

Sygn. akt III AUa 233/21

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 października 2022 r.

*Sąd Apelacyjny w Warszawie III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
w składzie:*

Przewodniczący: Sędzia SA Dorota Szarek

po rozpoznaniu w dniu 18 października 2022 r. w Warszawie

na posiedzeniu niejawnym

sprawy (...) S.A. z siedzibą w W.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

o wydanie pisemnej interpretacji przepisów prawnych

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G.

*od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie XIII Wydział Pracy
i Ubezpieczeń Społecznych*

z dnia 30 listopada 2020 r. sygn. akt XIII U 422/20

I. oddala apelację;

II. zasądza od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. na rzecz (...) S.A. z siedzibą w W. kwotę 240 (dwieście czterdzieści) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa prawnego w instancji odwoławczej.

Dorota Szarek

Sygn. akt III AUa 233/21

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. decyzją nr (...) z dnia

8 stycznia 2020 r., uznał za nieprawidłowe stanowisko przedstawione we wniosku (...) S.A. dotyczące ustalenia czy w informacji o danych do ustalenia składki na ubezpieczenie wypadkowe przedsiębiorca ma obowiązek uwzględnić liczbę poszkodowanych jedynie w wypadkach przy pracy, o których mowa w art. 3 ust. 1 ustawy z 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1205) oraz – odpowiednio – poszkodowanych w wypadkach przy pracy śmiertelnych i ciężkich, czy również liczbę poszkodowanych w wypadkach (odpowiednio również śmiertelnych i ciężkich), które nie są wypadkami przy pracy, lecz są traktowane na równi z nimi w zakresie uprawnienia do świadczeń określonych w ustawie, tj. w wypadkach, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy podniósł między innymi, że na pracodawcy ciąży obowiązek prowadzenia rejestru wypadków przy pracy, co wynika z art. 234 § 3 ustawy Kodeks pracy. Rejestr powyższy jest prowadzony na podstawie wszystkich protokołów powypadkowych i powinien zawierać m.in. stwierdzenie czy dany wypadek

jest wypadkiem przy pracy (§ 16 rozporządzenia Rady Ministrów z 1 lipca 2009 r. w sprawie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy - t.j. Dz.U. z 2009 r., nr 105, poz. 870). Kwalifikacji prawnej wypadku w rozumieniu art. 3 ust. 1 i 2 ww. ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych dokonuje natomiast zespół powypadkowy. To oznacza, że w przypadku wystąpienia wypadku, który nie zostanie zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w rozumieniu wyżej powołanych przepisów, nie powinien on być uwzględniany w przekazywanej informacji ZUS IWA.

W zakresie ustalenia tego czy dla potrzeb sporządzenia informacji ZUS IWA pojęcie „poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem” obejmuje wyłącznie „poszkodowanych w wypadkach przy pracy” w rozumieniu art. 3 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych i obejmuje poszkodowanych w wypadkach, o których mowa w art. 3 ust. 2 wyżej powołanej ustawy, tj. w wypadkach zrównanych z wypadkami przy pracy w zakresie uprawnień do świadczeń organ wskazał, że w liczbie tej uwzględnia się poszkodowanych w wypadkach, które są wypadkami przy pracy i są traktowane na równi z nimi w rozumieniu art. 3 ust. 1 - 5 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

To oznacza, że błędny jest tok rozumowania spółki, że dla celów prawidłowego sporządzenia dokumentu ZUS IWA – informacji o danych do ustalenia składki na ubezpieczenie wypadkowe – uwzględnia się tylko poszkodowanych w wypadkach przy pracy w rozumieniu art. 3 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych i tym samym nie uwzględnia się poszkodowanych w wypadkach, o którym mowa w art. 3 ust. 2 tej ustawy.

(...) Sp. z o.o. z siedzibą w W. wniosła odwołanie od powyższej decyzji, zaskarżając ją w całości. W pierwszej kolejności odwołująca wniosła o uchylenie zaskarżonej decyzji w trybie art. 477⁹ § 2 k.p.c. i wydanie w trybie art. 217 § 2 pkt 2 k.p.a. zaświadczenia, że w dniu następującym po dniu, w którym upłynął termin wydania interpretacji zgodnie z art. 10a ust. 1 u.s.d.g., została wydana interpretacja stwierdzająca prawidłowość stanowiska spółki przedstawionego we wniosku z 30 listopada 2015 r. za prawidłowe. W przypadku nieuwzględnienia powyższego wniosku odwołująca się wniosła o zmianę zaskarżonej decyzji w całości i potwierdzenie na podst. art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. i art. 10a ust. 1 u.s.d.g., że w stosunku do spółki w dniu 19 czerwca 2018 r. została wydana interpretacja potwierdzająca prawidłowość stanowiska spółki przedstawionego we wniosku, tj. że wystąpiły skutki tzw. milczącego wydania interpretacji, o którym mowa w art. 10a ust. 1 u.s.d.g.; ewentualnie o zmianę zaskarżonej decyzji w całości i potwierdzenie na podst. art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. prawidłowości stanowiska zaprezentowanego i szczegółowo uzasadnionego przez spółkę we wniosku z 30 listopada 2015 r. (...) Sp. z o.o. wniosła również o zasądzenie na jej rzecz kosztów postępowania według norm przepisanych.

Zaskarżonej decyzji zarzucono:

- naruszenie art. 110 k.p.a. oraz art. 10a ust. 1 i ust. 3 u.s.d.g. w zw. z art. 196 ust. 2 ustawy 6 marca 2018 r. „przepisy wprowadzające ustawę – Prawo przedsiębiorców oraz inne ustawy dotyczące działalności gospodarczej” poprzez wydanie interpretacji uznającej zawarte we wniosku stanowisko spółki za nieprawidłowe, pomimo że w dniu jej wydania w obrocie prawnym funkcjonowała interpretacja stwierdzająca zawarte we wniosku stanowisko spółki za prawidłowe;
- naruszenie art. 31 ust. 3 w zw. z art. 3 ust. 2 ustawy z 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych („Ustawa wypadkowa”) poprzez błędne uznanie, że dla celów prawidłowego sporządzenia dokumentu ZUS IWA w zakresie liczby poszkodowanych w wypadkach przy pracy należy również uwzględnić osoby poszkodowane w wypadkach, które wypadkami przy pracy nie są, lecz są zdarzeniami traktowanymi na równi z wypadkiem przy pracy jedynie w zakresie uprawnienia do świadczeń określonych w ustawie, a tym samym uznanie przez Zakład, że stanowisko spółki zawarte we wniosku jest nieprawidłowe;
- naruszenie art. 107 § 3 k.p.a. w zw. z art. 10 ust. 5 u.s.d.g. w zw. z art. 196 ust. 2 ustawy 6 marca 2018 r. „przepisy wprowadzające ustawę Prawo przedsiębiorców oraz inne ustawy dotyczące działalności gospodarczej”,

poprzez zaniechanie sporządzenia adekwatnego uzasadnienia prawnego decyzji i poprzestanie na przedstawieniu stanu faktycznego i przytoczeniu przepisów prawa bez jakiegokolwiek odniesienia się do motywów i sposobu rozumowania organu.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. wniósł o jego oddalenie oraz o zasądzenie na rzecz organu kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Okręgowy w Warszawie XIII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 30 listopada 2020 r. w sprawie XIII U 422/20 zmienił zaskarżoną decyzję z dnia 8 stycznia 2020 r. nr (...) w ten sposób, że uznał za prawidłową interpretację zaproponowaną przez odwołującego się, zgodnie z którą w informacji o danych do ustalenia składki na ubezpieczenie wypadkowe przedsiębiorca ma obowiązek uwzględnić liczbę poszkodowanych jedynie w wypadkach przy pracy, o których mowa w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1205) oraz zasądził od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w G. na rzecz (...) S.A. z siedzibą w W. kwotę 180 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Powyższy wyrok Sąd Okręgowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych:

(...) Sp. z o.o. z siedzibą w W. zarejestrowana została w Krajowym Rejestrze Sądowym w dniu 7 listopada 2001 r. pod numerem (...). Spółka jest płatnikiem, o którym mowa w art. 28 ust. 2 ustawy wypadkowej. Zgodnie z art. 31 ust. 6 ustawy wypadkowej, spółka przekazuje do ZUS m.in. informacje o liczbie poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem oraz liczbę poszkodowanych w wypadkach przy pracy śmiertelnych i ciężkich, które miały miejsce w danym roku. Na tej podstawie ZUS ustala wysokość wskaźnika korygującego, a co za tym idzie – wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe. Według stanu na 30 listopada 2015 r., w 2015 r. w spółce 4 osoby zostały poszkodowane w wypadkach przy pracy (art. 3 ust. 1 ustawy wypadkowej) oraz 1 osoba w wypadku traktowanym w zakresie uprawnienia do świadczeń określonych w ustawie na równi z wypadkami przy pracy (art. 3 ust 2 ustawy wypadkowej).

