



Warszawa, 23 listopada 2017 r.

SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Sygn. akt P 12/17

BAS-WAKU-1339/17

TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY KANCLERIA	
wpl. dnia	24. 11. 2017
L.dz.	L.zał.

Trybunał Konstytucyjny

Na podstawie art. 69 ust. 2 w związku z art. 42 pkt 3 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. poz. 2072), w imieniu Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej przedkładam wyjaśnienia w sprawie pytania prawnego Sądu Okręgowego w Gliwicach VIII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z 12 maja 2017 r. (sygn. akt P 12/17), jednocześnie wnosząc o stwierdzenie, że art. 79 ust. 2 w związku z art. 81 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.) w zakresie, w jakim nie przewiduje możliwości zadeklarowania podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne niższej niż przewidziana w art. 81 ust. 2 tej ustawy przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą, która nie zatrudnia pracowników i nie zawiera umów ze zleceniobiorcami, jeśli pobierając zasiłek chorobowy nie osiągnęła przychodów lub osiągnęła przychód niższy niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 81 ust. 2 tej ustawy, **jest niezgodny** z art. 84 w związku z art. 32 ust. 1 Konstytucji i zasadą sprawiedliwości społecznej, wywodzoną z art. 2 Konstytucji.

Ponadto wnoszę o **umorzenie postępowania** w pozostałym zakresie na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym, ze względu na niedopuszczalność wydania wyroku.

Uzasadnienie

I. Przedmiot kontroli

W dniu 23 czerwca 2017 r. do Kancelarii Sejmu wpłynęło zawiadomienie Prezesa Trybunału Konstytucyjnego o wszczęciu postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie pytania prawnego Sądu Okręgowego w Gliwicach VIII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych (dalej: sąd pytający; SO) z 12 maja 2017 r. (sygn. akt P 12/17), uzupełnione postanowieniem z 13 czerwca 2017 r.

Przedmiotem kontroli jest art. 79 ust. 2 i art. 81 ust. 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.; dalej: ustawa zdrowotna, u.ś.z.).

Kwestionowany art. 79 ust. 2 u.ś.z. stanowi: „Składka jest miesięczna i niepodzielna”. Z kolei art. 81 ust. 2 u.ś.z. przewiduje, że: „Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c, stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej «Monitor Polski». Składka w nowej wysokości obowiązuje od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku”.

II. Stan faktyczny i zarzuty sądu pytającego

1. Pytanie prawne zostało wniesione w następującym stanie faktycznym. Ubezpieczony, prowadzący pozarolniczą działalność gospodarczą, był niezdolny do pracy z powodu choroby i z tego tytułu pobierał zasiłek chorobowy w okresie od lipca 2013 r. do listopada 2013 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych (dalej: ZUS) ustalił, że ubezpieczony nie opłacił składek na ubezpieczenie zdrowotne za okres od 1 lipca 2013 r. do 31 października 2013 r. Zaległość z tego tytułu wyniosła zł. W związku z tym ZUS wydał decyzję, w której stwierdził dług ubezpieczonego wobec organu rentowego. W uzasadnieniu podniósł, że „składka zdrowotna jest miesięczna i niepodzielna. Nadto, podstawa wymiaru składki

zdrowotnej nie podlega proporcjonalnemu zmniejszeniu za okres pobierania zasiłku chorobowego. Oznacza to, że niezależnie od tego, czy osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą spełnia warunki do przyznania zasiłku chorobowego (jak w przypadku ubezpieczeń społecznych) czy też nie, jest zobowiązana uiścić składki na ubezpieczenie zdrowotne w pełnej wysokości za okres niezdolności do pracy” (pytanie prawne, s. 3). Od tej decyzji ubezpieczony wniósł odwołanie do Sądu Okręgowego w Gliwicach VIII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, „domagając się stwierdzenia, iż nie miał obowiązku uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne w okresie niezdolności do pracy trwającej pełny miesiąc lub jego wielokrotność” (pytanie prawne, s. 3).

2. Zdaniem SO zaskarżone przepisy naruszają art. 2 (zasada sprawiedliwości społecznej i zakaz nadmiernej ingerencji), art. 32 ust. 1 (zasada równości) i art. 84 (obowiązek ponoszenia ciężarów i świadczeń publicznych) Konstytucji.

