

UCHWAŁA
składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego

Dnia 12 czerwca 2014 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

Prezes SN Teresa Flemming-Kulesza (przewodniczący)
SSN Bogusław Cudowski
SSN Zbigniew Myszka (sprawozdawca, uzasadnienie)
SSN Krzysztof Staryk
SSN Beata Gudowska
SSN Romualda Spyt (sprawozdawca)
SSN Maciej Pacuda

Protokolant Joanna Klimowicz
z udziałem Prokuratora Prokuratury Generalnej Wojciecha
Kasztelana

w sprawie z wniosku Przedsiębiorstwa Produkcyjno-Usługowo-Handlowego "A.-S." spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w W. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w T. z udziałem zainteresowanych: L. D., M. L., M. S., J. S., W. W. o ustalenie podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne, po rozpoznaniu na posiedzeniu jawnym w Izbie Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych w dniu 12 czerwca 2014 r. zagadnienia prawnego przekazanego do rozstrzygnięcia powiększonemu składowi Sądu Najwyższego postanowieniem z dnia 29 stycznia 2014 r., sygn. akt II UZ 68/13,

"Czy objęcie jednym wyrokiem wielu decyzji ustalających płatnikowi składek (pracodawcy) i wskazanym w tych decyzjach pracownikom podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oznacza, że w skardze kasacyjnej płatnika roszczenia z nich wynikające podlegają zsumowaniu przy ustalaniu wartości przedmiotu zaskarżenia (art. 21 k.p.c. w związku z art. 398⁴ § 3

k.p.c.), czy też wartość przedmiotu zaskarżenia należy liczyć odrębnie względem każdego ubezpieczonego pracownika?"

podjął uchwałę:

W razie objęcia jednym wyrokiem wielu decyzji ustalających płatnikowi składek (pracodawcy) i wskazanym 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.) .

UZASADNIENIE

Zagadnienie prawne ujawniło się w następującym stanie sprawy. Wyrokiem z dnia 29 czerwca 2012 r., ... 1262/11, Sąd Apelacyjny oddalił apelację Przedsiębiorstwa Produkcyjno - Usługowo - Handlowego „A.-S.” Sp. z o.o. z siedzibą w W. od wyroku Sądu Okręgowego w W. z 26 maja 2011 r., ... 461/10. Przedmiotem sporu była „wysokość podstawy wymiaru składki” na ubezpieczenie społeczne pięciu zainteresowanych pracowników Spółki. W stosunku do każdego z tych pracowników spór dotyczył kwestii, czy należy stosować pkt 15, czy też pkt 16 paragrafu 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 18 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (Dz.U. Nr 161, poz. 1106 ze zm.). Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 15 tego rozporządzenia, podstawy wymiaru składek nie stanowią diety i inne należności z tytułu podróży służbowej pracownika - do wysokości określonej w przepisach w sprawie wysokości oraz warunków ustalania należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej, z tytułu podróży służbowej na obszarze

kraju oraz poza granicami kraju, z zastrzeżeniem pkt 17 (pkt 15). Natomiast, stosownie do § 2 ust. 1 pkt 16 rozporządzenia, podstawy wymiaru składek nie stanowi część wynagrodzenia pracowników zatrudnionych za granicą u polskich pracodawców, z wyłączeniem osób wymienionych w art. 18 ust. 12 ustawy, w wysokości równowartości diety przysługującej z tytułu podróży służbowych poza granicami kraju, za każdy dzień pobytu, określonej w przepisach w sprawie wysokości oraz warunków ustalania należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju, z tym zastrzeżeniem, że tak ustalony miesięczny przychód tych osób stanowiący podstawę wymiaru składek nie może być niższy od kwoty przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 19 ust. 1 ustawy (pkt 16). Według organu rentowego, wobec wszystkich wymienionych w wydanych decyzjach pracowników miał zastosowanie § 2 ust. 1 pkt 16 tego rozporządzenia, a nie, jak utrzymywał płatnik składek, jego pkt 15, ponieważ ubezpieczeni pracownicy w okresach wymienionych w decyzjach nie przebywali w podróży służbowej, ale wykonywali „stałą” pracę za granicą.

W dniu 3 listopada 2012 r. skarżąca złożyła w takiej sprawie skargę kasacyjną od wyroku Sądu drugiej instancji. Zarządzeniem z 7 listopada 2012 r. przewodniczący Wydziału tego Sądu wezwał pełnomocnika skarżącej do określenia wartości przedmiotu zaskarżenia w terminie 7 dni pod rygorem odrzucenia skargi kasacyjnej. Pismem procesowym z dnia 6 grudnia 2012 r. pełnomocnik skarżącej określił jedną łączną wartość przedmiotu zaskarżenia w kwocie 27.884,92 zł. Po kolejnym wezwaniu do uzupełnienia braków skargi kasacyjnej w terminie 7 dni, tym razem przez wskazanie wartości przedmiotu zaskarżenia co do każdego z pięciu zainteresowanych pracowników, biorąc za podstawę wysokość należnych składek obliczoną od przychodów ubezpieczonych osobno w każdej zaskarżonej decyzji, pod rygorem odrzucenia skargi kasacyjnej, pełnomocnik skarżącej w piśmie procesowym z 20 lipca 2013 r. wskazał, że wartość przedmiotu zaskarżenia ustalona w oparciu o wysokość należnych składek obliczoną od przychodów ubezpieczonych wynosi w sprawach zainteresowanych: L. D. - 4.472,00 zł, M. L. - 3.475,00 zł, M. S. - 6.876,00 zł, J. S. - 2.218,00 zł i W. W. - 9.989,00 zł.

