

Sygn. akt III AUa 700/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 listopada 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Alicja Podlewska
Sędziowie:	SSA Iwona Krzeczowska – Lason (spr.) SSA Małgorzata Gerszewska
Protokolant:	sekretarz sądowy Urszula Kowalska

po rozpoznaniu w dniu 23 listopada 2017 r. w Gdańsku

sprawy (...) Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w B.

z udziałem A. L.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o ubezpieczenie społeczne i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe

na skutek apelacji (...) Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w B.

od wyroku Sądu Okręgowego w Bydgoszczy VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 23 stycznia 2017 r., sygn. akt VI U 2106/16

1. oddala apelację;
2. zasądza od (...) Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w B. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. kwotę 3.600,00 (trzy tysiące sześćset 00/100) złotych tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.

SSA Małgorzata Gerszewska SSA Alicja Podlewska SSA Iwona Krzeczowska – Lason

Sygn. akt III AUa 700/17

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 30 maja 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. - na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 4, art. 9 ust. 1, 1a, 1c, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 1, art. 13 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 121 ze zm.) - stwierdził, że A. L. jako osoba wykonująca pracę na podstawie umowy zlecenia u płatnika składek (...) nie podlega:

- obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu od 1 sierpnia 2014 r. do 31 grudnia 2015 r.,

- dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 1 sierpnia 2014 r. do 31 grudnia 2015 r.

Odwołanie od powyższej decyzji wniósł płatnik składek - (...) Zakład Opieki Zdrowotnej (...) w B., domagając się uchylenia decyzji w całości i zasądzenie od organu rentowego na swoją rzecz zwrotu kosztów postępowania.

W piśmie procesowym z dnia 22 września 2016 roku odwołujący się płatnik - odpowiadając na wezwanie do wskazania podstawy prawnej zgłoszonego w odwołaniu żądania uchylenia zaskarżonej decyzji przez sąd pierwszej instancji oraz do dokładnego określenia żądania odwołania w zakresie reformatoryjnym - wskazał jako podstawę prawną swego żądania art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. oraz (przyznając, iż błędnie w odwołaniu określił to żądanie) wskazał, że wnosi o zmianę zaskarżonej decyzji poprzez wskazanie, że odwołujący się nie jest podmiotem zobowiązanym w sprawie, w konsekwencji nie jest zobowiązany do dokonania korekty deklaracji dla zainteresowanej A. L. i w konsekwencji zwrotu nienależnie pobranego świadczenia z ZUS.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wnosił o oddalenie odwołania, powołując argumentację przedstawioną w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Sąd Okręgowy w Bydgoszczy Wydział VI Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 23 stycznia 2017 r. oddalił odwołanie, sygn. akt VI U 2106/16.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny.

A. L. w okresie od 11 lutego 2013 r. do 31 grudnia 2015 r. związana była umowami o świadczenie usług z odwołującym się płatnikiem (...) Zakładem Opieki Zdrowotnej (...).

Od 1 sierpnia 2014 r. A. L. została zatrudniona na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony w Szpitalu im. dr B. w B. za wynagrodzeniem miesięcznym 2.100 zł brutto - umowa ta przedłużyła się z mocy prawa do dnia (...) r., czyli do dnia urodzenia przez A. L. dziecka.

W okresie ciąży ubezpieczona A. L. od marca 2015 r. z powodu niezdolności do pracy nie świadczyła faktycznie usług na rzecz (...) ZOZ (...) w B. oraz na rzecz Szpitala im. dr B. w B., pobierała też zasiłek chorobowy, a po urodzeniu dziecka zasiłek macierzyński.

Odwołujący się płatnik składek (...) ZOZ (...) w B. w okresie od 1 lipca 2013 r. do 31 grudnia 2015 r. zgłosił A. L. do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych: emerytalnego, rentowych, wypadkowego oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jako osobę wykonującą pracę na podstawie umowy zlecenia (o świadczenie usług).

W okresie od 1 sierpnia 2014 r. A. L. jako osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę w Szpitalu im. dr B. w B. posiadała odrębny tytuł do ubezpieczeń społecznych, zwalniający ją z obowiązku podlegania obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym (emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu) oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o świadczenie usług (zlecenia) wiążącej ją z (...) ZOZ (...) w B..

W okresie wskazanym w zaskarżonej decyzji ubezpieczona A. L. nie składała wniosku do ZUS o objęcie jej ubezpieczeniami z obu tytułów.