3. Sąd Okręgowy w Gliwicach sformułował dwa pytania. Pierwsze, „Czy art. 79 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest niezgodny z wynikającą z art. 2 Konstytucji zasadą sprawiedliwości społecznej, zasadą zakazu nadmiernej ingerencji w związku z art. 84 Konstytucji i art. 32 ust. 1 Konstytucji w zakresie w jakim stanowi, że składka na ubezpieczenie zdrowotne jest niepodzielna”. Drugie, „Czy art. 79 ust. 1 w związku z art. 81 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest niezgodny z wynikającą z art. 2 Konstytucji zasadą sprawiedliwości społecznej, zasadą zakazu nadmiernej ingerencji w związku z art. 84 Konstytucji i art. 32 ust. 1 Konstytucji w zakresie, w jakim uniemożliwia zmniejszenie proporcjonalnie podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne (dzieląc ją przez liczbę dni kalendarzowych miesiąca i mnożąc przez liczbę dnia, w których ubezpieczony był zdolny do pracy), w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część lub całość miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku chorobowego”. Na rzecz niekonstytucyjności zaskarżonych przepisów, zdaniem sądu pytającego, przemawiają następujące argumenty.

Po pierwsze, zaskarżone przepisy nakładają na osoby prowadzące działalność gospodarczą, które są niezdolne do pracy i pobierają zasiłek chorobowy, obowiązek uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne. Z kolei pracownicy znajdujący się w takiej samej sytuacji, a więc pobierający świadczenie chorobowe z powodu niezdolności do pracy, wolni są od tego ciężaru. Taki stan rzeczy powoduje, że „osoby prowadzące działalność pozarolniczą znajdują się w gorszej sytuacji, aniżeli pracownicy w zakresie uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne” (pytanie prawne, s. 3).

Po drugie, „Zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych zasiłek chorobowy nie stanowi podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne. Oznacza to, że od zasiłku chorobowego nie jest obliczana i uiszczana składka na ubezpieczenie zdrowotne. W związku z tym pracownik nie uiszcza składki na ubezpieczenie zdrowotne za okres pobierania zasiłku chorobowego. Odmiennie jest w sytuacji osoby prowadzącej działalność pozarolniczą, która ma obowiązek uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne w okresie pobierania zasiłku chorobowego, pomimo braku przychodu” (pytanie prawne, s. 4). Taki stan rzeczy powoduje, że podmioty podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu są nierówno traktowane przez prawo. „Pracownik za okres pobierania zasiłku chorobowego jest zwolniony z obowiązku uiszczania składki na ubezpieczenie zdrowotne; natomiast osoba prowadząca pozarolniczą działalność ma obowiązek uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne, której podstawa wymiaru jest nie niższa niż 75% przeciętnego wynagrodzenia nawet w przypadku nieosiągnięcia przychodu z tytułu działalności w związku z niezdolnością do pracy. Wynika to z faktu, że podstawą wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne pracownika jest uzyskane wynagrodzenie, tj. za wykonaną pracę, za przepracowane dni; natomiast w przypadku przedsiębiorcy podstawa wymiaru składki jest sztywna i nie jest uzależniona od faktycznych efektów działalności. W ocenie Sądu Okręgowego brak jest uzasadnionych przesłanek, dla których przedsiębiorcy są w niekorzystnej sytuacji w porównaniu z pracownikami pod względem obowiązku uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne za okres nieświadczenia pracy, np. za okres niezdolności do pracy i pobierania zasiłku chorobowego” (pytanie prawne, s. 5).

Po trzecie, „W ocenie Sądu Okręgowego na osobę prowadzącą pozarolniczą działalność obowiązek uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne bez możliwości zmniejszenia podstawy wymiaru składki proporcjonalnie do okresu

prowadzenia działalności, jak i w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część lub całość miesiąca narusza zasadę równości, proporcjonalności, sprawiedliwości podatkowej. Ustawodawca przyjmując, że składka zdrowotna jest niepodzielna, nie uwzględnił możliwości ponoszenia przez przedsiębiorców obowiązku ponoszenia ciężaru publicznego w sytuacjach, kiedy faktycznie działalność nie jest prowadzona, np. z powodu niezdolności do pracy. Tym samym odmiennie zostali potraktowani przedsiębiorcy i pracownicy w zakresie obowiązku ponoszenia ciężaru publicznego w postaci składki na ubezpieczenie zdrowotne. Przyjmując, że składka na ubezpieczenie zdrowotne jest podzielna, to sytuacja pracownika i przedsiębiorcy w zakresie uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne przy niepełnym miesiącu świadczenia pracy będzie taka sama” (pytanie prawne, s. 6-7).