(...) Sp. z o.o. w W. w dniu 30 listopada 2015 r. wniosła o wydanie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych interpretacji przepisów ustawy wypadkowej. We wniosku, spółka przedstawiła stanowisko, że pojęcie „poszkodowani w wypadkach przy pracy” zawarte w art. 31 ust. 3 ustawy wypadkowej (a tym samym obowiązek informacyjny, o którym mowa w art. 31 ust. 6 ustawy wypadkowej) nie obejmuje wypadków, o których mowa w art. 3 ust. 2 ww. ustawy, tj. wypadków, które wypadkami przy pracy nie są, lecz powinny być traktowane z nimi na równi w zakresie świadczeń z ubezpieczeń społecznych.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. decyzją nr (...) z dnia 10 grudnia 2015 r. odmówił wydania pisemnej interpretacji, której dotyczył wniosek.

Odwołująca się spółka wniosła odwołanie od tej decyzji. Sąd Okręgowy w W. XIII Wydział Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z 14 lipca 2016 r. w sprawie o sygn. akt XIII U 827/16, uznał odwołanie za zasadne, zmienił zaskarżoną decyzję i zobowiązał Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. do wydania interpretacji zgodnie z wnioskiem. Sąd Apelacyjny w Warszawie na skutek apelacji organu rentowego, wyrokiem z 18 maja 2018 r. o sygn. akt III AUa 1165/16, oddalił apelację ZUS, i w ten sposób utrzymując w mocy wyrok nakazujący ZUS wydanie interpretacji. Z chwilą wydania wyroku przez Sąd Apelacyjny wyrok był prawomocny (art. 363 k.p.c.). Wobec wniesienia przez ZUS skargi kasacyjnej, Sąd Najwyższy postanowieniem z 6 listopada 2019 r., sygn. akt II UK 301/18, odmówił przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpatrzenia. W sprawie nie zostało wydane postanowienie o wstrzymaniu wykonania orzeczenia.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G., działając w wykonaniu prawomocnego wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 14 lipca 2016 r. sygn. akt XIII U 827/16 wydał decyzję nr (...) z dnia 8 stycznia 2020 r., która jest przedmiotem rozpoznania w niniejszej sprawie.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy oraz w aktach rentowych. W ocenie sądu treść dokumentów nie budzi wątpliwości, nie były one także kwestionowane przez żadną ze stron.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Okręgowy uznał odwołanie (...) Sp. z o.o. w W. za zasadne.

Sąd Okręgowy w pierwszej kolejności wskazał, że zgodnie z treścią art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (t.j.: Dz.U. z 2017 r., poz. 2168), przedsiębiorca może złożyć do właściwego organu administracji publicznej lub państwowej jednostki organizacyjnej wnioski o wydanie pisemnej interpretacji co do zakresu i sposobu zastosowania przepisów, z których wynika obowiązek świadczenia przez przedsiębiorcę daniny publicznej oraz składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, w jego indywidualnej sprawie.

Taki wniosek złożyła odwołująca się spółka już w dniu 30 listopada 2015 r., który skutkowało wydaniem przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. decyzji nr (...) z dnia 10 grudnia 2015 r., na podstawie której odmówiono wydania pisemnej interpretacji, której dotyczył wniosek. Wskutek prawomocnie zakończonych postępowania w sprawie pod sygn. XIII U 827/16, Zakład Ubezpieczeń Społecznych zobowiązany został do wydania interpretacji zgodnie z wnioskiem, co skutkowało wydaniem decyzji nr (...) z 8 stycznia 2020 r., będącej przedmiotem postępowania w niniejszej sprawie.

W odniesieniu do twierdzeń pełnomocnika odwołującej się w zakresie w jakim wskazywała na naruszenie art. 110 k.p.a. oraz art. 10a ust. 1 i ust. 3 u.s.d.g. w zw. z art. 196 ust. 2 ustawy 6 mara 2018 r. „przepisy wprowadzające ustawę – Prawo przedsiębiorców oraz inne ustawy dotyczące działalności gospodarczej” Sąd pierwszej instancji wskazał co następuje.

Zgodnie z art. 10a ust. 1 u.s.d.g. interpretację wydaje się bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez organ administracji publicznej lub państwową jednostkę organizacyjną kompletnego i opłaconego wniosku; w razie niewydania interpretacji w terminie uznaje się, że w dniu następującym po dniu, w którym upłynął termin do wydania interpretacji, została wydana interpretacja stwierdzająca prawidłowość stanowiska przedsiębiorcy przedstawionego we wniosku o wydanie interpretacji.

Powołany przepis statuuje tzw. fikcję pozytywnego rozstrzygnięcia na wypadek dostatecznie długiej bierności organu właściwego do wydania interpretacji. Przepis ten jednak na płaszczyźnie literalnej nie precyzuje, czy taka fikcja może zaistnieć po wydaniu przez sąd powszechny prawomocnego wyroku, zobowiązującego organ rentowy do wydania interpretacji. Brak również jednoznacznej regulacji co do chwili, od której po wydaniu takiego wyroku mógłby na nowo biec termin do wydania interpretacji, ze skutkami określonymi w art. 10a ust. 1 zd. 2 u.s.d.g.

Zdaniem Sądu pierwszej instancji, uzasadnione wydaje się jednak stanowisko, że wykładnia art. 10a ust. 1 u.s.d.g. nie może a limine wykluczać wystąpienia fikcji pozytywnego rozstrzygnięcia po wydaniu przez sąd prawomocnego wyroku, zobowiązującego organ rentowy do wydania interpretacji. Wnioskodawcy, którzy oczekują na wydanie interpretacji bezpośrednio po złożeniu wniosku w tym przedmiocie, nie znajdują się bowiem w położeniu istotnie odmiennym od położenia wnioskodawców, którzy oczekują na to samo po uprawomocnieniu się wyroku sądu nakładającego na organ rentowy wskazany obowiązek. Jedni i drudzy zmiierają do tego samego, tj. do wyjaśnienia przez organ rentowy ich wątpliwości prawnych, których eliminacji służy instytucja interpretacji (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z 17 września 2015 roku, sygn. akt III AUa 935/14). Nadto jedni i drudzy mają prawo spodziewać się, że ich sprawa zostanie w rozsądnym czasie rozpoznana. Wskazany celom służy fikcja pozytywnego rozstrzygnięcia, która następuje z mocy prawa, wyzwalając materialnoprawne skutki załatwienia sprawy

przez organ w sposób korzystny dla wnioskodawcy (por. A. Kubiak, „Fikcja pozytywnego rozstrzygnięcia w prawie administracyjnym”, „Państwo i Prawo” 11/2009, zwłaszcza s. 33). Wobec tego nie sposób przyjąć, by 30-dniowy termin, wskazany w art. 10a ust. 1 u.s.d.g., należało wiązać wyłącznie z dniem, w którym organ otrzymuje wniosek wolny od braków formalnych oraz fiskalnych. Taką wykładnią art. 10a ust. 1 u.s.d.g. Sąd Okręgowy naruszyłby w szczególności nakaz równego traktowania jednostek, ciążyący na nim z mocy art. 32 ust. 1 zd. 2 Konstytucji RP (Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483 ze zm.). Tymczasem ów nakaz oznacza „pomijanie w procesie stosowania prawa cech i sytuacji, które w świetle prawa są nieistotne” (zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 15 lipca 2010 r., sygn. akt K 63/07, punkt III.6.1 uzasadnienia).

Wniosek (...) S.A. wpłynął do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2 grudnia 2015 r., natomiast decyzja odmawiająca wydania interpretacji została wydana 10 grudnia 2015 r., a zatem z zachowaniem terminu ustawowego. Prawomocny wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie w sprawie o sygn. akt III AUa 1165/16 zapadł 18 maja 2018 r. Nie bez uwagi jednak pozostawała okoliczność, że w dniu 10 sierpnia 2018 r. organ wniósł skargę kasacyjną, wystąpił także z wnioskiem o wstrzymanie wykonania wyroku Sądu Apelacyjnego z 18 maja 2018 r. Jednak nie zostało wydane postanowienie w tym przedmiocie. Akta sprawy zostały zwrócone do Zakładu dopiero 27 grudnia 2019 r. przez Sąd Okręgowy w Warszawie (wraz z postanowieniem Sądu Najwyższego odmawiającym przyjęcia do rozpoznania skargi kasacyjnej) i Zakład niezwłocznie, tj. 8 stycznia 2020 r. wydał zaskarżoną decyzję merytoryczną.