Zaskarżoną decyzję z dnia 30 maja 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. stwierdził, że A. L. jako osoba wykonująca pracę na podstawie umowy zlecenia u płatnika składek (...) ZOZ (...) w B. nie podlega obowiązkowo:

- ubezpieczeniu emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu w okresie od 1 sierpnia 2014 r. do 31 grudnia 2015 r.,

- dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 sierpnia 2014 r. do 31 grudnia 2015 r.

Dokonując kontroli sądowej tej decyzji Sąd Okręgowy w pierwszej kolejności przytoczył, iż zgodnie z art. 9 ust. 1 i ust. 1a ustawy z dnia 13 października 1998 r.

o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz.963) - w brzmieniu

od 4 grudnia 2013 r. do 31 grudnia 2015 r. - osoby, o których umowa w art.6 ust. 1 pkt 1, 3, 10, 18a, 20 i 21, spełniające jednocześnie warunki do objęcia ich obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z innych tytułów, są obejmowane ubezpieczeniami tylko z tytułu stosunku pracy, umowy agencyjnej, umowy zlecenia albo umowy o dzieło, jeżeli umowę taką zawarły z pracodawcą, z którym pozostają w stosunku pracy lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonują pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostają w stosunku pracy, członkostwa w spółdzielni, służby, pobierania świadczenia szkoleniowego, świadczenia socjalnego, zasiłku socjalnego albo wynagrodzenia przysługującego w okresie korzystania ze świadczenia górniczego lub w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie. Mogą one dobrowolnie na swój wniosek, być objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi również z innych tytułów, z zastosowaniem ust. 1a (który stanowi, iż ubezpieczeni wymienieni w pkt 1, których podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe z tytułu stosunku pracy, członkostwa w spółdzielni, służby, pobierania świadczenia szkoleniowego, świadczenia socjalnego, zasiłku socjalnego lub wynagrodzenia przysługującego w okresie korzystania ze świadczenia górniczego lub w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie w przeliczeniu na okres miesiąca jest niższa od określonej w art. 18 ust. 4 pkt 5a, podlegają również obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innych tytułów, z zastosowaniem ust. 1b i art. 16 ust. 10a).

Powyższy przepis znajdował zastosowanie do ubezpieczonej A. L., która jako osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę z wynagrodzeniem wyższym od wskazanego w art.18 ust. 4 pkt 5a (czyli od kwoty minimalnego wynagrodzenia - które w roku 2014 wynosiło 1.680 zł, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z 11 września 2013 r. - Dz. U. z 2013 r., poz. 1074, a w roku 2015 - 1.750 zł, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z 11 września 2015 r. - Dz. U. z 2014 r., poz. 1220) była objęta obowiązkowymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi oraz chorobowym i wypadkowym, stosownie do art. 6 ust. 1 pkt 1, art. 11 ust. 1 i art. 12 ust. 1 ustawy systemowej.

Na podstawie dowodu z przesłuchania ubezpieczonej A. L. Sąd Okręgowy ustalił także, iż nie składała ona wniosku w przedmiocie dobrowolnego objęcia jej ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z innych tytułów.

W ocenie Sądu I instancji zaskarżona decyzja odpowiadała zatem prawu, gdyż na podstawie powyższych przepisów ubezpieczona podlegała z tytułu pracowniczego zatrudnienia obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym od dnia 1 sierpnia 2014 r.do (...) r., a w okresie od 3 listopada 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz wypadkowemu i chorobowemu z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego na podstawie powołanych wyżej przepisów.

W stanie faktycznym rozpoznawanej sprawy, jak stwierdził Sąd Okręgowy, mamy bowiem do czynienia ze zbiegiem bezwzględniego tytułu ubezpieczenia wskazanego w art.6 ust. 1 pkt 1 ustawy systemowej (stosunek pracy) z tytułem ogólnym wskazanym w art. 9 ust. 1 ustawy (równoczesne wykonywanie umowy o świadczenie usług na rzecz innego podmiotu niż pracodawca). Do ubezpieczonej nie ma przy tym zastosowania art. 9 ust. 1a, gdyż z tytułu stosunku pracy uzyskiwała ona w przeliczeniu na jeden miesiąc wynagrodzenie (stanowiące podstawę wymiaru składek) wyższe od wskazanego w art. 18 ust.4 pkt 5a. W okresie od 3 listopada 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. ubezpieczona podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego (art. 9 ust. 1c ustawy systemowej).

