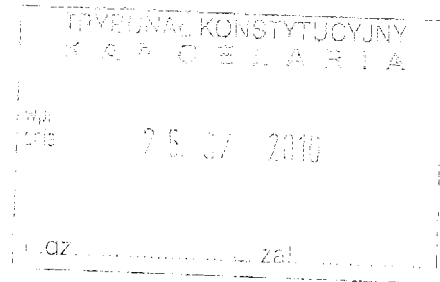




SEJMN  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Sygn. akt P 12/10

Warszawa, dnia 26 lipca 2010 r.



**Trybunał Konstytucyjny**

Na podstawie art. 34 ust. 1 w związku z art. 27 pkt 2 ustawy z dnia 1 sierpnia 1997 r. o Trybunale Konstytucyjnym (Dz. U. Nr 102, poz. 643 ze zm.), w imieniu Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej przedkładam wyjaśnienia w sprawie pytania prawnego Sądu Rejonowego Poznań – Grunwald i Jeżyce w Poznaniu – VI Wydział Ubezpieczeń Społecznych z dnia 26 stycznia 2010 r. (sygn. akt P 12/10), jednocześnie wnosząc o stwierdzenie, że art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512 ze zm.) w zakresie, w jakim nie przewidują odpowiedniego stosowania art. 37 ust. 1 tej ustawy do ustalenia podstawy wymiaru zasiłków chorobowego i macierzyńskiego przysługujących ubezpieczonym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, których niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, **są zgodne** z art. 2 i art. 32 ust. 1 Konstytucji.

## Uzasadnienie

### **I. Przedmiot kontroli**

Przedmiot pytania prawnego stanowią art. 48 ust. 2 oraz art. 52 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512 ze zm., dalej ustawa lub ustawa zasiłkowa).

Kwestionowane przepisy określają zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego i macierzyńskiego w stosunku do osób podlegających ubezpieczeniom społecznym w razie choroby i macierzyństwa (zwane dalej ubezpieczeniem chorobowym), niebędących pracownikami. Do tej grupy zaliczają się m.in. osoby podlegające dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Kwestionowane przez sąd przepisy stanowią, że w przypadku powyższej kategorii ubezpieczonych podstawę wymiaru zasiłku chorobowego (art. 48 ust. 1 ustawy) oraz podstawę wymiaru zasiłku macierzyńskiego (art. 52 ustawy) stanowi przychód osiągnięty w okresie 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Do ustalania podstawy wymiaru zasiłków chorobowego i macierzyńskiego art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy odsyłają do przepisów określających zasady ustalania podstawy wymiaru tych zasiłków przysługujących ubezpieczonym z tytułu stosunku pracy.

Zgodnie z *petitum*, pytanie prawne zostało sformułowane w formie zakresowej – art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy zostały wskazane jako przedmiot kontroli w zakresie, w jakim nie przewidują odpowiedniego stosowania art. 37 ust. 1 tej ustawy „dla ustalenia podstawy wymiaru zasiłku chorobowego i zasiłku macierzyńskiego ubezpieczonym podlegającym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, których niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego”. Nadanie pytaniu powyższej formuły związane jest z zawartymi w ustawie unormowaniami dotyczącymi określenia podstawy wymiaru zasiłków w stosunku do ubezpieczonych, których niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego.

Ustawodawca wprowadził odmienne zasady w odniesieniu do poszczególnych kategorii ubezpieczonych. W stosunku do ubezpieczonych będących pracownikami (art. 37 ust. 1 ustawy) oraz niektórych kategorii ubezpieczonych niebędących pracownikami (m.in. wykonujących pracę nakładczą bądź wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej – art. 49 ustawy) wprowadzono zasadę, że podstawę wymiaru zasiłku stanowi przychód, jaki zostałby osiągnięty za okres pierwszego miesiąca ubezpieczenia, gdyby nie nastąpiła niezdolność do pracy. Regulacja ta ma zniwelować niekorzystne dla ubezpieczonego skutki związane z przyjętym sposobem obliczania podstawy wymiaru zasiłku, zgodnie z którym stanowi ją przeciętne miesięczne wynagrodzenie (art. 36 ust. 1 ustawy). Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pierwszego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia, to przy zastosowaniu tej zasady ubezpieczony otrzymałby zasiłek, którego podstawa jest liczona w odniesieniu do faktycznie przepracowanej liczby dni (i osiągniętego z tego tytułu wynagrodzenia), a nie całego miesiąca. Dążąc do zapewnienia pracownikowi (oraz osobom zrównanym w omawianej sytuacji z pracownikami) zasiłku w wysokości stanowiącej ekwiwalent utraconego zarobku, ustawodawca przyjął zasadę, że podstawą wymiaru zasiłku jest hipotetyczny przychód, który w wymiarze miesiąca powinien osiągnąć ubezpieczony.

Analogiczne zasady nie zostały natomiast przyjęte w stosunku do osób podlegających dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. W rezultacie, w przypadku gdy niezdolność powstała przed upływem pełnego miesiąca ubezpieczenia, podstawę wymiaru zasiłku stanowi przychód, który ubezpieczony zadeklarował za pierwszy miesiąc prowadzenia działalności gospodarczej. Jeżeli działalność gospodarcza została podjęta w trakcie miesiąca kalendarzowego i ubezpieczony zadeklarował w związku z tym dochód w wysokości proporcjonalnie niższej, wówczas ta kwota stanowić będzie podstawę wymiaru zasiłku. Przekłada się to na odpowiednio niższe świadczenia (zasiłek chorobowy bądź macierzyński) w razie wystąpienia niezdolności do pracy w pierwszym miesiącu kalendarzowym.

