

POSTANOWIENIE

Dnia 30 września 2014 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Halina Kiriło (przewodniczący)

SSN Zbigniew Myszka (sprawozdawca)

SSN Maciej Pacuda

w sprawie z odwołania P. B. właściciela Piekarni w D.
przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w O.
z udziałem zainteresowanych: B. Ś., B. W., A. S., S. Z., J. W., P. F., A. W.
o ustalenie podstawy wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i
ubezpieczenia zdrowotne,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy, Ubezpieczeń
Społecznych i Spraw Publicznych w dniu 30 września 2014 r.,
zażalenia P. B. właściciela Piekarni w D. na postanowienie Sądu Apelacyjnego w
(...)
z dnia 29 kwietnia 2014 r., sygn. akt III AUa (...),

oddala zażalenie.

UZASADNIENIE

Sąd Apelacyjny w (...), III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
postanowieniem z dnia 29 kwietnia 2014 r. odrzucił skargę kasacyjną P. B.
właściciela Piekarni w D. od wyroku tego Sądu z dnia 16 stycznia 2014 r. wydanego
w sprawie przy udziale zainteresowanych: B. Ś., B. W., A. S., S. Z., J. W., P. F., A.
W. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w O. o ustalenie
podstawy wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i zdrowotne.

Sąd Apelacyjny wskazał, przedmiot sprawy dotyczy podstawy wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i zdrowotne zainteresowanych z tytułu ich zatrudnienia na podstawie umowy o pracę u skarżącego, a nie podlegania ubezpieczeniom społecznym. Sprawy, w których spór dotyczy wymiaru składek wynikających z niespornego tytułu ubezpieczenia mają charakter majątkowy, zatem o dopuszczalności skargi kasacyjnej decyduje wartość przedmiotu zaskarżenia, która w sprawach ubezpieczeniowych musi być wyższa niż 10.000 zł. Tymczasem wartość przedmiotu zaskarżenia łącznie wobec zainteresowanych pracowników skarżącego nie przekracza kwoty 10.000 zł. Wobec tego wniesiona skarga kasacyjna była przedmiotowo niedopuszczalna w rozumieniu art. 398² § 1 k.p.c. i podlegała odrzuceniu na mocy art. 398⁶ § 2 k.p.c.

W zażaleniu skarżący zarzucił naruszenie art. 398² § 1 k.p.c. przez niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że „skarga kasacyjna nie przysługuje ze względu na wartość przedmiotu zaskarżenia, podczas gdy podstawą do przysługiwania prawa do wniesienia skargi kasacyjnej jest kwestia objęcia obowiązkiem ubezpieczenia społecznego, co oznacza możliwość złożenia skargi kasacyjnej bez względu na wartość przedmiotu zaskarżenia”.

Wnoszący zażalenie uważa, że „sytuacja, w której organ rentowy orzeka o obowiązku zapłaty składek na ubezpieczenia społeczne od przychodów z tytułu wypłat z ZFŚS oznacza objęcie pracownika (ubezpieczonego) obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym, co stanowiło podstawę do wniesienia skargi kasacyjnej bez względu na wartość przedmiotu zaskarżenia”. Na poparcie swojego stanowiska, żalący się wskazał na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 czerwca 2012 r., I UK 140/12 (LEX nr 1211542), którym rozpoznano skargę kasacyjną bez względu na wartość przedmiotu zaskarżenia.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Kontrowersje i rozbieżności jurysdykcyjne dotyczące spełnia warunków przedmiotowej dopuszczalności skargi kasacyjnej w sprawach o składki na ubezpieczenia społeczne od spornej podstawy ich wymiaru zostały rozstrzygnięte w uchwale składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 12 czerwca 2014 r., II UZP 1/14 (dotychczas niepublikowanej), z której wynika, że w razie objęcia jednym wyrokiem wielu decyzji ustalających płatnikowi składek (pracodawcy) i

wskazany w tych decyzjach pracownikom podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne wartość przedmiotu zaskarżenia skargą kasacyjną oznacza się odrębnie względem każdego ubezpieczonego pracownika (art. 19 § 2 w związku z art. 398⁴ § 3 k.p.c.)". Ujawnione rozbieżności judykatury w tym zakresie wymagały interwencji interpretacyjnej powiększonego składu Sądu Najwyższego. Za stanowiskiem, że wartości przedmiotów kasacyjnego zaskarżenia w takich sprawach nie mogą być sumowane dla celów kasacyjnego zaskarżenia wskazywano argumenty formalnoprawne. Po pierwsze, w postępowaniu w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych przedmiot i zakres rozpoznania sądowego wyznacza treść decyzji organu rentowego, a rozstrzygnięcie sądu odnosi się do zaskarżonej decyzji - art. 477 § 2, art. 477¹⁴ § 2 i art. 477^{14a} k.p.c. (por. np. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 1999 r., II UZ 52/99, OSNP 2000 nr 15, poz. 601). Po drugie, zarządzenie sądu „o połączeniu spraw” na podstawie art. 219 k.p.c. ma charakter techniczny (sprawy otrzymają jedną sygnaturę wcześniejszych akt), co nie prowadzi do skumulowania roszczeń w rozumieniu art. 191 k.p.c., czy do współuczestnictwa, jak również nie wpływa na właściwość sądu (por. np.: postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 6 grudnia 1973 r., I PZ 71/73, LEX nr 7351 i z dnia 22 czerwca 2012 r., V CSK 291/11, niepublikowane). W takim przypadku występuje jedna sprawa wyłącznie w znaczeniu formalnym (technicznym). Po trzecie, wartość przedmiotu zaskarżenia w postępowaniu apelacyjnym i odpowiednio kasacyjnym (art. 368 § 2 k.p.c.) nie może być wyższa niż wartość przedmiotu sporu. Wartość ta pozostaje ściśle powiązana z konkretnym postępowaniem sądowym „jako wypadkowa wartości dochodzonego roszczenia”. Takie okoliczności miały wskazywać, że podział materii, rozstrzygniętej odrębnymi decyzjami, na kilka postępowań powoduje odpowiednie dostosowanie wartości przedmiotu sporu i zaskarżenia w każdym z nich. Dlatego indywidualne wartości przedmiotu sporu i zaskarżenia decydują o dopuszczalności bądź niedopuszczalności wniesienia skargi kasacyjnej w poszczególnych indywidualnych sprawach, gdyż procesowa regulacja wartości przedmiotu zaskarżenia stanowi pochodną od wartości przedmiotu sporu (por. uzasadnienie wyżej powołanego postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 18 maja 2010 r., I UZ 29/10).