Odnosząc się do podniesionego w odwołaniu zarzutu naruszenia art. 83 ust. 1 pkt 1, art. 12 ust. 1, art. 13 pkt 2 w związku z art. 36 ust. 1, 4, 11 ustawy systemowej Sąd Okręgowy wskazał, iż przepisy te nie mogły zostać naruszone w sposób wskazany w jego treści, t.j. poprzez błędne przyjęcie, że odwołujący się płatnik obowiązany jest do złożenia za ubezpieczoną A. L. dokumentów ubezpieczeniowych (korekty deklaracji) za okres wskazany w sentencji zaskarżonej decyzji.

Zakres przedmiotowy niniejszego procesu wyznacza bowiem ta decyzja, w której treści organ rentowy orzekł o niepodleganiu przez zatrudnioną A. L. obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu zawartej z powodowym płatnikiem umowy o świadczenie usług (zlecenia) w okresie, w którym ubezpieczona ta posiadała bezwzględny tytuł ubezpieczenia (umowa o pracę zawarta z odrębnym podmiotem) i nie złożyła wniosku w trybie art. 9 ust. 1 zdanie ostatnie ustawy systemowej o objęcie jej dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym również z innych tytułów.

Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że strona odwołująca nie odniosła się w swoim odwołaniu do istoty zaskarżonej decyzji, natomiast formułowała zarzuty i twierdzenia je uzasadniające o charakterze pozamerytorycznym, nie odnosząc się do przedmiotu decyzji i stanu faktycznego sprawy.

Wyraźnym tego przykładem jest także zmodyfikowanie przez stronę skarżącą swojego żądania w piśmie procesowym z dnia 22 września 2016 r., w którym - w miejsce dotychczasowego błędnie - jak wskazał pełnomocnik powoda - określonego żądania - domagała się ona „zmiany zaskarżonej decyzji poprzez wskazanie, że odwołujący nie jest podmiotem zobowiązany w sprawie, w konsekwencji nie jest zobowiązany do dokonania korekty deklaracji zainteresowanej A. L. i w konsekwencji zwrotu nienależnie pobranego świadczenia z ZUS”.

Tak sformułowane żądanie nie mogło zostać uwzględnione przez Sąd, albowiem - co oczywiste - zaskarżona decyzja nie orzekała o żadnym obowiązku powodowego płatnika, w szczególności obowiązku dokonania przez niego korekty deklaracji dotyczącej ubezpieczonych A. L. czy też o obowiązku zwrotu przez płatnika nienależnie pobranych świadczeń.

Decyzja kwestionowana przez powoda orzekała natomiast o okresach podlegania przez A. L. obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Organ rentowy w uzasadnieniu tej decyzji wyjaśnił motywy swojego rozstrzygnięcia, które zostały potwierdzone zebranymi w sprawie dowodami, w szczególności dowodem z przesłuchania strony A. L..

W toku procesu strona powodowa nie podważała zresztą faktu podlegania w okresie objętym zaskarżoną decyzją bezwzględny tytułowi ubezpieczenia A. L. w okresach objętych zaskarżoną decyzją, lecz koncentrowała swą aktywność procesową na kwestiach drugorzędnych i nieistotnych dla rozstrzygnięcia sporu.

Z powyższych motywów na podstawie art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. w związku z powołanymi wyżej przepisami prawa materialnego, Sąd Okręgowy orzekł o oddaleniu odwołania.

Apelację od wyroku wywiódł płatnik składek, zarzucając naruszenie:

- prawa materialnego przez błędną jego wykładnię, a w szczególności: - art. 9 ust. 1 i ust. 1 a oraz art. 83 ust. 1 pkt 1, art. 12 ust. 1, art. 13 pkt 2 w zw. z art. 6 ust. 1, 4, 11 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez błędne przyjęcie, że odwołujący się Szpital (jako płatnik składek i pracodawca) obowiązany jest do złożenia za ubezpieczoną A. L. dokumentów ubezpieczeniowych (korekty deklaracji) za okres wskazany w sentencji zaskarżonej decyzji, ponieważ w tym okresie ubezpieczona nie podlegała ubezpieczeniu w odwołującym się Szpitalu - w tym zakresie wydał zaskarżony wyrok,

- prawa procesowego, w szczególności art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną, a nie swobodną ocenę materiału dowodowego, polegającą na dokonaniu tej oceny z faktycznym pominięciem też i twierdzeń dowodowych przytoczonych przez powoda i popartych stanem faktycznym, prawnym sprawy i przy błędnej interpretacji powołanych przepisów prawa materialnego.