Zaskarżonym postanowieniem Sąd Apelacyjny ustalił wartość przedmiotu zaskarżenia w sprawach wymienionych pracowników w wyżej określonych kwotach, a następnie odrzucił skargę kasacyjną, uznając ją w stosunku do pracowników wymienionych w sentencji zaskarżonego postanowienia za niedopuszczalną ze względu na zbyt niską wartość odrębnych przedmiotów zaskarżenia. Sąd ten argumentował, że postępowania sądowe były wszczęte odwołaniami od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w T., wydanymi oddzielnie wobec każdego zainteresowanego, które korygowały indywidualną podstawę wymiaru składek odrębnie względem każdego z nich. W decyzjach tych różnica pomiędzy podstawą wymiaru składek należną, według organu rentowego, liczoną od podstawy wymiaru nie niższej niż kwota prognozowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej na dany rok kalendarzowy, a podstawą zadeklarowaną przez płatnika składek nie sięgała kwoty dziesięciu tysięcy złotych.

W zażaleniu strona skarżąca zaskarżyła postanowienie w całości i wniosła o jego uchylenie oraz przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu w celu nadania biegu złożonej skardze kasacyjnej. Skarżąca zarzuciła naruszenie: (1) art. 21 k.p.c. w związku z art. 398²¹ § 2 k.p.c., przez ich niezastosowanie i błędne przyjęcie, że wartość przedmiotu zaskarżenia w złożonej skardze kasacyjnej należy liczyć odrębnie wobec każdego z zainteresowanych pracowników, co doprowadziło do bezpodstawnego odrzucenia skargi kasacyjnej; (2) art. 72 § 1 pkt 2 k.p.c., przez niezasadne przyjęcie, że zainteresowani pracownicy skarżącej występują w sprawie na zasadzie współuczestnictwa formalnego.

W opisanym stanie sprawy skład trzyosobowy Sądu Najwyższego uznał, że wydanie orzeczenia zależy od uprzedniego rozstrzygnięcia rozbieżności w judykaturze najwyższej instancji sądowej, w której ukształtowały się dwa przeciwstawne stanowiska w kwestii określenia wartości przedmiotu zaskarżenia skargą kasacyjną w sprawach „o podstawę wymiaru składki” na ubezpieczenia społeczne, połączonych do wspólnego rozpoznania na podstawie art. 219 k.p.c., dotyczących wymiaru należnych składek za poszczególnych pracowników za ten sam sporny okres (najczęściej okres objęty kontrolą ZUS), wtedy gdy łączna wartość przedmiotu zaskarżenia skargą kasacyjną przekracza dziesięć tysięcy

złotych, ale nie przekracza tej kwoty w żadnej z połączonych indywidualnych spraw z osobna.

Według pierwszego z rozbieżnych stanowisk judykatury, w sprawie „o podstawę wymiaru składek” na ubezpieczenie społeczne wartość przedmiotu zaskarżenia należy liczyć odrębnie względem każdego ubezpieczonego pracownika (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 czerwca 2012 r., II UK 312/11, LEX nr 1235842). W uzasadnieniu tego orzeczenia Sąd Najwyższy podkreślał, że postępowanie sądowe było wszczęte odwołaniem od decyzji pozwanego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który wobec każdego pracownika (zainteresowanego w sprawie) wydał oddzielne decyzje korygujące indywidualną podstawę wymiaru składek. W każdej z tych decyzji „różnica pomiędzy zadeklarowaną przez płatnika podstawą wymiaru składek a należną” była niższa niż dziesięć tysięcy złotych. Takie decyzje organu rentowego określały przedmiot indywidualnych spraw ubezpieczonych pracowników. Wprawdzie odwołania od tych decyzji wniósł płatnik składek (pracodawca), lecz na etapie postępowania sądowego były to nadal odrębne sprawy sądowe wynikające z poszczególnych decyzji, zarejestrowane pod oddzielnymi sygnaturami. To, że sprawy te zostały połączone do łącznego rozpoznania na podstawie art. 219 k.p.c. nie zmienia pierwotnej wartości przedmiotu sporu i zaskarżenia w każdej z odrębnych spraw. Z chwilą ich połączenia nie powstaje jedna sprawa, lecz są to nadal oddzielne sprawy, połączone tylko do łącznego rozpoznania i rozstrzygnięcia. Dlatego w sprawie o podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne wartość przedmiotu zaskarżenia należy liczyć odrębnie względem każdego ubezpieczonego pracownika. To, że przedmiot sprawy w warstwie faktycznej i prawnej innych ubezpieczonych w istocie się nie różni, nie oznacza, że wartość przedmiotu sporu w sprawie jednego ubezpieczonego zwiększa (składa się na) wartość przedmiotu sporu w sprawie drugiego (innego) ubezpieczonego. Sąd Najwyższy wskazał, że pracownik nie jest stroną w sprawie z odwołania od decyzji pozwanego skierowanej do innego ubezpieczonego pracownika. Są oni współuczestnikami formalnymi, a przy współuczestnictwie formalnym, gdy dochodzone są roszczenia oparte na jednakowej podstawie faktycznej i prawnej, wartość przedmiotu zaskarżenia oblicza się oddzielnie dla każdego ze współuczestników (por. postanowienia Sądu