## **II. Zasada równości**

### **1. Zarzuty sądu**

W ocenie sądu, wprowadzone ustawą zróżnicowanie zasad ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego i macierzyńskiego w przypadku, gdy niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, jest niezasadne. Jak wywodzi sąd: „Zarówno bowiem osoby ubezpieczone dobrowolnie jak i obowiązkowo stanowią jedną grupę charakteryzującą się tą samą relewantną cechą, tj. statusem osoby ubezpieczonej, zatem powinny być jednakowo traktowane w zakresie przysługujących im uprawnień [...]. Brak jest uzasadnienia dla różnicowania podstawy wymiaru zasiłków ubezpieczonych będących pracownikami i ubezpieczonych niebędących pracownikami w sytuacji gdy ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa co do zasady przewiduje ustalenie podstawy wymiaru świadczeń od wynagrodzenia jak w przypadku pracowników i od przychodu jak w przypadku osób ubezpieczonych niebędących pracownikami. [...] Różnicowanie sposobu ustalania podstawy wymiaru zasiłków w razie powstania niezdolności do pracy przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, nie znajduje jakiegokolwiek uzasadnienia przy uwzględnieniu identycznej wysokości stopy procentowej składki na ubezpieczenie chorobowe bez względu na sposób objęcia ubezpieczeniem chorobowym” (pytanie prawne, s. 10-12).

Sąd zwrócił ponadto uwagę na to, że art. 2a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm., dalej ustawa systemowa) nakazuje równe traktowanie wszystkich ubezpieczonych, co dotyczy m.in. obliczania wysokości przysługujących świadczeń. Kwestionowane przepisy naruszają ten wymóg.

W konsekwencji sąd powziął wątpliwość, czy wprowadzone zróżnicowanie jest zgodne z zasadą równości (art. 32 ust. 1 Konstytucji).

## 2. Wzorzec konstytucyjny

Pytający sąd uczynił wzorcem kontroli art. 32 ust. 1 Konstytucji („Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne”).

W świetle utrwalonego orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, zasada równości polega na tym, że: „[...] wszystkie podmioty prawa (adresaci norm prawnych), 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 TK z 9 marca 1988 r., sygn. akt U 7/87). Jeżeli kontrolowana norma traktuje odmiennie adresatów, którzy charakteryzują się wspólną cechą istotną (relewantną), wówczas dochodzi do odstępstwa od zasady równości.

Trybunał Konstytucyjny zwracał uwagę, że odstępianie od równego traktowania podmiotów odznaczających się wspólną cechą relewantną bez naruszenia konstytucyjnych zasad, w tym zwłaszcza zasady równości, może „nastąpić tylko wyjątkowo i gdy znajduje przekonujące uzasadnienie w innych chronionych konstytucyjnie wartościach” (orzeczenie TK z 23 października 1995 r., sygn. akt K 4/95). Oznacza to, że zróżnicowanie regulacji prawnej w odniesieniu do pewnej, wyodrębnionej grupy adresatów, nawet jeżeli podmioty te odznaczają się wspólną cechą relewantną, nie zawsze jest równoznaczne z istnieniem dyskryminacji lub uprzywilejowania. Konieczna jest bowiem ocena kryterium, na podstawie którego dokonano owego zróżnicowania (por. wyroki TK z: 24 lutego 1999 r., sygn. akt SK 4/98; 9 maja 2005 r., sygn. akt SK 14/04). Najważniejszego znaczenia nabiera w tym kontekście ustalenie „cechy istotnej”, przesądzającej o uznaniu porównywanych podmiotów za podobne lub odmienne. Należy zastrzec, że ustawodawcy przysługuje pewna swoboda przy określeniu cechy relewantnej, według której dokonywane jest zróżnicowanie sytuacji prawnej poszczególnych adresatów. Rozumienie zasady równości musi uwzględniać ponadto dziedzinę stosunków, jakich dotyczy regulacja prawna, wprowadzająca określone zróżnicowanie. Trybunał wskazuje, że: „Im słabsza bowiem ranga czy ochrona wolności, prawa, czy innej konstytucyjnej wartości «towarzyszącej» dokonywanemu zróżnicowaniu, tym większa swoboda pozostawiona jest ustawodawcy do stosowania takich cech relewantnych, które wprowadzają to zróżnicowanie, i tym

większa winna być gotowość Trybunału Konstytucyjnego do akceptowania „odmiennego traktowania sytuacji w zasadzie podobnych” (wyrok w sprawie o sygn. akt SK 14/04).

### **3. Analiza zgodności**

1. Stosownie do występującego zróżnicowania w zakresie źródeł uzyskiwania przychodu przez osoby fizyczne, ustawa systemowa wprowadza różne tytuły ubezpieczeń społecznych (ze stosunku pracy, z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej itd.). Z uwagi na specyfikę poszczególnych tytułów ubezpieczeń, różnie ukształtowane zostały zarówno zasady podlegania ubezpieczeniu (np. ubezpieczenie obowiązkowe bądź dobrowolne), jak i zakres przysługujących z tego tytułu świadczeń.

Ustawa systemowa statuuje zasadę równego traktowania wszystkich ubezpieczonych bez względu na płeć, stan cywilny, stan rodzinny, co odnosi się w szczególności do warunków objęcia systemem ubezpieczeń społecznych, obowiązku opłacania i obliczania wysokości składek na ubezpieczenie społeczne, obliczania wysokości świadczeń oraz okresu wypłaty świadczeń i zachowania prawa do świadczeń (art. 2a ustawy systemowej).