W przeciwnej argumentacji przedstawionej w powołanym przez wnoszącego zażalenie postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 2009 r., II UZ 12/09, Sąd Najwyższy miał na uwadze, że całość składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe, wypadkowe i chorobowe za ubezpieczonych pracowników obliczają, rozliczają i przekazują co miesiąc do organu ubezpieczeń społecznych pracodawcy jako płatnicy składek (art. 17 ust. 1 w związku z art. 4 pkt 2 lit. a i art. 46 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, jednolity tekst: Dz.U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm., powoływanej dalej jako ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych, ustawa systemowa lub ustawa) i tylko te podmioty ponoszą odpowiedzialność za nieopłacenie, opłacenie w zaniżonej wysokości lub nieterminowe opłacenie należnych składek (art. 23 i 24 tej ustawy). Rzeczywisty majątkowy ciężar obowiązku składowego (w tym obowiązku wyrównania różnicy między wysokością składki wskazywaną przez płatnika i należną za okres sporny) może wynikać zatem jedynie z decyzji łącznej, z wyszczególnieniem wszystkich zainteresowanych pracowników objętych raportami miesięcznymi. Łączne obciążenia z tytułu wydawanych decyzji częściowych, dotyczących rozważanego łącznego zobowiązania płatnika składek (art. 46 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), są „często bardzo poważne, co widać z wysokości tych obciążeń w wielu sprawach rozpatrywanego rodzaju”. Natomiast „odnoszenie decyzji do każdego pracownika z osobna powoduje, że wartość przedmiotu sporu i w konsekwencji wartość zaskarżenia jest z reguły nieduża i sprawy te jedynie wyjątkowo mają charakter kasacyjny”. Prowadzi to „do zafałszowania rzeczywistego przedmiotu sprawy i niezgodnie z celami postępowania cywilnego pozbawia płatnika, organ rentowy lub zainteresowanego pracownika kontroli kasacyjnej w tej ważnej kategorii spraw”.

Podjmując uchwałę w składzie powiększonym Sąd Najwyższy uznał, że rozstrzygnięcie rozbieżności jurysdykcyjnych zależy od oceny istoty (charakteru prawnego) stosunku pracowniczego ubezpieczenia społecznego, który ma złożoną naturę prawną już ze względu na występowanie w nim trzech podmiotów, którymi są organ ubezpieczeń społecznych, płatnik składek oraz ubezpieczony pracownik. Ocenę taką komplikują rozmaite relacje prawne podmiotów tego złożonego stosunku prawnego, które występują przy realizowaniu różnych zakresów

stosunków ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego. Pojawiające się w tym zakresie wątpliwości prawne dalekie są od jednoznacznych rozstrzygnięć zarówno w judykaturze, jak i w doktrynie prawa ubezpieczeń społecznych.

Do obowiązków organu ubezpieczeń społecznych należy, między innymi, wymiar i pobór od płatnika składek (pracodawcy) składek na pracownicze ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, z których organ ten następnie realizuje (wypłaca) ubezpieczonym pracownikom należne świadczenia w razie wystąpienia ryzyk ubezpieczenia społecznego. Pracodawca, będący płatnikiem całości składek na pracownicze ubezpieczenia społeczne, które są „współfinansowane” w ustawowo określonych częściach (proporcjach) z własnych środków przez ubezpieczonych pracowników i płatników składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (art. 16 ust. 1 pkt 1 oraz ust. 1b związku z art. 17 ust. 1 i 2 oraz art. 46 ust. 1 ustawy systemowej), w całości finansowane przez płatnika składek na ubezpieczenia wypadkowe oraz w całości przez ubezpieczonych na ubezpieczenia chorobowe i zdrowotne, ma ustawowy obowiązek samoobliczania, rozliczania oraz przekazywania co miesiąc do Zakładu wszystkich (całości) należnych składek, także w części potrącaniej przez płatnika ze środków finansowanych w ustawowo określonym zakresie przez ubezpieczonych pracowników (art. 16 ust. 1 i 1b w związku z art. 17 ust. 1 i 2 oraz art. 46 ust. 1 ustawy systemowej oraz art. 85 ust. 1 i art. 87 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jednolity tekst: Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm., powoływanej dalej jako ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej). Na podstawie wymienionych przepisów, obarczający ubezpieczonego pracownika obowiązek finansowania części lub całości jego obowiązku składkowego realizuje (powinien realizować) pracodawca będący płatnikiem całości składek na pracownicze ubezpieczenia społeczne i zdrowotne.