Najwyższego: z 15 stycznia 2007 r., I PZ 22/06, OSNP 2008 nr 5-6, poz. 71; z 13 września 2006 r., II PZ 31/06, OSNP 2007 nr 19-20, poz. 280; z 12 marca 2003 r., I PZ 155/02, LEX nr 1130155; z 2 lipca 2009 r., III PZ 5/09, LEX nr 551888; z 14 stycznia 2009 r., IV CZ 105/08, LEX nr 784206). W podobnej sprawie (postanowienie z dnia 2 lipca 2009 r., II UZ 21/09, LEX nr 536853), odnosząc się bardziej szczegółowo do zarzutu skarżącego płatnika składek niewłaściwego przyjęcia istnienia współuczestnictwa formalnego zainteresowanych pracowników, Sąd Najwyższy wyjaśnił, że współuczestnictwo formalne, w przeciwieństwie do współuczestnictwa materialnego (art. 72 § 1 pkt 1 k.p.c.), charakteryzuje się brakiem materialnoprawnej więzi pomiędzy współuczestnikami, a ich współwystępowanie po jednej ze stron procesu ma charakter *stricto* procesowy. Współuczestnictwo formalne może być następstwem odpowiedniego sformułowania żądań pozwu (wniesienia go przez kilka lub przeciwko kilku podmiotom). Może także wynikać z postanowienia sądu, który kierując się względami ekonomiki procesowej, jest uprawniony połączyć do wspólnego rozpoznania kilka spraw, w których występują po stronie pozwanej lub powodowej te same podmioty (art. 219 k.p.c.). W takiej sytuacji występuje jedna sprawa wyłącznie w znaczeniu formalnym (technicznym), ale tyle jest różnych przedmiotów sporu (zaskarżenia), ilu jest współuczestników formalnych, bowiem każdy z nich mógłby występować w procesie samodzielnie. Tok postępowania wobec każdego z nich jest niezależny (można wydać wyrok częściowy lub rozłączyć sprawy do oddzielnego rozpoznania), wreszcie różne mogą być rozstrzygnięcia w stosunku do każdego ze współuczestników (por. postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 15 kwietnia 1997 r., I CKN 154/97, LEX nr 153214 oraz z dnia 26 maja 1998 r., III CZ 69/98, Wokanda 1998 nr 9, poz. 7).

Ponadto w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, zgodnie z art. 477¹¹ § 1 k.p.c., stronami są ubezpieczony, inna osoba, której praw i obowiązków dotyczy zaskarżona decyzja, organ rentowy i zainteresowany, którym jest ten, czyje prawa lub obowiązki zależą od rozstrzygnięcia sprawy (art. 477¹¹ § 2 k.p.c.). W przedmiotowej sprawie „pod stroną powodową” występowało wiele podmiotów, w tym płatnik składek, do którego skierowane były decyzje wymiarowe organu rentowego oraz zainteresowani pracownicy (ubezpieczeni), na rzecz

których płatnik nie odprowadził należnych składek ubezpieczeniowych. W konsekwencji, zgodnie z art. 72 k.p.c. w związku z art. 477¹¹ § 1 k.p.c., po „stronie powodowej” występowało kilka osób, które charakteryzowały się brakiem wzajemnej więzi materialnoprawnej, a ich współwystępowanie po jednej ze stron procesu miało wyłącznie charakter *stricte* procesowy na zasadzie współuczestnictwa formalnego (art. 72 § 2 k.p.c.).

Stanowisko, że w sprawach „o podstawę wymiaru składek” na ubezpieczenia społeczne wartość przedmiotu zaskarżenia należy liczyć odrębnie względem każdego ubezpieczonego pracownika Sąd Najwyższy wyrażał także w innych sprawach, w których strona wnosząca zażalenie na postanowienie odrzucające skargę kasacyjną, ze względu na „niedostateczną” (poniżej dziesięciu tysięcy złotych) wartość przedmiotu zaskarżenia, twierdziła, iż taka wartość powinna być „relatywizowana” do ogólnej kwoty należności wymierzonej we wszystkich jednostkowych decyzjach wydanych w okresie objętym sporem (kontrolą ZUS), a nie tylko do ich łącznej wartości wynikającej z odwołań od decyzji w sprawach połączonych do łącznego rozpoznania na podstawie art. 219 k.p.c. (por. postanowienia z dnia: 7 kwietnia 2010 r., I UZ 8/10; 18 maja 2010 r., I UZ 29/10; 7 listopada 2013 r., II UZ 59/13, LEX nr 1391553).

