, czyniąc to dopiero wskutek kontroli przeprowadzonej przez organ rentowy. Zatem to działanie powoda jako pracodawcy spowodowało, że składki w całości zostały sfinansowane z jego majątku, mimo że ich część powinna być potrącona ze środków pozwanego (ubezpieczonego). Za te działania nie może ponosić odpowiedzialności pozwany, tym bardziej, że to z inicjatywy i w interesie powoda doszło do zatrudnienia jego pracowników dodatkowo przez Przychodnię na podstawie umów zlecenia. Nie można także upatrywać wzbogacenia pozwanego w ewentualnym podwyższeniu jego przyszłego świadczenia emerytalnego, skoro powód nie wykazał wpływu dopłaconych przez niego składek na ewentualną wysokość świadczenia emerytalnego. Nie sposób też uznać za zasadne następczego obniżania należnego pozwanemu wynagrodzenia netto za wykonaną pracę (dyżury). Poznawany zgodził się na wykonanie pracy za określoną stawkę netto, przy założeniu, że pracodawca i zleceniodawca (którzy działali w porozumieniu opartym na zawartych umowach o świadczenie usług) prawidłowo ukształtowali jego stosunek zatrudnienia i wysokość wynagrodzenia brutto przy wypłacanej stawce netto. Ewentualne błędy pracodawcy w tym zakresie nie mogą obciążać pracownika, który zgodził się wykonać pracę, oczekując umówionego wynagrodzenia.

Sąd Rejonowy podniósł, że nawet gdyby przyjąć, że pozwany wzbogacił się kosztem powoda, to w sprawie zastosowanie znalazłby art. 409 k.c., ponieważ pozwany wykazał, że zużył w całości uzyskane wynagrodzenie, kiedy świadczył pracę na rzecz powoda w ramach umów cywilnoprawnych. W związku z tym ewentualny obowiązek zwrotu uzyskanych korzyści wygaś - ostatnie środki otrzymał on w okresie ponad 5 lat przed wytoczeniem powództwa i niemal 5 lat od

wezwania przez powoda do zapłaty (w kwietniu 2016 r.). W sprawie brak było także podstaw do przyjęcia, że pozwany winien był się liczyć z obowiązkiem zwrotu uzyskanych korzyści, ponieważ pozwany otrzymywał wynagrodzenie, natomiast kwestie naliczenia i opłacenia należnych składek pozostawiał płatnikom - zleceniodawcy i pracodawcy. Skoro otrzymywał on wynagrodzenie w ustalonych wysokościach, nie miał żadnych podstaw do przypuszczenia, iż z tego tytułu powstaje zobowiązanie wobec organu rentowego. Ponadto żądanie pozwu Sąd Rejonowy uznał za sprzeczne z zasadami współżycia społecznego. Przyjęcie, że pracodawca (choćby działający w celu zapewnienia opieki pacjentom), który kształtuje zatrudnienie w sposób skutkujący naruszeniem praw pracowniczych, w tym przepisów o czasie pracy lekarzy i o wynagrodzeniu za pracę w godzinach nadliczbowych, może następnie obciążyć tych samych pracowników skutkami ustalenia jego naruszeń przez organ rentowy i sądy pracy, jest sprzeczne z zasadami współżycia społecznego, w szczególności z zasadą słuszności. Sprzeczności dochodzonego roszczenia z zasadami współżycia społecznego wynika także w sygnalizowanym na wstępie uzasadnienia zarzucie niewykazania wysokości roszczenia i jego faktycznego powstania.

Powód w całości zaskarżył wyrok Sądu Rejonowego apelacją, zarzucając naruszenie: (-) art. 233 § 1 k.p.c., polegające na uznaniu, że nie wykazał należycie swojego roszczenia, mimo załączonych dowodów; (-) art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 227, art. 231, art. 233 oraz art. 328 § 2 k.p.c., przez oparcie w większości rozstrzygnięcia na wyjaśnieniach pozwanego oraz zeznaniach świadków (innych lekarzy), mimo wykazania przez powoda innego stanu faktycznego i prawnego; (-) art. 328 § 2 k.p.c., przez brak odniesienia się do twierdzeń i dowodów przedstawionych przez powoda w toku rozprawy w pismach procesowych z dnia 30 sierpnia 2017 r. i z dnia 19 kwietnia 2018 r.; (-) art. 217 § 3 k.p.c., przez błędne uznanie, że istotne dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczności faktyczne zostały dostatecznie wyjaśnione i pominięcie tym samym okoliczności faktycznych wskazanych przez pozwanego; (-) art. 386 § 4 k.p.c., przez nierozpoznanie istoty sprawy wobec pominięcia merytorycznych twierdzeń i dowodów powoda; (-) art. 6 k.c., przez jego błędną subsumpcję będącą efektem uchybień w ustalaniu stanu faktycznego i prawnego, skutkujące przyjęciem, że powód nie udowodnił