Zasada równego traktowania (równości) osób podlegających ubezpieczeniom społecznym nie ma charakteru bezwzględnego, a więc nie wymaga, aby wszyscy ubezpieczeni byli traktowani przez prawodawcę w sposób identyczny. W orzecznictwie sądowym wielokrotnie wskazywano na ten aspekt zróżnicowania ubezpieczeń społecznych. Dokonując wykładni art. 2a ustawy systemowej, Sąd Najwyższy zaznaczył, że: „Nie oznacza to [...], że wyłączone są różnice w rodzajach świadczeń, różnych w odmiennych ubezpieczeniach. Z przepisu tego nie da się wywieść zakazu wprowadzania zróżnicowanych systemów ubezpieczenia (zabezpieczenia) społecznego dla pracowników i dla osób prowadzących działalność gospodarczą, a w konsekwencji różnicowania świadczeń przysługujących ubezpieczonym należącym do różnych systemów ubezpieczenia. Należy wskazać, że swoboda ustawodawcy do kształtowania systemów ubezpieczenia społecznego, w tym określania świadczeń w ramach poszczególnych systemów ubezpieczenia, jest szeroka” (wyrok SN z 22 stycznia 2002 r., sygn. akt II UKN 58/01). Podobny pogląd Sąd Najwyższy wyraził w postanowieniu z 8 lutego 2006 r. (sygn. akt III UZP

3/05), stwierdzając, że: „Równe traktowanie ubezpieczonych nie oznacza «jednakowości» stosunków ubezpieczenia społecznego wszystkich ubezpieczonych i każdego z nich. Tytuł ubezpieczenia jest jednym z usprawiedliwionych kryteriów dyferencjacji sytuacji ubezpieczonych, akceptowanym zarówno przez doktrynę jak i orzecznictwo. [...] Oznacza to, że zasady nabywania prawa do świadczeń przez ubezpieczonych będących pracownikami mogą być ukształtowane inaczej niż ubezpieczonych z innych tytułów”.

2. Odnosząc się do sformułowanego przez sąd zarzutu naruszenia nakazu równego traktowania ubezpieczonych (art. 2a ustawy systemowej) należy w pierwszym rzędzie zauważyć, że sąd zakwestionował w ten sposób zgodność przepisów zawartych w ustawie zasiłkowej z przepisem ustawy systemowej. Tymczasem, rozstrzygnięcie co do zgodności norm o tej samej mocy prawnej (zgodność „pozioma”) nie jest objęte kognicją Trybunału Konstytucyjnego. W związku z powyższym pytający sąd mógł przywoływać zasadę równego traktowania ubezpieczonych wyłącznie w charakterze przepisu stanowiącego – na poziomie ustawy systemowej – emanację konstytucyjnej zasady równości i tylko w tym zakresie zarzut ten może podlegać rozpatrzeniu, natomiast samoistne rozstrzygnięcie o zgodności kwestionowanych przepisów ustawy zasiłkowej z ustawą systemową jest niedopuszczalne.

3. Podnoszone w pytaniu wątpliwości konstytucyjnoprawne oparte zostały na zarzucie naruszenia zasady równego traktowania ubezpieczonych. Pytający sąd zajął stanowisko, że status ubezpieczonych będących pracownikami oraz ubezpieczonych z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej jest identyczny. W konsekwencji wszelkie zróżnicowanie sytuacji prawnej ubezpieczonych niebędących pracownikami, w porównaniu z ubezpieczonymi z tytułu stosunku pracy, nosić będzie znamiona naruszenia zasady równości. Uzasadniając to stanowisko, sąd posłużył się dwojakiego rodzaju argumentacją. Po pierwsze, wskazał, że osoby zaliczone do każdej z tych grup w jednakowym stopniu odznaczają się statusem ubezpieczonego (osoby podlegającej ubezpieczeniu) oraz opłacają składkę na ubezpieczenie chorobowe według tej samej stawki. Wymienione okoliczności przesądzają o wystąpieniu w tym przypadku wspólnej cechy relewantnej. Po drugie, w uzasadnieniu pytania prawnego sąd odwołał się do wyroku

Trybunału Konstytucyjnego z 6 marca 2007 r. (sygn. akt P 45/06), dotyczącego przepisów ustawy zasiłkowej, które pozbawiały osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą prawa do zasiłku pielęgnacyjnego. Trybunał stwierdził wówczas, że wprowadzenie przez ustawodawcę podziału na ubezpieczonych podlegających obowiązkowo i dobrowolnie ubezpieczeniu nie stanowi podstawy do pozbawienia tej ostatniej grupy prawa do zasiłku opiekuńczego w sytuacji, gdy obie grupy ubezpieczonych opłacają składkę w takiej samej wysokości. W tym kontekście Trybunał wyraził pogląd, iż nie istnieją podstawy do różnicowania statusu ubezpieczonych i przysługujących im uprawnień z uwagi na to, czy chodzi o osoby podlegające przymusowemu czy też dobrowolnemu ubezpieczeniu. W oparciu o uzasadnienie powyższego wyroku sąd wywiódł, że wszystkie grupy ubezpieczonych powinny być traktowane w jednakowy sposób w zakresie ochrony ubezpieczeniowej. W analizowanej sytuacji zasady określania wymiaru podstawy zasiłku w przypadku, gdy niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia, powinny być jednakowe bez względu na tytuł podlegania ubezpieczeniu chorobowemu.

4. Analiza rozwiązań prawnych w zakresie ubezpieczenia chorobowego osób będących pracownikami oraz osób podlegających ubezpieczeniu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej nakazuje przyjąć, że ustawodawca nie uregulował sytuacji prawnej obu grup w sposób jednakowy. Świadczą o tym następujące różnice w zakresie zasad ubezpieczenia chorobowego:

- a. ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą ma charakter dobrowolny (art. 11 ust. 2 ustawy systemowej), w przeciwieństwie (m.in.) do pracowników, których ubezpieczenie chorobowe jest obowiązkowe (art. 11 ust. 1 ustawy systemowej). Dobrowolność objęcia ubezpieczeniem rodzi istotne konsekwencje. Po pierwsze, osoba osiągająca przychód z danego rodzaju działalności samodzielnie decyduje o fakcie podlegania ubezpieczeniu. W przypadku niezgłoszenia do ubezpieczenia jej przychód ulega zwiększeniu, jako że nie ulega potrąceniu składka na ubezpieczenie. Po drugie, dobrowolność ubezpieczenia oznacza, że osoba prowadząca działalność gospodarczą może dowolnie kształtować, a więc przerywać i wznowiać, okresy podlegania ubezpieczeniom. Jeżeli zatem przedsiębiorca przyjmuje



założenie, że w danym okresie ryzyko wystąpienia niezdolności do pracy z tytułu choroby jest niskie lub też podlega już ubezpieczeniu chorobowemu z innego tytułu bądź też charakter wykonywanej przez niego działalności nie wymaga osobistego świadczenia pracy, może zaprzestać podlegania ubezpieczeniu, co zwiększy jego przychód. Po trzecie, pracownik podlega obowiązkowi ubezpieczenia odrębnie z każdego stosunku pracy, także gdy występują one równocześnie. Z kolei osoba prowadząca pozarolniczą działalność dysponuje wyborem w przedmiocie podlegania ubezpieczeniu w razie zbiegu kilku (nieobowiązkowych) tytułów ubezpieczenia;