Wskazując na powyższe apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i uchylenie decyzji organu rentowego i umorzenie postępowania, ewentualnie o uchylenie wyroku Sądu I instancji i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania oraz o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania sądowego według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

W uzasadnieniu apelacji podniesiono, iż: Szpital jako płatnik składek nie miał wglądu do systemu ZUS zawierającego dane o tytułach do ubezpieczenia konkretnego pracownika - ubezpieczonego, w tym - co okazuje się najistotniejsze - u innego płatnika z tytułu umowy o pracę. O tym fakcie nie poinformowała płatnika także ubezpieczona A. L.. W związku z wszczęciem postępowaniem przez ZUS reprezentujący Szpital pracownik dokonał przeglądu akt sprawy w siedzibie ZUS. Do wglądu również udostępniony był wydruk wewnętrzny ZUS: zgłoszenie z dniem 01.08.2014 r. A. L. przez innego płatnika z kodem 01 10 00. W konsekwencji zadano pytanie, dlaczego tak późno Szpital został poinformowany o nieprawidłowościach w kwestii choćby wypłaty zasiłków. Reprezentujący organ pracownik udzielił odpowiedzi, że dopóki płatnik w imieniu ZUS wypłaca świadczenia, nie są one weryfikowane pod względem poprawności. Tym samym, płatnik, nie mając dostępu do bazy ubezpieczonych posiadanej przez ZUS, nie wie, że taka nieprawidłowość opisana w decyzji wystąpiła, tym samym nie może podjąć czynności zabezpieczających przed wystąpieniem w przyszłości podobnych nieprawidłowości. Stosowne narzędzia posiada tylko i wyłącznie ZUS. O powyższych okolicznościach wiedzę posiada ubezpieczony, w tym przypadku A. L., która otrzymała wypłatę świadczeń z tytułu ubezpieczenia. W piśmie z dnia 18.04.2015 r. Szpital poinformował ZUS, z jakim kodem A. L. była zgłoszona do ubezpieczeń i od jakiej daty. Poinformował również o wypłacie zasiłku chorobowego ubezpieczonej, oraz, począwszy od (...) r. do 31.12.2015 r. o wypłacie zasiłku macierzyńskiego. Po zakończeniu umowy zlecenia z dniem 31.12.2015 r. A. L. miała wypłacany zasiłek macierzyński wprost z ZUS i tego też okresu dotyczy sentencja zaskarżonej decyzji w sprawie ustalenia prawa do zasiłku.

Szpital jako jednostka sektora finansów publicznych nie zgodził się z taką z praktyką ZUS, ponieważ na podstawie prawomocnej decyzji zapadłej w niniejszej sprawie ZUS zapewne wyda decyzję w sprawie zwrotu niesłusznie wypłaconych zasiłków z żądaniem ich zwrotu przez płatnika - (...) w B., a nie przez ubezpieczonego - A. L., powołując się oczywiście na prawomocną decyzję o niepodleganiu ubezpieczeniu z tytułu umowy zlecenia w Szpitalu w okresie wskazanym w sentencji. Dlaczego więc cały ciężar odpowiedzialności za brak podjęcia działań w stosownym czasie przez ZUS ma spaść na płatnika, który tym samym bezpodstawnie miałby ponieść konsekwencje choćby w postaci uiszczenia odsetek w przypadku konieczności zwrotu niesłusznie wypłaconych świadczeń.

Odwołujący się nie zgodził się z takim stanem rzeczy, ponieważ mając ku temu wiedzę i narzędzia, w czasie rzeczywistym i adekwatnym do zdarzeń z tytułu ubezpieczenia, to ZUS był obowiązany powiadomić odwołującego i wstrzymać wypłatę świadczenia, jeżeli było nienależne. W konsekwencji to ZUS na obecnym etapie powinien dokonać korekty deklaracji, ustalić m. in. kwoty do zwrotu na rzecz płatnika oraz wyegzekwować je od ubezpieczonej, która o okolicznościach stanu faktycznego, w tym zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę w innym Szpitalu miała wiedzę, a nie przerzucać ten ciężar na odwołującego się płatnika.

