

WYROK
z dnia 16 listopada 2010 r.
Sygn. akt P 86/08*

W imieniu Rzeczypospolitej Polskiej

Trybunał Konstytucyjny w składzie:

Marek Mazurkiewicz – przewodniczący
Stanisław Biernat
Marian Grzybowski – sprawozdawca
Andrzej Rzepliński
Mirosław Wyrzykowski,

protokolant: Krzysztof Zalecki,

po rozpoznaniu, z udziałem sądu przedstawiającego pytanie prawne oraz Sejmu i Prokuratora Generalnego, na rozprawie w dniu 16 listopada 2010 r., pytania prawnego Sądu Rejonowego Poznań – Grunwald i Jeżyce w Poznaniu, czy:

art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267, ze zm.) w zakresie, w jakim umożliwia nabycie prawa do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego przez ubezpieczonego podlegającego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, po dłuższym okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, aniżeli w przypadku ubezpieczonych podlegających obowiązkowo temuż ubezpieczeniu, jest zgodny z art. 2 oraz art. 32 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej,

o r z e k a:

Art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512), w brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2008 r., w zakresie, w jakim dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, podlegających dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, określa dłuższy niż dla osób podlegających obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu okres nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego wymagany do nabycia prawa do zasiłku chorobowego, jest zgodny z art. 32 ust. 1 oraz art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

UZASADNIENIE

I

1.1. Sąd Rejonowy Poznań – Grunwald i Jeżyce w Poznaniu, VI Wydział Ubezpieczeń Społecznych (dalej: sąd, sąd pytający), postanowieniem z 19 sierpnia 2008 r. (sygn. akt VI U 1007/08) zwrócił się do Trybunału Konstytucyjnego z pytaniem prawnym, czy art. 4 ust. 1

* Sentencja została ogłoszona dnia 25 listopada 2010 r. w Dz. U. Nr 222, poz. 1457.

pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267, ze zm.; dalej: ustawa o świadczeniach), w zakresie, w jakim umożliwia ubezpieczonemu, który z racji prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, nabycie prawa do zasiłku chorobowego po dłuższym okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego aniżeli w przypadku ubezpieczonych podlegających obowiązkowo temu ubezpieczeniu, jest zgodny z art. 2 oraz art. 32 ust. 1 Konstytucji.

1.2. Pytanie prawne zostało wniesione w związku z następującym stanem faktycznym:

1.2.1. Decyzją z 21 września 2007 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Oddział Wojewódzki w Poznaniu (dalej: organ ZUS), na podstawie art. 6 ust. 1 i art. 7 ustawy o świadczeniach oraz art. 11 ust. 2 i art. 14 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74, ze zm.; dalej: ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych) odmówił Jolancie K. prawa do zasiłku chorobowego z tytułu niezdolności do pracy za okres od 15 czerwca 2007 r. do 28 czerwca 2007 r.

W uzasadnieniu organ ZUS wskazał, że decyzją z 18 września 2007 r. zmienioną decyzją z 23 października 2007 r. oraz sprostowaną postanowieniem z 31 października 2007 r. organ ZUS ustalił, iż Jolanta K. m.in. w okresie od 1 czerwca 2007 r. do 30 czerwca 2007 r. nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, gdyż składka na ubezpieczenie społeczne – w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe – za czerwiec 2007 r. (z akt sądowych przesłanych do Trybunału Konstytucyjnego wynika, że także za sierpień 2007 r.) została opłacona w zaniżonej wysokości. Organ ZUS wskazał, że Jolanta K., mimo iż nie miała prawa do zasiłku chorobowego, albowiem do 15 czerwca 2007 r. (tj. do dnia, w którym nastąpiła niezdolność do pracy) nie posiadała wymaganego 180-dniowego okresu wyczekiwania na zasiłek chorobowy (podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresach: od 15 lipca 2003 r. do 30 listopada 2006 r. – sąd pytający błędnie wskazał, że do 30 listopada 2003 r. – od 1 stycznia 2007 r. do 28 lutego 2007 r. oraz od 1 maja 2007 r. do 31 maja 2007 r.), umniejszyła składkę za okres niezdolności do pracy przypadającej w czerwcu 2007 r. Organ ZUS z uwagi na okoliczność, że od 1 czerwca 2007 r. Jolanta K. nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, odmówił jej prawa do zasiłku chorobowego za okres niezdolności do pracy od 15 czerwca 2007 r. do 28 czerwca 2007 r.

Jolanta K. odwołała się od powyższej decyzji do Sądu Rejonowego w Poznaniu (sygn. akt X.1.U. 1306/07). W odwołaniu wskazała, że do 26 października 2007 r. (czyli do dnia sporządzenia odwołania) nie otrzymała od organu ZUS decyzji dotyczącej podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, wobec czego „nie mogła zająć stanowiska w sprawie i ewentualnie zaskarżyć decyzji”. W związku z powyższym Jolanta K. stwierdziła, że „wydanie zaskarżonej decyzji w oparciu o decyzję, której nie otrzymała, jest bezzasadne i wyłącza możliwość jej udziału w postępowaniu dotyczącym przyznania jej świadczeń z ubezpieczeń społecznych”.

W piśmie procesowym stanowiącym odpowiedź na odwołanie, pozwany organ ZUS powtórzył argumentację przedstawioną w uzasadnieniu zaskarżonego rozstrzygnięcia. Za chybiony uznał zarzut Jolanty K., że nie otrzymała decyzji z 18 września 2007 r., stwierdzając, iż dysponuje dowodem w postaci zwrotnego potwierdzenia odbioru, z którego wynika, że decyzję tę 21 września 2007 r. odebrał Tomasz K. Nie znajdując podstaw do zmiany zaskarżonej decyzji z 21 września 2007 r., pozwany organ ZUS wniósł o oddalenie odwołania wniesionego przez Jolantę K.

1.2.2. Decyzją z 12 października 2007 r., zmienioną decyzją z 5 listopada 2007 r., organ ZUS odmówił Jolancie K. prawa do zasiłku chorobowego za okres niezdolności do pracy od 7 sierpnia 2007 r. do 28 sierpnia 2007 r. Jako podstawę prawną decyzji organ

rentowy wskazał art. 6 ust. 1 oraz art. 7 ustawy o świadczeniach. W uzasadnieniu rozstrzygnięcia organ ZUS wskazał na treść decyzji z 23 października 2007 r. (zmieniającej decyzję z 18 września 2007 r.) dotyczącej podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, z której wynika, że m.in. od 1 sierpnia 2007 r. Jolanta K. nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Nie przysługuje jej zatem prawo do zasiłku chorobowego za okres od 7 sierpnia 2007 r. do 28 sierpnia 2007 r.

Jolanta K. wniosła odwołanie od powyższej decyzji do Sądu Rejonowego w Poznaniu (sygn. akt X.1.U. 1305/07). W odwołaniu podniosła, że 24 września 2007 r. złożyła w pozwanym organie ZUS wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie po terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie. Wskazała, że pozwany organ ZUS uwzględnił powyższy wniosek, wobec czego opłaciła składkę na ubezpieczenie chorobowe za okres od 28 lutego 2007 r. do 1 maja 2007 r. Jej zdaniem, nie było zatem podstaw do uznania, że nie przysługuje jej zasiłek chorobowy za sporny okres.

W odpowiedzi na odwołanie pozwany organ ZUS powtórzył argumentację wskazaną w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji i – nie znajdując podstaw do jej zmiany – wniosł o oddalenie odwołania. Zaznaczył nadto, że nieuprawniony jest zarzut Jolanty K. jakoby organ ZUS zaakceptował jej wniosek o wyrażenie zgody na zapłatę składek po terminie. Samo bowiem przyjęcie wniosku nie oznacza jego pozytywnego rozpatrzenia.

1.2.3. Zarządzeniem z 19 listopada 2007 r. połączono sprawę z odwołania Jolanty K. od decyzji z 21 września 2007 r. (o sygn. akt X.1.U. 1306/07) ze sprawą z odwołania od decyzji z 12 października 2007 r., zmienionej decyzją z 5 listopada 2007 r. (o sygn. akt X.1.U. 1305/07) do łącznego rozpoznania i rozstrzygnięcia pod sygnaturą akt X.1.U. 1305/07.

W związku z rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 sierpnia 2007 r. w sprawie zniesienia Sądu Rejonowego w Poznaniu, utworzenia Sądów Rejonowych: Poznań-Grunwald i Jeżyce w Poznaniu, Poznań-Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu i Poznań-Stare Miasto w Poznaniu oraz zmiany rozporządzenia w sprawie sądów apelacyjnych, sądów okręgowych i sądów rejonowych oraz ustalenia ich siedzib i obszarów właściwości (Dz. U. Nr 163, poz. 1161) 31 grudnia 2007 r. zniesiony został Sąd Rejonowy w Poznaniu. W jego miejsce utworzono trzy odrębne jednostki organizacyjne, w tym Sąd Rejonowy Poznań-Grunwald i Jeżyce w Poznaniu. Sprawa Jolanty K., tocząca się przed Sądem Rejonowym w Poznaniu pod sygn. akt X.1.U. 1305/07, została zarejestrowana w Sądzie Rejonowym Poznań-Grunwald i Jeżyce w Poznaniu pod nową sygn. akt VI U 696/08.

1.2.4. Decyzją z 5 grudnia 2007 r., zmienioną decyzją z 15 stycznia 2008 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Poznaniu na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach odmówił Jolancie K. prawa do zasiłku chorobowego za okres niezdolności do pracy od 14 września 2007 r. do 17 października 2007 r. i ewentualnie nadal aż do upływu 180 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego.

W uzasadnieniu decyzji organ ZUS wskazał, że z decyzji z 18 września 2007 r., zmienionej decyzją z 23 października 2007 r. (sąd pytający błędnie wskazał, że zmienionej decyzją z 27 października 2007 r.), sprostowanej postanowieniem z 31 października 2007 r. oraz zmienionej decyzją z 11 grudnia 2007 r. wynika, iż Jolanta K. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności m.in. w okresach: od 1 lutego 2007 r. do 28 lutego 2007 r., od 1 maja 2007 r. do 31 maja 2007 r. oraz od 1 lipca 2007 r.

Ponadto organ ZUS wskazał, że ze względu na przerwę w ubezpieczeniu chorobowym przekraczającą 30 dni (trwającą od 28 lutego 2007 r. do 1 maja 2007 r.) okres dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego do 28 lutego 2007 r. nie może podlegać zaliczeniu do jednego okresu ubezpieczenia. Organ ZUS stwierdził, że zliczenie okresów dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego możliwe było tylko w odniesieniu do ubezpieczenia trwającego

od 1 maja 2007 r. do 31 maja 2007 r. oraz od 1 lipca 2007 r. Zliczenie tych okresów podlegania ubezpieczeniu chorobowemu wskazuje, że Jolanta K. w okresie niezdolności do pracy od 14 września 2007 r. do 17 października 2007 r. nie osiągnęła wymaganego ustawą 180-dniowego okresu nieprzerwanego ubezpieczenia.

Jolanta K. odwołała się od decyzji z 5 grudnia 2007 r., zmienionej decyzją z 15 stycznia 2008 r. Sprawa z odwołania od powyższej decyzji została zarejestrowana pod sygn. akt VI U 953/08.

Organ ZUS w odpowiedzi na odwołanie od decyzji z 5 grudnia 2007 r., zmienionej decyzją z 15 stycznia 2008 r. powtórzył argumentację zawartą w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji, wnosząc jednocześnie o zawieszenie postępowania do czasu prawomocnego rozstrzygnięcia sprawy toczącej się przed Sądem Okręgowym w Poznaniu, dotyczącej podlegania przez odwołującą dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

1.2.5. Jolanta K. odwołała się także od decyzji z 23 października 2007 r. dotyczącej podlegania przez nią dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu do Sądu Okręgowego – Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Poznaniu, Wydział VIII Ubezpieczeń Społecznych (sygn. akt VIII U 3875/07/12). Sąd pytający w uzasadnieniu pytania prawnego wskazał, że decyzja organu ZUS z 23 października 2007 r. sprostowana decyzją z 31 października 2007 r. oraz zmieniona decyzją z 11 grudnia 2007 r., uprawomocniła się 15 maja 2008 r. wobec prawomocnego umorzenia postępowania w sprawie prowadzonej przed Sądem Okręgowym w Poznaniu.

1.2.6. Zarządzeniem z 7 lutego 2008 r. sprawa z odwołania od decyzji z 5 grudnia 2007 r., zmienionej decyzją z 15 stycznia 2008 r. została połączona do wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia ze sprawą prowadzoną pod sygn. akt VI U 696/08.

W dniu 19 lutego 2008 r. na rozprawie przed sądem pytającym skarżąca cofnęła odwołanie od decyzji z 21 września 2007 r. dotyczącej odmowy prawa do zasiłku chorobowego za okres od 15 czerwca 2007 r. do 28 czerwca 2007 r. Ponadto Jolanta K. wniosła o przedstawienie przez sąd pytający Trybunałowi Konstytucyjnemu pytania prawnego w kwestii zgodności art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach z art. 2 oraz art. 32 ust. 1 i 2 Konstytucji.

Postanowieniami z 19 lutego 2008 r. w sprawie o sygn. akt VI U 696/08 sąd pytający umorzył postępowanie z odwołania od decyzji z 21 września 2007 r. oraz wyłączył do odrębnego rozpoznania i rozstrzygnięcia sprawę z odwołań od pozostałych zaskarżonych decyzji (sygn. akt VI U 1007/08).

1.2.7. W toku postępowania pozwany Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział Wojewódzki w Poznaniu zmienił nazwę na Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Poznaniu.

1.2.8. Sąd pytający w uzasadnieniu skierowanego do Trybunału Konstytucyjnego pytania prawnego wskazał, że zgodnie z treścią prawomocnej decyzji z 23 października 2007 r., zmienionej decyzją z 11 grudnia 2007 r. Jolanta K. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej (wykonywania zawodu adwokata w ramach spółki cywilnej) w okresach: od 15 lipca 2003 r. do 30 listopada 2006 r., od 1 stycznia 2007 r. do 28 lutego 2007 r., od 1 maja 2007 r. do 31 maja 2007 r. oraz od 1 lipca 2007 r. do 31 grudnia 2007 r., a także od 1 stycznia 2008 r.