Przeciwnie stanowisko zawarto w postanowieniu z dnia 17 kwietnia 2009 r., II UZ 12/09 (OSNP 2010 nr 23-24, poz. 301), w którym Sąd Najwyższy uznał, że objęcie jednym wyrokiem wielu decyzji ustalających płatnikowi składek (pracodawcy) podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne zatrudnionych pracowników oznacza, że w skardze kasacyjnej organu rentowego roszczenia z nich wynikające podlegają zsumowaniu przy ustalaniu wartości przedmiotu zaskarżenia (art. 21 k.p.c. w związku z art. 398⁴ § 2 k.p.c.). W uzasadnieniu tego orzeczenia Sąd Najwyższy zakwestionował pogląd, że wartość przedmiotu zaskarżenia powinna być obliczona jednostkowo (odrębnie) w stosunku do poszczególnych zainteresowanych pracowników. Tymczasem w tego typu sprawach nie ma przeszkód do objęcia spornych składek wszystkich pracowników jedną decyzją zawierającą stosowne indywidualne wyliczenia wobec poszczególnych pracowników i doręczenia jej wszystkim zainteresowanym. Wielość wydanych decyzji oznacza, że przy obliczeniu wartości przedmiotu zaskarżenia

zastosowanie będzie miał art. 21 k.p.c. (w związku z art. 398⁴ § 2 k.p.c.), który stanowi, że jeżeli powód dochodzi pozwem kilku roszczeń, zlicza się ich wartość. Objęcie jednym wyrokiem wielu decyzji oznacza, że w skardze kasacyjnej organu rentowego roszczenia podlegają zsumowaniu przy ustalaniu wartości przedmiotu zaskarżenia. Wyrażony wcześniej pogląd, że w takiej sytuacji procesowej występuje współuczestnictwo formalne Sąd Najwyższy uznał za błędny. Zgodnie z art. 72 § 1 pkt 2 k.p.c., współuczestnictwo formalne może występować po stronie powodowej lub pozwanej. W znaczeniu materialnoprawnym współuczestnictwo procesowe może zachodzić w przypadku wielości wierzycieli i wielości dłużników. Tymczasem zainteresowany, a więc ten, którego prawa lub obowiązki zależą od rozstrzygnięcia sprawy (art. 477¹¹ § 2 k.p.c.), chociaż jest stroną postępowania, nie ma takiego przymiotu współuczestnika. Sytuacja zainteresowanego pracownika w takim procesie jest podobna do sytuacji interwenienta ubocznego (art. 76 k.p.c.), który jeżeli ma interes prawny w tym, aby sprawa została rozstrzygnięta na korzyść jednej ze stron, może w każdym stanie sprawy aż do zamknięcia rozprawy w drugiej instancji przystąpić do tej strony. To, że zainteresowany ma prawo do popierania stanowiska odwołującego się lub organu rentowego oraz do wnoszenia środków zaskarżenia, nie oznacza, iż staje się on wierzycielem lub dłużnikiem w sensie materialnoprawnym. Roszczenie wynikające z decyzji organu rentowego zobowiązującej płatnika do zapłaty składek, które jest oparte na art. 46 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, stanowi wyłącznie zobowiązanie płatnika składek, określane jako pobór składek, a nie zobowiązanie zainteresowanego. Pracownik płatnika składek nie jest ani wierzycielem, ani dłużnikiem w tym stosunku prawnym. Rozstrzygnięcie w wyroku sądu o „podstawie wymiaru składek”, ma jedynie wpływ na prawa i obowiązki takiego pracownika, wynikające z jego własnego zobowiązania, jakim jest obowiązek zapłaty składki w prawem określonej wysokości wynikający z obowiązku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego. Wydany w takiej sprawie wyrok w pierwszej kolejności określa wysokość składki, w tym finansowanej z własnych środków płatnika, za sporne okresy, a w dalszej kolejności rozstrzygnięcie to będzie miało wpływ na wysokość przyszłego świadczenia z ubezpieczenia społecznego. Jeśli istotą sporu jest wysokość należnych składek na

ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne, to wartość przedmiotu sporu, a co za tym idzie wartość przedmiotu zaskarżenia stanowi różnica pomiędzy wysokością składek zapłaconych przez odwołującego się płatnika składek za sporne okresy a wysokością składek wyliczoną przez organ rentowy w zaskarżonych decyzjach objętych wyrokiem sądu.