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że w przypadku indywidualnych interpretacji prawa to właśnie od chwili zwrotu akt po zakończonym postępowaniu sądownoadministracyjnym biegnie na nowo termin do wydania interpretacji, którego bezskuteczny wpływ pociąga za sobą obowiązek przyjęcia fikcji pozytywnego rozstrzygnięcia. Zgodnie bowiem z art. 286 § 2 w zw. z § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j.: Dz.U. z 2017 r. poz. 1369, ze zm., dalej: p.p.s.a.) termin do załatwienia sprawy przez organ administracji określony w przepisach prawa lub wyznaczony przez sąd liczy się od dnia doręczenia akt organowi po uprawomocnieniu się orzeczenia sądu pierwszej instancji kończącego postępowanie. Konieczność zastosowania art. 286 § 2 p.p.s.a. przy obliczaniu terminu, którego upływ rodzi skutki wydania interpretacji indywidualnej zgodnej z wnioskiem podatnika (art. 140 § 1

w zw. z art. 14d ustawy z 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa, t. j. Dz.U. z 2018 r. poz. 800, ze zm.), potwierdza judykatura (zob. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 7 maja 2015 r., sygn. akt II FSK 1786/14).

Powyższe mogłoby znaleźć analogiczne zastosowanie w realiach niniejszej sprawy, tj. sprawy w przedmiocie wydania interpretacji „składkowej”, jednak oceny niniejszej sprawy nie należy dokonywać w oderwaniu od zasady zaufania jednostki do państwa (art. 2 Konstytucji RP), która wyklucza obciążanie jednostki negatywnymi konsekwencjami niejasnej czy niepełnej redakcji przepisów prawa.

W ocenie Sądu pierwszej instancji należało zatem uznać, że w razie zobowiązania organu rentowego przez sąd do wydania interpretacji „składkowej” 30-dniowy termin określony w art. 10a ust. 1 u.s.d.g. rozpoczyna na nowo swój bieg już z dniem wydania prawomocnego wyroku kreującego to zobowiązanie. Taki wyrok wiąże bowiem odwołującego i organ rentowy (art. 365 § 1 k.p.c.), co sprawia, że już od chwili jego wydania odwołujący zasługuje na ochronę przed niepewnością co do swojej sytuacji prawnej w razie bierności organu rentowego. W kontekście powyższego nie sposób uznać, aby w sprawie o wydanie interpretacji „składkowej” zachodziły podstawy do tego, aby stosować per analogiam ww. art. 286 § 2 p.p.s.a. Przemawia za tym to, że w postępowaniu cywilnym w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych nie zachodzi równie ścisły związek między jego prawomocnym zakończeniem a zwrotem akt rentowych przekazywanych sądowi zgodnie z art. 477⁹ § 2 k.p.c. Przypomnieć bowiem należy, że z uwagi na to, że prawomocne orzeczenia sądu drugiej instancji, wskazane w art. 398 1 k.p.c., zostało poddane w sprawie pod sygn. XIII U 827/16 kontroli kasacyjnej, akta rentowe zwrócone zostały organowi rentowemu w znacznym odstępie czasowym od prawomocnego zakończenia postępowania.

Stanowisko wywodzone przez ZUS nie mogło zostać uwzględnione za prawidłowe. Odwołująca się spółka zasługiwała na ochronę przed niepewnością co do swojej sytuacji prawnej już od chwili wydania prawomocnego wyroku kreującego zobowiązanie organu rentowego do wydania interpretacji „składkowej”. W tym względzie na uwadze należy mieć

również art. 8 k.p.a., zgodnie z którym organy administracji publicznej prowadzą postępowanie w sposób budzący zaufanie jego uczestników do władzy publicznej. W świetle judykatury zaś z powołanego przepisu płynie zakaz przerzucania na jednostkę błędów lub uchybień popełnionych nie tylko przez organ stosujący prawo, ale także przez samego prawodawcę (zob. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 12 grudnia 2003 r., sygn. akt I SA/Gd 661/03). Nie ulega przy tym wątpliwości, że obowiązywanie art. 8 k.p.a. nie podlega żadnemu ograniczeniu w postępowaniu prowadzonym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (art. 180 § 1 in principio w zw. z § 2 k.p.a.).

Wobec tych argumentów Sąd pierwszej instancji uznał, że w dniu 19 czerwca 2018 r. (tj. po upływie terminu zgodnie z art. 10a u.s.d.g. liczonego od dnia wydania prawomocnego wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie) występował stan milczącego wydania interpretacji stwierdzającej prawidłowość stanowiska odwołującej.

Niezależnie jednak od powyższego, zdaniem Sądu pierwszej instancji brak było podstaw do uwzględnienia wniosku odwołującej się o uchylenie zaskarżonej decyzji

w trybie art. 477⁹ § 2 k.p.c. i wydanie w trybie art. 217 § 2 pkt 2 k.p.a. zaświadczenia, że w dniu następującym po dniu, w którym upłynął termin wydania interpretacji zgodnie z art. 10a ust. 1 u.s.d.g., została wydana interpretacja stwierdzająca prawidłowość stanowiska spółki przedstawionego we wniosku z 30 listopada 2015 r.

Zgodnie z art. 217 § 2 pkt 2 k.p.a. zaświadczenie wydaje się, jeśli osoba ubiega się o nie ze względu na swój interes prawny w urzędowym potwierdzeniu określonych faktów lub stanu prawnego. Z kolei zgodnie z art. 218 § 1 k.p.a. w przypadkach, o których mowa w art. 217 § 2 pkt 2 k.p.a. organ administracji publicznej obowiązany jest wydać zaświadczenie, gdy chodzi o potwierdzenie faktów albo stanu prawnego, wynikających z prowadzonej przez ten organ ewidencji, rejestrów bądź z innych danych znajdujących się w jego posiadaniu. Z mocy art. 123 u.s.u.s. powołane przepisy stosuje się w postępowaniach prowadzonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

W niniejszej sprawie Sąd Okręgowy nie mógł jednak uwzględnić wniosku (...) SA o uchylenie zaskarżonej decyzji i zobowiązanie organu rentowego do wydania zaświadczenia. Przepis art. 477⁽¹⁴⁾ § 2 k.p.c., nie przewiduje tego rodzaju orzeczenia. Zgodnie z tym przepisem w przypadku uwzględnienia odwołania sąd zmienia w całości lub w części zaskarżoną decyzję organu rentowego i orzeka co do istoty sprawy.

Co więcej, nie mógł zostać uwzględniony również wniosek o zmianę zaskarżonej decyzji w całości i potwierdzenie na podst. art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. i art. 10a ust. 1 u.s.d.g., że w stosunku do spółki w dniu 19 czerwca 2018 r. została wydana interpretacja potwierdzająca prawidłowość stanowiska spółki przedstawionego we wniosku, tj. że wystąpiły skutki tzw. milczącego wydania interpretacji, o którym mowa w art. 10a ust. 1 u.s.d.g.

Sąd pierwszej instancji wyjaśnił, że funkcją reformatoryjnych orzeczeń sądu ubezpieczeń społecznych jest bowiem zastąpienie decyzji organu rentowego. Okoliczność ta obliguje zaś sąd do formułowania sentencji orzeczeń w taki sposób, aby mogły one pełnić powyższą funkcję (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 17 kwietnia 2014 r., III UK 137/13). Zakres i przedmiot rozpoznania sądowego wyznacza zaś treść decyzji organu rentowego i to niezależnie od wniosków odwołującego (zob. M. Klimas, „Postępowanie sądowe w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych”, Warszawa 2013, s. 226). W rozumieniu art. 321 § 1 k.p.c. sąd nie może wyrokować co do przedmiotu, który nie był objęty żądaniem, ani zasądzać ponad żądanie.

Tym samym, mając na uwadze ww. wywody, jak również treść zaskarżonej decyzji (tj. uznanie przez ZUS nieprawidłowości stanowiska odwołującej się), zachodziły podstawy do uwzględnienia żądania odwołującej się spółki w zakresie zmiany zaskarżonej decyzji w całości i potwierdzenia na podst. art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. prawidłowości stanowiska zaprezentowanego i szczegółowo uzasadnionego przez spółkę we wniosku z 30 listopada 2015 r.

Sąd pierwszej instancji wskazał przy tym, że wniosek odwołującej się spółki dotyczył powziętej wątpliwości, czy zawarte w art. 31 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1205) określenie „poszkodowani w wypadkach przy pracy” (a tym samym obowiązek informacyjny, o którym mowa w art. 31 ust. 6 ustawy wypadkowej) obejmuje swoim zakresem poszkodowanych tylko w wypadkach

przy pracy w rozumieniu art. 3 ust. 1 ustawy wypadkowej, czy również poszkodowanych w wypadkach, które nie są wypadkami przy pracy, lecz są traktowane na równi z nimi w zakresie uprawnień do świadczeń określonych w ustawie, tj. w wypadkach, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy wypadkowej.

Zgodnie z art. 31 ust. 3 ustawy wypadkowej, kategorię ryzyka dla płatnika składek ustala się w zależności od ryzyka określonego wskaźnikami częstości:

- 1) poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem;
- 2) poszkodowanych w wypadkach przy pracy śmiertelnych i ciężkich;
- 3) zatrudnionych w warunkach zagrożenia.