Kontrowersje i spory wynikające z niewykonywania lub nienależytego wykonania obowiązku składkowego przez płatnika składek powstają na ogół wtedy, gdy pracodawca (płatnik składek) wypłaca pracownikom należne im świadczenia ze stosunku pracy, ale niektórych z tych przychodów nie uwzględnia w podstawie wymiaru składek na pracownicze ubezpieczenia społeczne lub ubezpieczenie zdrowotne, a w konsekwencji nie odprowadza od nich należnych składek na

indywidualne ubezpieczenia pracowników. Pracownik, który uzyskał takie należności (przychody ze stosunku pracy) nie dochodzi tych zaspokojonych roszczeń w postępowaniu w sprawach pracowniczych. Natomiast na podstawie przepisów prawa ubezpieczeń społecznych ubezpieczony pracownik nie ma bezpośredniego roszczenia o prawidłowe obliczenie i odprowadzenie przez pracodawcę, będącego płatnikiem całości należnych składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, gdyż wszczęcie postępowania odwoławczego w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych wymaga wydania zaskarżalnej decyzji organu rentowego (art. 83 ust. 3 ustawy systemowej w związku z art. 477⁹ k.p.c.), którą poprzedza dość skomplikowana procedura. Mianowicie, ubezpieczony - w razie stwierdzenia niezgodności ze stanem faktycznym informacji zawartych w imiennych raportach miesięcznych o stanie (wielkości) składek gromadzonych na jego indywidualnym koncie - zgłasza na piśmie lub do protokołu do płatnika składek wnioski o sprostowanie informacji zawartych w imiennym raporcie miesięcznym w terminie 3 miesięcy od otrzymania informacji, o czym informuje organ ubezpieczeń społecznych. W razie nieuwzględnienia reklamacji w terminie jednego miesiąca od daty jej wpływu, na wniosek ubezpieczonego, Zakład po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego wydaje decyzję w jego indywidualnej sprawie (art. 41 ust. 11 ustawy systemowej), którą doręcza płatnikowi składek i ubezpieczonemu. Dopiero ta decyzja może być przedmiotem indywidualnego sądowego postępowania odwoławczego wszczętego przez każdego adresata wydanej decyzji (art. 83 ust. 1 i 3 tej ustawy).

Nie jest wykluczona sytuacja, w której od uzyskanej „negatywnej” decyzji składkowej odwoła się wyłącznie ubezpieczony pracownik z zamiarem zweryfikowania stanu jego indywidualnego konta składek i uzyskania, także w przyszłości, wyższych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, przysługujących z uwzględnieniem wszystkich należnych składek, których od spornych składników przychodu ze stosunku pracy nie odprowadził jego pracodawca, będący płatnikiem całości składek na pracownicze ubezpieczenia społeczne i zdrowotne. W przypadku wniesienia odwołania wyłącznie przez ubezpieczonego pracownika nie podlega kwestii, że przedmiotem sporu i zaskarżenia jest różnica pomiędzy wysokością składek żądanych przez ubezpieczonego pracownika do

odprowadzenia przez płatnika składek a składkami zapłaconymi przez ich płatnika, które zostały zaewidencjonowane na indywidualnym koncie ubezpieczonego w wysokości potwierdzonej kontestowaną (negatywną dla odwołującego się pracownika) decyzją składkową.

Z reguły, decyzje o ustaleniu wyższej podstawy wymiaru spornych składek oraz ich wymierzeniu i poborze w wyższej niż opłacona wysokości wydaje organ ubezpieczeń społecznych, jeżeli zakwestionuje i dokona z urzędu zmiany informacji zawartych w imiennych raportach ubezpieczonych pracowników przekazanych mu przez płatnika składek, o czym zawiadamia ubezpieczonego i płatnika składek (art. 41 ust. 13 ustawy systemowej). Z brzmienia i treści tego przepisu wynika, że organ ubezpieczeń społecznych, który zakwestionuje i zmienia informacje zawarte w imiennych raportach miesięcznych dotyczących ubezpieczonego pracownika, nie tylko ustala prawidłową podstawę wymiaru składek, ale wydaje (powinien wydać) decyzję o wymiarze i poborze nienależnie nieopłaconej (zaległej) składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne od dalszej części przychodu pracownika ze stosunku pracy, której płatnik składek nie objął podstawą wymiaru i w konsekwencji nie opłacił całości należnych składek na te ubezpieczenia. Oznacza to, że po dokonaniu kontroli indywidualnych miesięcznych raportów imiennych z przebiegu ubezpieczenia i stanu indywidualnych kont składkowych jednego lub wielu pracowników, organ rentowy na ogół wydaje (powinien wydawać) decyzje indywidualne o wymierzeniu i poborze nieopłaconych w całości składek, które kształtują prawo i wysokość świadczeń przysługujących lub mogących przysługiwać konkretnemu ubezpieczonemu pracownikowi w przyszłości w razie wystąpienia zdarzenia (ryzyka) ubezpieczeniowego. Koresponduje to z obowiązkami płatnika składek sporządzania i składania szczegółowych imiennych deklaracji i raportów miesięcznych za każdego ubezpieczonego pracownika według „komputerowych” wzorów zamieszczonych w załącznikach do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 października 2009 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz

innych dokumentów (Dz.U. Nr 186, poz. 1444 ze zm.). W tych dokumentach płatnik składek szczegółowo określa się nie tylko konkretną indywidualną podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, ale oblicza należne kwoty składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe za każdego z ubezpieczonych, finansowane przez płatnika i (lub) ubezpieczonego, które jako płatnik całości składek na pracownicze ubezpieczenia społeczne i zdrowotne przekazuje do organu ubezpieczeń społecznych.