- b. przychód osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą jest określany na podstawie deklaracji ubezpieczonego, zaś w przypadku pracowników jest on wyznaczony na podstawie wynagrodzenia osiągniętego przez tę osobę;
- c. wysokość przychodu stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ubezpieczonych z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej podlega ograniczeniu – zadeklarowana kwota nie może być niższa niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek (art. 18 ust. 8 ustawy systemowej) oraz wyższa niż 250% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale (art. 20 ust. 3 ustawy systemowej). Wprowadzone ograniczenia ma służyć przeciwdziałaniu nadużyciom (por. J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, wyd. 3, Kraków 2006, s. 172, który wskazuje, że „chodzi o to, aby przed przewidywanym udaniem się «na chorobowe» nie zadeklarować wygórowanej podstawy wymiaru”);
- d. ustawodawca różnicuje tzw. okres wyczekiwania – osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą nabywają prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, zaś osoby podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu – po 30 dniach (art. 4 ust. 1 ustawy zasiłkowej);
- e. w przypadku ubezpieczonych z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej ustawodawca jedynie częściowo realizuje zasadniczą funkcję przypisywaną zasiłkowi chorobowemu, jaką jest

zapewnienie przez okres niezdolności do pracy ekwiwalentu za utracony zarobek. W literaturze podkreśla się tę cechę zasiłku chorobowego wskazując, że w związku z brakiem wynagrodzenia za okres niezdolności do pracy zasiłek ma stanowić podstawę egzystencji (por. I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, Warszawa 2007, s. 341 i 357). Z kolei w przypadku prowadzących działalność gospodarczą zasiłek chorobowy tylko w ograniczonym stopniu realizuje tę funkcję. Ustawa wprowadziła bowiem maksymalną kwotę miesięcznego przychodu, stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku chorobowego. Przedsiębiorca osiągający miesięczny przychód w kwocie wielokrotnie przekraczającej przeciętne miesięczne wynagrodzenie nie otrzyma zatem zasiłku w ekwiwalentnej wysokości. Przede wszystkim jednak wypłata zasiłku chorobowego nie została uzależniona od tego, aby osoba prowadząca działalność gospodarczą nie osiągnęła w czasie niezdolności do pracy przychodu (wynagrodzenia). Tymczasem takie ograniczenie przyjęto w stosunku do osób podlegających ubezpieczeniu z tytułu stosunku pracy;

- f. ustawodawca nie wprowadził szczególnych zasad ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w stosunku do ubezpieczonych z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej, jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego. Stosowna regulacja obowiązuje natomiast w stosunku do pracowników, jak i niektórych innych grup ubezpieczonych niebędących pracownikami.

Wskazane różnice w statusie prawnym ubezpieczonych z tytułu stosunku pracy oraz z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej dowodzą, że ustawodawca nie traktuje obu grup ubezpieczonych w sposób identyczny.

5. Zgodzić należy się z oceną sformułowaną przez pytający sąd, iż poddana ocenie regulacja prowadzi do zróżnicowania w obrębie dwóch kategorii osób podlegających ubezpieczeniu chorobowemu – ubezpieczonych z tytułu stosunku pracy oraz ubezpieczonych z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Uznanie zasadności zarzutu sądu co do naruszenia w tym zakresie konstytucyjnej zasady równości wymaga jednakże wcześniejszego stwierdzenia, że obie kategorie

ubezpieczonych odznaczają się wspólną cechą relewantną, która nakazuje kształtować ich sytuację prawną w danej sferze w sposób identyczny.

Zdaniem sądu, okolicznościami przesądzającymi o wystąpieniu w analizowanej sprawie wspólnej cechy relewantnej są: posiadanie statusu osoby ubezpieczonej oraz opłacanie składki na ubezpieczenie chorobowe według tej samej stawki procentowej (pytanie prawne, s. 10 i 11). Z tego względu, sąd traktuje zróżnicowanie obu grup ubezpieczonych w zakresie ustalania podstawy wymiaru zasiłku za niedopuszczalne.

Uznanie podmiotów za podobne może nastąpić wyłącznie w oparciu o całokształt cech, które wyznaczają ich sytuację prawną w danej dziedzinie. W szczególności, dla stwierdzenia wystąpienia cechy relewantnej, nakazującej jednakowe traktowanie dwóch grup podmiotów, nie jest wystarczające wskazanie jednostkowych cech wspólnych.

Pomiędzy ubezpieczonymi z tytułu stosunku pracy oraz z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej występuje zróżnicowanie obejmujące różne aspekty (por. pkt II.4 stanowiska). Stawia to w wątpliwość zasadność tezy, że obie grupy ubezpieczonych odznaczają się wspólną cechą relewantną, wymagającą jednakowego uregulowania zasad ustalania podstawy wymiaru zasiłku w przypadku, gdy niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia.