Reasumując, odwołujący się Szpital stanął na stanowisku, że zaskarżona decyzja jest wadliwa z dwóch powodów. Po pierwsze, ze względu na nienależycie ustalony i zinterpretowany przez organ rentowy stan faktyczny, co miało istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia i powoduje, że tezy ujęte w zaskarżonej decyzji są błędne. Po drugie, ze względu na błędną interpretację powołanych przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, co w konsekwencji rodzi generalny problem, czy zaskarżona decyzja powinna być w ogóle wydana w zakresie nakładania obowiązków na odwołującego się, a w późniejszym okresie posłużyć jako podstawa do wydania decyzji o zwrocie odliczenia od płatnych składek z tytułu ubezpieczeń społecznych.

W odpowiedzi na apelację pozwany organ wniósł o oddalenie apelacji (pkt 1) oraz zasądzenie od odwołującego na rzecz organu kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja (...) Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w B. podlega oddaleniu jako niezasadna.

Przedmiotem sporu w niniejszej sprawie była kwestia podlegania ubezpieczonej A. L. jako osoby wykonującej pracę na podstawie umowy o świadczenie usług (zlecenia) u płatnika składek (...) w B. obowiązkowo ubezpieczeniem:

emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu od 1 sierpnia 2014 r. do 31 grudnia 2015 r. oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 1 sierpnia 2014 r. do 31 grudnia 2015 r.

Analizując sporną kwestię Sąd Okręgowy przeprowadził stosowne postępowanie dowodowe, a w swych ustaleniach i wnioskach nie wykroczył poza ramy swobodnej oceny wiarygodności i mocy dowodów wynikające z przepisu art. 233 k.p.c., nie popełnił też uchybień w zakresie zarówno ustalonych faktów, jak też ich kwalifikacji prawnej, które mogłyby uzasadnić ingerencję w treść zaskarżonego orzeczenia.

Sąd Apelacyjny w całości podziela trafne i rzeczowe rozważania Sądu I instancji przyjmując je za punkt wyjścia oceny własnej i nie widząc potrzeby ich powielania. Wobec gruntownej analizy zebranego w sprawie materiału dowodowego i rozważań Sądu Okręgowego, Sąd Apelacyjny nie dostrzegł uzasadnienia dla podnoszonego w apelacji zarzutu przekroczenia granic swobodnej oceny dowodów. Zauważyć zresztą należy, że apelujący nie sformułował żadnych konkretnych zarzutów w tym zakresie. Co więcej, trudno ustalić, które z okoliczności faktycznych, w ocenie płatnika składek, ustalone zostały przez Sąd I instancji błędnie. Analiza treści uzasadnienia zaskarżonego wyroku oraz apelacji wskazuje, że stan faktyczny sprawy w istocie nie był między stronami sporny. Strony dokonywały natomiast odmiennej jego subsumcji pod właściwe przepisy prawa materialnego. Podkreślenia wymaga, że ustalenie podlegania bądź niepodlegania ubezpieczonego ubezpieczeniom społecznym we wskazanych okresach nie należy do sfery ustaleń faktycznych, lecz jest wynikiem stosowania do ustalonego w sprawie stanu faktycznego właściwych norm prawa materialnego.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny zaakceptował w całości ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji, traktując je jak własne, nie widząc w związku z tym konieczności ich ponownego szczegółowego przytaczania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1998 r., I PKN 339/98, OSNP 1999, nr 24, poz. 776).

Sąd Apelacyjny w całości podziela również trafne i rzeczowe rozważania prawne Sądu I instancji, przyjmując je za punkt wyjścia oceny własnej.

Sąd I instancji właściwie zinterpretował art. 9 ust. 1 i 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, określające zasady podlegania ubezpieczeniowym społecznym przez osoby, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 (pracownik), 3, 10, 18a, 20 i 21, spełniające jednocześnie warunki do objęcia ich obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z innych tytułów.

Przepis art. 9 ust. 1 u.s.u.s. reguluje kwestię zbiegu ubezpieczeń. Podstawą zbiegu tytułu bezwzględnego z tytułem ogólnym jest istnienie obowiązku ubezpieczenia wynikającego z tytułu bezwzględnego oraz z tytułu pozwalającego na dobrowolne przystąpienie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych. Reguła zbiegu polega na powstaniu obowiązku ubezpieczenia z tytułu bezwzględnego (stosunku pracy). Zasada ta nie ma jednak charakteru bezwarunkowego.