zasadności swojego roszczenia; (-) art. 405 k.c. w związku z art. 300 k.p., przez jego niewłaściwe niezastosowanie, w wyniku czego powód nie doznał ochrony prawnej tam przewidzianej; (-) art. 403 k.c., przez jego niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że pozwany zużył korzyść w taki sposób, że nie jest już wzbogacony, podczas gdy korzyścią pozwanego jest zmniejszenie jego pasywów na skutek niepotrącania z jego wynagrodzenia składek na ubezpieczenie społeczne, której nie utracił, czyli pozostaje wzbogacony, a nawet przy przyjęciu, że korzyścią było wyższe wynagrodzenie, to i tak istnieje obowiązek wydania jej wartości, gdyż pozwany wyzbywając się tego wynagrodzenia powinien się być liczyć z obowiązkiem jego zwrotu; (-) art. 5 k.c. w związku z art. 8 k.p., przez ich niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że powód nadużył swojego prawa, gdyż korekta składek na ubezpieczenie społeczne była wynikiem jego własnych, niezgodnych z prawem działań, podczas gdy obowiązek zapłaty tych składek ze środków finansowych pozwanego istniałby nawet w przypadku właściwego zakwalifikowania stosunku prawnego łączącego strony, w związku z tym dochodzenie od pozwanego zwrotu składek nie stanowi naruszenia zasad współżycia społecznego, a co za tym idzie, powód występując z powództwem nie nadużył swojego prawa.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu wyrokiem z dnia 25 czerwca 2020 r. oddalił apelację i zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 1.800 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd Rejonowy przeprowadził w sprawie postępowanie dowodowe w sposób prawidłowy oraz trafnie poczynił ustalenia co do okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, które Sąd Okręgowy przyjął jako własne, dzieląc także wysnute przez Sąd Rejonowy wnioski oraz dokonaną ocenę prawną co do zasadności roszczenia. Stwierdził, że niezasadnie „pozwany zarzucał Sądowi I instancji naruszenie art. 233 § 1 k.p.c., skutkujące w jego ocenie nieprawidłowym przyjęciem, że wolą stron umowy o świadczenie usług medycznych w sposób dorozumiany i przez fakty dokonane było pokrycie przez pozwanego składki zdrowotnej na ubezpieczenie społeczne oraz zgodną wolą stron umowy było ustalenie, że w ramach otrzymywanego wynagrodzenia umownego pozwany będzie odprowadzał składki na ubezpieczenie zdrowotne od pracowników

zatrudnionych u powoda na podstawie umowy o pracę, a u pozwanego na podstawie umowy zlecenia celem wykonania umowy zawartej pomiędzy stronami”. Niewątpliwie „wolą stron umowy o świadczenie usług medycznych było ustalenie, że w ramach otrzymywanego wynagrodzenia umownego, pozwany będzie odprowadzał składki na ubezpieczenie zdrowotne od pracowników zatrudnionych u powoda na podstawie umowy o pracę, a u pozwanego na podstawie umowy zlecenia celem wykonania umowy zawartej pomiędzy stronami”. Potwierdza to przede wszystkim okoliczność, „że pozwany faktycznie dokonywał odprowadzania składek na ubezpieczenie zdrowotne i nigdy tego obowiązku nie kwestionował. (...), to pozwany, a nie powód, uzyskał od organu rentowego zwrot uiszczonej składki zdrowotnej” i że „wynagrodzenie dla pozwanego zostało ustalone na wyższym poziomie właśnie ze względu na konieczność odprowadzania przedmiotowych składek”.

Co do zarzutów naruszenia prawa materialnego, to według Sądu Okręgowego „zgodzić się trzeba z Sądem I instancji, że w przedmiotowej sprawie wystąpiły wszystkie przesłanki z art. 405 k.c., co przesądza o zasadności roszczenia strony powodowej opartego na tym przepisie. (...) przedmiotem sporu są należności z tytułu składek, aczkolwiek roszczenie na należy do kategorii spraw ubezpieczeniowych”.