W myśl art. 31 ust. 6 ustawy wypadkowej, dane o których mowa w ust. 3, płatnik składek przekazuje do dnia 31 stycznia danego roku za poprzedni rok kalendarzowy w informacji zawierającej w szczególności:

- 1) dane identyfikacyjne płatnika składek, określone w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 2) rodzaj działalności według PKD;
- 3) liczbę ubezpieczonych zgłoszonych do ubezpieczenia wypadkowego;
- 4) adres płatnika składek.

Stosownie do art. 28 ust. 1 tej ustawy, „stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe dla płatnika składek zgłaszającego do ubezpieczenia wypadkowego nie więcej niż 9 ubezpieczonych wynosi 50 % najwyższej stopy procentowej ustalonej na dany rok składkowy dla grup działalności, zgodnie z zasadami określonymi w art. 30”.

Natomiast w myśl art. 28 ust. 2 ww. ustawy „stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe dla płatnika składek zgłaszającego do ubezpieczenia wypadkowego co najmniej 10 ubezpieczonych ustala Zakład jako iloczyn stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe określonej dla grupy działalności, do której należy płatnik składek i wskaźnika korygującego ustalonego dla płatnika składek, z zastrzeżeniem art. 33”.

Według ust. 3 tego przepisu, „liczbę ubezpieczonych, o których mowa w ust. 1 i 2, ustala się jako iloraz sumy ubezpieczonych podlegających ubezpieczeniu wypadkowemu w ciągu poszczególnych miesięcy poprzedniego roku kalendarzowego i liczby miesięcy, przez które płatnik składek był w poprzednim roku kalendarzowym zgłoszony w Zakładzie co najmniej 1 dzień”.

Z kolei w myśl ust. 4 tego przepisu, „jeżeli płatnik składek zgłaszany jest w Zakładzie w okresie od dnia 1 stycznia danego roku do dnia 31 marca następnego roku, liczbę ubezpieczonych, o których mowa w ust. 3, ustala się w oparciu o liczbę ubezpieczonych podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia wypadkowego w miesiącu kalendarzowym, od którego płatnik składek został zgłoszony w Zakładzie”.

Na podstawie delegacji wynikającej z ww. art. 33 ust. 4 ustawy wypadkowej Minister Pracy i Polityki Społecznej wydał rozporządzenie określające:

- 1) grupy działalności w oparciu o rodzaj działalności (...) ujęty w rejestrze REGON;
- 2) szczegółowe zasady ustalania kategorii ryzyka w zależności od wskaźników częstości, kategorie ryzyka oraz stopy procentowe składek na ubezpieczenie wypadkowe dla grup działalności;
- 3) szczegółowe zasady ustalania kategorii ryzyka dla płatników składek w zależności od wskaźników częstości;

4) szczegółowe zasady ustalania wskaźnika korygującego;

5) wzór informacji, przekazywanej przez płatnika składek o danych do ustalenia składki na ubezpieczenie wypadkowe (ZUS IWA).

Z treści § 4 i § 5 rozporządzenia wynika, że kategorie ryzyka dla grup działalności oraz kategorie ryzyka dla płatników ustala się w oparciu o cząstkowe kategorie ryzyka odpowiadające: wskaźnikowi poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem, wskaźnikowi poszkodowanych w wypadkach przy pracy śmiertelnych i ciężkich, wskaźnikowi zatrudnionych w warunkach zagrożenia, które występują w razie przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy, wskaźnikowi chorób zawodowych. Podstawy ustalania cząstkowych kategorii ryzyka, o których mowa w § 5 ust. 1 rozporządzenia, stanowią średnie arytmetyczne wskaźników częstości, o których mowa w art. 30 ust. 2 ustawy wypadkowej. Wskaźniki te przekazywane są organowi przez płatnika poprzez deklarację ZUS IWA do 31 stycznia kolejnego roku.

Przepisy rozporządzenia posługują się określeniem „wskaźnika poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem” oraz „wskaźnika poszkodowanych w wypadkach przy pracy śmiertelnych i ciężkich” nie precyzując jaki rodzaj wypadków powinien być brany pod uwagę przy kalkulowaniu tego wskaźnika. W tym miejscu konieczne jest odwołanie się do przepisów ustawy wypadkowej, która zawiera delegację do wydania Rozporządzenia.

Kwestie związane z interpretacją pojęcia „wypadek przy pracy” reguluje art. 3 ustawy wypadkowej, zgodnie z którym (ust. 1) za wypadek przy pracy uważa się nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą:

1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych;

2) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia;

3) w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy.

Dodatkowo, ust. 2 zawiera definicję wypadku zrównanego z wypadkiem przy pracy, wskazując, że na równi z wypadkiem przy pracy, w zakresie uprawnień do świadczeń określonych w ustawie, traktuje się wypadek, któremu pracownik uległ w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w ust. 1, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań, podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony oraz przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe.

Konieczne zatem było rozstrzygnięcie na gruncie przepisów i orzecznictwa czy do liczby „poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem” oraz liczby „poszkodowanych w wypadkach przy pracy śmiertelnych i ciężkich” należy stosować definicję wypadku przy pracy określoną w art. 3 ust. 1 ustawy wypadkowej ściśle czy może rozszerzoną o wypadki zrównane z wypadkami przy pracy z art. 3 ust. 2 ustawy wypadkowej.

Przedmiotem niniejszej sprawy było rozstrzygnięcie wątpliwości interpretacyjnych dotyczących przepisu art. 31 ust. 3 ustawy wypadkowej sprowadzające się do zagadnienia czy podczas obliczania wskaźników częstości uwzględniać należy tylko poszkodowanych w wypadkach przy pracy w rozumieniu art. 3 ust. 1 ustawy wypadkowej, czy także poszkodowanych w wypadkach zrównanych z wypadkami przy pracy, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy wypadkowej. Kwestia ta w sposób oczywisty wiąże się z wysokością obciążeń składkowych, skoro ma ona przełożenie na kategorię ryzyka i w konsekwencji na wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w G. stanął na stanowisku, że wypadki zawarte w art. 3 ust. 2 ustawy wypadkowej powinny być tak samo traktowane jak wypadki przy pracy, nie tylko w zakresie uprawnień do świadczeń określonych w ustawie, ale także do celów obliczania składek na ubezpieczenie wypadkowe.

Dał temu wyraz w wydanym przez siebie poradniku „Zasady składania i wypełniania informacji o danych do ustalania składki na ubezpieczenie wypadkowe ZUS IWA” (źródło:https://www.zus.pl/documents/10182/167567/poradnik_zus_iwa.pdf/a7780991-e2e8-45ce-8401-2e6983837a5f). Zakład wskazał w decyzji, że pracodawca jest zobowiązany do prowadzenia rejestru wypadków przy pracy na podstawie art. 234 § 3 Kodeksu pracy, który to rejestr, prowadzony na podstawie wszystkich protokołów powypadkowych powinien zawierać m.in. stwierdzenie czy dany wypadek jest wypadkiem przy pracy w myśl § 16 rozporządzenia Rady Ministrów z 1 lipca 2009 r. w sprawie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy (j.t. Dz.U. z 2009 r. nr 105 poz. 870), natomiast kwalifikacji tych wypadków dokonuje pracodawca. Dokonana przez ZUS interpretacja wskazuje na to, że ustawodawca w art. 31 ust. 3 pkt 1 wprost wskazał, że zgłoszeniu podlega liczba poszkodowanych przy pracy ogółem czyli całościowo, uwzględniając wszystkie przypadki, które miały miejsce w roku kalendarzowym, za który składana jest deklaracja ZUS IWA. Nie jest zatem możliwe wybiórcze wskazanie liczby poszkodowanych przy pracy dla prawidłowego sporządzenia deklaracji ZUS IWA wskazując tylko zdarzenia określone w art. 3 ust. 1 ustawy.

Sąd pierwszej instancji powyższe stanowisko organu rentowego uznał za nieprawidłowe bo Zakład Ubezpieczeń Społecznych w całości pominął wykładnię literalną ustawy wypadkowej, opierając swoje stanowisko wyłącznie na własnej interpretacji czego miałyby dotyczyć art. 3 ust. 1 i 2 powyższej ustawy.

Na powyższe słusznie zwróciła uwagę odwołująca się spółka. Sąd Okręgowy w pełni podzielił stanowisko strony odwołującej w tym zakresie, uznając przedstawione przez nią w odwołaniu oraz w piśmie procesowym z 9 lipca 2020 r. twierdzenia za uzasadnione, logiczne i prawidłowe. Wobec tego za zbędne uznał powielanie w uzasadnieniu wywodów strony odwołującej się w zakresie interpretacji przepisów ustawy wypadkowej. Dlatego sąd ograniczył swoje rozważania do przytoczenia wyłącznie najistotniejszych kwestii.