W okresach od 7 sierpnia 2007 r. do 28 sierpnia 2007 r. oraz od 14 września 2007 r. do 17 października 2007 r. Jolanta K. pozostawała czasowo niezdolna do pracy, nie pracowała w ramach działalności stanowiącej tytuł jej ubezpieczenia chorobowego ani też w ramach żadnej innej działalności, nie pobierała żadnych świadczeń i nie miała innego tytułu ubezpieczenia.

W związku z treścią prawomocnej decyzji z 18 września 2007 r. (z uwzględnieniem jej zmian z 23 października 2007 r. oraz 11 grudnia 2007 r.) dotyczącej podlegania przez Jolantę K. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu sąd pytający wskazał, że w dniach powstania

niezdolności do pracy, tj. 7 sierpnia 2007 r. oraz 14 września 2007 r., Jolanta K. nie posiadała okresu 180 dni nieprzerwanego dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wymaganego przez art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach do nabycia prawa do zasiłku chorobowego, ale odpowiednio 68 dni oraz 106 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego.

1.3. Uzasadnienie pytania prawnego zostało oparte na następujących argumentach:

Sąd pytający wskazał, że art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach jest istotny dla rozstrzygnięcia sporu odwołującej Jolanty K. z pozwanym Zakładem Ubezpieczeń Społecznych I Oddziałem w Poznaniu. W sprawie zawisłej przed sądem prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą i podlegająca z tego tytułu dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu Jolanta K. (która złożyła wniosek o objęcie tym ubezpieczeniem i opłacała z nielicznymi uchybieniami składki) domaga się przyznania jej przez pozwany organ ZUS prawa do zasiłku chorobowego w związku z czasową niezdolnością do pracy we wskazanych przez siebie okresach. Zgodnie z treścią prawomocnej decyzji z 18 września 2007 r. (ze zmianami wynikającymi z decyzji z 23 października 2007 r. oraz decyzji z 11 grudnia 2007 r.) Jolanta K., będąc w dniach powstania niezdolności do pracy osobą ubezpieczoną w ramach dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, nie posiadała wymaganego przez zakwestionowany art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach nieprzerwanego 180-dniowego okresu ubezpieczenia chorobowego.

Sąd pytający stwierdził, że przeszkodą do przyznania odwołującej prawa do dochodzonego przez nią świadczenia jest wyłącznie regulacja wynikająca z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach „w zakresie, w jakim umożliwia nabycie prawa do zasiłku chorobowego przez ubezpieczonego podlegającego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej dobrowolnie (...) ubezpieczeniu chorobowemu, po dłuższym okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, aniżeli w przypadku ubezpieczonych podlegających obowiązkowo (...) ubezpieczeniu chorobowemu”. Sąd pytający wskazał, że gdyby ustawodawca dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą i podlegających z tego tytułu dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu wprowadził okres wyczekiwania o takiej samej długości, jak w przypadku osób objętych obowiązkowo ubezpieczeniem chorobowym (30 dni), wówczas Jolanta K. – posiadając w dniach powstania niezdolności do pracy odpowiednio 68 i 106 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego – nabyłaby prawo do dochodzonego przez nią świadczenia.

W ocenie sądu pytającego, zakwestionowany art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach – w zakresie, w jakim umożliwia nabycie prawa do zasiłku chorobowego przez ubezpieczonego podlegającego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu po sześciokrotnie dłuższym okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego aniżeli w wypadku osób podlegających obowiązkowo temu ubezpieczeniu – budzi wątpliwości co do zgodności z Konstytucją. Wątpliwości sądu pytającego dotyczą zgodności zakwestionowanego przepisu z art. 2 Konstytucji, stanowiącym, że Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej, a także z art. 32 ust. 1 Konstytucji, określającym, że wszyscy są wobec prawa równi i mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne.

Sąd pytający w uzasadnieniu pytania prawnego wskazał na treść art. 1 ust. 1 ustawy o świadczeniach stanowiącego, że świadczenia pieniężne na warunkach i w wysokości określonych w tejże ustawie przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa, określonym w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych. Zdaniem sądu pytającego, regulacja ta wskazuje, że całość przepisów ustawy o świadczeniach w zakresie możliwości uzyskania świadczeń odnosi się do jednoznacznie określonej grupy

podmiotów, którą stanowią osoby objęte jednym z ubezpieczeń społecznych – tj. ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa.

Warunki nabywania prawa do świadczeń określono w zakwestionowanej ustawie. Zdaniem sądu pytającego, art. 4 ust. 1 pkt 2 w zestawieniu z art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach nasuwa uzasadnione wątpliwości co do zasadności zawartej w nim regulacji, która umożliwia nabycie zasiłku chorobowego przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą dopiero po 180 dniach nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego. Sąd wskazuje, że skoro prawo do świadczeń określonych w zakwestionowanej ustawie uzależnione jest – co do zasady – od posiadania statusu „ubezpieczonego” (w zakresie zasiłku chorobowego stanowi o tym art. 6 ust. 1 ustawy o świadczeniach), to nie ma uzasadnienia dla różnicowania warunków przyznania prawa do zasiłku chorobowego. W tym – nie ma uzasadnienia do wymagania od osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, które mogą podlegać ubezpieczeniu wyłącznie dobrowolnie, znacznie dłuższego okresu nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego niż od osób podlegających obowiązkowo ubezpieczeniu tylko ze względu na sposób objęcia ubezpieczeniem chorobowym. Tylko taki bowiem powód zróżnicowania ubezpieczonych, według sądu pytającego, zdaje się wynikać z zakwestionowanej ustawy o świadczeniach, a także z uzasadnienia jej projektu.

Zdaniem sądu pytającego, zarówno osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniem chorobowym, jak i osoby objęte tym ubezpieczeniem dobrowolnie, stanowią jedną grupę posiadającą wspólną cechę relewantną, którą jest posiadanie statusu ubezpieczonego objętego ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa. Zróżnicowanie uprawnień w zakresie warunków nabycia świadczeń z tego ubezpieczenia na podstawie kryterium związanego z obowiązkowym bądź dobrowolnym objęciem ubezpieczeniem chorobowym, w opinii sądu pytającego, jest dowolne i przypadkowe. Sąd pytający przyznał, że ubezpieczenie w razie choroby i macierzyństwa uregulowane w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych, zwane „ubezpieczeniem chorobowym”, w istocie ma charakter obowiązkowy albo dobrowolny (stosownie do treści art. 11 ust. 1 i 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Sugerowałoby to możliwość traktowania ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem chorobowym nie jako jednej, ale jako dwóch grup, znajdujących się na gruncie systemu ubezpieczeń w odmiennych sytuacjach prawnych. Jednakże, w ocenie sądu, brak jest ku temu uzasadnionych podstaw. Sąd wskazał jednak w tym kontekście wyrok Trybunału Konstytucyjnego w sprawie o sygn. P 45/06 (wyrok TK z 6 marca 2007 r., OTK ZU nr 3/A/2007, poz. 22), w którym wyrażony został pogląd, że osoby podlegające dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, jak i osoby podlegające temu ubezpieczeniu obowiązkowo stanowią jedną grupę podmiotów.

Sąd pytający podkreślił, że zarówno osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniem chorobowym, jak i osoby prowadzące pozarolniczą działalność objęte dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym uiszczają składkę na to ubezpieczenie. Finansowanie składki na ubezpieczenie chorobowe w wypadku obu tych kategorii ubezpieczonych następuje w całości ze środków samych ubezpieczonych (co wynika z art. 16 ust. 2 oraz art. 16 ust. 4 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Także wysokość składek na ubezpieczenie chorobowe, wyrażona w stopach procentowych, jest jednakowa dla wszystkich ubezpieczonych (art. 15 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) i wynosi 2,45% podstawy wymiaru składek. Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe osób objętych obowiązkowo tym ubezpieczeniem (poza osobami odbywającymi służbę zastępczą), stosownie do art. 18 ust. 1 w związku z art. 20 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, stanowi przychód (w rozumieniu art. 4 pkt 9 i 10 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). W przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, objętych dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym, podstawę wymiaru składek, co do zasady, stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60% przeciętnego miesięcznego

wynagrodzenia w poprzednim kwartale (art. 18 ust. 8 w związku z art. 20 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

W ocenie sądu pytającego, w świetle wyżej przedstawionych rozważań i regulacji, trudno uznać, że sam fakt dobrowolnego podlegania ubezpieczeniu chorobowemu pewnej grupy ubezpieczonych, tj. osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, powoduje, iż mogą one uzyskać prawo do zasiłku chorobowego dopiero po upływie 180 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego. Inna zaś grupa ubezpieczonych, podlegająca obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu, może nabyć prawo do zasiłku chorobowego już po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, a zatem nie tylko wcześniej, lecz także po zgromadzeniu znacznie mniejszych środków finansowych pochodzących ze składek na ubezpieczenie chorobowe.

Sąd pytający, uzasadniając swoje zarzuty, zwrócił uwagę, że ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych w art. 2a ust. 1 i 2 stoi na gruncie równego traktowania wszystkich ubezpieczonych bez względu na płeć, stan cywilny, stan rodzinny. Zasada równego traktowania dotyczy w szczególności: 1) warunków objęcia systemem ubezpieczeń społecznych, 2) obowiązku opłacania i obliczania wysokości składek na ubezpieczenie społeczne, 3) obliczania wysokości świadczeń, 4) okresu wypłaty świadczeń i zachowania prawa do świadczeń. W ocenie sądu pytającego, wynikający z art. 4 ust. 1 pkt 2 zakwestionowanej ustawy wymóg posiadania m.in. przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą dłuższego okresu nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego niż to ma miejsce w wypadku osób obowiązkowo objętych tym ubezpieczeniem, stoi w sprzeczności z zasadą przywołaną powyżej w punkcie 4.

Sąd przypomniał, że zgodnie z orzecnictwem Trybunału Konstytucyjnego, wszystkie podmioty charakteryzujące się w równym stopniu daną cechą istotną (relevantną) powinny być traktowane równo, a więc według jednakowej miary, bez różnicowań zarówno dyskryminujących, jak i faworyzujących. Zdaniem sądu, istotną cechą grupy osób, do której odnosi się ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego, jest „objęcie ubezpieczeniem chorobowym”, co ma miejsce zarówno w przypadku osób objętych tym ubezpieczeniem obowiązkowo, jak i dobrowolnie.

W ocenie sądu pytającego, wskazane różnicowanie, które przejawia się w wymaganiu od osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą i podlegających dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu aż 180 dni nieprzerwanego okresu ubezpieczenia chorobowego – przy wymaganych 30 dniach tego okresu w odniesieniu do osób obowiązkowo ubezpieczonych – nie znajduje jakiegokolwiek uzasadnienia, biorąc pod uwagę identyczną wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie chorobowe bez względu na sposób objęcia ubezpieczeniem chorobowym. Sąd pytający podkreślił również, że osoby prowadzące pozarolniczą działalność uiszczają składkę na ubezpieczenie chorobowe od podstawy wymiaru, która nie może być niższa od 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Tymczasem osoby objęte obowiązkowo tym ubezpieczeniem uiszczają na nie składkę od podstawy wymiaru, jaką stanowi przychód, który może również odpowiadać minimalnemu wynagrodzeniu, określonego w ustawie z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2002 r. Nr 200, poz. 1679, ze zm.).

Sąd pytający wskazał, że zgodnie z orzecnictwem TK możliwość odstąpienia od zasady równości istnieje w przypadku spełnienia łącznie kilku warunków: 1) kryterium przyjęte za podstawę różnicowania pozostaje w racjonalnym związku z celem i treścią danej regulacji; 2) waga interesu, któremu różnicowanie ma służyć, pozostaje w odpowiedniej proporcji do wagi interesu, który zostaje naruszony w wyniku przyjętego różnicowania; 3) kryterium różnicowania pozostaje w związku z innymi normami, zasadami i wartościami konstytucyjnymi, które uzasadniają przyjęte przez ustawodawcę różnicowanie podmiotów podobnych.

W ocenie sądu pytającego, ustawodawca, ustanawiając regulację zawartą w art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, nie spełnił pierwszego i drugiego z wymienionych warunków. Celem ustawy o świadczeniach jest bowiem zapewnienie środków finansowych ubezpieczonym, którzy z powodu zaistnienia zdarzeń objętych ryzykiem ubezpieczenia chorobowego nie mogą uzyskiwać dochodu ze swojej działalności zarobkowej. Świadczenia te mają stanowić ekwiwalent za brak owego dochodu. W tym kontekście, zdaniem sądu, oczywiste jest, że zarówno osoba podlegająca obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu, jak i osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą i podlegająca temu ubezpieczeniu dobrowolnie w wypadku czasowej niezdolności do pracy nie mogą uzyskiwać dochodu z tego samego powodu. Cel ustawy o świadczeniach, a także nałożenie na wszystkich ubezpieczonych identycznych obowiązków w zakresie finansowania składki na ubezpieczenie chorobowe, zdaniem sądu pytającego, przemawiają za ukształtowaniem warunków uzyskania prawa do zasiłku chorobowego – jako ekwiwalentu za utracony zarobek – również na identycznych zasadach. Nie ma logicznych i przekonujących argumentów na poparcie rozwiązania, zgodnie z którym ustawodawca, nakładając na wszystkich ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem chorobowym takie same obowiązki w zakresie uiszczania składki oraz jej wysokości, różnicuje warunki przyznania prawa do zasiłku chorobowego.

Sąd pytający podkreślił także, że nieuiszczenie przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, uiszczenie jej po terminie płatności lub w niewłaściwej wysokości powoduje automatycznie ustanie ubezpieczenia chorobowego od pierwszego dnia miesiąca, w którym zaistniały wymienione okoliczności (zgodnie z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Konsekwencją tego jest brak prawa do świadczeń z tego ubezpieczenia. Natomiast nieuiszczenie składki na ubezpieczenie chorobowe przez osoby podlegające obowiązkowo temu ubezpieczeniu nie wywołuje tak dalekich skutków, daje bowiem możliwość organowi ZUS dochodzenia nieuiszczonych składek w postępowaniu egzekucyjnym (art. 24 ust. 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Sąd pytający zaznaczył, że ta różnica między obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym nie uzasadnia jednak, by od osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą i podlegających dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu wymagać znacznie dłuższego okresu pozostawania w ubezpieczeniu. W świetle wskazanych tu konsekwencji nieprawidłowości w opłacaniu składek na ubezpieczenie chorobowe różnica ta *de facto* stawia osoby ubezpieczone dobrowolnie w mniej korzystnej sytuacji niż osoby objęte ubezpieczeniem chorobowym obowiązkowo.