Sąd Okręgowy zważył, „że w związku z zakończeniem postępowania w sprawie określenia wysokości należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych za okres od stycznia 2011 do grudnia 2012 r. (...) strona powodowa w dniu 15 i 28 maja 2015 r. wpłaciła do ZUS należną kwotę 123.962,99 zł tytułem składek na ubezpieczenie zdrowotne. Następnie ZUS Oddział we Wrocławiu dokonał na rzecz pozwanego zwrotu nadpłaty składek, która to kwota uwzględniała również składki odprowadzane z tytułu wykonywania umów zlecenia przez pracowników zatrudnionych w PPL w ramach zawartej przez strony umowy o świadczenie usług. Ponieważ wynagrodzenie umowne dla pozwanego zostało ustalone na wyższym poziomie właśnie ze względu na konieczność odprowadzania składek, rację miał Sąd I instancji uznając, że do wzbogacenia po stronie pozwanego doszło, gdy ZUS dokonał na jego rzecz zwrotu nadpłaty tych składek. Z drugiej natomiast strony,

doszło do zubożenia strony powodowej, która zgodnie z decyzją z dnia 12 marca 2013 r. zapłaciła na rzecz ZUS kwotę 123.962,99 zł, stanowiącą równowartość niezapłaconych uprzednio należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne pracowników”. W ocenie Sądu Okręgowego bezspornie „zarówno zubożenie strony powodowej, jak też wzbogacenie pozwanego mają jedno źródło - umowa oraz porozumienie stron co do rozłożenia ciężaru w ponoszeniu kosztów zatrudnienia, tj. opłacania składek. Dlatego też zasadnie uznał Sąd I instancji, że w sytuacji, gdy pozwany uzyskał zwrot nadpłaconych składek doszło do przesunięcia majątkowego i wzbogacił się on kosztem powoda o ww. kwotę, a przysporzenie to nie znajduje uzasadnienia w postanowieniach umowy oraz ustnych ustaleniach stron”.

W dalszej kolejności Sąd Okręgowy stwierdził, że jeśli chodzi o istotną w sprawie kwestię, „czy stronie powodowej można przypisać świadomość faktu, iż nie była zobowiązana do spełnienia świadczenia” to „uzgodnienia pomiędzy stronami zobowiązały pozwanego do opłacenia składek na ubezpieczenie zdrowotne, dlatego też wynagrodzenie z tytułu świadczonych usług medycznych było o kwoty te podwyższone. Natomiast strona powodowa nie godziła się nigdy na dokonywanie nieodpłatnych przysporzeń na rzecz pozwanego. Co również istotne, w dacie zawierania przez strony umowy kwestia płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne w sytuacji, jak w przedmiotowej sprawie, nie była jednolicie interpretowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i orzecznictwo. Nie można zatem przyjąć, że w momencie zawierania umowy powód powinien był mieć pełną świadomość, iż jest zobowiązany do obliczenia, pobrania i wypłacenia do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych składek również od przychodów uzyskiwanych przez jego pracowników z tytułu umów zlecenia, jakie zawarli oni z pozwanym. (...) Strona powodowa dopiero w momencie, gdy została podjęta uchwała Sądu Najwyższego z dnia 2 września 2009 r., II UZP 6/09, która ostatecznie rozstrzygnęła kwestię, kto jest płatnikiem składek w przypadku, kiedy pracownik danego pracodawcy wykonuje na jego rzecz pracę w ramach umowy zawartej z osobą trzecią, mogła spodziewać się wydania w tym zakresie odpowiedniej decyzji przez organ rentowy. Natomiast skoro strony ustaliły, że to pozwany będzie składki te opłacał, co też czynił, to brak jest podstaw do uznania, że kwota, którą pozwany uzyskał po otrzymaniu zwrotu nadpłaconych składek jest świadczeniem

nienależnym w rozumieniu art. 410 § 2 k.c. w związku z art. 411 pkt 1 k.c., o którym to fakcie powód wiedział”.

Sąd Okręgowy podkreślił, że „kwota, którą uzyskał pozwany, choć otrzymana przez niego pośrednio na skutek zwrotu nadpłaconych składek, w rzeczywistości pochodziła od powoda, który w ramach obowiązującej umowy i wzajemnych ustaleń ustnych, systematycznie przekazywał pozwanemu podwyższone wynagrodzenie za świadczenie usług medycznych”. W ocenie Sądu Okręgowego, „ustalenia faktyczne Sądu I instancji są właściwe i kompletne, a wyprowadzone z nich wnioski nie budzą zastrzeżeń. Sąd w sposób staranny zebrał i rozważył wszystkie dowody, a oceniając je nie naruszył granic swobodnej oceny zgodnie z art. 233 k.p.c. Nadto, zastosowane zostały właściwe przepisy prawa materialnego, klarownie przedstawione w uzasadnieniu pisemnym przesłanki uzasadniające merytoryczne rozstrzygnięcie, które Sąd Okręgowy podziela. Stąd też zarzuty apelacyjne podnoszone przez stronę powodową nie zasługują na uwzględnienie. W konsekwencji apelacja podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c., jak w punkcie I sentencji”.