Wskazał więc, że art. 3 ust. 1 ustawy wypadkowej stanowi generalną definicję wypadku przy pracy. Zrównanie z nim określonej kategorii zdarzeń wskazanych w ust. 2 stanowi wyjątek od tej reguły. Zgodnie z utrwaloną linią orzecniczą Sądu Najwyższego wyjątek powinien być interpretowany ściśle – zgodnie z jego literalnym brzmieniem. Brzmienie art. 3 ust. 2 wskazuje, że zrównanie określonej w nim kategorii zdarzeń z wypadkami przy pracy następuje jedynie w zakresie uprawnienia do świadczeń określonych w ustawie. Tym samym przyjęcie, że wypadek zrównany z wypadkiem przy pracy jest traktowany tożsamo

z wypadkiem przy pracy, również dla celów ustalenia wartości wskaźnika korygującego, a w efekcie stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe, jest nieuprawnionym zastosowaniem wykładni rozszerzającej.

Sąd pierwszej instancji uznał za prawidłowe stanowisko odwołującego się, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych przyjmując, że zgodnie z art. 31 ust. 3 i 6 ww. ustawy raportowaniu podlegają nie tylko wypadki przy pracy, lecz również wypadki, które wypadkami przy pracy nie są, w bezpodstawny sposób odszedł od wykładni literalnej. Gdyby zamiarem ustawodawcy było odniesienie powyższego zapisu do osób poszkodowanych w wypadkach zrównanych z wypadkami przy pracy, to ustawodawca dałby temu wyraz poprzez odpowiednią konstrukcję tej normy prawnej, czego jednak nie uczynił. Potwierdzeniem powyższego jest również okoliczność związana z wymienieniem tych 2 przypadków w osobnym ustępie, a nie wymienienie ich w treści ust. 1., co wskazuje, że zdarzenia te nie są „wypadkami przy pracy” lecz innego rodzaju „wypadkami”.

Uzasadnionym jest uznanie, że wolą ustawodawcy było to, aby poszkodowani w wypadkach, które nie są co prawda wypadkami przy pracy, ale pozostają w jakimś stopniu z pracą związane, nie byli pozbawieni prawa do świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego. Sformułowanie „w zakresie uprawnienia do świadczeń określonych w ustawie” jest jednoznaczne w swojej treści i nie budzi żadnych wątpliwości interpretacyjnych.

Niedopuszczalne jest działanie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych polegające na takiej interpretacji ww. przepisów ustawy wypadkowej, która w istocie sprzeciwia się z brzmieniu przepisu ustawowego i dowolnie rozszerza zakres pojęcia doprecyzowanego w sposób wyraźny i jasny w akcie normatywnym.

Literalna wykładnia tych przepisów wskazuje jednoznacznie, że obowiązek raportowania liczby poszkodowanych dotyczy jedynie poszkodowanych w wypadkach przy pracy, tj. w zdarzeniach, o których mowa w art. 3 i ust. 1 i ew. ust. 3 ustawy wypadkowej. Nie dotyczy jednak poszkodowanych w zdarzeniach, które nie są wypadkami przy pracy, a są traktowane na równi z nimi tylko w zakresie świadczeń z ubezpieczenia społecznego, tj. zdarzeń, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy wypadkowej.

Sąd pierwszej instancji uznał za trafne stanowisko odwołującego się, że dychotomiczny podział na wypadki przy pracy (art. 3 ust. 1 ustawy wypadkowej) oraz tzw. wypadki zrównane, o których mowa w art. 3 ust. 2 ww. ustawy, dostrzega również Sąd Najwyższy: „Różnica między wypadkiem przy pracy a wypadkiem w czasie podróży służbowej (tj. wypadkiem zrównanym, o którym mowa w art. 3 ust. 2 - przyp. wł. KG) dotyczy okoliczności wypadku, a w szczególności tego, że ten pierwszy powinien pozostawać w związku z pracą, zaś drugi – wiązać się z wykonywaniem zadań powierzonych na czas podróży służbowej” (por. wyroki Sądu Najwyższego z 12 kwietnia 2016 r., I UK 100/15; z 18 listopada 2018 r., I UK 140/11). Taki sam wniosek, jak ten wynikający z wykładni literalnej, jest wynikiem wykładni celowościowej i systemowej wspomnianych przepisów ustawy wypadkowej. Raportowanie liczby poszkodowanych w wypadkach przy pracy ma na celu różnicowanie wysokości składki na ubezpieczenie wypadkowe (poprzez ustalenie odpowiedniej kategorii ryzyka). Podstawowym zaś celem wprowadzenia ww. mechanizmu różnicowania jest zachęcenie przedsiębiorstw do działań prewencyjnych z zakresu bezpieczeństwa procesu pracy. Przy czym jednocześnie podkreślić trzeba, iż celem wprowadzenia art. 3 ust. 2 ustawy wypadkowej było zapewnienie poszkodowanemu (w opisanej w tym przepisie sytuacji) możliwości uzyskania świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Za prawidłowe uznał zatem Sąd pierwszej instancji stanowisko odwołującej się spółki, że w informacji za 2015 r. o danych do ustalenia składki na ubezpieczenie wypadkowe, jak również w informacjach składanych za okresy przyszłe, ma obowiązek uwzględnić jedynie liczbę poszkodowanych w wypadkach przy pracy (oraz – odpowiednio – w wypadkach przy pracy śmiertelnych i ciężkich), o których mowa w art. 3 ust. 1 ustawy wypadkowej. Nie powinna uwzględniać liczby poszkodowanych w wypadkach (oraz – odpowiednio – również śmiertelnych i ciężkich), które nie są wypadkami przy pracy, lecz są traktowane na równi z nimi w zakresie uprawnienia do świadczeń określonych w ustawie, tj. w wypadkach, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy wypadkowej, których zaistnienie nie powinno mieć wpływu na ustalenie wysokości stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe płatnika składek.

Odnosząc się do zarzutów odwołującej się spółki w zakresie naruszenia przepisów postępowania administracyjnego (zarzut naruszenia art. 107 § 3 k.p.a. poprzez niezamieszczenie w decyzji uzasadnienia prawnego), Sąd pierwszej instancji wskazał, że nie podlegały one w istocie badaniu przez Sąd. Gdyby przyjąć, że sąd powszechny jest władny badać naruszenia procedury administracyjnej popełnione w toku wydawania decyzji, oznaczałoby to wkroczenie przez sąd powszechny w kompetencje organów administracji publicznej i sądów administracyjnych. Zarówno w doktrynie, jak i w orzecznictwie taka ingerencja uznawana jest za niedopuszczalną. Nieuchronnie więc właściwym do rozpatrzenia niniejszego odwołania od skarżonej decyzji w oparciu o przepisy k.p.a. winien być organ wyższego stopnia względem organu, który skarżoną decyzję wydał. Jak słusznie wskazał bowiem organ rentowy, postępowanie sądowe w sprawach z zakresu prawa ubezpieczeń społecznych skupia się na wadach wynikających z naruszenia prawa materialnego i kwestia wad decyzji administracyjnych spowodowanych naruszeniem przepisów postępowania, pozostaje poza przedmiotem tego postępowania. Sąd ubezpieczeń społecznych – jako sąd powszechny – może i powinien dostrzegać jedynie takie wady formalne decyzji administracyjnej, które decyzję tę dyskwalifikują w stopniu odbierającym jej cechy aktu administracyjnego (por. uchwały Sądu Najwyższego z 21 listopada 1980 r., III CZP 43/80, OSNCP 1981 Nr 8, poz. 142, z 27 listopada 1984 r., III CZP 70/84, OSNCP 1985 Nr 8, poz. 108 oraz z 21 września 1984 r., III CZP 53/84, OSNCP 1985 nr 5-6, poz. 65), jako przedmiotu odwołania.

Z tych względów Sąd Okręgowy, na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. orzekł, jak w pkt 1. sentencji wyroku. O kosztach postępowania orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c., i § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych – t.j. Dz. U. z 2018, poz. 265).

Apelację od powyższego wyroku wniósł Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Zaskarżając wyrok w całości zarzucił wyrokowi naruszenie art. 31 ust. 3 pkt 1 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych poprzez przyjęcie, że kategorię ryzyka dla płatnika składek ustala się tylko w odniesieniu do poszkodowanych w wypadkach przy pracy, podczas gdy Zakład stoi na stanowisku, że sformułowanie przepisu „poszkodowani w wypadkach przy pracy ogółem” zawiera w sobie zarówno poszkodowanych w wyniku wypadków przy pracy, o których mowa w art. 3 ust. 1 tej ustawy, jak i wypadki traktowane na równi z wypadkiem przy pracy, o których mowa w art. 3 ust. 2 tej ustawy.