Sąd pytający stwierdził, że w uzasadnieniu projektu zakwestionowanej ustawy (druk sejmowy nr 840 III kadencji) nie podano żadnego racjonalnego powodu zróżnicowania okresów wyczekiwania. Wskazano jedynie, że zachowanie i stosowanie okresów wyczekiwania „wydaje się niezbędne, aby uniknąć sytuacji, w których osoby ubezpieczone (w szczególności osoby ubezpieczone dobrowolnie), nabyłyby po krótkim, niekiedy kilkudniowym okresie opłacania niewielkich składek (...), prawo do świadczeń przez okres kilku, niekiedy nawet 20 miesięcy” (s. 3 uzasadnienia projektu ustawy).

Dla wprowadzenia 180-dniowego okresu wyczekiwania w stosunku do ubezpieczonych dobrowolnie osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, zdaniem sądu, nie ma także uzasadnienia historycznego. Okresy wyczekiwania w stanie prawnym obowiązującym przed wejściem w życie ustawy nie dotyczyły bowiem tej kategorii osób i odnosiły się wyłącznie do a) pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę na okres próbny, na czas określony lub na czas wykonania określonej pracy (okres wyczekiwania wynosił 1 miesiąc); b) osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia (okres wyczekiwania wynosił 6 miesięcy); c) osób

współpracujących z osobami prowadzącymi działalność gospodarczą (okres wyczekiwania wynosił 3 miesiące).

W odniesieniu do osób prowadzących działalność gospodarczą art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 18 grudnia 1976 r. o ubezpieczeniu społecznym osób prowadzących działalność gospodarczą oraz ich rodzin (Dz. U. z 1989 r. Nr 46, poz. 250, ze zmianami) odsyłał do przepisów dotyczących ubezpieczenia społecznego pracowników. Oznaczało to – przy założeniu braku określania okresu, na który podejmowano prowadzenie działalności gospodarczej – że osoba prowadząca działalność gospodarczą nabywała prawo do zasiłku chorobowego tak jak pracownik zatrudniony na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony, a więc bez okresu wyczekiwania. Jedyna analogia, której można się doszukać pomiędzy przepisami obowiązującymi przed wejściem w życie zakwestionowanej ustawy występuje pomiędzy osobami dobrowolnie ubezpieczonymi i prowadzącymi pozarolniczą działalność gospodarczą a osobami wykonującymi pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia (które musiały legitymować się 180-dniowym okresem nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, by uzyskać prawo do świadczeń z tego ubezpieczenia). Nie stanowi to jednak, w ocenie sądu pytającego, wystarczającego uzasadnienia dla wymagania tak długiego okresu wyczekiwania od osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą i podlegających dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu.

Sąd pytający podkreślił, że nie podaje w wątpliwość samej idei okresu wyczekiwania. W jego ocenie, nie ma jednak przekonujących argumentów za uznaniem, że w wypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą i podlegających dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu okres ten musi być dłuższy aniżeli w wypadku osób podlegających ubezpieczeniu chorobowemu obowiązkowo. Nie uzasadnia takiego zróżnicowania to, że po krótkim okresie ubezpieczenia możliwe byłoby uzyskanie prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego przez kilka miesięcy. Sąd pytający wskazał bowiem, że takie sytuacje mogą dotyczyć nie tylko osób podlegających ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie, lecz także pracowników (podlegających obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu), którzy zatrudnieni na bardzo krótki okres tuż przed zakończeniem stosunku pracy mogą stać się niezdolni do pracy i korzystać ze świadczeń z ubezpieczenia chorobowego.

Ustanowienie dłuższego okresu wyczekiwania w odniesieniu do osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą nie jest, w ocenie sądu pytającego, w żadnym stopniu proporcjonalne do celu, jakiemu miałoby służyć. Celem tym bowiem, jak wynika z uzasadnienia projektu ustawy, było uniknięcie sytuacji niezasadnego i nieadekwatnego do zgromadzonych ze składek środków korzystania ze świadczeń. Tymczasem nie sposób uznać, że w wypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą i podlegających dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu zagrożenie takie jest większe aniżeli w wypadku osób podlegających obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu.

Sąd pytający wskazał ponadto, że samo hipotetyczne istnienie zagrożenia, że osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą będą w większym stopniu nadużywać prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego niż osoby podlegające obowiązkowo temu ubezpieczeniu, nie uzasadnia różnicowania warunków przyznania prawa do świadczeń. Sąd w tym kontekście zaznaczył, że ZUS dysponuje środkami, za pomocą których może weryfikować prawidłowość zgłaszania do ubezpieczeń społecznych oraz prawidłowość wypłacania świadczeń z tychże ubezpieczeń, i to w odniesieniu do wszystkich ubezpieczonych (bez względu na sposób objęcia ubezpieczeniem). To właśnie ZUS, zdaniem sądu, przez korzystanie z uprawnień kontrolnych (m.in. art. 68 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) może i powinien badać ewentualne nieprawidłowości w korzystaniu ze świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Nie jest natomiast zasadne takie kształtowanie uprawnień ubezpieczonych, które ze względu na abstrakcyjną obawę narażenia

Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na nienależne wydatki prowadzi do nierównego traktowania podmiotów stanowiących jedną grupę.

Sąd pytający stwierdził zatem, że skoro ustawodawca nie uzasadnił w sposób racjonalny przyjętego kryterium różnicowania osób uprawnionych do zasiłku chorobowego ani zróżnicowanie to nie ma charakteru proporcjonalnego do wagi interesu, jakiemu ma służyć, to nie sposób uznać, iż jest ono uzasadnione z punktu widzenia zasad sprawiedliwości społecznej. Wręcz przeciwnie, rozwiązanie takie budzi wątpliwości co do zgodności z art. 2 i art. 32 ust. 1 Konstytucji.

Sąd pytający przywołał również wyrok TK z 12 września 2000 r., sygn. K 1/00 (OTK ZU nr 6/2000, poz. 185), w którym Trybunał dopuścił zróżnicowanie osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą oraz pracowników. Stwierdził jednak, że argumenty przytoczone w uzasadnieniu tego rozstrzygnięcia nie mogą mieć zasadniczego znaczenia dla oceny konstytucyjności art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach w zakresie ustanawiającym dłuższy okres wyczekiwania dla dobrowolnie ubezpieczonych i prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą.

Sąd pytający wskazał ponadto, że sam ustawodawca dostrzegł wadliwość regulacji z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, ponieważ w toku prac Sejmu VI kadencji znalazł się projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 630), w którym zaproponowano skrócenie okresu wyczekiwania w odniesieniu do osób podlegających dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu do 90 dni. W uzasadnieniu tego projektu wskazano, że projektowana zmiana ma na celu zbliżenie sytuacji osób prowadzących działalność na własny rachunek, które są ubezpieczone dobrowolnie i osób ubezpieczonych obowiązkowo.

W tym kontekście sąd pytający zaznaczył, że uchwalenie projektowanej zmiany w zaproponowanym kształcie nie doprowadzi do całkowitego usunięcia wątpliwości co do zgodności zakwestionowanego przepisu z art. 2 i art. 32 ust. 1 Konstytucji, nadal bowiem mimo identycznych obowiązków ubezpieczonych ich uprawnienia będą kształtowały się odmiennie.

Sąd pytający stwierdził ponadto, że ze względu na okoliczność, iż w sprawie przed nim zawisłej strona odwołująca jest osobą prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą, dopuszczalne było zwrócenie się o udzielenie odpowiedzi na pytanie prawne wyłącznie w zakresie odnoszącym się właśnie do tej kategorii osób ubezpieczonych. Przedmiotem rozpoznania w tej sprawie jest bowiem prawo do zasiłku chorobowego osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą i podlegającej dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, nie zaś ogółu ubezpieczonych objętych dobrowolnym ubezpieczeniem.

2. Marszałek Sejmu w piśmie z 22 grudnia 2008 r. wniósł o stwierdzenie, że art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach jest zgodny z art. 2 oraz z art. 32 ust. 1 Konstytucji.

Odnosząc się do zarzutów zawartych w uzasadnieniu pytania prawnego, Marszałek Sejmu wskazał, że w orzecnictwie TK wielokrotnie wyrażany był pogląd, iż odmiennie potraktowanie przez ustawodawcę adresatów odznaczających się określoną cechą wspólną nie musi stanowić o niekonstytucyjności przepisu ani też oznaczać dyskryminacji czy uprzywilejowania, o ile opiera się na uzasadnionym kryterium różnicowania. Marszałek Sejmu stwierdził, że aby wskazać, czy dane kryterium może stanowić podstawę różnicowania podmiotów prawa, konieczne jest rozstrzygnięcie: 1) czy pozostaje ono w racjonalnym związku z celem i treścią danej regulacji, 2) czy waga interesu, któremu różnicowanie ma służyć, pozostaje w odpowiedniej proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku wprowadzonego różnicowania, a także 3) czy kryterium różnicowania pozostaje w związku z innymi wartościami, normami czy zasadami konstytucyjnymi.

Marszałek Sejmu wskazał, że aby należycie ocenić zasadność przyjęcia przez ustawodawcę – w świetle wymogów konstytucyjnych – zakwestionowanego w pytaniu prawnym kryterium obligatoryjności lub fakultatywności podlegania ubezpieczeniu, należy zwrócić uwagę na okoliczności, które nie zostały uwzględnione przez sąd pytający.

Jakkolwiek ustawodawca w sposób jednolity ukształtował sytuację ubezpieczonych, jeśli chodzi o procentową wysokość składki na ubezpieczenie, to jednak w istotnie odmienny sposób określana jest podstawa jej wymiaru. W wypadku osób podlegających ubezpieczeniu obowiązkowo podstawą tą jest faktycznie uzyskiwany przychód (wynikający najczęściej z umowy o pracę). Zmiana tak określonej podstawy (a co za tym idzie – wysokość składki) nie jest zatem nigdy samodzielną decyzją ubezpieczonego. W wypadku osób ubezpieczonych dobrowolnie jest inaczej. Zgodnie z art. 18 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych podstawę wymiaru składki dla tych osób stanowi zadeklarowana przez nich sama kwota, nie niższa niż 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Podstawa ta jednak nie może (zgodnie z art. 20 ust. 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) przekraczać 250% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Osoby ubezpieczone dobrowolnie mogą zatem dowolnie, w granicach ustalonych przez ustawodawcę, kształtować wysokość podstawy wymiaru składki, a co za tym idzie – wysokość samej składki.

Zdaniem Marszałka Sejmu, nie należy bagatelizować znaczenia dla systemu ubezpieczeń społecznych możliwości dobrowolnego przystąpienia do ubezpieczenia chorobowego przez określoną grupę ubezpieczonych. Dobrowolność ta przejawia się zarówno w dowolności wyboru momentu przystąpienia do ubezpieczenia, jak i rezygnacji z niego. Konsekwencją tego jest konieczność wprowadzenia regulacji mających na celu zapobieżenie powstawaniu nadmiernych dysproporcji między wielkością sumy opłacanych składek na ubezpieczenie chorobowe przez dobrowolnie ubezpieczonego a kwotą wypłaconych zasiłków na rzecz tej osoby. To właśnie, zdaniem Marszałka Sejmu, może być postrzegane jako geneza zakwestionowanej regulacji, nie zaś – jak sugeruje sąd pytający – próba przeciwdziałania nadużywaniu prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego przez osoby dobrowolnie ubezpieczone. Marszałek podkreślił również, że osoba przystępująca do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jest świadoma warunków, jakie musi spełnić, by nabyć prawo do świadczeń z tego ubezpieczenia. Znając te warunki, może podjąć optymalną dla siebie decyzję o przystąpieniu bądź nieprzystąpieniu do ubezpieczenia chorobowego. Takiej możliwości nie mają zaś osoby, które podlegają temu ubezpieczeniu obowiązkowo.

Marszałek Sejmu wskazał, że osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą mogą w określonych granicach samodzielnie kształtować podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe oraz w dowolnym czasie ubezpieczyć siebie lub członków swoich rodzin albo zrezygnować z tego ubezpieczenia. W jego ocenie, takie ukształtowanie ich sytuacji prawnej uzasadnia zróżnicowanie wynikające z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach.

Według Marszałka Sejmu, przyjęte kryterium zróżnicowania pozostaje w „racjonalnym związku” z celem zakwestionowanego przepisu, jakim jest zachowanie właściwej korelacji pomiędzy wielkością wpłaconych składek a wysokością wypłaconych zasiłków. Jest także uzasadnione wagą interesu, któremu zróżnicowanie służy oraz pozostaje w związku z konstytucyjną zasadą sprawiedliwości społecznej, albowiem w interesie społecznym leży zapobieganie wykorzystywaniu instytucji ubezpieczenia chorobowego w sposób uchylający zasadzie sprawiedliwości społecznej. Kwestionowane przez sąd pytający zróżnicowanie, w opinii Marszałka, chroni w ten sposób interesy ogółu ubezpieczonych.

Marszałek Sejmu, odnosząc się do przywołanego w pytaniu prawnym wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 6 marca 2007 r. (sygn. P 45/06), stwierdził, że wnioski wynikające z tego wyroku nie mają znaczenia dla oceny konstytucyjności przepisu

zakwestionowanego w niniejszej sprawie. Wskazał w tym kontekście, że Trybunał Konstytucyjny w przywołanym orzeczeniu za nieuzasadnione uznał zróżnicowanie uprawnień ubezpieczonego w zależności od sposobu objęcia ubezpieczeniem chorobowym (obligatoryjnie lub fakultatywnie) w zakresie prawa do zasiłku opiekuńczego przysługującego z tytułu ubezpieczenia chorobowego. Tymczasem art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, co podkreślił Marszałek, w najmniejszym stopniu nie ogranicza zakresu uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Przedmiotem wynikającego z tego przepisu zróżnicowania nie jest bowiem zakres świadczeń, ale wyłącznie warunki nabycia prawa do zasiłku chorobowego, a w szczególności – czas oczekiwania na nabycie tego prawa.