O dopuszczalności zróżnicowania obu grup podmiotów w zakresie kwestionowanym przez sąd wydaje się przemawiać nadanie ubezpieczeniu chorobowemu osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą następujących cech:

- a. dobrowolny charakter ubezpieczenia. Jeżeli osoba prowadząca działalność gospodarczą uzna, że warunki ubezpieczenia są dla niej niekorzystne bądź też składka na ubezpieczenie chorobowe stanowi dla niej zbyt duże obciążenie, wówczas nie przystępuje ona do ubezpieczenia. Jednocześnie przedsiębiorca dysponuje swobodą w zakresie określenia terminu przystąpienia do ubezpieczenia. W przypadku, gdy stwierdzi, iż obowiązujące zasady określania podstawy wymiaru świadczenia w razie podjęcia działalności gospodarczej w innym dniu niż pierwszy dzień miesiąca (taka sytuacja miała miejsce w sprawie zawisłej przed pytającym sądem) są dla niego niekorzystne, może on podjąć działalność

- gospodarczą z początkiem miesiąca kalendarzowego, ewentualnie przystąpić do ubezpieczenia z początkiem następnego miesiąca;
- b. odejście przez ustawodawcę od zasady, że zasiłek ma charakter ekwiwalentu (pełnego) za utracony zarobek i stanowi podstawę egzystencji w okresie niezdolności do świadczenia pracy. Oprócz wskazanych w pkt II.4 stanowiska ograniczeń dotyczących podstawy wymiaru zasiłku, podkreślenia wymaga okoliczność, że w przypadku ubezpieczonych z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej zasiłek chorobowy przestaje pełnić wyłącznie funkcje kompensacyjne (a w sytuacji, gdy prowadzenie działalności nie jest oparte jedynie na pracy osobistej przedsiębiorcy w ogóle takiej funkcji może nie spełniać), bowiem ustawodawca nie wyklucza sytuacji, w której w okresie niezdolności do pracy osoba prowadząca działalność gospodarczą osiąga przychód z tego tytułu;
- c. brak możliwości wskazania z góry wysokości przychodu, stanowiącego podstawę wymiaru składki. W odniesieniu do ubezpieczonych, wobec których możliwe jest oszacowanie z góry wysokości miesięcznego przychodu, ustawodawca wprowadził regulację, zgodnie z którą ustalenie wymiaru zasiłku następuje poprzez odniesienie do zakładanej wysokości miesięcznego wynagrodzenia. Mechanizm ten dotyczy m.in. ubezpieczonych z tytułu stosunku pracy – podstawę wymiaru zasiłku stanowi wynagrodzenie miesięczne, zaś w razie nieosiągnięcia żadnego wynagrodzenia – kwota zmiennych składników wynagrodzenia, wypłacana pracownikom zatrudnionym na podobnym stanowisku u tego samego pracodawcy. Oszacowanie wysokości przychodu według powyższych zasad jest możliwe również w stosunku do niektórych ubezpieczonych niebędących pracownikami (osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej, członkowie spółdzielni rolniczych itd.). Inaczej sytuacja przedstawia się w odniesieniu do osób, prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą. W przypadku tej grupy ubezpieczonych brak jest jakiegokolwiek punktu odniesienia, który pozwoliłby na obiektywne oszacowanie rzeczywistej podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, a podstawa wymiaru składki oparta jest jedynie na deklaracji ubezpieczonego;

- d. samodzielny charakter prowadzonej działalności, z czym wiąże się obciążenie przedsiębiorcy ryzykiem (pełnym) wynikającym z tego tytułu. Niewątpliwie prowadzenie działalności gospodarczej stanowi tę sferę zarobkowania, która obarczona jest innego rodzaju ryzykiem i w innej skali w porównaniu z osiąganiem przychodu ze stosunku pracy. Pracownik świadczy pracę na rzecz pracodawcy i w tym zakresie pozostaje on w pełni podporządkowany. Jednocześnie na pracodawcę zostały nałożone liczne obowiązki w stosunku do pracownika, także w sferze ubezpieczeń społecznych (np. obowiązek zapłaty części składki na ubezpieczenie społeczne). Z kolei prowadzenie działalności gospodarczej ma charakter samodzielnej aktywności zarobkowej wykonywanej na własne ryzyko. Pracodawca uwzględnia tę specyfikę, przyznając prowadzącemu działalność gospodarczą znacznie większą swobodę (np. co do wyboru prawnej formy prowadzenia działalności, formy opodatkowania czy też kwestii podlegania ubezpieczeniu chorobowemu), ale jednocześnie wprowadza zasadę, że przedsiębiorca samodzielnie i w pełnym zakresie ponosi ryzyko prowadzonej przez siebie działalności.

Odmienne od stanowiska prezentowanego przez sąd pytający należy w konsekwencji przyjąć, że różnice występujące pomiędzy obydwoma grupami ubezpieczonych są na tyle istotne, że dopuszczają w tym względzie wprowadzenie odmiennych regulacji, w tym również mniej korzystnych z punktu widzenia ubezpieczonych z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

Trzeba też wyraźnie podkreślić, że wskazywana przez sąd wspólna cecha obu grup ubezpieczonych, jaką jest status osoby ubezpieczonej, nie może być uznana za cechę relewantną, uniemożliwiającą wprowadzenie jakichkolwiek przepisów różnicujących sytuację prawną w obrębie obu grup ubezpieczonych, bądź przewidujących ograniczenia w stosunku do jednej z nich. Warto wskazać, że konsekwencją przyjęcia tezy sądu byłby m.in. zakaz różnicowania statusu ubezpieczonych w postaci np. poddania niektórych ubezpieczonych obowiązkowi ubezpieczenia, zaś pozostałych – dobrowolności.

W związku ze sformułowanym przez sąd zarzutem konieczne jest również poczynienie sprostowania, iż ustawodawca nie wprowadził zróżnicowania sytuacji prawnej ubezpieczonych ze względu na to, czy ubezpieczenie jest obowiązkowe czy dobrowolne (jak wskazuje sąd), ale w istocie mając na względzie to, czy istnieje

podstawa do oszacowania wysokości miesięcznego przychodu inna niż deklaracja podlegającego ubezpieczeniu. Tak więc identycznie jak osoby podlegające ubezpieczeniu z tytułu stosunku pracy (ubezpieczenie obowiązkowe) traktowane są np. osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej, podlegające dobrowolnemu ubezpieczeniu (por. art. 49 ustawy zasiłkowej). W przypadku tej ostatniej grupy możliwe jest zobjektywizowane oszacowanie przychodu, które osoby te osiągnęłyby w wymiarze miesięcznym, gdyby nie wystąpiła niezdolność do pracy.