Z omawianego przepisu wynika, że wskazane osoby są obejmowane ubezpieczeniami tylko z tytułu stosunku pracy, umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowy o dzieło, jeżeli umowę taką zawarły z pracodawcą, z którym pozostają w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonują pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostają w stosunku pracy, członkostwa w spółdzielni, służby, pobierania świadczenia szkoleniowego, świadczenia socjalnego, zasiłku socjalnego albo wynagrodzenia przysługującego w okresie korzystania ze świadczenia górniczego lub w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie. Mogą one dobrowolnie, na swój wniosek, być objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi również z innych tytułów, z zastrzeżeniem ust. 1a. Przepis art. 9 ust. 1a ustawy systemowej wprowadza natomiast zasadę, że ubezpieczeni wymienieni w ust. 1, których podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe z tytułu stosunku pracy, członkostwa w spółdzielni, służby, pobierania świadczenia szkoleniowego, świadczenia socjalnego, zasiłku socjalnego lub wynagrodzenia przysługującego w okresie korzystania ze świadczenia górniczego lub w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie w przeliczeniu na okres miesiąca jest niższa od określonej w art. 18 ust. 4 pkt 5a (kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę),

podlegają również obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innych tytułów, z zastrzeżeniem ust. 1b i art. 16 ust. 10a.

Z powyższego wynika, że ubezpieczeni wymienieni w art. 9 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, których podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe z tytułu stosunku pracy w przeliczeniu na okres miesiąca jest niższa od kwoty minimalnego wynagrodzenia, podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innych tytułów niż wskazanych w tym przepisie. W przeciwnym wypadku, gdy podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne pracownika jest niższa od kwoty minimalnego wynagrodzenia i jednocześnie osoba ta ma inny tytuł do ubezpieczeń, to obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym podlega z obu tych tytułów.

Jak wyjaśnił Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z dnia 20 grudnia 2016 r. (III AUa 601/16, LEX nr 2265589) w powyższym zakresie dochodzi więc do rozszerzenia obowiązku ubezpieczenia, co leży w interesie wszystkich ubezpieczonych i jest uzasadnione celem fiskalnym (Gudowska B., Strusińska-Żukowska J. (red.), Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz, Wyd. 2, Warszawa 2014). Sformułowanie zawarte w przepisie art. 9 ust. 1a ustawy systemowej, zgodnie z którym podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe z tytułu stosunku pracy jest brana pod uwagę

w przeliczeniu na okres miesiąca, wywodzi się z tego, że przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, m.in. art. 41 ust. 1 ustawy, zobowiązują płatników składek

do składania informacji o osobie podlegającej ubezpieczeniom społecznym za dany miesiąc kalendarzowy (tzw. imienne raporty miesięczne). Składki na ubezpieczenie społeczne również rozlicza się w systemie miesięcznym. Ma to swoje uzasadnienie w art. 85 § 1 k.p., który wprowadza zasadę, że wypłaty wynagrodzenia za pracę dokonuje się co najmniej raz w miesiącu, w stałym i ustalonym z góry terminie.

Zgodnie z prawidłowymi ustaleniami Sądu Okręgowego, A. L. w okresie od 11 lutego 2013 r. do 31 grudnia 2015 r. związana była umowami o świadczenie usług z odwołującym się płatnikiem (...) Zakładem Opieki Zdrowotnej (...). Płatnik składek (...) ZOZ (...) w B. w okresie od 1 lipca 2013 r. do 31 grudnia 2015 r. zgłosił A. L. do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych: emerytalnego, rentowych, wypadkowego oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jako osobę wykonującą pracę na podstawie umowy zlecenia (o świadczenie usług).

Od 1 sierpnia 2014 r. A. L. została zatrudniona na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony w Szpitalu im. dr B. w B. za wynagrodzeniem miesięcznym 2.100 zł brutto - umowa ta przedłużyła się z mocy prawa do dnia (...) r., czyli do dnia urodzenia przez A. L. dziecka.

W okresie od 1 sierpnia 2014 r. A. L. jako osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę w Szpitalu im. dr B. w B. posiadała zatem odrębny tytuł do ubezpieczeń społecznych, zwalniający ją z obowiązku podlegania obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym (emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu) oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o świadczenie usług (zlecenia) wiążącej ją z (...) ZOZ (...) w B..