Marszałek Sejmu wskazał również, że stopień tego zróżnicowania (długość okresu nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego wymagana do nabycia prawa do zasiłku chorobowego) pozostaje w zakresie swobody ustawodawcy, która to swoboda w sferze ubezpieczeń społecznych może być dość duża.

3. W piśmie z 23 lutego 2010 r. Prokurator Generalny zajął stanowisko, że art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach w brzmieniu obowiązującym do dnia wejścia w życie ustawy z dnia 6 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 237, poz. 1654), w zakresie, w jakim ubezpieczonemu podlegającemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu umożliwia nabycie prawa do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego po dłuższym okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego niż ubezpieczonemu podlegającemu temu ubezpieczeniu obowiązkowo, jest niezgodny z art. 32 ust. 1 Konstytucji. Prokurator Generalny wniósł ponadto o umorzenie postępowania w pozostałym zakresie ze względu na niedopuszczalność orzekania.

3.1. Prokurator Generalny zwrócił uwagę, że zakwestionowany przepis został uchylony ustawą z dnia 6 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 237, poz. 1654; dalej: ustawa zmieniająca). Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach w brzmieniu nadanym ustawą zmieniającą, okres nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego wymagany dla nabycia prawa do zasiłku chorobowego przez osoby podlegające dobrowolnemu ubezpieczeniu wynosi 90 dni. Przepis ten wszedł w życie 1 stycznia 2009 r. Oznacza to – wobec braku innych regulacji intertemporalnych – że ma on zastosowanie w sprawach dotyczących nabycia przez osoby ubezpieczone dobrowolnie prawa do zasiłku chorobowego z tytułu niezdolności do pracy powstałej od 1 stycznia 2009 r.

Prokurator Generalny wskazał, że z przedstawionego w pytaniu prawnym zakresu zaskarżenia art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach wynika, iż konstytucyjne wątpliwości sądu budzi nie tyle określona ustawą długość okresu wyczekiwania przez osoby prowadzące działalność gospodarczą na nabycie prawa do zasiłku chorobowego, ile dopuszczalność samego zróżnicowania okresów wyczekiwania przez ubezpieczonych na nabycie prawa do zasiłku chorobowego na podstawie kryterium charakteru ubezpieczenia chorobowego.

Niezależnie od tego jednak, Prokurator podkreślił, że ze względu na przedmiot sprawy – na tle której zostało sformułowane pytanie prawne – art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach będzie stosowany przez sąd pytający w brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2008 r. Nie można również wykluczyć stosowania go przez sądy przy ocenie innych spraw dotyczących nabycia prawa do zasiłku chorobowego przez osoby prowadzące działalność gospodarczą z tytułu niezdolności do pracy powstałej przed 1 stycznia 2009 r.

Prokurator stwierdził zatem, że art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach w zakwestionowanym brzmieniu nie utracił mocy obowiązującej w rozumieniu art. 39 ust. 1 pkt

1 ustawy o Trybunale Konstytucyjnym i może podlegać konstytucyjnej ocenie w trybie pytania prawnego.

3.2. Prokurator Generalny wskazał, że wprowadzenie jako zasady okresów wyczekiwania (karencji) na nabycie prawa do zasiłku chorobowego ma merytoryczne uzasadnienie. Chodzi tu bowiem o „wyłączenie spod ochrony zdarzeń sprzed okresu ubezpieczenia – nie można ubezpieczyć ryzyka *ex post* – oraz zapobieganie nadużyciom” (J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, 2006, s. 173). Wskazał też, że w uzasadnieniu projektu ustawy o świadczeniach wskazano, iż celem tego rozwiązania jest uniknięcie sytuacji, gdy osoby ubezpieczone (zwłaszcza ubezpieczone dobrowolnie), mogłyby nabyć prawo do pobierania przez kilka miesięcy zasiłku chorobowego po krótkim, niekiedy kilkudniowym, okresie opłacania niewielkich składek.

W ocenie Prokuratora, samo uzależnienie nabycia prawa do zasiłku chorobowego od pozostawania przez pewien czas w ubezpieczeniu nie budzi konstytucyjnych wątpliwości. Ustawodawcy przysługuje bowiem swoboda kształtowania systemu zabezpieczenia społecznego, w tym zabezpieczenia społecznego na wypadek choroby (art. 67 ust. 1 Konstytucji). W ramach tej swobody ustawodawca może też określać warunki uzyskania prawa do określonego świadczenia przysługującego w przypadku zaistnienia określonego zdarzenia losowego, także okresy wyczekiwania (karencji) na nabycie prawa do świadczenia. Jednakże zróżnicowanie w ustawie o świadczeniach okresów wyczekiwania na nabycie prawa do zasiłku chorobowego na podstawie kryterium charakteru ubezpieczenia ocenić należy, zdaniem Prokuratora Generalnego, jako naruszające zasadę równości.

3.3. Prokurator Generalny przypomniał, że w świetle utrwalonego orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego wyrażona w art. 32 ust. 1 Konstytucji zasada równości nakazuje identyczne traktowanie wszystkich adresatów określonej normy prawnej, znajdujących się w takiej samej lub podobnej sytuacji prawnie relewantnej. Zasada ta nie ma charakteru absolutnego i konstytucyjnie dopuszczalne są wyjątki od nakazu równego traktowania podmiotów podobnych. Wyjątki te muszą jednak spełniać trzy warunki: 1) relewantności, tzn. muszą pozostawać w bezpośrednim związku z celem i zasadniczą treścią przepisów, w których zawarta jest kontrolowana norma oraz służyć realizacji tego celu i treści; 2) proporcjonalności, tzn. waga interesu, któremu ma służyć różnicowanie sytuacji adresatów normy, musi pozostawać w odpowiedniej proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku nierównego potraktowania podmiotów podobnych; 3) pozostawania w związku z innymi wartościami, zasadami czy normami konstytucyjnymi, uzasadniającymi odmienne traktowanie podmiotów podobnych.

3.4. O tym, kto podlega ubezpieczeniu społecznemu oraz o charakterze ubezpieczenia dla określonych grup ubezpieczonych rozstrzyga ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Ustawa ta, jako swoistego rodzaju część ogólna prawa ubezpieczeń społecznych, reguluje m.in. materię dotyczącą podlegania poszczególnym rodzajom ubezpieczeń oraz obowiązków i uprawnień ubezpieczonych. Ustawa o świadczeniach określa natomiast, komu i na jakich zasadach przysługują świadczenia z ubezpieczenia w razie choroby i macierzyństwa. Na gruncie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych obowiązek ubezpieczenia chorobowego ciąży na pracownikach, członkach rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz osobach odbywających służbę zastępczą. Dobrowolnie na wypadek choroby mogą ubezpieczyć się osoby wykonujące pracę nakładczą, osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą oraz osoby z nimi współpracujące, osoby wykonujące, na podstawie

skierowania, odpłatnie pracę w czasie odbywania kary lub tymczasowego aresztowania, a także duchowni (art. 11 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

3.5. Prokurator Generalny uznał, że na gruncie ustawy o świadczeniach osoby podlegające obowiązkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu są podmiotami podobnymi. Prokurator Generalny wskazał także, że stanowisko o podobieństwie obu grup ubezpieczonych wyraził również Trybunał Konstytucyjny w sprawie o sygn. P 45/06. Zwrócił jednak uwagę na to, że w powołanej sprawie przedmiotem konstytucyjnej oceny był wyłącznie problem zróżnicowania na podstawie kryterium charakteru ubezpieczenia zakresu świadczeń przysługujących ubezpieczonym (zróżnicowanie polegało na wyłączeniu przez ustawodawcę prawa do zasiłku opiekuńczego osób podlegających dobrowolnemu ubezpieczeniu na wypadek choroby).

Zdaniem Prokuratora Generalnego, porównując sytuację prawną osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą z sytuacją prawną osób ubezpieczonych obowiązkowo na wypadek choroby, należy zauważyć, że już na gruncie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (stanowiącej podstawę ubezpieczenia i w konsekwencji podstawę uzyskania prawa do korzystania ze świadczeń przewidzianych ustawą o świadczeniach) można mówić o podobieństwie obu grup ubezpieczonych. Zarówno osoby ubezpieczone obowiązkowo, jak i dobrowolnie same finansują składkę na ubezpieczenie chorobowe (art. 16 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Dla obu grup ubezpieczonych ustalony został również taki sam wskaźnik wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe w wysokości 2,45% podstawy wymiaru (art. 22 ust. 1 pkt 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), którą stanowi podstawa wymiaru składki emerytalno-rentowej ustalonej ustawą dla każdej z grup ubezpieczonych (art. 20 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

Pewne zróżnicowanie sytuacji prawnej osób dobrowolnie i obowiązkowo ubezpieczonych na wypadek choroby na gruncie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych stanowi mechanizm ograniczenia podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe dla osób ubezpieczonych dobrowolnie. Podstawą wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe dla osób obowiązkowo ubezpieczonych (art. 11 ust. 1 w związku z art. 6 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) jest bowiem podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe, tj. przychód w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, osiągany m.in. z tytułu zatrudnienia w ramach stosunku pracy (art. 11 ust. 1 w związku z art. 20 ust. 1, art. 18 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Prokurator Generalny wskazał przy tym, że ta grupa ubezpieczonych odprowadza składkę na ubezpieczenie chorobowe od przychodu uzyskiwanego „w całości”. W myśl art. 20 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przy ustalaniu podstawy wymiaru składki nie stosuje się ograniczenia przewidzianego w art. 19 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, tj. ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe do kwoty odpowiadającej trzydziestokrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok kalendarzowy, określonego w ustawie budżetowej (art. 20 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Wielkość osiąganego przychodu nie ma natomiast znaczenia dla ustalania wysokości składki na ubezpieczenie chorobowe osób podlegających dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, w tym osób prowadzących działalność gospodarczą. Składkę na ubezpieczenie chorobowe opłacają one bowiem od deklarowanej podstawy wymiaru w ubezpieczeniu emerytalno-rentowym, z tym że dla ubezpieczenia chorobowego nie może ona przekraczać miesięcznie 250% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale (art. 20 ust. 1 i 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

W świetle rozwiązań przyjętych w ustawie o świadczeniach, zasiłek chorobowy przysługuje każdemu ubezpieczonemu – bez względu na charakter ubezpieczenia – który stał

się niezdolny do pracy w okresie trwania ubezpieczenia chorobowego, tj. w okresie istnienia obowiązku opłacania składki (art. 6 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Prawo do tego świadczenia ustaje w przypadku ustania tytułu ubezpieczenia, chyba że niezdolność do pracy powstała z przyczyn i warunków określonych w art. 7 ustawy o świadczeniach. Dla wszystkich ubezpieczonych miesięczna wysokość zasiłku ustalana jest według jednakowego wskaźnika podstawy wymiaru, wynoszącego, co do zasady, 80% podstawy wymiaru (art. 11 ustawy o świadczeniach).

Prokurator Generalny zwrócił uwagę, że w ustawie o świadczeniach wprowadzone zostały dwie zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego. Zróżnicowanie tych zasad nie zostało jednak oparte na kryterium charakteru ubezpieczenia (dobrowolność i obowiązkowość), lecz na kryterium pozostawania lub też niepozostawania w stosunku pracy. Dla ubezpieczonych pracowników podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi, co do zasady, przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Dla ubezpieczonych niebędących pracownikami (do której to grupy zaliczyć należy osoby podlegające dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej) podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przychód za okres 12 miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Przychodem zaś jest zgodnie z art. 3 pkt 4 ustawy o świadczeniach kwota stanowiąca podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego niebędącego pracownikiem po odliczeniu kwoty odpowiadającej obecnie 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe (w okresie istotnym dla sprawy zawisłej przed sądem pytającym, zgodnie z obowiązującym wówczas brzmieniem art. 3 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, należało odliczyć kwotę odpowiadającą 15,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe).

Zdaniem Prokuratora Generalnego, określona ustawą o świadczeniach podstawa wymiaru zasiłku chorobowego – zarówno dla pracowników objętych ubezpieczeniem obowiązkowym, jak i dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą i podlegających dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu – koresponduje ze zróżnicowanymi podstawami wymiaru składki na to ubezpieczenie dla tych grup ubezpieczonych, określonymi w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych. Oznacza to, że istnieje związek między podstawą wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe a wysokością świadczenia.

W ocenie Prokuratora Generalnego, wskazane w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych zróżnicowanie podstawy wymiaru składki na podstawie kryterium charakteru ubezpieczenia znajduje odzwierciedlenie w wysokości zasiłku chorobowego obliczanego na podstawie ustawy o świadczeniach dla osób podlegających ubezpieczeniu chorobowemu obowiązkowo i dobrowolnie. Brak jest natomiast związku między podstawą wymiaru składki na obowiązkowe i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe oraz podstawą wymiaru zasiłku chorobowego a okresem wyczekiwania na nabycie prawa do tego świadczenia.

3.6. Analiza rozwiązań ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawy o świadczeniach – w ocenie Prokuratora Generalnego – uzasadnia zatem pogląd, że na gruncie obu tych ustaw nie można ustalić cechy, która uzasadniałaby zróżnicowanie okresów wyczekiwania na nabycie prawa do zasiłku chorobowego przez osoby podlegające ubezpieczeniu obowiązkowo i dobrowolnie (z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej). Tym samym, nie można ustalić celu, którego realizacji służyć miało wprowadzone w art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach zróżnicowanie okresów wyczekiwania na nabycie prawa do tego świadczenia.

Prawo do świadczeń z ubezpieczenia społecznego, w tym z ubezpieczenia chorobowego, przysługuje w zamian za składkę. Świadczenia z ubezpieczenia chorobowego przysługują nie tylko w czasie trwania ubezpieczenia, lecz także – w sytuacjach określonych ustawą – po ustaniu tytułu ubezpieczenia. W tej sytuacji, według Prokuratora Generalnego, z punktu widzenia ochrony systemu ubezpieczeniowego, który finansowany jest przez samych ubezpieczonych, dopuszczalne jest – pod pewnymi warunkami – ograniczenie możliwości długotrwałego korzystania przez ubezpieczonych ze świadczeń w przypadku dokonania przez nich niewielkiego, np. jednorazowego wkładu środków finansowych do systemu. Prokurator podkreślił jednak, że zastosowane kryterium różnicujące okresy wyczekiwania nie realizuje takiego celu. Można bowiem wyobrazić sobie sytuację, w której osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę na krótki czas określony tuż przed zakończeniem stosunku pracy staje się niezdolna do pracy i z tego tytułu – mimo niewielkiego wkładu do systemu – będzie mogła korzystać ze świadczeń ubezpieczenia chorobowego także po ustaniu tytułu ubezpieczenia.