Sąd Okręgowy ponadto „miał na względzie fakt, że zadłużenie pozwanego dotyczy odprowadzania części składek, które winien opłacić sam ubezpieczony”, niemniej jednak „to po stronie powodowej nastąpiło naruszenie przepisów prawa” dotyczących godzin nadliczbowych, jak i wysokości odprowadzonych składek, a więc „nie można pozwanemu nakazać zwrotu części składek w sytuacji, gdy istotnie wypłacone świadczenie zostało zużyte”. Zgodnie z 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. Nie ma znaczenia do zastosowania art. 8 ust. 2a tej ustawy to, czy pracodawca korzysta z pracy swoich pracowników na podstawie umowy z osobą trzecią dlatego, że działa na ich niekorzyść, zmniejszając uprawnienia (np. obchodząc przepisy o czasie pracy, godzinach nadliczbowych itd.), czy też dlatego, że ma określoną wizję *outsourcingu*,

w ramach której określone prace zleca podmiotowi zewnętrznemu. W obu tych przypadkach musi się liczyć z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa ubezpieczeń społecznych, a jednym z nich jest art. 8 ust. 2a. 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. Sąd Okręgowy „stoi jednak na stanowisku, że pracownik nie może zostać obciążony należnościami z tytułu składek, jeśli jego stan świadomości wyłącza domniemanie istnienia po jego stronie konieczności regulowania składek do ZUS. Płatnikiem składek za pracownika jest zakład pracy i w ocenie Sądu tylko wówczas, gdy pracodawca wykaże, że pracownik wykonując umowę zlecenia zawartą z innym podmiotem miał świadomość, że umowa ta jest nieważna, a pracownik ma obowiązek uiścić składki, wówczas będzie miał zastosowanie przepis art. 405 k.c. Natomiast w sytuacji odmiernej, czyli braku świadomości pracownika o konieczności uiszczenia składek ma zastosowanie art. 409 k.c.”

W skardze kasacyjnej powodowy Szpital zaskarżył wyrok Sądu Okręgowego w całości, domagając się uchylenia i zmiany zaskarżonego wyroku w całości i zasądzenia od pozwanego na jego rzecz kwoty 18.848 zł wraz z odsetkami oraz kosztów postępowania (w tym zastępstwa procesowego), zgodnie z obowiązującymi przepisami, ewentualnie uchylenia zaskarżonego wyroku w całości i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd Okręgowy oraz zasądzenia kosztów postępowania, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W skardze kasacyjnej zarzucono naruszenie przepisów prawa materialnego oraz przepisów postępowania mających istotny wpływ na wynik sprawy, to jest: 1) art. 405 k.c., przez jego błędną wykładnię i niewłaściwe niezastosowanie w wyniku czego skarżący nie doznał ochrony prawnej, chociaż w przypadku sądowego ustalenia istnienia stosunku pracy w miejsce stosunku cywilnoprawnego, pracownik staje się bezpodstawnie wzbogacony z chwilą opłacenia przez pracodawcę (płatnika) składek na ubezpieczenia społeczne pracownika w całości ze swoich środków; 2) art. 409 k.c., przez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie, mimo że w doktrynie przyjmuje się, iż jest on wyjątkiem od

przewidzianej w art. 405 k.c. ogólnej zasady obowiązku zwrotu, a przepis ten nie może być przedmiotem wykładni rozszerzającej; 3) art. 5 k.c. w związku z art. 8 k.p., przez jego błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie skutkujące stwierdzeniem, że skarżący naruszył zasady współżycia społecznego, podczas gdy do złagodzenia (jak też obostrzenia) rygorów prawa ubezpieczeń społecznych, które mają charakter przepisów prawa publicznego, nie stosuje się ani art. 5 k.c., ani art. 8 k.p., zaś żądanie zwrotu od pracownika pokrytych przez pracodawcę należności składowych, które powinny zostać sfinansowane ze środków pracownika, nie jest sprzeczne z zasadami współżycia społecznego; 4) art. 6 k.c., przez jego błędną wykładnię i zastosowanie, co skutkowało przyjęciem, że skarżący nie udowodnił zasadności swojego roszczenia mimo twierdzeń i dostarczonych dowodów, a pozwany udowodnił okoliczności, które nie znalazły potwierdzenia w materiale dowodowym; 5) art. 233 § 1 k.p.c., przez sprzeczność ustaleń poczynionych przez Sąd Okręgowy z treścią zebranego materiału dowodowego w szczególności w zakresie faktycznego opłacenia składek oraz z zasadami logiki, ponieważ Sąd Okręgowy w pełni zaaprobował stanowisko Sądu pierwszej instancji o wykluczeniu możliwości zastosowania w sprawie instytucji bezpodstawnego wzbogacenia, a jednocześnie wskazał, że Sądy obu instancji zgadzają się, iż wszystkie przesłanki bezpodstawnego wzbogacenia zostały spełnione i miało ono miejsce; 6) art. 328 § 1 w związku z art. 387 § 2¹ i art. 391 k.p.c. - Sąd drugiej instancji jest zobowiązany do wyjaśnienia motywów podjętego rozstrzygnięcia w sposób umożliwiający przeprowadzenie kontroli kasacyjnej zaskarżonego orzeczenia, czego nie uczynił doprowadzając do kuriozalnej sytuacji z jednej strony wskazując na pełną aprobatę rozważań Sądu pierwszej instancji, jednocześnie dopuszczając kolejne dowody, aby z kolei wyciągać całkowite inne wnioski; 7) art. 378 § 1 k.p.c., przez nierozpoznanie wszystkich zarzutów apelacji, a nadto wskazując nieprawdziwe zarzuty składane przez „pozwanego” (w domyśle powoda, ponieważ to powód wywiódł apelację, a nie pozwany) na str. 20 uzasadnienia wyroku; 8) art. 382 k.p.c., przez brak szczegółowego odniesienia się do tych ustaleń i ocen, które były kwestionowane w apelacji mimo istnienia obowiązku Sądu odniesienia się do wszystkich tych zarzutów, rozważenia ich szczegółowo i ocenienia ich zasadności; 9) art. 386 § 4 k.p.c., przez jego niezastosowanie mimo nierozpoznania