Podobne argumenty, przemawiające za sumowaniem wartości przedmiotów sporu i zaskarżenia, zostały „w pewnym sensie” zaakceptowane w postanowieniu z dnia 11 maja 2012 r., I UZ 17/12 (OSNP 2013 nr 11-12, poz. 141), w którym Sąd Najwyższy uznał, że wydanie przez organ rentowy wielu decyzji dotyczących wysokości podstawy składek na ubezpieczenie społeczne osobno do każdego ubezpieczonego (pracownika tego samego pracodawcy) nie powinno przekładać się na zwielokrotnienie kosztów zastępstwa procesowego stron. W tej sprawie organ rentowy domagał się zmiany orzeczenia o kosztach przez nieobciążanie go kosztami postępowania apelacyjnego, podkreślając, że gdyby wydał jedną decyzję wymiarową zamiast kilkuset decyzji indywidualnych, to koszty postępowania w sprawie z odwołania od jednej łącznej decyzji wydanej wobec jednego płatnika oraz wszystkich jego pracowników (zainteresowanych w sprawie) wyniosłyby w przypadku przegranej tylko 7.200 zł. Tymczasem Sąd Apelacyjny obciążał organ rentowy w każdej z kilkuset spraw z osobna kosztami w wysokości 120 zł. Sąd Najwyższy uznał, że wynikiem postępowania toczącego się w przedmiocie ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne pracowników jednego pracodawcy powinna być jedna decyzja skierowana do płatnika składek, jako jedynego dłużnika. Wydanie wielu decyzji (dotyczących każdego zainteresowanego pracownika z osobna) było zabiegiem czysto technicznym i nie powinno przekładać się na zwielokrotnienie kosztów pomocy prawnej udzielanej stronom, także dlatego, że stan faktyczny i prawny w każdej ze spraw jest identyczny. W takiej sytuacji procesowej nakład pracy pełnomocnika płatnika składek we wszystkich sprawach nie jest „o wiele większy”, niż gdyby prowadzona była jedna sprawa z udziałem wszystkich zainteresowanych pracowników.

Ujawnione rozbieżności judykatury wymagają interwencji powiększonego składu Sądu Najwyższego. Za pierwszym z opisanych stanowisk przemawiają 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 przemawiają za trafnością poglądu, 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).

Równocześnie na uwagę zasługuje przeciwna argumentacja przedstawiona w wyżej powołanej sprawie II UZ 12/09. Istotne jest odwołanie się do charakteru obowiązku będącego przedmiotem rozpoznania w rozważanej kategorii spraw. Należy mieć 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). Obowiązek pracodawcy (płatnika składek) obliczania, rozliczania oraz przekazywania co miesiąc do Zakładu całości należnych składek przybiera formę miesięcznych raportów imiennych, składanych po upływie każdego miesiąca kalendarzowego w terminie ustalonym dla rozliczenia składek, a także obejmuje konieczne indywidualne dane dotyczące także ubezpieczonych, istotne dla ustalenia zakresu i wymiaru składek, które płatnik składek przekazuje również ubezpieczonym (art. 41 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Rzeczywisty majątkowy ciężar tego obowiązku (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. Taki wniosek znajduje również oparcie w art. 38 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, który nakazuje organowi rentowemu wydanie, w razie sporu dotyczącego obowiązku ubezpieczenia (co dotyczy także wymiaru składek), decyzji osobie zainteresowanej oraz płatnikowi składek (por. uzasadnienie uchwały Sądu Najwyższego z dnia 6 września 2006 r., III UZP 4/05, OSNP 2007 nr 3-4, poz. 51). 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”. Ponadto w niektórych tego typu sprawach sam organ rentowy wskazywał, że wydawanie decyzji częściowych ma charakter techniczny, a istota sprawy dotyczy łącznego zobowiązania płatnika (por. np. uzasadnienia postanowień z dnia 7