Prokurator Generalny stwierdził zatem, że wprowadzone zróżnicowanie nie pozostaje w związku z celem regulacji okresów wyczekiwania na nabycie prawa do zasiłku chorobowego. Tym samym trudno jest ustalić, ochronie jakich wartości konstytucyjnych ma ono służyć.

3.7. Z tych względów Prokurator uznał, że art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach w brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2008 r. jest niezgodny z art. 32 ust. 1 Konstytucji.

3.8. W pozostałym zakresie, zdaniem Prokuratora Generalnego, postępowanie podlega umorzeniu z uwagi na niedopuszczalność orzekania. Sąd pytający upatruje bowiem niezgodności art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach z wyrażoną w art. 2 Konstytucji zasadą sprawiedliwości społecznej wyłącznie w naruszeniu zasady równości. W tym kontekście Prokurator powołał się na dotychczasowe orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego o zbędności odwoływania się do wzorców formułujących zasady ogólne wówczas, gdy istnieją normy konstytucyjne o większym stopniu szczegółowości, ściślej związane z ocenianą regulacją. Pogląd ten Trybunał wyrażał m.in. w przypadku wskazania jako wzorów kontroli zasady równości i sprawiedliwości społecznej, w sytuacji, gdy argumentacja przedstawiona na poparcie obu zarzutów była zbieżna lub podmiot inicjujący postępowanie przed Trybunałem nie powołał odrębnych argumentów świadczących o samoistnym (tj. niezależnym od sprzeczności z zasadą równości) naruszeniu zasady sprawiedliwości społecznej (wyrok z 21 września 2009 r., sygn. P 46/08, OTK ZU nr 8/A/2009, poz. 124).

II

Na rozprawie w dniu 16 listopada 2010 r. stawili się Sąd Rejonowy Poznań – Grunwald i Jeżyce w Poznaniu oraz przedstawiciele Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej i Prokuratora Generalnego. Uczestnicy postępowania podtrzymali stanowiska zajęte na piśmie wraz z zawartą w nich argumentacją.

Przedstawiciel Sejmu, odpowiadając na pytania sędziego Trybunału Konstytucyjnego, podkreślił, że podstawową przyczyną wprowadzenia okresu karencji na nabycie prawa do zasiłku chorobowego były dysproporcje wpływów ze składek na ubezpieczenie chorobowe w stosunku do wypłacanych świadczeń, a nie nadużywanie prawa do zasiłków (co określił jako kwestię wtórną). W tym kontekście wskazał, powołując się na uzasadnienie projektu zakwestionowanej ustawy, że z ogólnej liczby około 13 milionów ubezpieczonych do 1999 r. niemal wszyscy byli objęci obowiązkowo ubezpieczeniem przewidującym świadczenia w razie choroby i macierzyństwa. Od 1 stycznia 1999 r. 1,26 miliona osób, tj. 9,6% ogółu

ubezpieczonych, miało podlegać ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie, z których zdecydowana większość to osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą. Przedstawiciel Sejmu wskazał, że osoby te, stanowiące 9,6% ubezpieczonych, w 1997 r. wykorzystały 27,6% ogółu liczby dni absencji chorobowej finansowanej z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Kosztowało to wówczas 671,4 mln złotych, czyli 22% ogółów wydatków z FUS na absencję chorobową (które ogółem wyniosły około 3 mld zł). *Ratio legis* zakwestionowanej ustawy wiązało się zatem ze znalezieniem sposobu na zrównoważenie wpływów i wypłat z FUS.

Przedstawiciel Sejmu stwierdził także, że obecnie osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, jeśli chciałaby skorzystać z maksymalnego ubezpieczenia chorobowego (czyli od najwyższej możliwej zadeklarowanej kwoty – 7500 zł), to po zapłaceniu 180 zł składki miesięcznej otrzymałaby świadczenie w wysokości 4200 zł netto. Przedstawiciel Sejmu wskazał więc, że podmiot taki, „antycypując, niejako przewidując określone zdarzenia w przyszłości, może uzyskiwać przez wiele miesięcy tak znaczącą kwotę”.

Sąd pytający, w odpowiedzi na pytanie sędziego Trybunału Konstytucyjnego związane z przewagą kwoty wypłaconych w 2007 r. świadczeń chorobowych nad kwotą wpłaconych składek, stwierdził, że z przedstawionych danych wynika, iż świadczenia nie są ekwiwalentne ze składką. Różnicę zaś między wpłatami a wypłatami świadczeń dla osób podlegających dobrowolnie ubezpieczeniu pokrywają osoby ubezpieczone obowiązkowo. Jednakże, w ocenie sądu, przewidziany przez ustawodawcę środek nie jest adekwatny do likwidacji wskazanej dysproporcji.

III

1. Przedmiot kontroli.

Zarzuty sformułowane w pytaniu prawnym Sądu Rejonowego Poznań – Grunwald i Jeżyce w Poznaniu (dalej: sąd pytający) koncentrują się wokół wątpliwości, czy ukształtowany w art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267, ze zm.; dalej: ustawa o świadczeniach) wymóg 180 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego dla nabycia prawa do zasiłku chorobowego przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą i podlegające dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jest zgodny z art. 2 i art. 32 ust. 1 Konstytucji, w sytuacji, gdy w stosunku do osób podlegających obowiązkowo temu ubezpieczeniu okres wyczekiwania na nabycie wskazanego zasiłku wynosi 30 dni.

W *petitum* pytania prawnego sąd pytający jako przedmiot kontroli wskazał art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, „w zakresie, w jakim umożliwia nabycie prawa do zasiłku chorobowego z ubezpieczenia chorobowego przez ubezpieczonego podlegającego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, po dłuższym okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, aniżeli w przypadku ubezpieczonych podlegających obowiązkowo temuż ubezpieczeniu”.

Sąd pytający podkreślił w uzasadnieniu, że ze względu na przesłanki dopuszczalności pytania prawnego, skierowane przez niego pytanie ogranicza się do art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach w zakresie, w jakim przepis ten odnosi się do osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą. Pytanie prawne – jako jedna z instytucji kontroli konkretnej – jest bowiem determinowane stanem faktycznym sprawy, która zawisła przed sądem pytającym. Analizując uzasadnienie pytania prawnego, można co prawda wyciągnąć wniosek, że stawiany przez sąd zarzut niekonstytucyjności zakwestionowanego przepisu

dotyczy w istocie szerszej kategorii podmiotów – tj. osób objętych dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Należy jednak podkreślić, że Trybunał Konstytucyjny związany jest granicami zaskarżenia wskazanymi przez sąd pytający, zgodnie z art. 66 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. Nr 102, poz. 643, ze zm.; dalej: ustawa o TK). Ponadto, przedmiotem kontroli w pytaniu prawnym mogą być takie treści normatywne, jakie mogą być zastosowane przy rozstrzyganiu sprawy zawisłej przed sądem pytającym. Konstrukcja zakresu zaskarżenia przyjęta przez sąd i wyrażona w *petitum* pytania prawnego uwzględnia powyższy wymóg. Należy zatem stwierdzić, że przedmiotem kontroli jest art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach w zakresie, w jakim odnosi się do osób podlegających dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

2. Dopuszczalność pytania prawnego.

2.1. Merytoryczne rozpoznanie przez Trybunał Konstytucyjny pytania prawnego uzależnione jest od spełnienia wymogów wynikających z Konstytucji oraz ustawy o TK (zob. liczne postanowienia TK, m.in. z: 29 marca 2000 r., sygn. P 13/99, OTK ZU nr 2/2000, poz. 68; 12 kwietnia 2000 r., sygn. P 14/99, OTK ZU nr 3/2000, poz. 90; 10 października 2000 r., sygn. P 10/00, OTK ZU nr 6/2000, poz. 195; 27 kwietnia 2004 r., sygn. P 16/03, OTK ZU nr 4/A/2004, poz. 36; 19 kwietnia 2006 r., sygn. P 12/05, OTK ZU nr 4/A/2006, poz. 49 oraz przywołana w nich literatura).

Zgodnie z art. 193 Konstytucji każdy sąd może przedstawić Trybunałowi Konstytucyjnemu pytanie prawne co do zgodności aktu normatywnego z Konstytucją, ratyfikowanymi umowami międzynarodowymi lub ustawą, jeżeli od odpowiedzi na pytanie prawne zależy rozstrzygnięcie konkretnej sprawy toczącej się przed sądem. Powołany przepis formułuje trzy przesłanki, które łącznie warunkują dopuszczalność postawienia Trybunałowi Konstytucyjnemu pytania prawnego: a) podmiotową – może to uczynić jedynie sąd, rozumiany jako państwowy organ wymiaru sprawiedliwości; b) przedmiotową – przedmiotem pytania prawnego może być wyłącznie ocena zgodności aktu normatywnego z Konstytucją, ratyfikowanymi umowami międzynarodowymi lub ustawą; c) funkcjonalną – wystąpienie z pytaniem jest uzasadnione tylko wtedy, gdy od odpowiedzi na nie zależy rozstrzygnięcie konkretnej sprawy toczącej się przed sądem pytającym (szerzej: postanowienie TK z 6 lutego 2007 r., sygn. P 33/06, OTK ZU nr 2/A/2007, poz. 14 i powołane tam orzeczenia). Jak zwrócił uwagę Trybunał w wyroku z 6 marca 2007 r., sygn. P 45/06 (OTK ZU nr 3/A/2007, poz. 22), ścisły związek instytucji pytań prawnych z postępowaniem toczącym się w konkretnej sprawie powoduje, że głównym celem tej procedury kontroli jest ochrona indywidualnego interesu stron występujących w postępowaniu, w trakcie którego wyłoniła się wątpliwość co do konstytucyjności stosowanego przepisu. Brak którejkolwiek przesłanki dopuszczalności pytania prawnego stanowi podstawę umorzenia postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym ze względu na niedopuszczalność wydania wyroku – zgodnie z art. 39 ust. 1 pkt 1 ustawy o TK.

2.2. W niniejszej sprawie spełniona została przedmiotowa i podmiotowa przesłanka pytania prawnego. W odniesieniu do przesłanki funkcjonalnej sąd pytający, wyjaśniając zależność między odpowiedzią na pytanie prawne a rozstrzygnięciem sprawy przed nim zawisłej, stwierdził, że zakwestionowany przepis stanowi przeszkodę do przyznania dochodzonego przez stronę odwołującą świadczenia. Jolanta K. domaga się bowiem przyznania jej przez pozwaną ZUS I Oddział w Poznaniu prawa do zasiłku chorobowego w związku z czasową niezdolnością do pracy w okresach od 7 do 28 sierpnia 2007 r. oraz od 14 września 2007 r. do 17 października 2007 r. W dniach powstania niezdolności do pracy (tj. 7

sierpnia 2007 r. oraz 14 września 2007 r.) była osobą ubezpieczoną w ramach dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, nie posiadała jednak wymaganego przez zakwestionowany przepis 180-dniowego okresu nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, legitymując się odpowiednio okresem: 68 i 106 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego. Zdaniem sądu pytającego, zakwestionowany przepis, wprowadzający niekonstytucyjne zróżnicowanie warunków nabycia prawa do zasiłku chorobowego, jest istotny dla rozstrzygnięcia sprawy zawisłej przed sądem pytającym. Jeżeli bowiem ustawodawca wprowadziłby dla osób dobrowolnie ubezpieczonych okres oczekiwania takiej samej długości jak dla osób ubezpieczonych obowiązkowo (30 dni), to odwołująca się Jolanta K. nabyłaby prawo do dochodzonego przez nią świadczenia wobec posiadania w dniach powstania niezdolności do pracy odpowiednio 68 i 106 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego.

Trybunał Konstytucyjny uznał, że w rozpatrywanej sprawie spełniony został wymóg zależności między rozstrzygnięciem sprawy a odpowiedzią na pytanie prawne i w tym zakresie nie ma przeszkód dla merytorycznego orzekania w niniejszym postępowaniu.

2.3. Zakwestionowany przez sąd pytający art. 4 ust. 1 ustawy o świadczeniach od 1 września 1999 r. miał następującą treść: „1. Ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego: 1) po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego – jeżeli podlega obowiązkowo temu ubezpieczeniu, 2) po upływie 180 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego – jeżeli jest ubezpieczony dobrowolnie”. W tym brzmieniu obowiązywał do 31 grudnia 2008 r.

Na mocy art. 5 pkt 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 237, poz. 1654; dalej: ustawa zmieniająca), która weszła w życie 1 stycznia 2009 r., w art. 4 w ust. 1 pkt 2 otrzymał brzmienie: „2) po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego – jeżeli jest ubezpieczony dobrowolnie”.

Trybunał Konstytucyjny zgodnie z art. 39 ust. 1 pkt 3 ustawy o TK umarza na posiedzeniu niejawnym postępowanie, jeżeli akt normatywny w zakwestionowanym zakresie utracił moc obowiązującą przed wydaniem orzeczenia przez Trybunał. W dotychczasowym orzecznictwie Trybunał Konstytucyjny, wypowiadając się na temat utraty mocy obowiązującej przez akt normatywny, stwierdzał wielokrotnie, że uchylenie przepisu nie zawsze jest równoznaczne z utratą przez ten przepis mocy obowiązującej. Trybunał wskazywał, że przepis obowiązuje w systemie prawa dopóki na jego podstawie mogą być podejmowane indywidualne akty stosowania prawa, a utrata mocy obowiązującej jako przesłanka umorzenia postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym następuje dopiero wówczas, gdy przepis ten nie może być stosowany do jakiegokolwiek sytuacji faktycznej (zob. np. wyrok z 5 września 2007 r., sygn. P 21/06, OTK ZU nr 8/A/2007, poz. 96).