przez Sąd pierwszej instancji istoty sprawy oraz konieczność przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości.

Skarżący zwrócił uwagę, że zarzuty apelacji dotyczące art. 233 k.p.c. Sąd Okręgowy zbył ogólnikową konstatacją („fakt, iż określone dowody ocenione zostały niezgodnie z intencją strony skarżącej nie oznacza jeszcze, że Sąd I instancji dopuścił się jego naruszenia”), mimo że apelacja wyraźnie stawiała w tym zakresie zarzuty, twierdzenia i dowody, przytaczane także później w toku postępowania apelacyjnego. Ponadto Sąd Okręgowy przyjął, że „zgodzić się trzeba z Sądem pierwszej instancji, że w przedmiotowej sprawie wystąpiły wszystkie przesłanki z art. 405 k.c., co przesądza o zasadności roszczenia strony powodowej opartego na tym przepisie (s. 21 uzasadnienia), gdy tymczasem Sąd pierwszej instancji w swoim uzasadnieniu wskazuje, że „w okolicznościach niniejszej sprawy brak jest podstaw do przyjęcia, że pozwany został bezpodstawnie wzbogacony kosztem strony powodowej” (s. 15 uzasadnienia Sądu pierwszej instancji). W uzasadnieniu Sądu Okręgowego znalazły się także stwierdzenia nieprawdziwe, ponieważ Sąd ten przyjmuje, że to „pozwany faktycznie dokonywał odprowadzania składek na ubezpieczenie zdrowotne i nigdy obowiązku tego nie kwestionował” oraz uzyskał od ZUS zwrot nadpłaty za składki zdrowotne. Są to twierdzenia nieprawdziwe, bowiem pozwanym jest lekarz, a Szpital jest powodem i został zmuszony do zapłaty składek (jako płatnik) decyzjami organu rentowego, a nigdy nie uzyskał od organu rentowego żadnego zwrotu składek za ubezpieczenie zdrowotne pozwanego. Kluczowe jest, że Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku nie odniósł się do zarzutów apelacji a jego twierdzenia są wewnętrznie sprzeczne.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną pozwany wniósł o oddalenie skargi w całości i o zasądzenie od skarżącego na jego rzecz zwrotu kosztów zastępstwa adwokackiego za postępowanie przed Sądem Najwyższym w wysokości dwukrotności stawki minimalnej, według norm prawem przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna jest zasadna. W myśl art. 398³ § 1 k.p.c. skarga kasacyjna może być oparta na zarzutach naruszenia prawa materialnego przez błędną jego

wykładnię lub niewłaściwe zastosowanie (pkt 1) oraz na zarzutach naruszenia przepisów postępowania, jeżeli uchybienie to mogło mieć wpływ na wynik sprawy (pkt 2). Oparcie skargi kasacyjnej na obu podstawach, skłania Sąd Najwyższy do oceny w pierwszej kolejności zarzutów natury procesowej.

Skarżący zarzucając naruszenie przepisów prawa procesowego powołuje się na naruszenie: art. 233 § 1 k.p.c., art. 328 § 1 w związku z art. 387 § 2¹ i art. 391 k.p.c., art. 378 § 1 k.p.c., art. 382 k.p.c. oraz art. 386 § 4 k.p.c.