Istotne jest to, że obowiązujący od 1 stycznia 1999 r. aktualny system ubezpieczeń społecznych odszedł od tzw. bezimiennych („anonimowych”) pracowniczych ubezpieczeń społecznych, w których pracodawcy opłacali jedną łączną składkę za wszystkich zatrudnionych pracowników w ustawowo określonej procentowej wielkości globalnego funduszu płac, bez aktualnie obowiązujących ograniczeń wynikających z maksymalnej (granicznej) podstawy ich wymiaru. W aktualnie obowiązującym systemie składania przez płatników składek imiennych deklaracji i indywidualnych raportów miesięcznych z przebiegu ubezpieczenia obowiązuje maksymalna (graniczna) roczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe nie może w danym roku kalendarzowym być wyższa od kwoty odpowiadającej trzydziestokrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej za dany rok kalendarzowy (art. 19 ust. 1 ustawy systemowej). W konsekwencji w obowiązującym systemie obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego pracodawca nie ubezpiecza „grupowo” zatrudnionych pracowników i dlatego jako płatnik całości składek na te ubezpieczenia nie oblicza ani nie odprowadza łącznej kwoty (sumy) składek za wszystkich ubezpieczonych. Przeciwnie, płatnik składek ma obowiązek obliczenia i odprowadzenia wyliczonych konkretnych kwot składek za każdy rodzaj ubezpieczeń społecznych (emerytalnego, rentowych, chorobowego, wypadkowego) oraz ubezpieczenia zdrowotnego od każdego „z osobna” ubezpieczonego pracownika. Przemawia to przeciwko wydawaniu „grupowych” lub „zbiorczych” decyzji o „łącznym” wymiarze lub poborze składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne za wszystkich ubezpieczonych pracowników, którzy pozostają w indywidualnych, a nie „grupowych” stosunkach ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego. Należne z tych tytułów składki płatnik

oblicza oddzielnie na każdy rodzaj ubezpieczeń społecznych i zdrowotnego za każdego indywidualnie ubezpieczonego pracownika i przekazuje je do organu ubezpieczeń społecznych, który „lokuje” je na indywidualne konta każdego ubezpieczonego pracownika według zasad określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 18 kwietnia 2008 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru jest zobowiązany Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 78, poz. 465 ze zm.).

Kwoty należnych składek na pracownicze ubezpieczenia społeczne i zdrowotne zależą od wysokości indywidualnych przychodów ze stosunku pracy ubezpieczonych pracowników, które na ogół nie są jednakowe, przeto różne są indywidualne wartości podstawy wymiaru składek, dlatego na ogół różna jest wysokość składek na poszczególne rodzaje ubezpieczeń społecznych i zdrowotnego, a w konsekwencji różna jest wartość przedmiotu sporu i zaskarżenia w indywidualnych sprawach składkowych poszczególnych ubezpieczonych pracowników. W stosunku prawnym imiennego (indywidualnego) pracowniczego ubezpieczenia społecznego (emerytalnego, rentowych, chorobowego, wypadkowego) lub w indywidualnym imiennym stosunku ubezpieczenia zdrowotnego, które nie mają zbiorowej ani „grupowej” natury pracowniczych stosunków ubezpieczeń społecznych, każdy konkretny pracownik ma status prawny ubezpieczonego, a nie *sui generis* i niejako „peryferyjny” procesowy status zainteresowanego, którego prawa i obowiązki zależą od rozstrzygnięcia sprawy (art. 477¹¹ § 1 k.p.c.). Nawet, jeżeli w sporze o składki, niezapłacone od niektórych przychodów ze stosunku pracy - pracownik nie ubiega się lub nie korzysta ze świadczeń z ubezpieczeń społecznych, to od rozstrzygnięcia jego konkretnej indywidualnej sprawy składkowej zależą żywotne ekspektatywy, w tym wysokość przyszłych świadczeń z ubezpieczenia społecznego, które wymagają należytego opłacania przez płatnika składek, ponieważ te wpływają na wysokość należnych lub przyszłych świadczeń. Prawa i obowiązki „składkowe” ubezpieczonego pracownika oraz wyłącznie zobowiązanego płatnika całości składek wynikające z decyzji składkowych nie są obowiązkami „wspólnymi” tych podmiotów, ale w częściach finansowanych „rozdzielnie” mogą być postrzegane co najwyżej jako obowiązki oparte na jednakowej podstawie faktycznej i prawnej (art. 72 § 1 pkt 2 k.p.c.).