W konsekwencji organ wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie odwołania z 11 lutego 2020 r. od decyzji Zakładu z dnia 8 stycznia 2020 r. nr 1, ewentualnie uchylenie zaskarżonego w wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd I instancji, z przyczyn podanych w uzasadnieniu oraz o zasądzenie na rzecz Zakładu kosztów zastępstwa procesowego.

(...) S.A. z siedzibą w W. w odpowiedzi na apelację wniosła o jej oddalenie całości jako bezzasadnej oraz o zasądzenie od organu rentowego na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie odwoławcze, według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie i w konsekwencji podlega oddaleniu, ponieważ nie zostały w niej przedstawione zarzuty skutkujące zmianą lub uchyleniem zaskarżonego wyroku.

Na wstępie wskazać wypada, że postępowanie apelacyjne ma merytoryczny charakter i jest kontynuacją postępowania rozpoczętego przed Sądem pierwszej instancji, a de facto przed organem rentowym. Zgodnie z treścią art. 378 § 1 k.p.c., Sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę w granicach apelacji; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania. Rozważając zakres kognicji sądu odwoławczego Sąd Najwyższy stwierdził, iż sformułowanie „w granicach apelacji” wskazane w tym przepisie oznacza, iż sąd drugiej instancji, między innymi rozpoznaje sprawę merytorycznie w granicach zaskarżenia, dokonuje własnych ustaleń faktycznych, prowadząc lub ponawiając dowody albo poprzestaje na materiale zebrany w pierwszej instancji, ustala podstawę prawną orzeczenia niezależnie od zarzutów podniesionych w apelacji oraz kontroluje poprawność postępowania przed sądem pierwszej instancji, pozostając związany zarzutami przedstawionymi w apelacji, jeżeli są dopuszczalne, ale biorąc z urzędu pod uwagę nieważność postępowania, orzeka co do istoty sprawy stosownie do wyników postępowania (por. uzasadnienie uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07, OSNC 2008/6/55). Dodatkowo należy wskazać, że dokonane przez sąd pierwszej instancji ustalenia faktyczne, sąd drugiej instancji może podzielić i uznać za własne stosownie do art. 387 § 2¹ k.p.c. Może również zmienić ustalenia faktyczne, stanowiące podstawę wydania wyroku sądu pierwszej instancji, i to zarówno po przeprowadzeniu postępowania dowodowego, jak i bez przeprowadzenia tego postępowania uzasadniającego odmienne ustalenia, chyba że szczególne okoliczności wymagają ponowienia lub uzupełnienia tego postępowania stosownie do 382 k.p.c. (por. uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 1999 r., III CZP 59/98, OSNC 1999/7-8/124).

Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własne ustalenia Sądu I instancji, czyniąc je podstawą własnego rozstrzygnięcia, stosownie do art. 387 § 2¹ k.p.c. a też wyprowadzone na ich podstawie wnioski co oznacza, że nie zachodzi potrzeba powtarzania szczegółowych ustaleń faktycznych.

Sąd I instancji, wbrew odmiennemu zapatrywaniu wyrażonemu w apelacji, ustalając stan faktyczny oparł się na całokształcie zebranego w sprawie materiału dowodowego, należycie go rozważył, przedstawił prawidłową jego ocenę prawną, którą właściwie uzasadnił. Apelant zasadniczo nie wskazał żadnych sprzeczności czy niespójności w ocenie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego dokonanej przez Sąd Okręgowy, a ograniczył się do podtrzymania własnej interpretacji przepisu art. 31 ust. 3 ustawy wypadkowej.

Sąd Apelacyjny zwraca uwagę, że Sąd Okręgowy orzekając w przedmiotowej sprawie odniósł się do dwóch kwestii, z których każda, niezależnie od siebie prowadziła do wydania rozstrzygnięcia uwzględniającego odwołanie. W pierwszej kolejności Sąd pierwszej instancji uznał, że w sprawie wystąpił (w dniu 19 czerwca 2018 r.) stan milczącego wydania interpretacji stwierdzającej prawidłowość stanowiska odwołującej się. Sąd Apelacyjny podziela rozważania Sądu Okręgowego w tym zakresie. Wskazać bowiem należy, że w myśl art. 10 ust. 1 i 6 ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2007 r., nr 155, poz. 1095 z późn. zm. - akt aktualnie nieobowiązujący), przedsiębiorca może złożyć do właściwego organu administracji publicznej lub państwowej jednostki organizacyjnej wniosek o wydanie pisemnej interpretacji co do zakresu i sposobu zastosowania przepisów, z których wynika obowiązek świadczenia przez przedsiębiorcę daniny publicznej oraz składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, w jego indywidualnej sprawie.

Stosownie do ust. 5 cytowanego artykułu, udzielenie interpretacji następuje w drodze decyzji, od której przysługuje odwołanie. Interpretacja zawiera wskazanie prawidłowego stanowiska w sprawie wraz z uzasadnieniem prawnym oraz pouczeniem o prawie wniesienia środka zaskarżenia. W myśl natomiast art. 10a ust. 1 ww. ustawy, interpretację wydaje się bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez organ administracji publicznej lub państwową jednostkę organizacyjną kompletnego i opłaconego wniosku. W razie niewydania interpretacji w terminie uznaje się, że w dniu następującym po dniu, w którym upłynął termin wydania interpretacji, została wydana interpretacja stwierdzająca prawidłowość stanowiska przedsiębiorcy przedstawionego we wniosku o wydanie interpretacji. Termin 30 dni jest terminem wiążącym organ, ponieważ tylko w określonych ramach czasowych organ ten jest uprawniony do korzystania ze swoich kompetencji.

Charakter terminu, o którym mowa powyżej, powodujący niedopuszczalność wydania przez organ interpretacji po jego upływie (kiedy to w obrocie prawnym istnieje już interpretacja „milcząca”, o której mowa w art. 10a ust. 1 zd. 2 ww. ustawy) powoduje w konsekwencji, że przed przystąpieniem do merytorycznej oceny zasadności stanowiska zawartego w wydanej interpretacji Sąd Okręgowy zobligowany był do zbadania, czy dochowane zostały przez wydający interpretację organ szczególne wymogi procesowe związane z podejmowaniem tego rodzaju rozstrzygnięć. Sąd pierwszej instancji prawidłowo zatem rozważył kwestię nie zachowania przez organ udzielający interpretacji terminu określonego w art. 10a ust. 1 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

W ocenie Sądu Apelacyjnego podkreślenia wymaga, że przewidziany w art. 10a ww. ustawy o swobodzie działalności gospodarczej termin, w którym organ administracji publicznej może skutecznie wydać decyzję zawierającą interpretację co do zakresu i sposobu zastosowania przepisów, może być uznany za zachowany jedynie wówczas, gdy przed jego upływem interpretacja zostanie skutecznie doręczona bądź ogłoszona wnioskodawcy.

W niniejszej sprawie Spółka (...) w dniu 30 listopada 2015 r. złożyła wniosek o interpretację przepisów. Z uwagi na odmowę wydania interpretacji przez ZUS, Spółka złożyła odwołanie do Sądu Okręgowego, na skutek którego organ rentowy został zobowiązany do wydania interpretacji. Rozstrzygnięcie uprawomocniło się 18 maja 2018 r. (z chwilą wydania wyroku przez Sąd Apelacyjny o oddaleniu apelacji ZUS). Termin 30 dni na udzielenie interpretacji minął zatem w dniu 18 czerwca 2018 r., do czego obszernie odniósł się w prawidłowych rozważaniach Sąd Okręgowy. Stosownie do umieszczonej w decyzji daty, organ sporządził interpretację w dniu 8 stycznia 2020 r. Oznacza to, że z uwagi na milczenie organu do końca 30-dniowego terminu (tj. 18 czerwca 2018 r.), dzień później w obrocie prawnym zaistniała, wobec wprowadzenia przez ustawodawcę w art. 10a ust. 1 zd. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej fikcji prawnej, interpretacja uznająca poprawność rozumowania wnioskodawcy. Stosownie bowiem do cytowanego art. 10a ww. ustawy, w razie niewydania interpretacji w terminie uznaje się, że w dniu następującym po dniu, w którym upłynął termin wydania interpretacji, została wydana interpretacja stwierdzająca prawidłowość stanowiska przedsiębiorcy.

Wobec tego, że nie zostało wydane postanowienie o wstrzymaniu wykonania wyroku Sądu Apelacyjnego, zachodzą podstawy do uznania, że zaskarżona interpretacja wydana została z uchybieniem 30 - dniowego terminu określonego

w art. 10a ust. 1 ww. ustawy, kiedy to w obrocie prawnym pozostawała już interpretacja o odmiennej treści (tak też: Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gliwicach w wyroku z 23 listopada 2009 r., II SA/Gl 603/09).