W rozpatrywanej sprawie wobec braku w ustawie zmieniającej przepisów intertemporalnych regulujących kwestie spraw wszczętych w okresie obowiązywania poprzedniego brzmienia zakwestionowanego przepisu należy stwierdzić, że art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach w znowelizowanym brzmieniu ma zastosowanie w sprawach dotyczących nabycia prawa do zasiłku chorobowego z tytułu niezdolności do pracy powstałej od 1 stycznia 2009 r. Dla rozstrzygnięcia sprawy, na tle której sformułowano pytanie prawne, istotne znaczenie zachowuje zatem art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach w brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2008 r., jako że decyzje organu ZUS dotyczą niezdolności do pracy odwołującej się Jolanty K. w okresach 7–28 sierpnia 2007 r. oraz 14 września–17 października 2007 r.

Trybunał Konstytucyjny, biorąc pod uwagę powyższe ustalenia, uznał, że w niniejszej sprawie nie zachodzi przesłanka utraty mocy obowiązującej przepisu w rozumieniu art. 39 ust. 1 pkt 3 ustawy o TK, skutkująca koniecznością umorzenia postępowania.

3. Zarzuty niezgodności zakwestionowanego przepisu z art. 2 oraz art. 32 Konstytucji.

3.1. Sąd pytający w pytaniu prawnym podniósł zarzut, że regulacja zawarta w art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach wprowadza niekonstytucyjne zróżnicowanie osób ubezpieczonych dobrowolnie oraz osób ubezpieczonych obowiązkowo w zakresie prawa do zasiłku chorobowego. Sąd wskazuje, że całość przepisów ustawy o świadczeniach w zakresie możliwości uzyskania świadczeń odnosi się do jednej grupy podmiotów – tj. osób objętych ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa. Wynika to, zdaniem sądu, z art. 1 ust. 1 ustawy o świadczeniach, który stanowi, że: „świadczenia pieniężne na warunkach i w wysokości określonych ustawą przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa, określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887, z późn. zm.)”. W ocenie sądu, w warunkach, gdy prawo do zasiłku chorobowego, zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o świadczeniach, przysługuje osobie posiadającej status „ubezpieczonego”, to nie ma uzasadnienia dla różnicowania warunków jego przyznawania, zwłaszcza gdy osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą mogą podlegać ubezpieczeniu chorobowemu wyłącznie dobrowolnie.

Zdaniem sądu pytającego, osoby dobrowolnie i obowiązkowo objęte ubezpieczeniem chorobowym stanowią jedną grupę charakteryzującą się wspólną cechą relewantną, jaką jest posiadanie statusu ubezpieczonego, objętego ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa. Zróżnicowanie uprawnień podmiotów należących do tej grupy na podstawie kryterium obowiązkowości bądź dobrowolności ubezpieczenia jest, w ocenie sądu, dowolne i przypadkowe.

3.2. W tym kontekście sąd pytający powołał się także na wyrok TK z 6 marca 2007 r. o sygn. P 45/06, w którym Trybunał stwierdził, że osoby podlegające ubezpieczeniu chorobowemu, zarówno obowiązkowo, jak i dobrowolnie, stanowią jedną grupę podmiotów. Sąd pytający przywołał argumenty podniesione w uzasadnieniu tego wyroku. W szczególności wskazał na uiszczanie składek przez obie kategorie ubezpieczonych w całości z ich środków własnych oraz jednakową wysokość składek na ubezpieczenie – 2,45% podstawy wymiaru składek.

3.3. Sąd pytający zwrócił również uwagę na art. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, który statuuje zasadę równego traktowania wszystkich ubezpieczonych bez względu na płeć, stan cywilny, stan rodzinny. Zgodnie z art. 2a ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74, ze zm.; dalej: ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych) zasada równego traktowania dotyczy w szczególności zachowania prawa do świadczeń. W ocenie sądu pytającego, zakwestionowany w pytaniu prawnym przepis stoi w sprzeczności z zasadą wyrażoną w art. 2a ust. 2 pkt 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

3.4. Nawiązując do określonych w orzecznictwie TK warunków, jakim musi sprostać regulacja odstępująca od zasady równości (aby nie została oceniona jako nosząca znamiona niekonstytucyjności), sąd pytający wskazał, że art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach nie pozostaje w racjonalnym związku z celem i treścią ustawy o świadczeniach. W uzasadnieniu projektu zakwestionowanej ustawy nie podano żadnego racjonalnego powodu uzasadniającego takie zróżnicowanie. Zdaniem sądu, nie jest bowiem takim powodem chęć uniknięcia hipotetycznych sytuacji, w których osoby ubezpieczone (w szczególności dobrowolnie – jak podkreślono w uzasadnieniu projektu zakwestionowanej ustawy) po krótkim okresie ubezpieczenia mogłyby korzystać z zasiłków chorobowych przez kilka

miesiące. Ponadto, nawet gdyby uznać tak wskazany cel ustawy za racjonalny, to zakwestionowana regulacja nie jest w stosunku do niego adekwatna (proporcjonalna). Tego rodzaju sytuacje mogą bowiem dotyczyć zarówno ubezpieczonych dobrowolnie, jak i obowiązkowo. Zatem nałożenie dłuższego okresu oczekiwania na jedną kategorię podmiotów (ubezpieczonych dobrowolnie) nie eliminuje w sposób skuteczny zagrożenia, jakim może być nadużywanie prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego.

W ocenie sądu pytającego, skoro ustawodawca nie uzasadnił w sposób racjonalny przyjętego kryterium zróżnicowania osób uprawnionych do zasiłku chorobowego a zróżnicowanie nie ma charakteru proporcjonalnego do wagi interesu, jakiemu ma służyć, nie sposób przyznać, że jest ono zgodne z zasadą sprawiedliwości (art. 2 Konstytucji) oraz zasadą równości (art. 32 ust. 1 Konstytucji).

4. Krąg podmiotów uprawnionych do zasiłku chorobowego na gruncie ustawy o świadczeniach oraz ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

4.1. Prawo do zasiłku chorobowego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę ma umocowanie w art. 67 Konstytucji. Przepis ten w ust. 1 stanowi, że „obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego. Zakres i formy zabezpieczenia społecznego określa ustawa”. Podstawowymi aktami normatywnymi regulującymi kwestie związane z zasiłkiem chorobowym są ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawa o świadczeniach.

Zgodnie z art. 2 ustawy o świadczeniach świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa obejmują: zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy, zasiłek porodowy, zasiłek macierzyński oraz zasiłek opiekuńczy. Świadczenia te mają zastępować utracone (ograniczone) środki utrzymania spowodowane zdarzeniem losowym pozbawiającym ubezpieczonego możliwości zarobkowania. Celem ustawy o świadczeniach jest zatem zapewnienie środków finansowych ubezpieczonemu, którzy w wyniku zaistnienia zdarzeń objętych ryzykiem ubezpieczenia chorobowego nie mogą uzyskiwać dochodu ze swojej działalności zarobkowej. Okoliczności, z którymi wiąże się prawo do zasiłku chorobowego, to: a) niezdolność do pracy z powodu choroby (art. 6 ust. 1 ustawy o świadczeniach) oraz b) niemożność wykonywania pracy w sytuacjach ustawowo określonych (art. 6 ust. 2 ustawy o świadczeniach).

4.2. Krąg podmiotów uprawnionych do zasiłku chorobowego wyznaczają art. 6 ustawy o świadczeniach oraz art. 11 ust. 1 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 1-5, 8, 10 oraz 12 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. W art. 6 ust. 1 ustawy o świadczeniach ustawodawca wskazał, że „zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego”. Ponadto, zgodnie z ust. 2, zasiłek przysługuje również osobom ubezpieczonym w związku z niemożnością wykonywania pracy wskutek decyzji właściwego organu albo uprawnionego podmiotu na podstawie przepisów o chorobach zakaźnych i zakażeniach; z powodu przebywania w zakładzie leczenia odwykowego w celach leczenia uzależnień od alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych; a także w związku z badaniami przewidzianymi dla kandydatów na dawców komórek, narządów i tkanek.

Zgodnie z art. 11 ust. 1 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 1, 3 i 12 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są: pracownikami (z wyłączeniem prokuratorów), członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz osobami odbywającymi służbę zastępczą. Natomiast dobrowolnie

ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi (art. 11 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Są to więc osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej: wykonują pracę nakładczą; wykonują pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, lub są osobami z nimi współpracującymi (z zastrzeżeniem art. 6 ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych); prowadzą pozarolniczą działalność lub są osobami współpracującymi z prowadzącymi taką działalność; wykonują odpłatnie pracę, na podstawie skierowania do pracy, w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania, a także, które są osobami duchownymi.

Rozpatrywane pytanie prawne ze względu na swój ścisły związek ze sprawą, którą ma rozstrzygnąć sąd pytający, odnosi się do zakwestionowanego przepisu w zakresie, w jakim dotyczy on osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą i podlegających z tego tytułu dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. Osoby te należą do szerszej kategorii, jaką stanowią osoby prowadzące pozarolniczą działalność, wymienione w art. 8 ust. 6 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Zgodnie z tym przepisem za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność uważa się osobę prowadzącą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych, jak również: twórcę; artystę; osobę prowadzącą działalność w zakresie wolnego zawodu: a) w rozumieniu przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, b) z której przychody są przychodami z działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych; oraz wspólnika jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólników spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej. Od 1 marca 2009 r. do tego katalogu dodano również osoby, które prowadzą niepubliczną szkołę, placówkę lub ich zespół, na podstawie przepisów o systemie oświaty.

Trybunał Konstytucyjny, uwzględniając funkcjonalną przesłankę pytania prawnego, a także granice zaskarżenia wyrażone w *petitum* i uzasadnieniu pytania, podkreśla, że przedmiotem kontroli w niniejszym postępowaniu jest art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach w zakresie, w jakim dotyczy osób określonych w art. 8 ust. 6 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych – a zatem osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych.

Zgodnie ze wskazanymi regulacjami zawartymi w ustawie o świadczeniach oraz w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, które w okresie do 31 grudnia 2008 r. (tj. przed nowelizacją zakwestionowanego przepisu) złożyły wniosek o objęcie ich dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i były jednocześnie objęte obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym (art. 11 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) w sytuacjach określonych w art. 6 ustawy o świadczeniach (m.in. w wypadku niezdolności do pracy z powodu choroby) nabywały prawo do zasiłku chorobowego po upływie 180 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego. Osoby obowiązkowo podlegające ubezpieczeniu chorobowemu nabywały prawo do zasiłku chorobowego w przypadku wystąpienia tych samych okoliczności (w tym: niezdolności do pracy z powodu choroby, art. 6 ustawy o świadczeniach) po upływie sześciokrotnie krótszego terminu – tj. 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia.

5. Zgodność art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach z art. 32 ust. 1 Konstytucji.

5.1. Ogólne ujęcie zasady równości w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego.

Trybunał Konstytucyjny w swoim orzecznictwie wielokrotnie wskazywał, że istotą zasady równości jest to, iż „wszystkie podmioty prawa (...), charakteryzujące się daną cechą istotną (relewantną) w równym stopniu, mają być traktowane równo. A więc według jednakowej miary, bez zróżnicowań zarówno dyskryminujących, jak i faworyzujących” (orzeczenie z 9 marca 1988 r., sygn. U 7/87, OTK w 1988 r., poz.1). Zasada ta z jednej strony oznacza równość wobec prawa (nakaz równego traktowania przez władze publiczne w procesie stosowania prawa), a z drugiej strony równość w prawie (nakaz kształtowania przepisów prawa z uwzględnieniem zasady równości). Pierwszy aspekt zagadnienia pozostaje poza zakresem rozpatrywanej sprawy, istotny natomiast jest problem naruszenia zasady równości przez prawodawcę w procesie stanowienia prawa.

Oceniając daną regulację z punktu widzenia zasady równości, należy ustalić, czy możliwe jest wskazanie wspólnej istotnej cechy faktycznej lub prawnej uzasadniającej równe traktowanie adresatów danej normy (orzeczenie z 28 listopada 1995 r., sygn. K 17/95, OTK w 1995 r., cz. II, poz. 37). Ustalenie to musi być dokonywane w oparciu o cel i ogólną treść przepisów, w których zawarta jest kontrolowana norma (orzeczenie z 3 września 1996 r., sygn. K 10/96, OTK ZU nr 4/1996, poz. 33). Jeżeli kontrolowana norma traktuje odmiennie adresatów charakteryzujących się wspólną cechą istotną, to mamy do czynienia z odstępstwem od zasady równości. Nie zawsze jest to jednak równoznaczne z istnieniem dyskryminacji lub uprzywilejowania sprzecznych z zasadą równości. Konieczna jest jeszcze ocena kryterium, na podstawie którego dokonano owego zróżnicowania. Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie wskazywał, jakie kryteria musi spełnić zróżnicowanie sytuacji prawnej podmiotów podobnych, aby nie zostało uznane za sprzeczne z Konstytucją. Kryteria te muszą mieć charakter relewantny (muszą pozostawać w bezpośrednim związku z celem i zasadniczą treścią przepisów, w których zawarta jest kontrolowana norma oraz służyć realizacji tego celu i treści). Ponadto muszą mieć charakter proporcjonalny (waga interesu, któremu ma służyć zróżnicowanie, musi pozostawać w odpowiedniej proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku nierównego potraktowania podmiotów podobnych). Muszą też pozostawać w związku z innymi wartościami, zasadami czy normami konstytucyjnymi, uzasadniającymi odmiennie traktowanie podmiotów podobnych (zob. wyrok TK z 16 grudnia 1997 r., sygn. K 8/97, OTK ZU nr 5-6/1997, poz. 70).

Ocena każdej regulacji prawnej z punktu widzenia zasady równości winna zatem być zawsze poprzedzona dokładnym zbadaniem sytuacji prawnej podmiotów oraz analizą dotyczącą cech wspólnych i odmiennych (zob. wyroki TK z: 14 lipca 2004 r., sygn. SK 8/03, OTK ZU nr 7/A/2004, poz. 65; 24 kwietnia 2006 r., sygn. P 9/05, OTK ZU nr 4/A/2006, poz. 46 i powołane tam orzecznictwo).

5.2. Kwestia podobieństwa podmiotów podlegających obowiązkowo i dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu.

5.2.1.

Dla oceny zgodności z zasadą równości wskazanego przez sąd pytający zróżnicowania sytuacji prawnej podmiotów podlegających obowiązkowo i dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, które wynika z odmiennego ukształtowania okresów oczekiwania na nabycie prawa do zasiłku chorobowego, kluczowe znaczenie ma ustalenie, czy podmioty te charakteryzują się wspólną cechą relewantną.