6. Jak wskazywano, specyfika zasad ubezpieczenia osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą wyraża się m.in. tym, że wysokość uzyskiwanego przez nie przychodu nie jest, co do zasady, możliwa do wyznaczenia z góry. Dlatego ustawodawca przyjął zasadę, zgodnie z którą składki na ubezpieczenie społeczne oraz chorobowe odprowadzone są od wysokości przychodu, zadeklarowanego przez przedsiębiorcę. Taki system rozliczania wywołuje określone konsekwencje.

Po pierwsze, w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą częstym zjawiskiem jest nierównomierność wysokości przychodów osiąganych w ciągu roku. Skoro świadczenia z tytułu ubezpieczenia chorobowego mają stanowić ekwiwalent za utracony przychód, który z kolei może podlegać znacznym wahaniom w skali roku, w stosunku do osób prowadzących działalność gospodarczą przyjęty został roczny okres jako podstawa wymiaru zasiłku chorobowego (art. 48 ust. 1 ustawy). Rozwiązanie to jednocześnie znajduje uzasadnienie z punktu widzenia systemu ubezpieczeń społecznych. Jednym z fundamentów racjonalnego systemu ubezpieczeniowego jest występowanie relacji między kwotą opłaconej składki a ryzykiem ubezpieczeniowym oraz wysokością świadczeń wypłacanych w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Tę relację stosunkowo łatwo jest zachować w przypadku osób odznaczających się w miarę stałą wysokością dochodów (pracowników, członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych itd.), trudniej zaś, gdy wysokość przychodów podlega zróżnicowaniu, przy czym sam przychód jest deklarowany przez ubezpieczonego.

Ustawodawca powiązał wysokość należnych składek oraz ewentualnych świadczeń z zasiłku chorobowego z przychodem uzyskiwanym przez ubezpieczonego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Zatem, jeżeli ubezpieczony osiągał przychód tylko przez część miesiąca, jako że

przystąpienie do ubezpieczenia nastąpiło w trakcie miesiąca kalendarzowego, to tylko ten przychód stanowić będzie podstawę wymiaru zasiłku chorobowego. Stąd niewłaściwa jest interpretacja przyjmowana przez pytający sąd, że w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia w trakcie trwania miesiąca kalendarzowego możliwe jest złożenie deklaracji „za pełny miesiąc ubezpieczenia chorobowego” (pytanie prawne, s. 8), z jednoczesnym wskazaniem hipotetycznej kwoty przychodu za cały miesiąc.

Po drugie, mechanizm ustalania podstawy wymiaru zasiłku w oparciu o deklarowaną przez ubezpieczonego kwotę przychodu może prowadzić do tego, że w danym miesiącu (kolejnych kilku miesiącach) ubezpieczony będzie deklarował wysoki przychód i następnie, w niedalekiej przyszłości, z tytułu (spodziewanej) niezdolności do pracy będzie pobierał proporcjonalnie wysoki zasiłek chorobowy bądź macierzyński. Taka sytuacja miała miejsce w postępowaniu, w związku z którym zostało przedstawione pytanie prawne – skarżący między 11 a 39 dniem po rozpoczęciu działalności gospodarczej był niezdolny do pracy ze względu na chorobę, a począwszy od 40 dnia – ze względu na przejęcie po małżonce urlopu macierzyńskiego. W praktyce nie można też wykluczyć, że przedsiębiorca podejmie działalność gospodarczą tylko po to, aby przystąpić do ubezpieczenia chorobowego. Dążąc do przeciwdziałania tego typu sytuacjom, ustawodawca wprowadził tzw. okres wyczekiwania, który w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą wynosi 90 dni. Nie znajduje on jednak zastosowania, gdy ubezpieczony podlegał bezpośrednio przed rozpoczęciem działalności gospodarczej ubezpieczeniu chorobowemu z innego tytułu.

Po trzecie, trzeba zwrócić uwagę na wprowadzony przez ustawodawcę okres rozliczeniowy w przypadku ubezpieczenia chorobowego, którym jest miesiąc kalendarzowy. Wspomniano już, że osoba prowadząca działalność gospodarczą podlega ubezpieczeniu dobrowolnemu, tak więc decyzja o przystąpieniu do ubezpieczenia, jak i sama data przystąpienia została pozostawiona w jej gestii. Chcąc uniknąć potencjalnie niekorzystnych skutków wynikających ze zgłoszenia do ubezpieczenia w trakcie miesiąca kalendarzowego, ubezpieczony może dokonać zgłoszenia do ubezpieczenia czy wręcz rozpocząć prowadzenie działalności gospodarczej z początkiem miesiąca kalendarzowego.

Wskazane wyżej odmienności cechujące ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność gospodarczą stanowią, obok okoliczności podniesionych

w pkt II. 5 stanowiska, uzasadnioną i racjonalną przyczynę braku, w stosunku do tej grupy ubezpieczonych, regulacji wprowadzającej preferencyjne zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłku chorobowego w przypadku, gdy niezdolność powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia.

Na tle sprawy zawisłej przed pytającym sądem, w związku z którą zostało przedstawione pytanie prawne, nie może budzić wątpliwości, że okres ubezpieczenia, któremu podlegał prowadzący działalność gospodarczą (skarżący), wynoszący 10 dni, jest zdecydowanie zbyt krótki, aby miarodajnie określić wysokość przychodu stanowiącego podstawę wymiaru zasiłku. Warto też nadmienić, iż, relacjonując okoliczności faktyczne sprawy, sąd przytoczył argumentację skarżącego, zgodnie z którą zadeklarowana kwota przychodu miała mu zagwarantować „właściwe zabezpieczenie finansów na wypadek choroby” (pytanie prawne, s. 2), zaś wysokość deklarowanego przychodu z prowadzonej działalności gospodarczej była identyczna jak wysokość wynagrodzenia, jakie otrzymywał w ramach wcześniejszego stosunku pracy.