kwietnia 2010 r., I UZ 8/10 i z dnia 20 września 2010 r., I UZ 116/10). Niekiedy Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje w rozważanych sytuacjach decyzje łączne (zob. np. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 3 sierpnia 2012 r., I UK 146/12, LEX nr 1276210). „Z natury rozpatrywanego obowiązku płatnika wynika więc, że jego realizacja powinna być przedmiotem jednej łącznej decyzji, od której odwołanie powinno być przedmiotem jednej sprawy sądowej”. Warto przy tym dodać, że podział takiej, w istocie jednej sprawy, „powodujący jej niekasacyjność”, nie wynika z woli płatnika składek, zmuszonego do odwoływania się od „częstkowych” decyzji, lecz z działania drugiej strony (organu rentowego), którego negatywne konsekwencje w postaci zamknięcia drogi do skargi kasacyjnej ponosi skarżący (płatnik składek). Jest to zatem sytuacja inna niż celowe rozdrobnienie przez powoda wierzytelności na większą liczbę roszczeń procesowych w celu częściowego dochodzenia świadczenia będącego przedmiotem jednej wierzytelności, które w razie połączenia spraw do łącznego rozpoznania na podstawie art. 219 k.p.c. nie daje, jak uznał Sąd Najwyższy, podstaw do zastosowania art. 21 k.p.c. (por. postanowienie SN z dnia 31 maja 2006 r., IV CZ 41/06, LEX nr 1101687)”. Ponadto w powołanej wyżej sprawie II UZ 12/09, Sąd Najwyższy trafnie podkreślił, że obowiązek obliczania, potrącania z dochodów ubezpieczonych, rozliczania oraz opłacania należnych składek za każdy miesiąc kalendarzowy, będący przedmiotem rozważanej kategorii spraw, a tym samym zasadniczym przedmiotem sporu i zaskarżenia, jest obowiązkiem wyłącznie pracodawcy (płatnika), a nie ubezpieczonych pracowników. Pracownicy nie są zatem podmiotami tego obowiązku ani związanego z nim materialnoprawnego stosunku ubezpieczeń społecznych, a ich pozycja jako strony postępowania sądowego wynika z faktu, że od jego wyniku zależą ich prawa i obowiązki (por. uzasadnienie uchwały z dnia 6 września 2006 r., III UZP 4/05). Występują oni „po stronie powodowej” jako zainteresowani w rozumieniu art. 477¹¹ § 2 k.p.c., a więc strona w znaczeniu materialnym, której prawa nawet bez jej udziału w procesie są chronione „przed sądami i której dotyczą skutki procesu i zapadłego w nim wyroku”. Nie są oni natomiast, o ile nie przystąpią do postępowania, stroną powodową w znaczeniu formalnym, występującą przed sądem we własnym imieniu (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia: 8 grudnia 2000 r., II UKN 128/00, OSNP 2002 nr 15, poz.

368 i z dnia 6 stycznia 2009 r., I UK 157/08, OSNP 2010 nr 13-14, poz. 172). Także z tego względu - za przedmiot sporu, decydujący o wartości przedmiotu sporu i wartości przedmiotu zaskarżenia skargą kasacyjną (co nie oznacza ignorowania faktu objęcia ochroną sądową także praw zainteresowanych pracowników), należy uznać określony w art. 46 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych obowiązek pracodawcy. W każdym razie „za zamazujące istotę rozważanych spraw należy uznać określanie ich jako spraw pracowników, z pominięciem pozycji płatnika, którego obowiązku bezpośrednio dotyczy postępowanie”. Nie ma też podstaw do uznania pracowników w sprawach połączonych do łącznego rozpoznania w rozpatrywanej kategorii spraw za współuczestników formalnych w rozumieniu art. 72 § 1 pkt 2 k.p.c., skoro ich roszczenia i obowiązki nie są bezpośrednio przedmiotem postępowania i rozstrzygnięcia sądu. Bardziej odpowiednie jest określenie ich pozycji, jako „swoiste współuczestnictwo procesowe pracowników, wymagające wezwania każdego do udziału w sprawie” (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 stycznia 2009 r., I UK 157/08). Rzeczywisty interes majątkowy podmiotu dochodzącego ochrony prawnej w postępowaniu kasacyjnym wiąże się z łączną wartością nieuiszczonych składek (częścią składek) na ubezpieczenia społeczne pracowników objętych poszczególnymi decyzjami wymierzającymi te składki za sporny okres, dlatego istnieją istotne argumenty za uznaniem, że właśnie ta łączna wartość powinna determinować wartość przedmiotu zaskarżenia kasacyjnego w tych sprawach, nawet gdy są one inicjowane odwołaniami od decyzji „częstkowych”.

Bardziej umiarkowane stanowisko, wyrażone w omówionym wyżej postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 2009 r., II UZ 12/09, ograniczające tę wartość do formalnego przedmiotu tylko spraw połączonych do łącznego rozpoznania na podstawie art. 219 k.p.c., wyłącza drogę kasacyjnego zaskarżenia w tych sprawach, inicjowanych odwołaniami od decyzji częściowych, w których wartość przedmiotu zaskarżania kasacyjnego, pomimo objęcia wyrokiem spraw z większej liczby decyzji, nie przekracza dziesięciu tysięcy złotych. Pewne wątpliwości może też budzić przyjęcie przez Sąd Najwyższy w powyższym postanowieniu art. 21 w związku z art. 398⁴ § 2 k.p.c., jako podstawy obliczenia wartości przedmiotu zaskarżenia skargą kasacyjną. Skoro żądania płatnika

sformułowane w odwołaniach wynikają z tego samego stosunku prawnego i składają się na to samo zobowiązanie, to nie zachodzi kumulacja przedmiotowa z art. 191 k.p.c., do której nawiązuje art. 21 k.p.c. Bardziej uzasadnione wydaje się więc przyjęcie, że podstawę tego obliczenia powinien stanowić art. 19 § 2 k.p.c.

Skład powiększony Sądu Najwyższego uznał, że rozstrzygnięcie zagadnienia prawnego wymaga rozważenia 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 wniosek 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 wysokość 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 zawsze 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 (ryzyk1) 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.