W konsekwencji zaskarżoną decyzję ZUS w przedmiocie interpretacji uznać należy za naruszającą prawo, a wada ta powodowała, że Sąd Okręgowy rozpoznając odwołanie trafnie uwzględnił ten fakt. Podkreślić należy, że apelujący nie odniósł się w apelacji do rozważań Sądu Okręgowego w tym zakresie.

Odnosząc się stricte do zarzutu naruszenia art. 31 ust. 3 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, w zakresie jego wykładni Sąd Apelacyjny wskazuje, że prezentowana przez organ rentowy wykładnia tego unormowania jest błędna. Odwoływanie się przez ZUS do wykładni celowościowej i funkcjonalnej w przedstawiony w apelacji sposób nie zasługuje na aprobatę.

Nie ma wątpliwości, że nawet jasny i oczywisty wynik wykładni językowej nie zwalnia interpretatora z obowiązku odwołania się także do innych dyrektyw wykładni,

w szczególności systemowych i funkcjonalnych, choćby w celu zbadania, czy rezultat analizy językowej nie jest nieracjonalny lub aksjologicznie nieakceptowalny. Jednak za daleko idący uznać należy pogląd, że pierwszeństwo wykładni językowej ma charakter wyłącznie chronologiczny. Takie zapatrywanie uznaje się za odosobnione w doktrynie i judykaturze. Mimo kontrowersji i sporów doktrynalnych praktyka prawnicza, zarówno w krajach civil law, jak i common law, w sposób dość jednoznaczny, chociaż nie jednomyślny, opowiedziała się za dyrektywą pierwszeństwa wykładni językowej oraz pomocniczości (subsydiarności) wykładni systemowej i funkcjonalnej. Wykładnia językowa stanowi bowiem najważniejszy sposób interpretacji prawa, co jest oczywistą konsekwencją niemożności ignorowania przez ustawodawcę normalnego, powszechnie przyjętego znaczenia użytych wyrazów. W ten sposób, za pośrednictwem języka, zrozumiałego dla odbiorcy, do którego został skierowany przekaz, ustawodawca komunikuje się z adresatami norm, a zatem analiza użytych przez niego słów winna pozwolić na właściwe odczytanie tego przekazu. Wiąże się z tym domniemanie zupełnej wiedzy posiadanej przez racjonalnego prawodawcę na temat m.in. systemu prawnego oraz zasad posługiwania się językiem. Począwszy od lat 90. XX w. zasada prymatu wykładni językowej jest akceptowana w orzecznictwie sądów polskich i od tego czasu ujmuje się ją jako kanon wykładni tekstów prawnych. Nie można w każdym razie przyjmować założenia, że rezultat językowej interpretacji tekstu przepisu, w wypadku gdy nie odpowiada poglądom interpretatora, jest niezgodny z intencją prawodawcy. Rezultat ten może korespondować z jednym z ewentualnych sposobów rozwiązania określonej kwestii prawnej, przy tym niekoniecznie najbardziej optymalnym, nawet z obiektywnego punktu widzenia. Ale to jeszcze nie upoważnia do odrzucenia wyników wykładni językowej, bowiem na straży jej pierwszeństwa stoi fundamentalny argument odwołujący się do państwa prawa. Obywatele mają bowiem prawo działać w zaufaniu przede wszystkim do tego, co zostało w tekstach prawnych napisane, a nie do tego, co prawodawca zamierzał czy chciał osiągnąć.

Z tych względów odrzucenie rezultatu wykładni językowej nie może nastąpić tylko

z tego powodu, że organ rentowy uznaje, iż bardziej celowe i sensowne byłoby inne rozwiązanie danej kwestii, ale dopiero wtedy, gdy zostanie wykazane, że sens językowy przepisu prowadzi do absurdu, jest ewidentnie sprzeczny z wartościami konstytucyjnymi lub innymi powszechnie akceptowanymi wartościami, dając efekt rażąco niesłuszny, niesprawiedliwy, nieracjonalny lub niweczący ratio legis przepisu, albo w sytuacji oczywistego błędu legislacyjnego. Natomiast argumentacja ZUS w przedmiotowej sprawie nie wydaje się przekonująca oraz wywołuje nieodparte wrażenie zdeterminowania silnym przeświadczeniem o braku akceptacji dla rozwiązania wysłowionego wprost przez ustawodawcę, które znalazło też odzwierciedlenie w rozstrzygnięciu Sądu Okręgowego. Podejście takie jest o tyle ryzykowne, że organ rentowy z góry niejako zakłada, iż efekt wykładni językowej przepisu okaże się niewystarczający, co może stanowić pokusę prawotwórstwa pozaustawodawczego w procesie interpretacji i prowadzić do osiągnięcia rezultatu contra legem.

W przedmiotowej sprawie uznać należy, że organ rentowy dokonał błędnej wykładni prawa także i w tym zakresie. Przepis art. 3 ust. 1 ustawy z 2002 r. o ubezpieczeniu społecznych z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych zawiera definicję wypadku przy pracy. Zgodnie z jego treścią za wypadek przy pracy uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną wywołujące skutek w postaci urazu, przyczyna ta musi pochodzić spoza organizmu

poszkodowanego, w pewnych ściśle określonych okolicznościach wystąpienie zawału mięśnia sercowego, czy udaru mózgu lub wylewu, jeżeli zostały wywołane czynnikiem zewnętrznym, mogą zostać uznane za wypadek w rozumieniu powołanej ustawy. Warunkiem uznania następstw endogennych chorób za wypadek jest wykazanie pierwotnej przyczyny pochodzącej z zewnątrz. W wywołaniu zdarzenia może współdziałać zespół przyczyn o odmiennym charakterze, przy czym z punktu widzenia kwalifikacji wypadku istotny jest zbieg przyczyn wewnętrznych i zewnętrznych (występujących w organizmie poszkodowanego i ujawniających się poza nim). Przy kwalifikacji konkretnej okoliczności jako przyczyny zewnętrznej, ważne jest, aby stanowiła ona przyczynę sprawczą zdarzenia, natomiast nie musi być przyczyną jedyną, wyłączną. Nie jest więc wykluczone uznanie nagłego zdarzenia za wypadek przy pracy mimo stwierdzenia u poszkodowanego choroby, która w samoistnym rozwoju mogła doprowadzić do urazu, jeżeli dochodzi do zadziałania zespołu przyczyn o charakterze mieszanym, przy koniecznym warunku, by pogorszenie stanu zdrowia będące następstwem procesu chorobowego nie nastąpiło samoistnie, bez czynnika zewnętrznego, lecz że bezpośrednią i istotną przyczyną urazu był czynnik zewnętrzny. Można twierdzić, że wysiłek wydatkowany w celu wykonania czynności pracowniczych jest nadmierny dlatego, że jest szczególnie w okolicznościach świadczenia danej pracy lub że jest nadmierny dla danego pracownika, przy uwzględnieniu jego możliwości fizycznych i psychicznych. Z kolei z treści art. 3 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniu społecznych z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych wynika, że celem ustawodawcy w przypadku podróży służbowych było stworzenie szerokiej ochrony ubezpieczeniowej ograniczonej tylko do przypadków, w których postępowanie pracownika nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu w czasie podróży służbowej zadań. Istota ochrony pracownika na podstawie przepisu art. 3 ust. 2 pkt 1 ww. ustawy sprowadza się zatem do rozciągnięcia szczególnej ochrony ubezpieczeniowej w podróży służbowej na okoliczności należące także do sfery prywatnych spraw pracownika. I tak w ramach podróży służbowej pracownik jest objęty ochroną ubezpieczeniową nie tylko podczas wykonywania czynności zleconych mu do załatwienia w czasie podróży oraz w czasie drogi do miejsca docelowego i z powrotem do stałego miejsca zamieszkania, lecz przez cały czas pobytu w takiej podróży. Z uwagi bowiem na szczególne okoliczności i warunki, w jakich znajduje się pracownik podczas podróży służbowej, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje nie tylko wykonywanie poleconej pracy, lecz w pewnym stopniu również wiele innych czynności wynikających z samego faktu opuszczenia zwykłego środowiska, które to czynności byłyby w normalnych warunkach zaliczone do sfery spraw prywatnych.

Decydującym zatem przy uznaniu konkretnego zdarzenia za wypadek zrównany z wypadkiem przy pracy na podstawie cytowanego art. 3 ust. 2 pkt 1, nie jest to, czy czynności podejmowane przez pracownika miały związek z jego pracą - jego typowymi czynnościami służbowymi lecz to czy czynności te nie sprzeciwiały się celowi i zadaniom wymaganym od pracownika w czasie podróży służbowej.