W tym kontekście należy wskazać, że w kwestii podobieństwa wskazanych przez sąd pytający podmiotów, Trybunał Konstytucyjny wypowiadał się w sprawie o sygn. P 45/06. Trybunał stwierdził wówczas, że „osoby objęte ubezpieczeniem chorobowym – zarówno obowiązkowo, jak i dobrowolnie – stanowią jedną kategorię podmiotów, charakteryzujących się wspólną cechą, jaką jest status ubezpieczonego”.

Należy podkreślić, że – po pierwsze – Trybunał Konstytucyjny w wyroku tym badał zróżnicowanie osób ubezpieczonych obowiązkowo oraz osób ubezpieczonych dobrowolnie z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności (nie tylko prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, lecz także wymienionych w art. 8 ust. 6 pkt 2-4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, a więc w szerszym zakresie podmiotowym). Po drugie, problem konstytucyjny przedstawiony Trybunałowi w tej sprawie dotyczył zróżnicowania uprawnień w zakresie prawa do zasiłku opiekuńczego, przysługującego z tytułu ubezpieczenia chorobowego. Na gruncie zakwestionowanych przepisów zasiłek ten przysługiwał bowiem tylko osobom ubezpieczonym obowiązkowo.

Trybunał Konstytucyjny w przywoływanej sprawie, badając podobieństwo osób ubezpieczonych obowiązkowo i dobrowolnie, wziął pod uwagę, że finansowanie składki na ubezpieczenie chorobowe osób objętych tym ubezpieczeniem obowiązkowo, jak i osób objętych nim dobrowolnie następuje w całości ze środków samych ubezpieczonych (art. 16 ust. 2 i art. 16 ust. 4 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Wskazał, że wysokość składki na ubezpieczenie chorobowe wyrażona jest w formie stopy procentowej, jednakowej dla wszystkich ubezpieczonych. Bez względu na to, czy dotyczy ubezpieczenia obowiązkowego, czy dobrowolnego, wynosi 2,45% podstawy wymiaru (art. 15 ust. 1 w związku z art. 22 ust. 1 pkt 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), którą stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe.

Trybunał podkreślił, że podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe osób objętych obowiązkowo tym ubezpieczeniem (poza osobami odbywającymi służbę zastępczą), stosownie do treści art. 18 ust. 1 w związku z art. 20 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, stanowi przychód (w rozumieniu art. 4 pkt 9 i 10 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). W przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność (w tym gospodarczą) objętych dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym podstawę wymiaru składek stanowi, co do zasady (stosownie do treści art. 18 ust. 8 w związku z art. 20 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych), zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

Trybunał Konstytucyjny zwrócił także uwagę, że przyjęty w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych sposób ukształtowania składki na ubezpieczenie chorobowe, w przypadku pracownika – jako osoby objętej obowiązkowym ubezpieczeniem chorobowym – oznacza możliwość uiszczania składki na ubezpieczenie chorobowe od przychodu odpowiadającego minimalnemu wynagrodzeniu, określonego w ustawie z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. Nr 200, poz. 1679, ze zm.). Osoby objęte dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym uiszczają natomiast składkę od podstawy wymiaru, jaką jest zadeklarowana kwota, nie niższa niż 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

Opierając się na powyższych ustaleniach co do sytuacji prawnej porównywanych kategorii ubezpieczonych, Trybunał wskazał, że osoby objęte ubezpieczeniem chorobowym stanowią jedną kategorię podmiotów, charakteryzujących się wspólną cechą, jaką jest status ubezpieczonego. Stwierdził ponadto, że zróżnicowanie zakresu świadczeń przysługujących z tytułu ubezpieczenia chorobowego – wynikające z przyznania prawa do zasiłku opiekuńczego tylko osobom podlegającym obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu – należy uznać za nieuzasadnione. Trybunał wskazał też, że w zakresie poddanego kontroli przepisu cechami relewantnymi są: status ubezpieczonego oraz konieczność osobistego sprawowania opieki w okolicznościach wskazanych w art. 32 ust. 1 ustawy o świadczeniach (w brzmieniu wówczas obowiązującym). Na stanowisko Trybunału Konstytucyjnego wyrażone w tej sprawie powołują się zarówno sąd pytający, jak i Prokurator Generalny.

5.2.2. Marszałek Sejmu, prezentujący w swoim stanowisku odmienne zapatrywanie w kwestii podobieństwa obu porównywanych kategorii osób ubezpieczonych, zwrócił uwagę, że

niezależnie od ukształtowania przez ustawodawcę w sposób jednolity sytuacji wszystkich osób objętych ubezpieczeniem chorobowym w zakresie procentowej wysokości składki na ubezpieczenie, w sposób istotnie odmienny została określona podstawa wymiaru składki. W przypadku osób obowiązkowo ubezpieczonych – gdzie podstawą wymiaru składki jest faktycznie uzyskiwany przychód – ubezpieczeni nie mają samodzielnego wpływu na zmianę tak określonej podstawy. Inaczej jest w przypadku ubezpieczonych dobrowolnie, którzy mogą dowolnie kształtować wysokość zadeklarowanej kwoty w granicach ustalonych przez ustawodawcę (nie mniej niż 60% i nie więcej niż 250% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale). Marszałek podkreślił również, że osoby przystępujące dobrowolnie do ubezpieczenia chorobowego są świadome warunków, od jakich uzależnione jest nabycie prawa do świadczeń z tego tytułu. W związku z możliwością samodzielnego kształtowania podstawy wymiaru składki oraz dowolnością przystąpienia lub rezygnacji z ubezpieczenia chorobowego, Marszałek Sejmu uważa różnicowanie wynikające z zakwestionowanego przepisu za uzasadnione.

5.2.3. Przy ustalaniu istnienia cechy relewantnej wspólnej dla porównywanych podmiotów prawa – kluczowej kwestii przy ocenie konstytucyjności zakwestionowanego różnicowania – należy uwzględnić treść aktu normatywnego, w którym znajduje się badana norma, oraz cel tego aktu. W tym kontekście należy stwierdzić, że na gruncie ustawy o świadczeniach i ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w sytuacji prawnej osób podlegających ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie, jak i osób podlegających temu ubezpieczeniu obowiązkowo można odnaleźć zarówno cechy (elementy) podobne, jak i cechy (elementy) różnicujące.

Spośród podobieństw najistotniejsze znaczenie ma to, że obie kategorie porównywanych podmiotów mają status osoby ubezpieczonej, objętej ubezpieczeniem w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych. Od posiadania tego statusu zależy bowiem to, czy zasiłek chorobowy danej osobie może w ogóle przysługiwać. Zarówno sąd, jak i Prokurator Generalny wskazują, że właśnie ta cecha jest istotną cechą relewantną, nakazującą jednakowe traktowanie osób podlegających ubezpieczeniu chorobowemu, niezależnie od tego, czy objęcie tym ubezpieczeniem było obowiązkowe, czy dobrowolne.

Kolejną wspólną cechą jest to, że obie kategorie podmiotów uiszczają składki na ubezpieczenie chorobowe w całości ze środków własnych. Także miesięczna wysokość zasiłku ustalana jest dla obu kategorii podmiotów według jednakowego wskaźnika podstawy wymiaru, wynoszącego, co do zasady, 80% podstawy wymiaru zasiłku (wyjątki są określone w art. 11 ust. 1a i 2 ustawy o świadczeniach). Wysokość składek na ubezpieczenie chorobowe, wyrażona w stopach procentowych, jest również jednakowa dla ubezpieczonych dobrowolnie i obowiązkowo (art. 15 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) i wynosi 2,45% podstawy wymiaru składek.

Te elementy wspólne w sytuacji prawnej ubezpieczonych dobrowolnie i obowiązkowo – w szczególności zaś fakt posiadania statusu osoby ubezpieczonej w razie choroby i macierzyństwa – przesądziły, że Trybunał Konstytucyjny w sprawie o sygn. P 45/06 uznał te podmioty za podobne. Trybunał Konstytucyjny dokonał takiej oceny, mając na uwadze m.in. odmiennie ukształtowany przez ustawodawcę sposób określenia podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe (cz. III pkt 3 uzasadnienia przywoływanego wyroku) oraz różnice w sposobie uzyskiwania zarobków przez osoby dobrowolnie i obowiązkowo ubezpieczone (cz. III pkt 4 uzasadnienia przywoływanego wyroku).

5.2.4. Porządkując elementy różnicujące sytuację prawną osób podlegających ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie oraz obowiązkowo, należy wskazać – po pierwsze – że ustawodawca choć jednakowo ukształtował sytuację wszystkich ubezpieczonych, jeśli chodzi o procentową wysokość składki na ubezpieczenie, w odmienny sposób określił

podstawę jej wymiaru. Zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe. W przypadku osób podlegających dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu podstawę wymiaru składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe stanowi zadeklarowana przez ubezpieczającego się kwota, nie niższa jednak niż 60% prognozowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale (art. 18 ust. 8 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Zgodnie natomiast z art. 20 ust. 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe osób dobrowolnie ubezpieczonych nie może przekraczać miesięcznie 250% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Dla osób podlegających obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu – zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych – podstawą wymiaru składki jest natomiast przychód w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, osiągany m.in. z tytułu zatrudnienia w ramach stosunku pracy (art. 18 ust. 1 w związku z art. 4 pkt 9 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

Po drugie, osoby obowiązkowo objęte ubezpieczeniem chorobowym, na co zwraca uwagę Prokurator Generalny, odprowadzają składkę na ubezpieczenie chorobowe od przychodu uzyskiwanego „w całości”. W myśl art. 20 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych przy ustalaniu podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe nie stosuje się bowiem ograniczenia przewidzianego w art. 19 ust. 1 (tj. ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe do kwoty odpowiadającej trzydziestokrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok kalendarzowy, określonego w ustawie budżetowej). Dla osób podlegających dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe nie może zaś – jak już wskazano – przekraczać miesięcznie 250% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Na gruncie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych można zatem mówić o zróżnicowaniu sytuacji prawnej obu kategorii podmiotów z uwagi na zastosowany w niej mechanizm ograniczenia podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe dla osób dobrowolnie ubezpieczonych.

Po trzecie, w ustawie o świadczeniach pieniężnych wprowadzone zostały dwie zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w zależności od tego, czy osoba ubezpieczona pozostaje w stosunku pracy, czy też nie. Zróżnicowanie tych zasad nie zostało oparte na kryterium charakteru ubezpieczenia – dobrowolność i obowiązkowość, ale na kryterium pozostawania bądź nie w stosunku pracy.

Dla ubezpieczonych niebędących pracownikami – do których zalicza się osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą podlegające z tego tytułu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu – podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przychód za okres 12 miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Przychodem jest, zgodnie z art. 3 pkt 4 ustawy o świadczeniach, kwota stanowiąca podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego niebędącego pracownikiem po odliczeniu kwoty odpowiadającej obecnie 13,71% (w okresie istotnym dla rozstrzygnięcia sprawy przed sądem pytającym było to 15,71%) podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. Natomiast w przypadku osób pozostających w stosunku pracy podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi, co do zasady, przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy.

5.2.5. Pomimo wskazanych tu różnic, a także mimo znaczącej różnicy wynikającej z samej istoty dobrowolności bądź przymusowości przystąpienia do ubezpieczenia chorobowego (samodzielna decyzja o przystąpieniu do ubezpieczenia chorobowego bądź obowiązek z mocy ustawy), Trybunał Konstytucyjny podtrzymuje pogląd wyrażony w wyroku

w sprawie sygn. P 45/06, że są to podmioty podobne (co nie oznacza, że są to podmioty jednakowe). W świetle art. 6 ust. 1 ustawy o świadczeniach „zasilek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego”. Literalne brzmienie tego przepisu wskazuje, że podmiotem uprawnionym do zasiłku chorobowego jest osoba ubezpieczona – bez względu na charakter ubezpieczenia (obowiązkowe czy dobrowolne). Na gruncie ustawy o świadczeniach podstawowym kryterium nabycia prawa do zasiłku chorobowego jest zatem – przede wszystkim – posiadanie statusu „ubezpieczonego”.

To, że ustawodawca jednakowo uregulował pewne elementy sytuacji prawnej obu grup (wysokość procentowa składki, ustalenie miesięcznej wysokości zasiłku według jednakowego wskaźnika podstawy wymiaru, ten sam zakres świadczeń z ubezpieczenia w razie choroby i macierzyństwa), wynika z tego, że podstawowym celem ustawy o świadczeniach jest zapewnienie osobom ubezpieczonym opłacającym składkę środków finansowych na wypadek niemożności osiągania dochodów z tytułu niezdolności do pracy. Cel ten ma swoje źródło w art. 67 ust. 1 Konstytucji, w którym ustrojodawca zagwarantował obywatelom prawo do zabezpieczenia społecznego m.in. w razie „niezdolności do pracy ze względu na chorobę” w granicach wyznaczonych przez ustawę.

Trybunał Konstytucyjny, biorąc pod uwagę cel zakwestionowanej ustawy, za istotne cechy relewantne wyznaczające klasę podmiotów podobnych uznał posiadanie statusu osoby ubezpieczonej w razie choroby i macierzyństwa oraz bycie niezdolnym do pracy ze względu na chorobę. Te dwie cechy wyznaczają krąg podmiotów uprawnionych do zasiłku chorobowego, które powinny być traktowane z poszanowaniem zasady równości.

Wskazane różnice w sytuacji prawnej osób ubezpieczonych dobrowolnie i obowiązkowo nie stanowią – w ocenie Trybunału Konstytucyjnego – istotnej cechy, która nakazywałaby traktować te podmioty odmiennie w zakresie samego prawa do zasiłku chorobowego. Zróżnicowany sposób określenia podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe wynika z innego sposobu uzyskiwania dochodów.