A. L. z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę otrzymywała wynagrodzenie wyższe od wskazanego w art. 18 ust. 4 pkt 5a, czyli od kwoty minimalnego wynagrodzenia. W roku 2014 – jak prawidłowo ustalił Sąd I instancji - wynosiło ono 1.680 zł, a w roku 2015 - 1.750 zł.

A. L. nie składała wniosku do ZUS o objęcie jej ubezpieczeniami z obu tytułów w okresie objętym zaskarżoną decyzją. Wnioskiem takim nie było oświadczenie z dnia 2 lipca 2013 r. o woli objęcia przychodów z umowy zlecenia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, skoro nie istniał wówczas drugi tytuł do ubezpieczenia.

Jak wynika z powyższego, w świetle art. 9 ust. 1 i 1a ustawy systemowej, A. L. była objęta obowiązkowymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi oraz chorobowym i wypadkowym, stosownie do art. 6 ust. 1 pkt 1, art. 11 ust. 1 i art. 12 ust. 1 ustawy systemowej.

Zatem zarzut naruszenia art. 9 ust. 1 i 1a u.s.u.s. jest niezasadny.

Jeśli chodzi o podnoszony przez skarżącego obowiązek informacyjny zleceniobiorcy względem zleceniodawcy, stwierdzić należy, że kwestia ta nie ma żadnego znaczenia dla ustalenia okresów podlegania ubezpieczonej obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, co jest regulowane przez bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa ubezpieczeń społecznych. Podleganie ubezpieczeniom wynika wyłącznie z posiadania określonego tytułu do ubezpieczeń i jest niezależne od dopełnienia jakichkolwiek obowiązków informacyjnych.

Kontynuując rozważania, Sąd Apelacyjny wskazuje, że przepis art. 476 § 2 i 3 k.p.c. wyjaśnia ustawowe pojęcie spraw z zakresu ubezpieczeń społecznych, stanowiąc w § 2 pkt 2, że należą do nich między innymi sprawy, w których wniesiono odwołanie od decyzji organów rentowych, dotyczących emerytur i rent. Zakres rozpoznania i orzeczenia (przedmiot sporu) w tych sprawach wyznaczony jest zatem przedmiotem decyzji organu rentowego zaskarżonej do sądu ubezpieczeń społecznych oraz zakresem odwołania od tej decyzji. W rozpoznawanej sprawie tak określonym przedmiotem sporu było wyłącznie podleganie ubezpieczonej A. L. jako osoby wykonującej pracę na podstawie umowy o świadczenie usług (zlecenia) u płatnika składek (...) w B. obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu od 1 sierpnia

2014 r. do 31 grudnia 2015 r. oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od 1 sierpnia 2014 r. do 31 grudnia 2015 r. Kwestia zwrotu nienależnie wypłaconych świadczeń przedmiotem niniejszego postępowania nie jest.

Wobec powielenia w apelacji zarzutu naruszenia art. 83 ust. 1 pkt 1, art. 12 ust. 1, art. 13 pkt 2 w zw. z art. 36 ust. 1, 4, 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, należy także zgodzić się z Sądem I instancji, że nie mogło dojść do naruszenia ww. przepisów w sposób wskazany przez apelującego. Przedmiotem zaskarżonej decyzji nie było nakazanie płatnikowi dokonania korekty deklaracji ubezpieczeniowej A. L., a zatem, ze wskazanych już powyżej względów, kwestia ta nie była objęta przedmiotem niniejszego postępowania.

W tym stanie rzeczy, nie znajdując podstaw do uwzględnienia apelacji, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację, jak w pkt 1 wyroku.

W pkt 2 wyroku Sąd Apelacyjny zasądził od (...) Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w B. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Oddział w B. kwotę 3.600 zł tytułem kosztów postępowania apelacyjnego, działając w tym zakresie na podstawie art. 98 § 1 i 3, art. 99, art. 108 ust. 1 zd. 1 k.p.c. w związku z § 2 pkt 5 oraz § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1804 ze zm.) i zasądzające je w wysokości 100 % stawki minimalnej z uwagi na fakt, że w pierwszej instancji pozwanego nie reprezentował radca prawny.

SSA Małgorzata Gerszewska SSA Alicja Podlewska SSA Iwona Krzeczowska - Lason