Powyższe znajduje odzwierciedlenie w wyroku Sądu Najwyższego z 12 kwietnia 2016 r., I UK 100/15 (LEX nr 2051471), zgodnie z którym powołany przepis ustanawia ochronę ubezpieczeniową przez cały czas pobytu pracownika w podróży służbowej, rozciągając ją na okoliczności należące do sfery jego prywatnych spraw (np. prawo do skorzystania z odpoczynku, spacerów, zakupów, przygotowania posiłków lub ich spożywania poza miejscem wykonywania obowiązków służbowych); różnica między wypadkiem przy pracy a wypadkiem w czasie podróży służbowej dotyczy okoliczności wypadku, a w szczególności tego, że ten pierwszy powinien pozostawać w związku z pracą, zaś drugi - wiązać się z wykonywaniem zadań powierzonych na czas podróży służbowej; w konsekwencji, przy kwalifikowaniu danego zachowania jako pozostającego w związku

z podróżą służbową należy badać, czy w łączności z nią pozostawał cel zachowania pracownika, czy też miało ono wyłącznie prywatny charakter, przy czym zachowaniami niepozostającymi w związku z wykonywaniem powierzonego zadania i sprzecznymi z celem podróży służbowej są te zachowania ze sfery prywatnych spraw pracownika, które nie były konieczne z punktu widzenia celu i warunków odbywania podróży służbowej, to znaczy z potrzebą realizacji powierzonych pracownikowi zadań. W czasie podróży służbowej pracownik może być zatem pozbawiony ochrony ubezpieczeniowej wówczas, gdy zerwał związek z wykonywaniem powierzonych mu zadań służbowych poprzez sprowokowanie lub spowodowanie zdarzenia wypadkowego zachowaniem niepozostającym w żadnym związku z celem tej podróży (vide: wyroki Sądu Najwyższego z 13 maja 1997 r., II UKN 98/97, OSNAPiUS rok 1998, Nr 4, poz.

132; z 5 sierpnia 1998 r., II UKN 146/98, OSNAPiUS rok 1999, Nr 15, poz. 496; z 8 października 1999 r., II UKN 545/98, OSNAPiUS rok 2001, Nr 1, poz. 21; z 22 października 2015 r., II UK 370/14 i powołane w nim wcześniejsze orzecznictwo).

Zgodnie z art. 28 ust. 2 ww. ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy, stopę procentową składki na ubezpieczenie wypadkowe dla płatnika składek zgłaszającego do ubezpieczenia wypadkowego co najmniej 10 ubezpieczonych (stopę zindywidualizowaną) ustala ZUS jako iloczyn stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe określonej dla grupy działalności, do której należy płatnik składek, i wskaźnika korygującego. Wskaźnik ten jest ustalany indywidualnie dla płatnika składek, z wyjątkiem sytuacji, gdy płatnik nie był zobowiązany do przekazywania informacji, na podstawie których ustala się ów wskaźnik korygujący. Chodzi tu o wskaźniki częstości w odniesieniu do poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem, poszkodowanych w wypadkach przy pracy śmiertelnych i ciężkich oraz zatrudnionych w warunkach zagrożenia. Na podstawie tych wskaźników ustala się kategorię ryzyka dla płatnika składek. Jeżeli płatnik składek nie miał obowiązku przekazywania tych informacji przez trzy kolejne, ostatnie lata kalendarzowe, wówczas jego stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe wynosi tyle, co stopa procentowa określona dla grupy działalności, do której należy (art. 33 ust. 1 ww. ustawy).

Przepis art. 31 ww. ustawy reguluje kwestie związane z ustalaniem wskaźnika korygującego w pozostałych sytuacjach, tj. wówczas, gdy płatnik był zobowiązany i przekazywał dane dotyczące wskaźników częstości tak wypadków przy pracy, jak i zatrudnionych w warunkach zagrożenia. Jak już wspomniano, w komentarzu do art. 30, ustalenie liczby poszkodowanych w wypadkach przy pracy (w tym śmiertelnych i ciężkich) następuje na podstawie stosownej dokumentacji, określonej w odrębnych przepisach. Natomiast w odniesieniu do ustalania liczby osób zatrudnionych w warunkach zagrożenia zastosowanie znajdzie wydane na podstawie art. 33 ust. 4 ustawy wypadkowej rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 listopada 2002 r. w sprawie różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych w zależności od zagrożeń zawodowych i ich skutków.

Zdaniem organu rentowego błędna wykładnia art. 31 ust. 3 pkt 3 ustawy wypadkowej polega na nie przyjęciu, że pojęcie „poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem” obejmuje także wypadki traktowane na równi z wypadkiem przy pracy, o których mowa m.in. w art. 3 ust. 2 ustawy wypadkowej. Zdaniem organu rentowego w przepisie tym mowa jest o wszystkich zdarzeniach uznanych za wypadek.

Poprawność tego zapatrywania należy zweryfikować za pomocą uznanych dyrektyw wykładni, przy uwzględnieniu dyrektyw preferencji. Deklaracja ta oznacza, że określenie „poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem” z art. 31 ust. 3 pkt 1 ustawy wypadkowej w pierwszej kolejności należy poddać wykładni językowej. Z przywołanego zwrotu, stosując znaczenie potoczne i semantyczne, nie da się wyprowadzić wniosku, że ustawodawcy chodziło o wszystkie wypadki w rozumieniu ustawy, a wyłącznie „wypadki przy pracy”, tj. bez uwzględniania wypadków wyłącznie traktowanych z perspektywy skutków prawnych jako wypadki przy pracy.

Organ rentowy przyjmując swoją wykładnię nie dostrzegł, że „wypadki w pracy” zostały przez ustawodawcę usystematyzowane w trzech kategoriach: 1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych; 2) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia; 3) w czasie pozostawiania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy. Termin „ogółem” odnosi się do zsumowania tych wszystkich trzech kategorii „wypadku przy pracy”, a nie rozciąga się na inne zdarzenia, niebędące wypadkami przy pracy, choć które w sensie prawnym traktuje się na równi z wypadkiem przy pracy.

Posłużenie się przez organ rentowy wykładnią rozszerzającą nie ma pokrycia w językowym brzmieniu przepisu, który ma jeden cel. Zgodzić należy się bowiem z Sądem Okręgowym, że celem mechanizmu różnicowania jest zachęcenie przedsiębiorstw do działań prewencyjnych z zakresu bezpieczeństwa

procesu pracy, a przekazywana przez płatnika informacja powinna odzwierciedlać rzeczywisty poziom bezpieczeństwa w danym zakładzie pracy. Mechanizm obliczania stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe oparty został na funkcji promującej określone postawy. Skoro liczba poszkodowanych w wypadkach przy pracy rzutuje na kategorię ryzyka, od której zależy wysokość stopy procentowej składki, to oczywiste jest, że płatnicy dbający o bezpieczne warunki pracy mogą liczyć na niższe obciążenia. Jeśli składka na to ubezpieczenie ma być wypadkową zagrożenia wypadkiem albo chorobą i ryzyka wypłaty świadczeń, to zrozumiałe jest, że tylko rzeczywiste możliwości pracodawcy w zakresie wpływu na bezpieczeństwo powinny rzutować na wysokość składki, gdyż, po pierwsze, ryzyko leżące po stronie organu rentowego uległo zmniejszeniu, a po drugie, rozwiązanie to jest sprawiedliwe. Tym samym wykładnia zaprezentowana przez organ rentowy, rozszerzająca zakres stosowania przepisu art. 31 ust. 3 pkt 1 ustawy wypadkowej na zdarzenia niebędące wypadkami przy pracy w rozumieniu art. 3 ust. 1, a wyłącznie traktowane z perspektywy skutków prawnych na równi z wypadkami przy pracy, jest nieprawidłowa, sprzeczna z efektami wykładni językowej, funkcjonalnej i celowościowej. Wykładnia tego rodzaju, dokonana przez ZUS, pozostaje w opozycji do językowych dyrektyw wykładni, co ją dyskredytuje. Posługiwanie się regułami semantycznymi prowadzi do wniosku, że zwrot użyty w art. 33 ust. 3 pkt 1 ustawy wypadkowej, *explicite* nawiązuje do „wypadków przy pracy” sensu *stricte*, tj. takich wypadków, którym pracodawca mógł realnie przeciwdziałać.

Wskazać również wypada, że powołana w apelacji odpowiedź podsekretarzu stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej na interpelację nr 6089 w sprawie rozbieżnych informacji dotyczących liczby wypadków przy pracy nie zawiera argumentów na poparcie stanowiska organu bowiem zawiera ogólne informacje o przepisach związanych z wypadkami przy pracy, statystyce i obowiązkach zakładu pracy w tym zakresie a nie na temat wykładni art. 3 ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, która jest kluczowa w niniejszej sprawie.

Mając na względzie powyższe, apelacja jako bezzasadna na podstawie art. 385 k.p.c. podlega oddaleniu, o czym Sąd Apelacyjny orzekł w pkt. I wyroku. O kosztach zastępstwa prawnego Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z § 9 ust. 2 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. 2015 poz. 1800 ze zm.).

Sędzia: Dorota Szarek