7. W uzasadnieniu pytania prawnego pytający sąd wskazał, że nakaz równego traktowania obu grup ubezpieczonych w omawianym zakresie znajduje oparcie w stanowisku wyrażonym w wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie o sygn. akt P 45/06. Zasadność tego twierdzenia musi jednakże budzić wątpliwości. W cytowanym wyroku Trybunał odniósł się do przepisów, które pozbawiały pewną grupę ubezpieczonych (przedsiębiorców) prawa do jednego z zasiłków przewidzianych ustawą (zasiłek pielęgnacyjny) w ogóle. Sąd konstytucyjny uznał to rozwiązanie za nieracjonalne i nieuzasadnione, w szczególności, gdy grupa ta opłaca składkę w procentowo takiej samej wysokości, co podmioty, którym zasiłki te w myśl ustawy przysługują. Rozstrzygając tę kwestię, Trybunał wyraźnie zastrzegł, że nakaz równego traktowania obu grup ubezpieczonych dotyczy konkretnie rozpatrywanego stanu prawnego. Mając na względzie powyższe zastrzeżenie, nie można się zgodzić z interpretacją przyjmowaną przez pytający sąd, zgodnie z którą status osób podlegających ubezpieczeniu z różnych tytułów, a w szczególności spoczywające na nich obowiązki oraz przysługujące uprawnienia, muszą być identyczne. W świetle tego wyroku, jak i cytowanych wyżej orzeczeń Sądu Najwyższego brak jest podstaw do przyjęcia tezy o istnieniu obowiązku w pełni identycznego traktowania przez



ustawodawcę wszystkich grup ubezpieczonych, nawet jeżeli opłacają składkę ubezpieczeniową według tej samej skali.

8. Sąd podniósł ponadto, że kwestionowany przepis nie pełni w należyty sposób swojej funkcji, jako że celem ustawy zasiłkowej jest zapewnienie środków finansowych ubezpieczonym, którzy z powodu zaistnienia zdarzeń objętych ryzykiem ubezpieczenia chorobowego nie mogą uzyskiwać dochodu ze swojej działalności zarobkowej. Jak wywiódł, świadczenia te mają stanowić ekwiwalent za brak owego dochodu, bowiem ubezpieczony w trakcie niezdolności do pracy nie może uzyskiwać przychodu z działalności zarobkowej.

W świetle przedstawionej w punktach poprzedzających argumentacji teza ta nie może być uznana za zasadną. Wskazywano, że w przypadku ubezpieczenia chorobowego osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą ubezpieczenie nie pełni roli kompensacyjnej w takim wymiarze, jak w przypadku ubezpieczonych pozostających w stosunku zatrudnienia. W szczególności, odmiennie niż w przypadku ubezpieczonych z tytułu stosunku pracy, fakt pobierania zasiłku chorobowego nie wyklucza możliwości osiągnięcia *de facto* przychodu z prowadzonej działalności.

9. Zgodnie z orzecnictwem Trybunału Konstytucyjnego, ustawodawca dysponuje szerokim zakresem swobody w kształtowaniu rozwiązań prawnych w sferze ubezpieczeń społecznych. Swoboda ta nie może jednak oznaczać dowolności w tworzeniu prawa, stanowiąc normy prawne prawodawca jest bowiem zawsze związany zasadami Konstytucji (por. wyroki TK z: 24 kwietnia 2006 r., sygn. akt P 9/05; 6 marca 2007 r., sygn. akt P 45/06). W sprawach dotyczących problematyki społecznej Trybunał zwracał uwagę także na to, aby zróżnicowanie systemów ubezpieczenia społecznego nie było nadmierne (wyrok TK z 22 czerwca 1999 r., sygn. akt K 5/99).

Kwestionowane przez sąd przepisy prowadzą – w pewnej sytuacji – do zróżnicowania wysokości zasiłków z tytułu ubezpieczenia chorobowego przysługujących różnym grupom ubezpieczonych. Zróżnicowanie to znajduje jednak podstawę w tym, że pracownicy oraz osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą nie stanowią jednorodnej grupy podmiotów, a zróżnicowanie w tym zakresie, jak również odmienne zasady podlegania ubezpieczeniom powodują, że

nie występuje w tym przypadku wspólna cecha relewantna. Różnicując sytuację prawną obu grup, ustawodawca nie naruszył konstytucyjnej zasady równości.

10. Mając na względzie powyższe, należy uznać, że w przypadku ubezpieczonych z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej dopuszczalne jest wprowadzenie odmiennych zasad określania podstawy wymiaru zasiłków chorobowego i macierzyńskiego, jeżeli niezdolność do pracy powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowym, w porównaniu z ubezpieczonymi będącymi pracownikami. Z tego względu art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy zasiłkowej w zakresie, w jakim nie przewidują odpowiedniego stosowania art. 37 ust. 1 tej ustawy dla ustalenia podstawy wymiaru zasiłków chorobowego i macierzyńskiego przysługujących ubezpieczonym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, których niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, **są zgodne** z art. 32 ust. 1 Konstytucji.

### **III. Zasada sprawiedliwości społecznej**

#### **1. Zarzuty sądu**

Sąd podniósł ponadto zarzut niezgodności art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy zasiłkowej z konstytucyjną zasadą sprawiedliwości społecznej (art. 2 Konstytucji).

W pytaniu sąd nie przedstawił odrębnego uzasadnienia odnoszącego się do tego zarzutu. Ograniczył się wyłącznie do wskazania, że w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego podkreśla się występowanie związku pomiędzy konstytucyjnymi zasadami równości oraz sprawiedliwości społecznej.

#### **2. Wzorzec konstytucyjny**

Zasada sprawiedliwości społecznej stanowi jeden z komponentów składających się na zasadę państwa prawnego (art. 2 Konstytucji).