Uzasadniając zarzut naruszenia art. 328 § 1 w związku z art. 387 § 2¹ i art. 391 k.p.c. skarżący podnosi, że w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku brak jest motywów podjętego rozstrzygnięcia w sposób umożliwiający przeprowadzenie kontroli kasacyjnej, w tym zawiera ono odniesienie się do nieprawdziwych zarzutów apelacji oraz nie zawiera szczegółowego odniesienia się do kwestionowanych w apelacji ustaleń i ocen. Sąd Najwyższy jednolicie przyjmuje, że sporządzenie uzasadnienia nieodpowiadającego warunkom, jakie stawia art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. (obecnie art. 387 § 2¹ k.p.c.), może wypełniać podstawę kasacyjną przewidzianą w art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c., jeżeli skutek uchybienia konkretnym wymaganiom określonym w art. 328 § 2 k.p.c. zaskarżone orzeczenie nie poddaje się kontroli kasacyjnej, czyli gdy stwierdzone wady mogły mieć szczególnie negatywny wpływ na wynik sprawy (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 czerwca 2011 r., I CSK 581/10, LEX nr 950715). Kodeks postępowania cywilnego, po nowelizacji dokonanej ustawą z dnia 4 lipca 2019 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2019 r., poz. 1469, dalej jako nowelizacja z 2019 r.), w art. 387 § 2¹ k.p.c. (przepis ten ma zastosowanie w rozpoznawanej sprawie na podstawie art. 9 ust. 2 nowelizacji z 2019 r.), stanowi, że w uzasadnieniu sądu drugiej instancji wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia może ograniczyć się do stwierdzenia, że sąd drugiej instancji przyjął za własne ustalenia sądu pierwszej instancji, chyba że sąd drugiej instancji zmienił lub uzupełnił te ustalenia; jeżeli sąd drugiej instancji przeprowadził postępowanie dowodowe lub odmiennie ocenił dowody przeprowadzone przed sądem pierwszej instancji, uzasadnienie powinno także zawierać ustalenie faktów, które sąd drugiej instancji uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił

wiarygodności i mocy dowodowej (1); wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa powinno objąć ocenę poszczególnych zarzutów apelacyjnych, a poza tym może ograniczyć się do stwierdzenia, że sąd drugiej instancji przyjął za własne oceny sądu pierwszej instancji. Przed zmianą art. 387 § 2¹ k.p.c. stanowił, że gdy sąd drugiej instancji nie przeprowadził postępowania dowodowego ani nie zmienił ustaleń faktycznych sądu pierwszej instancji, a w apelacji nie zgłoszono zarzutów dotyczących tych ustaleń, uzasadnienie wyroku mogło ograniczać się do wyjaśnienia podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa. Treść uzasadnienia wyroku sądu drugiej instancji określono wówczas na podstawie odpowiednio stosowanego art. 328 § 2 k.p.c. mając na względzie, że sąd drugiej instancji jest również sądem orzekającym merytorycznie, a więc uzasadnienie jego wyroku powinno odpowiadać zarówno kontrolnej, jak i merytorycznej funkcji apelacji. Nie budzi zatem wątpliwości, że uzasadnienie wyroku sądu drugiej instancji rozstrzygającego istotę sprawy, zważywszy na fakt, iż wyrok wydany zostaje w następstwie rozpoznania środka odwoławczego, musi zawierać - poza wskazaniem podstawy faktycznej i prawnej - przytoczenie zarzutów apelacyjnych i, najistotniejszą z punktu widzenia konstrukcji uzasadnienia takiego orzeczenia, ocenę tych zarzutów (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 marca 2003 r., IV CKN 1856/00, LEX nr 109422).

W rozpoznawanej sprawie rację ma skarżący, że treść uzasadnienia zaskarżonego wyroku, w szczególności sposób wyjaśnienia motywów podjętego przez Sąd Okręgowy rozstrzygnięcia, uniemożliwia przeprowadzenie kontroli kasacyjnej zaskarżonego orzeczenia. Po pierwsze, Sąd Okręgowy podziеляjąc stanowisko Sądu Rejonowego, że w sprawie nie doszło do bezpodstawnego wzbogacenia po stronie pozwanego lekarza, na co wskazuje sentencja rozstrzygnięcia (tj. oddalenie apelacji powoda), jak i stwierdzenie w treści uzasadnienia, że „ustalenia faktyczne Sądu I instancji są właściwe i kompletne, a wyprowadzone z nich wnioski nie budzą zastrzeżeń” – stwierdził jednocześnie w dalszej części uzasadnienia, że w sprawie „wystąpiły wszystkie przesłanki z art. 405 k.c., co przesądza o zasadności roszczenia strony powodowej opartej na tym przepisie”. Po drugie, poważne wątpliwości co do wywodów zawartych w uzasadnieniu budzi notorycznie mylenie pozwanego z powodem, np. kiedy Sąd