Równocześnie jednak ubezpieczony pracownik może, ale nie ma obowiązku brania udziału w sądowym postępowaniu odwoławczym po jednej ze stron spornej decyzji składkowej, (w tym po stronie płatnika składek bądź organu ubezpieczeń społecznych). Może się też zdarzyć, że ubezpieczony pracownik jest jedyną stroną kontestującą decyzję składkową. W tego typu sporach ubezpieczeni pracownicy są obligatoryjnie powiadamiani o toczącym się procesie, ale na ogół zachowują się pasywnie lub biernie, co utrudnia przypisanie im precyzyjnie określonego formalnego procesowego statusu prawnego, w tym uznania ich za współuczestników formalnych lub „swoistych współuczestników procesowych”. Nie powinno jednak podlegać kwestii, że w sprawach z odwołań od decyzji składkowych pracownik (lub ustawowo uprawnieni członkowie jego rodziny) ma zawsze pozycję prawną (status) ubezpieczonego (ubezpieczonych), niezależnie od tego, że podmiotem wyłącznie zobowiązanym do obliczenia i przekazania organowi ubezpieczeń społecznych składek na pracownicze ubezpieczenia społeczne i zdrowotne jest pracodawca będący płatnikiem całości składek. Od rozstrzygnięcia odwołania od decyzji w sprawie o „ustalenie wysokości podstawy wymiaru składek” zależy prawo uprawnionego ubezpieczonego pracownika do uzyskania należnych mu świadczeń z ubezpieczeń społecznych lub zdrowotnego z tytułu określonego zdarzenia (ryzyka) ubezpieczeniowego, bądź „żywotna” ekspektatywa jego przyszłych uprawnień, w szczególności emerytalnych. Tego typu sprawy poprawnie i prawidłowo rzecz ujmując powinny być powadzone jako spory o składki, tj. o wysokość zaległych składek od przychodu ze stosunku pracy bezpodstawnie nieuwzględnionego przez ich wyłącznego płatnika (pracodawcę) w podstawie wymiaru oraz przy obliczeniu i odprowadzeniu konkretnych kwot na poszczególne rodzaje indywidualnych pracowniczych ubezpieczeń społecznych. Na prawo do świadczeń z ubezpieczeń społecznych w określonej wysokości wpływa zrealizowany przez pracodawcę-płatnika składek obowiązek ich zapłaty w prawem wymaganej wysokości, które wymagają „samoobliczenia” i odprowadzenia przez płatnika składek od wszystkich składników przychodu pracownika ze stosunku pracy, które podlegają obowiązkowi „oskładkowania”. Składki te oblicza, rozlicza i przekazuje do organu ubezpieczeń wyłącznie pracodawca będący płatnikiem należnych składek w całości (art. 17 ust. 1 ustawy systemowej). Istotne jednak jest

to, że podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne ubezpieczonego stanowi indywidualny przychód pracownika, o którym mowa w art. 4 pkt 9 i 10 tej ustawy, z zastrzeżeniem jej ust. 1a i 2, ust. 4 pkt 5 i ust. 12 ustawy systemowej, a także art. 81 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Konkretną indywidualną podstawę wymiaru składek ustala się od podlegających „oskładkowaniu” przychodów uzyskiwanych przez każdego pracownika ze stosunku pracy. Przychody takie na ogół różnią się ich wysokością, co sprawia, że z reguły różna jest wysokość indywidualnego obowiązku składkowego. Dane o zapłaconych składkach organ ubezpieczeń społecznych gromadzi na indywidualnym koncie ubezpieczonego. Jeżeli w ciągu 3 miesięcy od upływu terminu opłacenia składki ubezpieczony stwierdzi, że składka nie została opłacona, może zwrócić się do Zakładu o udzielenie informacji, czy Zakład podjął działania zmierzające do jej ściągnięcia (art. 40 ust. 1a ustawy systemowej). Imienne raporty miesięczne płatnik składek przekazuje do Zakładu, po upływie każdego miesiąca kalendarzowego, w terminie ustalonym dla rozliczania składek. Raport zawiera nie tylko dotyczące płatnika składek, określone w art. 43 ust. 4 i 5, miesiąc i rok, ale także, między innymi, nadane numery identyfikacyjne ubezpieczonego z danymi, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt 1; jego nazwisko i imię; wymiar czasu pracy; zestawienie należnych składek na ubezpieczenia społeczne w podziale na ubezpieczenie: emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe, zawierające dane o: a) tytule ubezpieczenia, b) podstawie wymiaru składek, c) kwocie składki w podziale na należną od ubezpieczonego i płatnika składek oraz z innych źródeł finansowania, d) kwocie obniżenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe, wynikającego z ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o pracowniczych programach emerytalnych (Dz.U. z 2001 r. Nr 60, poz. 623 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253 i Nr 141, poz. 1178); oraz podstawę wymiaru i kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne, z uwzględnieniem podziału na podmioty, które finansują składki, rodzaje i okresy przerw w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne; informacje o wypłaconych zasiłkach oraz wynagrodzeniach z tytułu niezdolności do pracy wypłaconych na podstawie Kodeksu pracy oraz o zasiłkach finansowanych z budżetu państwa; oświadczenie płatnika składek, że dane zawarte w raporcie są

zgodne ze stanem faktycznym, potwierdzone podpisem płatnika składek lub osoby przez niego upoważnionej; imienny raport miesięczny zawiera również datę sporządzenia raportu miesięcznego, podpis płatnika składek lub osoby przez niego upoważnionej; imienne raporty miesięczne mogą zawierać informacje o złożeniu przez ubezpieczonego zawiadomienia o przekroczeniu rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, o którym mowa w art. 19 ust. 5 (por. art. 41 ust. 3-5 ustawy systemowej).

Przytoczone regulacje potwierdzają indywidualny charakter prawny pracowniczego stosunku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, który jest oparty na indywidualnych imiennych deklaracjach i raportach miesięcznych danych i składek ubezpieczonych, gromadzonych na ich indywidualnych kontach, z których są lub będą w przyszłości realizowane należne świadczenia w razie wystąpienia ryzyk ubezpieczenia.

Zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy systemowej, poczynając od 2006 r., w terminie do dnia 31 sierpnia każdego roku, Zakład jest zobowiązany przysyłać ubezpieczonemu urodzonemu po dniu 31 grudnia 1948 r. informacje o zewidencjonowanych na koncie ubezpieczonego składkach ogółem, o których mowa w art. 40 ust. 1, według stanu na dzień 31 grudnia poprzedniego roku, zwaną dalej "informacją o stanie konta". Informację o stanie konta udostępnia się w formie pisemnej na żądanie ubezpieczonego. W praktyce każdy pracownik uzyskuje takie „roczne” dane od zatrudniającego go pracodawcy. Jeżeli po otrzymaniu informacji o stanie konta ubezpieczony niebędący płatnikiem składek stwierdzi, że na jego koncie nie zostały zewidencjonowane wszystkie należne składki na ubezpieczenie emerytalne lub zostały zewidencjonowane w niewłaściwej wysokości, powinien zgłosić do płatnika tych składek, na piśmie lub do protokołu, wniosek o sprostowanie danych przekazanych do Zakładu w dokumentach związanych z ubezpieczeniami społecznymi określonych w ustawie lub przekazanie brakujących dokumentów, zwany dalej „wnioskiem o sprostowanie danych”. Płatnik składek jest zobowiązany poinformować ubezpieczonego na piśmie o sposobie rozpatrzenia wniosku o sprostowanie danych w terminie 60 dni od dnia jego otrzymania. Natomiast w przypadku nieuwzględnienia przez płatnika składek wniosku o sprostowanie danych oraz w przypadku gdy płatnik składek już nie istnieje,

ubezpieczony powinien złożyć we wskazanej przez Zakład jednostce organizacyjnej Zakładu wniosek o przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego, przedkładając jednocześnie dokumenty potwierdzające wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne oraz kopię informacji, o której mowa w ust. 2f. Zakład powinien zakończyć postępowanie wyjaśniające nie później niż w ciągu 3 miesięcy, a postępowanie szczególnie skomplikowane - nie później niż w ciągu 6 miesięcy od dnia otrzymania wniosku. Jeżeli w wyniku postępowania wyjaśniającego okaże się, że przyczyną niezaewidencjonowania na koncie ubezpieczonego wszystkich należnych składek na ubezpieczenie emerytalne lub zewidencjonowania ich w niewłaściwej wysokości są: 1) błędy w danych podanych w zgłoszeniu do ubezpieczeń społecznych, w zgłoszeniu wyrejestrowania ubezpieczonego z ubezpieczeń społecznych, w zgłoszeniu płatnika składek lub w zgłoszeniu wyrejestrowania płatnika składek albo niezłożenie tych dokumentów - Zakład dokonuje korekty tych danych z urzędu bezpośrednio na koncie ubezpieczonego lub na koncie płatnika składek, jeżeli uzna to za możliwe, albo po złożeniu przez płatnika składek dokumentów korygujących te dokumenty lub brakujących dokumentów; 2) błędy w danych podanych w imiennym raporcie miesięcznym lub w deklaracji rozliczeniowej albo niezłożenie tych dokumentów - Zakład dokonuje korekty tych danych po złożeniu przez płatnika składek dokumentów korygujących te dokumenty albo brakujących dokumentów. Płatnik składek jest zobowiązany złożyć korygujące lub brakujące dokumenty w terminie 30 dni od otrzymania z Zakładu zawiadomienia o stwierdzonych w wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego nieprawidłowościach w dokumentach związanych z ubezpieczeniami społecznymi określonych w ustawie. Płatnik składek jest zobowiązany złożyć korygujące lub brakujące dokumenty, o których mowa w ust. 2k, w terminie 30 dni od dnia: 1) uprawomocnienia się decyzji - jeżeli stwierdzenie nieprawidłowości następuje w drodze decyzji; 2) otrzymania protokołu kontroli - jeżeli stwierdzenie nieprawidłowości następuje w drodze kontroli. W przypadku gdy płatnik składek już nie istnieje lub uzyskanie korygujących lub brakujących dokumentów ubezpieczeniowych nie jest możliwe, Zakład dokonuje korekty danych z urzędu bezpośrednio na koncie ubezpieczonego lub na koncie płatnika składek, koryguje z urzędu błędy stwierdzone w dokumentach związanych

z ubezpieczeniami społecznymi określonych w ustawie lub sporządza z urzędu brakujące dokumenty.

Wszystkie okoliczności zawarte w powołanych przepisach ustawy systemowej świadczą o indywidualnym charakterze prawnym (naturze prawnej) stosunku ubezpieczeń społecznych każdego z osobna (odrębnie) ubezpieczonego pracownika, którego pracodawca jako płatnik składek zgłasza i ubezpiecza na podstawie imiennych deklaracji i raportów miesięcznych. Opisane okoliczności podważają stanowisko, że pracownik płatnika składek „nie jest ani wierzycielem, ani dłużnikiem w tym stosunku prawnym”, ponieważ z opłaconych i zewidencjonowanych na jego indywidualnym koncie składkowym wypłacane są lub będą realizowane w przyszłości przysługujące świadczenia z ubezpieczeń społecznych. Należne składki na pracownicze ubezpieczenia społeczne i zdrowotne podlegają zewidencjonowaniu na indywidualnych kontach imiennych ubezpieczonych pracowników, a zatem przynależą do ubezpieczonego w tym sensie, że może on domagać się ustalenia lub przyznania świadczeń uzależnionych od wysokości opłaconych i zewidencjonowanych składek na jego indywidualnym koncie. Ponadto, zwaloryzowane kwoty składek, środków i odsetek za zwłokę, zewidencjonowane na subkoncie ubezpieczonego, podlegają podziałowi w razie rozwodu, unieważnienia małżeństwa albo w przypadku śmierci osoby, dla której Zakład prowadzi subkonto, na zasadach określonych w przepisach o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (art. 40e ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach).