Niekiedy twierdzi się (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 15 lipca 2011 r., I UZ 15/11, LEX nr 1413498), że w przypadku sporu sądowego o wymiar i pobór składek pomiędzy płatnikiem składek i osobą, na rzecz której nie odprowadził należnych składek (będącymi adresatami decyzji) do organu rentowego, po stronie „powodowej” występuje współuczestnictwo materialne. W takim wypadku przedmiot sporu mają stanowić obowiązki wspólne dla płatnika i ubezpieczonego pracownika, związane z podstawą wymiaru składek (art. 72 § 1 pkt 1 k.p.c.), ponieważ od określonej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne zależy nie tylko wysokość składki w części finansowanej przez płatnika, ale także wysokość składki w części finansowanej przez ubezpieczonego, co w konsekwencji przekłada się na wysokość netto otrzymywanego wynagrodzenia przez ubezpieczonego pracownika. Tymczasem 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, wyliczonego według ustawowo określonych stóp procentowych, które wynoszą: 1) 19,52% indywidualnej podstawy wymiaru składek - na ubezpieczenie emerytalne, 2) 8,00% takiej podstawy wymiaru - na ubezpieczenia rentowe; 3) 2,45 % podstawy wymiaru - na ubezpieczenie chorobowe i 4) od 0,40% do 8,12% podstawy wymiaru - na ubezpieczenie wypadkowe (art. 22 ust. 1 ustawy systemowej), a ponadto 9% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne (art. 79 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). 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.

Dalsze przepisy ustawy systemowej regulują obowiązek składania imiennych raportów korygujących w terminie 7 dni od stwierdzenia nieprawidłowości we własnym zakresie przez płatnika składek lub od otrzymania zawiadomienia o stwierdzeniu nieprawidłowości przez Zakład. Informacje zawarte w raportach, o których mowa w ust. 1-6, płatnik składek przekazuje ubezpieczonemu w podziale na poszczególne miesiące, za rok ubiegły w terminie do dnia 28 lutego roku następnego, na piśmie lub za zgodą ubezpieczonego - w formie dokumentu elektronicznego - w celu ich weryfikacji (art. 41 ust. 1 ustawy systemowej), a ponadto na żądanie ubezpieczonego - nie częściej niż raz na miesiąc - za miesiąc poprzedni (art. 41 ust. 8b). Zgodnie z art. 41 ust. 11 ustawy, ubezpieczony 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 których mowa w ust. 8, jeżeli, jego zdaniem, nie są one zgodne ze stanem faktycznym. O fakcie tym informuje Zakład. W razie nieuwzględnienia przez płatnika składek reklamacji w terminie jednego miesiąca od daty jej wpływu, na wnioski ubezpieczonego, Zakład po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego wydaje decyzję. Jeżeli Zakład zakwestionuje i zmieni informacje przekazane przez płatnika składek, także zawiadamia o tym ubezpieczonego i płatnika składek, którym przysługuje prawo zaskarżenia wydanych decyzji (art. 477⁹ § 1 lub 4 k.p.c.).

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 rozvodu, 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, w szczególności gdy dotyczy sprostowania, korekty lub uzupełnienia danych zawartych w imiennych raportach miesięcznych w zakresie należnych i opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne. 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.

Podstawę prawną wydania decyzji w indywidualnych sprawach składkowych, które dotyczą i są kierowane nie tylko do zobowiązanego płatnika składek, ale także do ubezpieczonego pracownika, który w ustawowo określonej części finansuje te składki z własnych środków (art. 16 ust. 1 pkt 1 i ust. 1b ustawy systemowej), oraz bywa uprawniony lub będzie w przyszłości korzystał ze świadczeń z indywidualnego stosunku ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego, stanowi art. 83 ust. 1 pkt 3 ustawy systemowej. Z przepisu tego wynika, że Zakład 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.

Przepisy prawa ubezpieczeń społecznych ani przepisy postępowania w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych nie wykluczają możliwości i

dopuszczalności wniesienia odwołania od każdej decyzji składkowej przez ubezpieczonego pracownika, który w takim charakterze prawnym (ubezpieczonego) może wnieść odwołanie w terminie miesiąca od doręczenia mu odpisu decyzji art. 477⁹ § 1 lub 4 k.p.c.). Status ubezpieczonego pracownika w „składkowym” zakresie pracowniczego stosunku ubezpieczeń społecznych, któremu organ ubezpieczeń społecznych obligatoryjnie doręcza każdą sporną decyzję składkową, nie wyklucza - w zależności od subiektywnego rozeznania interesu prawnego - popierania przez ubezpieczonego odwołującego się płatnika składek. Ubezpieczony może jednak optować (opowiedzieć się) za decyzją organu ubezpieczeń społecznych wymierzającą płatnikowi wyższe składki na pracownicze ubezpieczenia społeczne, które wpłyną na korzystniejszy wymiar (wysokość) należnych ubezpieczonemu pracownikowi świadczeń z ubezpieczeń społecznych. W takim przypadku, gdy płatnik składek przegra proces, to stroną wygrywającą spór będzie nie tylko organ ubezpieczeń społecznych, ale także ubezpieczony pracownik uprawniony do korzystania z wyższych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, uzależnionych od obowiązku pracodawcy zapłaty wymierzonych mu zaskarżoną decyzją wyższych składek od przychodu ze stosunku pracy, wcześniej pominiętego przy obliczeniu i odprowadzeniu całości składek należnych, chyba że ubezpieczony pracownik popierał stanowisko strony przegrywającej proces (odwołującego się płatnika składek). Na ogół w sporach składkowych ubezpieczeni pracownicy zachowują się biernie, a w każdym razie nie zawsze można im *a priori* przypisywać pozycji „strony powodowej ani pozwanej”, zwłaszcza gdy nie odwołują się ani nie kontestują, bądź nie zajmują stanowiska wobec spornej decyzji składkowej.