Okręgowy stwierdza, że niezasadnie „pozwany zarzucał Sądowi I instancji naruszenie art. 233 § 1 k.p.c.”, podczas gdy apelację wniósł powód. Po trzecie, na tle ustalonego przez Sąd pierwszej instancji stanu faktycznego, który został w całości zaaprobowany przez Sąd Okręgowy, całkowicie niezrozumiałe są twierdzenia zawarte w uzasadnieniu, że: - „wolą stron umowy o świadczenie usług medycznych było ustalenie, że w ramach otrzymywanego wynagrodzenia umownego, pozwany będzie odprowadzał składki na ubezpieczenie zdrowotne od pracowników zatrudnionych u powoda na podstawie umowy o pracę, a u pozwanego na podstawie umowy zlecenia celem wykonania umowy zawartej pomiędzy stronami”, - „pozwany faktycznie dokonywał odprowadzania składek na ubezpieczenie zdrowotne i nigdy obowiązku tego nie kwestionował (...), to pozwany, a nie powód, uzyskał od organu rentowego zwrot uiszczonej składki zdrowotnej”, - „wynagrodzenie dla pozwanego zostało ustalone na wyższym poziomie właśnie ze względu na konieczność odprowadzania przedmiotowych składek”. Podobne zdziwienie budzi konkluzja, że „zadłużenie pozwanego dotyczy odprowadzania części składek, które winien opłacić sam ubezpieczony”, z której wynika co najmniej to, że Sąd Okręgowy traktuje pozwanego i ubezpieczonego jako dwa osobne podmioty, podczas gdy według przyjętych w niniejszej sprawie ustaleń faktycznych, poczynionych przez Sąd pierwszej instancji, pozwanym jest lekarz, będący pracownikiem powoda, za którego, jako ubezpieczonego, powód jako pracodawca miał obowiązek odprowadzenia składek na ubezpieczenie społeczne, pozwany pracownik nie uzyskał od organu rentowego zwrotu „uiszczonej składki zdrowotnej”. Po czwarte, zadziwiające w tym stanie rzeczy jest też stwierdzenie, że „ZUS Oddział we Wrocławiu dokonał na rzecz pozwanego zwrotu nadpłaty składek, która to kwota uwzględniała również składki odprowadzane z tytułu wykonywania umów zlecenia przez pracowników zatrudnionych w PPL w ramach zawartej przez strony umowy o świadczenie usług. Ponieważ wynagrodzenie umowne dla pozwanego zostało ustalone na wyższym poziomie właśnie ze względu na konieczność odprowadzania składek”.

Analiza akt sprawy skłania do przyjęcia, że wymienione powyżej nieścisłości wynikają stąd, iż niemal całe pisemne uzasadnienie zaskarżonego wyroku jest powieleniem (ze zmianami dotyczącymi jedynie kwot spornych składek)

uzasadnienia wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 5 czerwca 2019 r., I ACa 226/19, znajdującego się w aktach niniejszej sprawy (k. - 356 i nast.). Jakkolwiek wyrok w sprawie I ACa 226/19 dotyczył bezpodstawnego wzbogacenia, to jednak stan faktyczny będący podstawą jego wydania był zupełnie inny niż w niniejszej sprawie. Mianowicie powodem w tamtej sprawie był Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w O., a pozwanym nie pracownik powoda, jak w niniejszym postępowaniu, lecz prywatna przychodnia lekarska, prowadzona *nota bene* przez C. S., którego także łączyła umowa o świadczenie usług medycznych z powodem w tej sprawie. Żądanie pozwu obejmowało kwotę 160.051,05 zł, stanowiącą równowartość zapłaconych na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne, gdyż C. S. uzyskał zwrot uiszczonej składki zdrowotnej, a wcześniej otrzymał od powoda ZZOZ w O. za świadczenie usług wynagrodzenie w wysokości uwzględniającej opłacenie przez niego takiej właśnie składki. Natomiast w niniejszej sprawie uzasadnieniem powództwa był fakt uiszczenia przez pracodawcę (powodowy Szpital) - w wyniku pokontrolnego ustalenia istnienia stosunku pracy w miejsce stosunku cywilnoprawnego - należności składowych za własnego pracownika (pozwanego B. M.), które według ustawy systemowej powinny zostać sfinansowane ze środków pracownika.