Wszystkie przytoczone indywidualne uwarunkowania sprawiają, że kontrowersje dotyczące niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązku opłacenia składek przez ich płatnika wymagają wydania decyzji indywidualnych nie tylko wobec płatnika składek, ale przede wszystkim wobec ubezpieczonych pracowników, którzy mają oczywisty interes prawny w należyтым wykonywaniu obowiązku składkowego przez płatnika składek. Dlatego każda decyzja składkowa ma indywidualny wymiar materialnoprawny i procesowy. Każda decyzja, która bezpośrednio wpływa lub w przyszłości będzie wpływać na ustalenie i wysokość indywidualnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, może być przedmiotem zaskarżenia (odwołania) do sądu ubezpieczeń społecznych, który osądza

indywidualne spory dotyczące obowiązku składkowego realizowanego przez płatnika składek. Z takiego postrzegania istoty prawnej indywidualnej sfery stosunku pracowniczego ubezpieczenia społecznego wynika potrzeba wydania indywidualnych decyzji składkowych wobec każdego z ubezpieczonych pracowników i obowiązek osądzenia odwołania od wydanych indywidualnych decyzji składkowych, które zmieniają lub korygują stany indywidualnych kont każdego „z osobna” ubezpieczonego pracownika. Dlatego o wartości przedmiotu sporu i dalszego zaskarżenia nie decyduje suma składek wymierzonych łącznie za kilku lub więcej ubezpieczonych, ale kwoty składek wymierzonych do poboru za każdego ubezpieczonego pracownika. ZUS powinien wydawać indywidualne decyzje składkowe wymagające wymierzenia i poboru składek na indywidualne ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, co wyklucza wydawanie jednej łącznej decyzji, z której wynika suma wymierzonych do poboru składek na indywidualne ubezpieczenia każdego z ubezpieczonych pracowników.

W konsekwencji, przedmiotem odwołania płatnika składek od decyzji o wymierzeniu lub poborze nieopłaconych składek od spornych składników przychodu konkretnego pracownika jest decyzja wydana w sprawie wymiaru i poboru zaległych składek na indywidualne ubezpieczenia i konta ubezpieczonych pracowników. Przedmiotem odwołania nie jest zatem jedna decyzja (łączna) o „ustaleniu podstawy wymiaru” zaległych składek wobec kilku lub wielu ubezpieczonych pracowników choćby znajdujących się w podobnej sytuacji faktycznej i prawnej. W sporach składkowych z zakresu ubezpieczeń społecznych lub zdrowotnych pracodawcy przysługuje materialnoprawny status płatnika składek oraz procesowy status strony, będącej „inną osobą, której praw i obowiązków dotyczy zaskarżona decyzja” w rozumieniu art. 477¹¹ § 1 k.p.c. Natomiast pracownik jest ubezpieczonym nie tylko w materialnym stosunku pracowniczych ubezpieczeń społecznych i zdrowotnego, ale ma procesowy status ubezpieczonego w rozumieniu art. 476 § 5 pkt 2b k.p.c. Ubezpieczony ma żywotny interes prawny w ustaleniu zakresu i wymiaru składki z pracowniczego ubezpieczenia społecznego, choćby nie występował o wydanie spornej decyzji składkowej, ponieważ jest podmiotem indywidualnego stosunku ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczenia zdrowotnego, i korzysta lub będzie korzystał ze świadczeń z tych ubezpieczeń,

uzależnionych od opłacania należnych składek przez ich płatnika. Uzasadnia to stanowisko, że w sprawach składkowych pracownicy zawsze mają materialnoprawny i procesowy status ubezpieczonych już dlatego, że to stan ich indywidualnych kont składkowych wymaga sprostowania, korekty lub uzupełnienia przez wymierzenie lub pobór zaległej (dodatkowej) składki na indywidualne ubezpieczenia społeczne lub ubezpieczenie zdrowotne konkretnego ubezpieczonego pracownika. Wprawdzie oparte na art. 46 ustawy systemowej odwołania od decyzji wymiarowych organu rentowego, zobowiązujących wyłącznie płatnika do zapłaty zaległych (dodatkowych) składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, dotyczą obowiązku składkowego płatnika składek, ale na wypadek zajścia zdarzenia lub ryzyka to ubezpieczony staje się świadczeniobiorcą, a zatem wierzycielem świadczeniodawcy (organu ubezpieczeń społecznych) z pracowniczego tytułu ubezpieczeń społecznych. Każdy ubezpieczony pracownik ma żywotny interes prawny w uzyskaniu konkretnej decyzji w jego indywidualnej sprawie składkowej, ponieważ może być, a w przyszłości będzie ubiegał się o świadczenia z pracowniczego tytułu i stosunku ubezpieczeń społecznych, uwarunkowanych opłaceniem należnych składek na te ubezpieczenia przez płatnika składek. To od indywidualnego stosunku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego zależy określenie prawidłowej podstawy wymiaru i zapłaty należnych składek na te ubezpieczenia, które ma bezpośredni wpływ na aktualne lub przyszłe prawa i obowiązki ubezpieczonego pracownika, chociaż składki wymagają obliczenia i odprowadzenia w całości przez pracodawcę będącego ich płatnikiem. Wydany w każdej sprawie składkowej wyrok powinien zatem rozstrzygać o legalności i prawidłowości każdej zaskarżonej decyzji, wydanej odrębnie („z osobna”) wobec konkretnych ubezpieczonych pracowników w indywidualnych sprawach składkowych przez wyłącznego płatnika (pracodawcę), o zaległe składki na pracownicze ubezpieczenia społeczne i zdrowotne za sporne okresy, które decydują o wysokości należnych lub przyszłych świadczeń z ubezpieczenia społecznego lub zdrowotnego. Tego typu spory składkowe wymagają osądzenia konkretnej wysokości zaległych składek wymierzonych od zgodnej z prawem podstawy ich wymiaru na indywidualne ubezpieczenia społeczne oraz ubezpieczenie zdrowotne za każdego z ubezpieczonych pracowników. W

konsekwencji wartością przedmiotu sporu oraz przedmiotu apelacyjnego lub kasacyjnego zaskarżenia będzie wartość niezapłaconych składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne za sporne okresy od określonych przychodów ze stosunku pracy, które zostały pominięte przez płatnika w podstawie wymiaru i obliczeniu składek przekazanych do organu ubezpieczeń społecznych indywidualnie za każdego ubezpieczonego pracownika.