5.2.6. Na marginesie Trybunał Konstytucyjny wskazuje także na stanowisko, jakie w tej kwestii zajął Sąd Najwyższy w uchwale z 12 września 2008 r., sygn. akt I UZP 5/08 (OSNP nr 5-6/2009, poz. 70), stwierdzając, że wskazywane przez SN rozstrzygnięcie (odnoszące się do reguł ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem) „zapewni równe traktowanie osób ubezpieczonych objętych obowiązkowymi i dobrowolnymi ubezpieczeniami chorobowymi, które z tytułu opłacania składek na te ubezpieczenia w takiej samej procentowo stawce powinny być równo traktowane, bez zróżnicowań dyskryminujących lub faworyzujących, tak aby zasiłek chorobowy spełniał funkcję ustawowego świadczenia gwarantującego uzyskanie proporcjonalnych – do przychodu stanowiącego podstawę pobranych składek na ubezpieczenie chorobowe – środków utrzymania na wypadek wystąpienia ryzyka ubezpieczeniowego (choroby wykluczającej uzyskiwanie przychodów z pracy lub prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej)”.

5.3. Ocena konstytucyjności zróżnicowania warunków nabycia prawa do zasiłku chorobowego przez osoby podlegające dobrowolnie oraz obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu.

Trybunał Konstytucyjny w swoim orzecznictwie wskazywał, że zróżnicowanie sytuacji prawnej podmiotów podobnych nie zawsze jest równoznaczne z istnieniem dyskryminacji lub uprzywilejowania. Odstępstwo od zasady równości jest dopuszczalne, o ile spełnia (koniunktywnie) następujące warunki: 1) wprowadzone przez prawodawcę zróżnicowanie musi być racjonalnie uzasadnione, biorąc pod uwagę cel i treść przepisów, w których zawarta jest kontrolowana norma; 2) waga interesu, któremu ma służyć różnicowanie podmiotów

podobnych, musi pozostawać w proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku różnego traktowania podmiotów podobnych; 3) regulacja prawna musi znajdować podstawę w wartościach, zasadach lub normach konstytucyjnych, uzasadniających odmienne traktowanie podmiotów podobnych (por. wyrok z 11 grudnia 2006 r., sygn. SK 15/06, OTK ZU nr 21-22/2007, poz. 337). W grupie podmiotów podobnych – wyodrębnionej na podstawie cechy bycia objętym ubezpieczeniem chorobowym, a także cechy niezdolności do pracy w określonym momencie z powodu choroby – nie powinny mieć miejsca nieuzasadnione racjonalnymi względami (mającymi oparcie w Konstytucji oraz w zakwestionowanej ustawie) różnicowania dotyczące nabywania prawa do zasiłku chorobowego.

W ocenie Trybunału Konstytucyjnego, zakwestionowany art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach nie wprowadza niedopuszczalnego konstytucyjnie różnicowania między tymi podmiotami. Analiza ustawy o świadczeniach oraz ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych prowadzi do wniosku, że różnicowanie wynikające z zakwestionowanego przepisu oparte na kryterium dobrowolności podlegania ubezpieczeniu chorobowemu ma swoje racjonalne uzasadnienie.

Pomimo podobieństwa osób objętych ubezpieczeniem chorobowym dobrowolnie i obowiązkowo, nie można nie dostrzegać różnic w ich sytuacji faktycznej, które mają odzwierciedlenie w pewnym różnicowaniu ich sytuacji prawnej. Są to bowiem podmioty podobne, a nie jednakowe. Z zasady równości wynika zaś postulat traktowania podmiotów równych równo, a podmiotów podobnych podobnie. Trybunał Konstytucyjny wskazywał w swoim orzecznictwie, że różnicowanie podmiotów podobnych mogłoby naruszać art. 32 Konstytucji „tylko pod warunkiem, iż podmioty te charakteryzują się tą samą cechą prawnie relewantną i jednocześnie brak między nimi różnic uzasadniających odmienne traktowanie przez ustawodawcę” (wyrok z 17 stycznia 2001 r., sygn. K 5/00, OTK ZU nr 1/2001, poz. 2). Występowanie nierелеwantnych prawnie różnic między podmiotami podobnymi może stanowić uzasadnienie dopuszczalności odstępstw od zasady równości, zwłaszcza jeżeli służy ono urzeczywistnianiu zasady sprawiedliwości społecznej.

Osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą mogą podlegać ubezpieczeniu chorobowemu wyłącznie dobrowolnie. Dobrowolność ta przejawia się zarówno w dowolności wyboru momentu przystąpienia do ubezpieczenia, jak i rezygnacji z niego. Osoby te mogą zatem podjąć optymalną dla siebie decyzję o przystąpieniu bądź nieprzystąpieniu do ubezpieczenia chorobowego. Takiej możliwości nie mają natomiast osoby podlegające temuż ubezpieczeniu obowiązkowo. Trybunał Konstytucyjny uznał, że nie jest to cecha różnicująca, która nakazywałaby odmienne traktowanie tych kategorii podmiotów w zakresie katalogu świadczeń z ubezpieczenia chorobowego. Jednakże nie jest ona zupełnie obojętna dla ustawodawcy kształtującego system ubezpieczeniowy pod kątem określenia warunków korzystania z poszczególnych świadczeń.

W ocenie sądu pytającego, w uzasadnieniu projektu zakwestionowanej ustawy (druk sejmowy nr 840, III kadencji), której art. 4 ust. 1 pkt 2 stanowi przedmiot oceny konstytucyjności, nie wskazano racjonalnego powodu różnicowania okresów wyczekiwania na zasiłek chorobowy przez ubezpieczonych dobrowolnie i ubezpieczonych obowiązkowo. Zachowanie tego różnicowania – dla uniknięcia sytuacji, w których „osoby ubezpieczone (w szczególności osoby ubezpieczone dobrowolnie), nabyłyby po krótkim, niekiedy kilkudniowym okresie opłacania niewielkich składek (...), prawo do świadczeń przez okres kilku, niekiedy nawet 20 miesięcy” (s. 3 uzasadnienia projektu ustawy) – nie wydaje się, zdaniem sądu, uzasadnione, a zarazem adekwatne do założonego celu ustawy. Abstrakcyjna i hipotetyczna obawa przed narażeniem Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na nienależne wydatki nie stanowi – w ocenie sądu – wystarczającej i odpowiadającej zasadzie proporcjonalności przesłanki różnicowania okresów wyczekiwania.

Trybunał Konstytucyjny zauważa, że przywołane uzasadnienie projektu ustawy o świadczeniach nie zakładało, co do zasady, że osoby ubezpieczone dobrowolnie charakteryzuje wyższa gotowość do nadużywania prawa do świadczeń ubezpieczeniowych. Nadużycia – jak trafnie wskazuje sąd pytający – mogą występować zarówno w grupie osób ubezpieczonych dobrowolnie, jak i obowiązkowo.

Zasadniczym celem zróżnicowania okresów wyczekiwania było natomiast zapewnienie właściwej korelacji między wielkością wpłaconych składek a wysokością wypłaconych zasiłków w obrębie każdej kategorii ubezpieczonych. Przedstawione przez przedstawiciela Sejmu na rozprawie dane, a także zgromadzone przez Trybunał Konstytucyjny informacje na temat wpłat składek i wypłat zasiłków chorobowych w 2007 r. świadczą o istotnej przewadze globalnej kwoty wypłat zasiłków nad wpływami ze składek w grupie ubezpieczonych dobrowolnie. Prowadzi to do konieczności sięgania m.in. po środki zgromadzone ze składek ubezpieczonych obowiązkowo.

Trybunał Konstytucyjny zwraca także uwagę na potrzebę uwzględnienia kilku dalszych czynników. Dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą wartością samą w sobie, służącą optymalizacji podejmowanych przez nie decyzji gospodarczych, pozostaje dobrowolność przystępowania i występowania z systemu ubezpieczenia chorobowego. Pozwala ona na większą swobodę dysponowania środkami finansowymi w ramach prowadzonej przez nie działalności, przeznaczania ich na opłacanie składek lub na inne, dowolnie wybrane cele. Swobody tej nie mają ubezpieczeni obowiązkowo. Nie bez znaczenia jest także elastyczność w zakresie wysokości opłacanej składki, pozwalająca na wybór optymalnej dla dobrowolnie ubezpieczonego podstawy wymiaru (w ustawowych granicach pomiędzy 60% a 250% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale). Również ta swoboda nie dotyczy ubezpieczonych obowiązkowo.

Obie wspomniane tu okoliczności prowadzą do niższej stabilności możliwych do przewidzenia wpływów z opłacanych składek w grupie ubezpieczonych dobrowolnie, co musi być brane pod uwagę przy prognozowaniu możliwości finansowego pokrycia wydatków na należne zasiłki chorobowe. Wydłużenie okresu wyczekiwania ułatwia sformułowanie tego typu prognoz i może sprzyjać zabezpieczeniu środków na wypłatę zasiłków pochodzących ze składek lub z innych źródeł finansowania funduszu chorobowego.

Trybunał Konstytucyjny potwierdza, że status osoby ubezpieczonej, jednakowy dla ubezpieczonych dobrowolnie oraz obowiązkowo, a także cel zasiłku chorobowego – dostarczenie środków utrzymania niezdolnym do pracy ze względu na chorobę – wykluczają dopuszczalność zróżnicowania obu grup ubezpieczonych w zakresie przyznania prawa do zasiłku. Nie wykluczają natomiast możliwości zróżnicowania samych warunków nabycia prawa do zasiłku ze względu na potrzebę zagwarantowania właściwej korelacji pomiędzy wpływami ze składek a wypłatami zasiłku w ramach danej kategorii ubezpieczonych. Korelacji tej wymagają względy sprawiedliwości społecznej rozumiane jako potrzeba zachowania równowagi pomiędzy sumą wpłaconych przez ubezpieczonego składek a sumą wypłaconych mu świadczeń. Zasadzie sprawiedliwości społecznej nie odpowiada bowiem „dofinansowywanie” świadczeń osób ubezpieczonych dobrowolnie przez osoby ubezpieczone obowiązkowo. Sytuacja taka nie byłaby w szczególności pożądana ani społecznie sprawiedliwa, zwłaszcza jeśli uwzględni się dodatkowe uprawnienia ubezpieczonych dobrowolnie, takie jak prawo podjęcia decyzji o przystąpieniu i wystąpieniu z systemu ubezpieczeń chorobowych, możliwość optymalnego wyboru momentu takiej decyzji oraz możliwość elastycznego (w granicach ustawowych) kształtowania podstawy wymiaru składki. Zgodnie zaś z wyrażonym w orzecznictwie Trybunału poglądem, jeżeli zróżnicowanie sytuacji prawnej podmiotów podobnych pozostaje w zgodzie z zasadami sprawiedliwości społecznej lub służy urzeczywistnianiu tych zasad – może być uznane za konstytucyjnie dopuszczalne. „Zostaje ono natomiast uznane za niekonstytucyjną

dyskryminację (uprzywilejowanie), jeżeli nie znajduje podtrzymania w zasadzie sprawiedliwości społecznej. W tym sensie zasady równości wobec prawa i sprawiedliwości społecznej w znacznym stopniu nakładają się na siebie” (orzeczenie TK sygn. K 10/96; por. też wyroki TK: sygn. K 8/97 i z 13 kwietnia 1999 r., sygn. K 36/98, OTK ZU nr 3/1999, poz. 40, s. 243-244). Trybunał Konstytucyjny uznał ponadto, że zróżnicowanie wynikające z zakwestionowanego przepisu jest proporcjonalne. Nie narusza ono istoty uprawnienia do nabycia świadczenia, różnicuje jedynie warunki nabycia tych uprawnień w sposób odpowiadający zasadzie sprawiedliwości społecznej.

Trybunał Konstytucyjny nie jest władny ocenić pozaprawnych (społecznych) aspektów zróżnicowania okresów wyczekiwania na zasiłek chorobowy, a zwłaszcza zasadności skali zróżnicowania tych okresów w odniesieniu do ubezpieczonych dobrowolnie oraz obowiązkowo. Zróżnicowanie to nie powinno jednak utrudniać spełnienia przez zasiłek chorobowy jego funkcji społecznej: dostarczenia środków utrzymania niezdolnym do pracy zawodowej z powodu choroby. Tym samym okres wyczekiwania nie powinien być nadmiernie długi. Konkretny wybór pozostaje jednak w polu decyzji ustawodawcy.

Oceniając regulację zawartą w art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, Trybunał Konstytucyjny uwzględnił także okoliczność, że kwestionowany w pytaniu prawnym przepis został zastąpiony przez nowe uregulowanie, wprowadzone w życie 1 stycznia 2009 r. Nie jest przeto możliwe dokonanie nowelizacji tego przepisu, nawet w wypadku uznania racji przemawiających za modyfikacją okresów oczekiwania. Ogranicza to pole możliwych decyzji w sferze kontroli zgodności tego przepisu ze wskazanymi w pytaniu prawnym wzorcami kontroli konstytucyjności.

W pytaniu prawnym zakwestionowana została konstytucyjność art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach jedynie w odniesieniu do osób ubezpieczonych dobrowolnie, prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą. Trybunał Konstytucyjny związany – zgodnie z art. 66 ustawy o TK – granicami pytania prawnego, a także dopuszczalnością orzekania w zakresie, w jakim odpowiedź Trybunału będzie miała znaczenie dla sprawy zawisłej przed sądem pytającym nie może orzec o konstytucyjności wymogu 180 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego w stosunku do szerszej podmiotowo kategorii „ubezpieczonych dobrowolnie”, do której odnosi się kwestionowany art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach. Wydanie orzeczenia o niekonstytucyjności art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach w granicach pytania prawnego skutkowałoby efektami ubocznymi w odniesieniu do podmiotów objętych zakresem podmiotowym tego przepisu, ale nieobjętych granicami pytania prawnego. Powodowałoby to wtórną nierówność traktowania w obrębie tej samej kategorii ubezpieczonych dobrowolnie, a tym samym kolidowałoby z art. 32 ust. 1 Konstytucji.

Biorąc pod uwagę podobieństwo obu kategorii ubezpieczonych ze względu na wspólną cechę relewantną (status ubezpieczonego), jak też występujące między nimi różnice, potrzebę zapewnienia właściwej korelacji pomiędzy wpływami ze składek a wypłatami z zasiłku w obrębie porównywanych kategorii, a nadto wskazane okoliczności wynikające z wymogu orzekania w granicach pytania prawnego, Trybunał Konstytucyjny uznał art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach – w brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2008 r. oraz w zakresie, w jakim dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, podlegających dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, określa dłuższy niż dla osób podlegających obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu okres nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego wymagany do nabycia prawa do zasiłku chorobowego – za zgodny z art. 2 i art. 32 ust. 1 Konstytucji.

Z powyższych względów Trybunał Konstytucyjny orzekł jak w sentencji.