Trybunał Konstytucyjny dokonał pogłębionej wykładni tej zasady w uzasadnieniu wyroku z 12 grudnia 2001 r. (sygn. akt SK 26/01). Jak stwierdził: „Wyrażona w tym przepisie zasada sprawiedliwości społecznej nie stanowi jedynie

ogólnej zasady ustrojowej Rzeczypospolitej Polskiej czy też swoistej «dyrektywy programowej». W uznaniu Trybunału na gruncie tego przepisu można wskazać szczególne prawo podlegające ochronie, jakim jest prawo do sprawiedliwego traktowania, jeśli zarazem jest ono odnoszone do sfery stosunków objętych gwarancjami konstytucyjnymi, choćby ogólnie ujętymi. Jest ono sprzężone z obowiązkiem państwa stania na straży sprawiedliwości społecznej poprzez zaniechanie aktów (działań) mogących stać z nią w sprzeczności oraz eliminowanie takich aktów, które uznano za godzące w tę zasadę. Dotyczy to zarówno etapu stanowienia, jak i stosowania prawa. [...] Nie ulega wątpliwości, że zasada sprawiedliwości społecznej, stanowiąca rodzaj konstytucyjnej klauzuli generalnej, nie wyznacza samodzielnie kierunku i treści [...] rozwiązań, nie zawiera bowiem dostatecznie precyzyjnych i jednoznacznych przesłanek do formułowania ocen prawnych, które byłyby wolne od arbitralności czy czysto subiektywnych przekonań aksjologicznych reprezentowanych przez poszczególne składy orzekające. Nie może być zatem zasada sprawiedliwości społecznej rozumiana jako podstawa do ustalenia określonego modelu stosunków społecznych [...]. Jednocześnie jednak zasada ta określa pewne minimalne, progowe kryteria rozwiązań prawnych, które powinny być respektowane przez ustawodawcę przy regulacji określonej sfery stosunków społecznych wkraczającej w sferę interesów jednostki. [...] Kryteria sprawiedliwego traktowania nie mogą być jednak formułowane arbitralnie i nie mogą narzucać – jak to stwierdzono wyżej – jakiejś wizji stosunków społecznych, powinny być więc odnoszone do innych wartości i zasad wyrażonych w samej Konstytucji.

Zasada ta pozostaje w ścisłym związku z zasadą równości – zasady te wzajemnie się uzupełniają. Wielokrotnie wskazywano w dotychczasowym orzecznictwie, iż «różnicowanie podmiotów prawa jest dopuszczalne na gruncie zasady równości, jeżeli jest zgodne z zasadą sprawiedliwości społecznej» [...]. O ile więc zasada równości nakazuje jednakowe traktowanie wszystkich podmiotów wyróżnionych według cechy prawnie relewantnej w danej sferze stosunków, o tyle zasada z art. 2 Konstytucji pozwala odpowiedzieć na pytanie, czy zastosowanie danej cechy, czy też danego kryterium wyodrębnienia określonej kategorii podmiotów odpowiada względem sprawiedliwości, a więc czy nie jest arbitralne i czy odpowiada standardom państwa prawnego. W takim ujęciu wymaganie sprawiedliwego traktowania może nie tylko uzupełniać, ale może również korygować ocenę formułowaną na gruncie prawa do równego traktowania”.

### 3. Analiza zgodności

Zasada sprawiedliwości społecznej ma wielopłaszczyznowy charakter. Z jednej strony zawierają się w niej wymogi znajdujące wyraz w innych zasadach bądź wartościach konstytucyjnych (w szczególności w konstytucyjnej zasadzie równości), z drugiej strony statuuje ona samodzielne treści normatywne. W pierwszym z wyróżnionych aspektów zasada sprawiedliwości społecznej może występować w dwóch konfiguracjach: albo treściowo pokrywa się z inną normą konstytucyjną („zasada sprawiedliwości społecznej wymaga równego traktowania podmiotów podobnych”), albo też modyfikuje obowiązywanie określonej zasady w danym przypadku („sprawiedliwość społeczna nie jest realizowana, jeżeli określone podmioty nie są traktowane w równy sposób, choćby nie odznaczały się one wspólną cechą relewantną”).

Z uzasadnienia pytania prawnego wynika, że w kontekście kwestionowanych przepisów sąd traktuje zasadę sprawiedliwości społecznej jako treściowo tożsamą z zasadą równości. Jednocześnie nie wskazuje, aby z perspektywy zasady sprawiedliwości społecznej należało zmodyfikować ocenę zgodności tych przepisów z zasadą równości. Oznacza to, że zarzut naruszenia zasady równości i sprawiedliwości społecznej wzajemnie nakładają się na siebie i są tożsame. Wobec ograniczenia się sądu wyłącznie do uzasadnienia dotyczącego naruszenia zasady równości, zarzut związany z zasadą sprawiedliwości społecznej jest konsumowany przez zarzut naruszenia zasady równości. W istocie bowiem sąd przywołał zasadę sprawiedliwości społecznej nie jako odrębny (dopełniający) wzorzec kontroli, ale wyłącznie dla wzmocnienia argumentów dotyczących naruszenia zasady równości.

W związku z powyższym rozstrzygnięcie w przedmiocie zgodności art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy zasiłkowej z zasadą sprawiedliwości społecznej stanowić będzie konsekwencję oceny konstytucyjności tych przepisów z perspektywy zasady równości, brak jest natomiast możliwości odrębnej kontroli zgodności kwestionowanych przepisów z zasadą sprawiedliwości społecznej. W pkt II.10 stanowiska sformułowany został wniosek o uznanie tych przepisów za zgodne z art. 32 ust. 1 Konstytucji. W konsekwencji należy uznać, że art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy zasiłkowej w zakresie, w jakim nie przewidują odpowiedniego stosowania art. 37 ust. 1 tej ustawy dla ustalenia podstawy wymiaru zasiłków chorobowego i macierzyńskiego przysługujących ubezpieczonym z tytułu prowadzenia

pozarolniczej działalności gospodarczej, których niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, **są zgodne** z zasadą sprawiedliwości społecznej, wywodzoną z art. 2 Konstytucji.

MARSZAŁEK SEJMU

Grzegorz Schetyna