Opisane okoliczności uzasadniają 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. Oznacza to, że 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. Utrwalona jest judykatura, że pracownik jest stroną postępowania w sprawie z odwołania pracodawcy (płatnika) składek od decyzji organu rentowego wymierzającej składki na ubezpieczenia społeczne, przeto zaniechanie wezwania go do udziału w sprawie powoduje nieważność postępowania (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 8 grudnia 2000 r., II UKN 128/00, OSNP 2002 nr 15, poz. 136 lub z dnia 6 stycznia 2009 r., I UK 157/08, OSNP 2010 nr 13-14, poz. 172).

Rozstrzygnięcie kontrowersji dotyczących indywidualnego stosunku ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie określenia prawidłowej podstawy wymiaru i zapłaty należnych składek na te ubezpieczenia 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. W dotychczasowej praktyce sądowej spory takie są często prowadzone w sprawach z odwołania od decyzji o „ustalenie podstawy wymiaru składek”. Tymczasem 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. Decyzje dotyczące niezapłaconych przez płatnika składek, które zostały naliczone i wymierzone do poboru przez organ ubezpieczeń społecznych w zaskarżonych indywidualnych decyzjach składkowych w sprawie ustalenia wymiaru składek lub ich poboru, nie powinny być wydawane w formie decyzji „ustalających podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne”, ponieważ są decyzjami o wymiarze i poborze składek w konkretnej wysokości uzależnionej od zgodnej z prawem podstawy ich wymiaru na indywidualne ubezpieczenia społeczne, które są ewidencjonowane na indywidualnych kontach ubezpieczonych (art. 83 ust. 1 pkt 3 ustawy systemowej). Wydane decyzje składkowe może procesowo kontestować nie tylko zobowiązany płatnik składek, ale także ubezpieczony pracownik, który z reguły i na gruncie skomplikowanych regulacji prawa ubezpieczeń społecznych nie zawsze dostrzega doraźny interes prawny w odwoływaniu się od decyzji zobowiązującej wyłącznie płatnika (pracodawcę) do zapłaty zaległych składek w całości, chyba że ma świadomość (zdaje sobie sprawę), że jest lub w przyszłości będzie uprawniony do korzystania ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego lub zdrowotnego w wysokości uzależnionej od opłacenia należnych składek na ubezpieczenia społeczne. W każdym razie pracownik będący podmiotem pracowniczego stosunku indywidualnego ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego jest stroną każdej decyzji wydanej w jego indywidualnej sprawie składkowej, w tym decyzji o wymiarze lub poborze zaległych składek na jego indywidualne ubezpieczenia społeczne i zdrowotne. Korzystając ze statusu strony indywidualnego stosunku ubezpieczeń społecznych ubezpieczony pracownik może samodzielnie (autonomicznie) odwołać się od każdej decyzji składkowej wydanej w jego sprawie, choćby kontestowana decyzja obarczała obowiązkiem zapłaty składek wyłącznie ich płatnika.

Należy zwrócić 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).

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 utrzymała się praktyka zwracania sądom drugiej instancji takich spraw „składkowych” 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. Po dokonaniu negatywnej weryfikacji indywidualnych przedmiotów kasacyjnego zaskarżenia sądy drugiej instancji odrzucają przedmiotowo niedopuszczalne skargi kasacyjne ze względu na zbyt niskie indywidualne wartości przedmiotów zaskarżenia (poniżej dziesięciu tysięcy złotych). Natomiast Sąd Najwyższy oddala bezpodstawne zażalenia płatnika składek, z argumentacją, że o dopuszczalności skargi kasacyjnej w sprawie, w której sporna jest wartość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, decyduje wartość zaskarżenia wyliczana osobno w stosunku do każdego ubezpieczonego pracownika, a nie suma składek należnych od kilku lub wszystkich pracowników danego płatnika (por. tezowane postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 2010 r., I UZ 8/10, lub z dnia 18 maja 2010 r., I UZ 29/10). 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. Ponadto w kwestiach wywołujących istotne kontrowersje prawne dopuszczalne jest ich przedstawianie do rozstrzygnięcia Sądowi Najwyższemu w trybie art. 390 k.p.c.

Mając na względzie powyższe okoliczności, skład powiększony Sądu Najwyższego uchwalił jak w sentencji (art. 398¹⁷ § 2 k.p.c.).