Tym samym rację ma skarżący zarzucając, że uzasadnienie zaskarżonego wyroku *prima facie* jest pełne sprzeczności i nie spełnia wymagań w stopniu umożliwiającym kontrolę kasacyjną. Treść uzasadnienia zaskarżonego wyroku nie pozwala bowiem w żaden sposób prześledzić przebiegu rozumowania Sądu Okręgowego, które przystawałoby do przyjętych za własne ustaleń faktycznych. Wprawdzie nie ma przeszkód, aby Sąd orzekający w danej sprawie podzielał stanowisko innego Sądu, który uprzednio rozstrzygał takie samo zagadnienie, jednakże przedstawiona w uzasadnieniu warstwa motywacyjna musi odpowiadać jego stanowisku i argumentom, a nie stanowić wyłącznie dosłowne przedstawienie stanowiska innego składu orzekającego (zob. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 9 października 2020 r., III CSK 33/18, LEX nr 3066659). Niedopuszczalne jest więc zastąpienie własnego toku rozumowania rozważaniami innego sądu dotyczącymi zupełnie innego stanu faktycznego niż ten, który podlega osądowi w rozstrzyganej sprawie. Powielenie *in extenso* uzasadnienia innego

orzeczenia w miejsce zaprezentowania własnego toku rozumowania, który doprowadził do określonego rozstrzygnięcia sprawy, stanowi nie tylko uchybienie przepisom proceduralnym normującym treść uzasadnienia orzeczenia i składające się na nią elementy, ale także narusza fundamentalne zasady postępowania sądowego, skoro nie mamy tu do czynienia z rozumowaniem samodzielnym ani swobodnym składu orzekającego w danej sprawie (por. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 2 marca 2005 r., IV KK 335/04, OSNKW 2005 nr 4, poz. 36).

Z uwagi na powyższe zasadnie zarzuca także skarżący w podstawach skargi naruszenie art. 378 § 1 k.p.c. i art. 382 k.p.c. Przypomnieć bowiem trzeba, że obowiązkiem sądu drugiej instancji jest, po pierwsze, rozpoznanie sprawy w granicach apelacji (art. 378 § 1 k.p.c.), po drugie, wydanie orzeczenia na podstawie materiału procesowego zgromadzonego w całym dotychczasowym postępowaniu (art. 382 k.p.c.) i po trzecie, danie temu wyrazu w treści uzasadnienia wyroku. Dopiero łączne spełnienie tych warunków pozwala na stwierdzenie, że postępowanie apelacyjne w sprawie toczyło się prawidłowo (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2015 r., II PK 289/14, LEX nr 1974076 czy z dnia 27 stycznia 2015 r., II PK 65/14, LEX nr 1663405). Uzasadnienie zaskarżonego wyroku, o czym wspomniano powyżej, nie daje podstaw do przyjęcia, że Sąd Okręgowy rozpoznał zarzuty apelacji a nadto odniósł je do ustaleń faktycznych poczynionych w niniejszej sprawie. Nie budzi wątpliwości, że pisemne uzasadnienie orzeczenia jest dokumentem sprawozdawczym, a zatem jego podstawową funkcją jest zrelacjonowanie przebiegu rozumowania, które ostatecznie doprowadziło do konkluzji znajdującej wyraz w sentencji rozstrzygnięcia, co warunkuje dokonanie kontroli orzeczenia w toku instancji (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 września 2017 r., V CSK 666/16, LEX nr 2434731 i powołane tam orzeczenia).

Na zakończenie zauważyć trzeba, że Sąd Najwyższy rozpoznawał już inne skargi kasacyjne wniesione w sprawach z powództwa tego samego powodowego Szpitala. W jednej z nich skarga kasacyjna powoda została oddalona wyrokiem z dnia 24 czerwca 2021 r., III PSKP 26/21 (LEX nr 3227240), natomiast skarga wniesiona przez pozwanego pracownika, została uwzględniona wyrokiem z dnia 16 lutego 2022 r., III PSKP 58/21 (LEX nr 3314960). W obu tych sprawach - mimo nieco odmiennej argumentacji zawartej w skargach obu skarżących stron - Sąd

Najwyższy przyjął, że nie ma podstaw do skutecznego dochodzenia przez powoda od pozwanych pracowników zwrotu uiszczonych składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne w części, która powinna być finansowana przez tych pracowników (zob. też wyrok z dnia 19 maja 2022 r., III PSKP 70/21, niepubl.). Orzeczenia te zapadały jednak w sprawach poddających się kontroli kasacyjnej, a taką kontrolę całkowicie uniemożliwia sporządzone w tej sprawie uzasadnienie Sądu Okręgowego.

Kierując się motywami przedstawionymi powyżej Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. oraz art. 108 § 2 k.p.c. w związku z art. 398²¹ k.p.c. orzekł jak w sentencji.

[as]

l.n