Zwraca się uwagę, że gdyby pracodawca nie wypłacił pracownikom niektórych świadczeń (przychodów) ze stosunku pracy, choćby przysługiwały one w tej samej (równej) wysokości, to ewidentnie wykluczone byłoby sumowanie tych samych, choćby równej wartości przedmiotów sporów lub zaskarżenia w indywidualnych sporach pracowniczych. Nie inaczej jest w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, w których przedmiotem sporu jest zapłata zaległych składek przez płatnika składek na indywidualne ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne od wypłaconego pracownikom przychodu ze stosunku pracy, jeżeli podlega on uwzględnieniu do podstawy wymiaru składek, a zatem także wymiarowi lub poborowi składek, mimo że formalnie obowiązek ich samoobliczenia i przekazania do zakładu ubezpieczeń społecznych spoczywa i obarcza wyłącznie pracodawcę (jako ich płatnika).

Dlatego w przypadkach wydawania decyzji zobowiązującej płatnika składek (pracodawcę) do zapłaty łącznej kwoty (sumy) zaległych składek od niektórych należności (przychodów) ze stosunku pracy, bezpodstawnie pominiętych w podstawie wymiaru składek, w dominującej linii jurysdykcyjnej Sądu Najwyższego utrwaliła się praktyka zwracania sądom drugiej instancji takich spraw „składowych” w celu zweryfikowania przedmiotów kasacyjnego zaskarżenia z osobna (odrębnie) wobec każdego z ubezpieczonych pracowników, zamiast wskazanej sumy ustalonych „podstaw wymiaru” lub jednej kwoty wymierzonych do poboru składek należnych od kilku lub wszystkich ubezpieczonych pracowników zobowiązanego płatnika składek. Taka praktyka miała oparcie we wcześniej utrwalonej linii orzecznictwa Sądu Najwyższego, który jednolicie przyjmował, że w sprawach o „wysokość podstawy wymiaru składek” na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne - wartością przedmiotu zaskarżenia jest różnica pomiędzy wysokością składek wymierzonych za sporny okres w zaskarżonej decyzji pomniejszonych o składki

wcześniej zapłacone przez ich płatnika (por. np. postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 2009 r., II UZ 12/09, OSNP 2010 nr 23-24, poz. 301; z dnia 26 stycznia 2010 r., II UK 190/10, LEX nr 786391 lub z dnia 24 maja 2012 r., II UZ 16/12, LEX nr 1222163). W przekonującej argumentacji takich judykatów podkreśla się, że wniesienie odwołań od odrębnie wydanych indywidualnych decyzji składkowych powoduje wszczęcie odrębnych spraw odwoławczych, które choć skumulowane w jednym postępowaniu w trybie art. 219 k.p.c. zawsze wymagają określenia osobnych wartości przedmiotów sporu i zaskarżenia w każdej z połączonych spraw indywidualnych. W konsekwencji te indywidualne wartości przedmiotów zaskarżenia, a nie ich suma, decydują o przedmiotowej dopuszczalności skargi kasacyjnej nawet wtedy, gdy organ rentowy wadliwie wymierzył płatnikowi jedną decyzją łączną kwotę zaległych składek za wszystkich ubezpieczonych pracowników, która zawsze wymaga sprostowania, korekty lub uzupełnienia w indywidualnych miesięcznych deklaracjach i na kontach każdego z ubezpieczonych pracowników. Taka metoda określenia indywidualnych („odrębnych”) wartości przedmiotu sporu i zaskarżenia wcale nie prowadzi „do zafałszowania rzeczywistego przedmiotu sprawy i niezgodnie z celami postępowania cywilnego pozbawia płatnika, organ rentowy lub zainteresowanego pracownika kontroli kasacyjnej w tej ważnej kategorii spraw”, ponieważ kodeksowe przedmiotowe ograniczenie dopuszczalności wnoszenia skarg kasacyjnych ze względu na kodeksowe wymaganie minimalnej wartości przedmiotu kasacyjnego zaskarżenia (art. 398² § 1 k.p.c., który przewiduje, że skarga kasacyjna jest niedopuszczalna w sprawach o prawa majątkowe, w których wartość przedmiotu zaskarżenia jest niższa niż dziesięć tysięcy złotych, jeżeli przedmiotem sprawy nie jest objęcie obowiązkiem ubezpieczenia społecznego, przyznanie lub wstrzymanie emerytury lub renty), nie narusza art. 6 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności ani konstytucyjnego prawa do sądu (art. 45 ust. 1 Konstytucji RP). Prawa stron takich sporów (procesów) zostają wystarczająco zagwarantowane i zachowane w dwuinstancyjnym postępowaniu sądowym (por. postanowienie z dnia 29 stycznia 2014 r., II UZ 65/13, niepublikowane). Ponadto w tego typu sprawach składkowych płatnik składek będący przedsiębiorcą i pracodawcą, który ma wątpliwości dotyczące zakresu obowiązku składkowego od

niektórych należności (przychodu) ze stosunku pracy, może taki problem wyjaśnić w drodze wniosku o interpretację na podstawie art. 10 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

Podzielając wykładnię zawartą w wyżej przedstawionej uchwale składu siedmiu sędziów wniesione zażalenie należało oddalić na podstawie art. 394¹ § 3 w związku z art. 398¹⁴ k.p.c.