Po czwarte, „Sprawiedliwość społeczna oznacza [...], iż obowiązki, w tym w zakresie ubezpieczeń społecznych powinny być nakładane po równo. W przypadku składki zdrowotnej obowiązek nie został równomiernie nałożony na pracowników oraz na podmioty prowadzące pozarolniczą działalność. W przypadku pracowników wysokość składki jest uzależniona od uzyskiwanego wynagrodzenia za pracę. Jeżeli pracownik nie świadczy pracy przez pełny miesiąc, to uzyskuje niższe wynagrodzenie i płaci niższą składkę; natomiast w przypadku przedsiębiorców wysokość składki jest sztywna, i jest uzależniona od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku (składka nie podlega proporcjonalnemu obniżeniu za okres nieświadczenia pracy, jak w przypadku pracowników). Sąd Okręgowy dostrzega, że ustawodawca naruszył zasadę sprawiedliwości społecznej poprzez naruszenie równowagi w stosunkach społecznych i nierównomierne obciążenie zobowiązanych składką zdrowotną. Ustawodawca wykazał się nadmierną ingerencją przy obciążeniu składką zdrowotną podmioty prowadzące pozarolniczą działalność, nie zwracając uwagi na ich sytuację – brak przychodu w związku z nieświadczeniem pracy przez pełny miesiąc” (postanowienie SO w Gliwicach z 13 czerwca 2017 r., s. 1 i 2).

III. Analiza formalna

1. Pytanie prawne Sądu Okręgowego w Gliwicach budzi szereg wątpliwości formalnych, które powinny być rozstrzygnięte przed merytorycznym rozpatrzeniem sprawy. Sejm pragnie zwrócić uwagę na następujące kwestie, jakie wyłaniają się z jego treści.

2. Sąd Okręgowy w Gliwicach sformułował w postanowieniu z 12 maja 2017 r., (sygn. akt) dwa pytania, w których zaskarżył odrębnie dwa przepisy u.ś.z., czyniąc to w formule zakresowego wniosku. Zdaniem sądu pytającego art. 79 ust. 2 u.ś.z. w zakresie, w jakim składka jest niepodzielna, narusza art. 2, art. 84 i art. 32 ust. 2 Konstytucji. Z kolei art. 79 ust. 2 w związku z art. 81 ust. 2 u.ś.z. w zakresie, w jakim uniemożliwia zmniejszenie podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne (dzieląc ją przez liczbę dni kalendarzowych miesiąca i mnożąc przez liczbę dnia, w których ubezpieczony był zdolny do pracy) (...), jest niezgodny z art. 2, art. 84 i art. 32 ust. 2 Konstytucji. Istota natomiast pytania prawnego, co wynika z jego uzasadnienia, koncentruje się wokół problemu braku prawnej możliwości zdeklarowania przez osobę prowadzącą działalność gospodarczą rzeczywistej podstawy wymiaru składki, a więc innej niż określona w art. 81 ust. 2 u.ś.z., w sytuacji niezdolności do pracy spowodowanej chorobą. W przeciwieństwie do pracownika, dla którego podstawę wymiaru składki stanowi rzeczywisty przychód, jaki osiągnął w danym miesiącu, a nie jaki osiągnąłby, gdyby nie przebywał na zwolnieniu lekarskim. Sąd wskazuje, że: „W przypadku pracownika zasada niepodzielności będzie zachowana ze względu na to, że składka będzie opłacona w całości, tyle że podstawa jej wymiaru będzie niższa. W przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą podstawa wymiaru składki ma charakter sztywny i nie jest uzależniona od ich faktycznych efektów działalności (art. 81 ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych)” (pytanie prawne, s. 3); „Pracownik za okres pobierania zasiłku chorobowego jest zwolniony z obowiązku uiszczania składki na ubezpieczenie zdrowotne; natomiast osoba prowadząca pozarolniczą działalność ma obowiązek uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne, której podstawa wymiaru jest nie niższa niż 75% przeciętnego wynagrodzenia nawet w przypadku nieosiągnięcia przychodu z tytułu działalności

w związku z niezdolnością do pracy. Wynika to z faktu, że podstawą wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne pracownika jest uzyskane wynagrodzenie, tj. za wykonaną pracę, za przepracowane dni; natomiast w przypadku przedsiębiorcy podstawa wymiaru składki jest sztywna i nie jest uzależniona od faktycznych efektów działalności” (pytanie prawne, s. 4); „[...] przyjęta konstrukcja ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla osób prowadzących działalność pozarolniczą, które posiadają prawo do zasiłku chorobowego, narusza zasadę sprawiedliwości społecznej, zasadę zakazu nadmiernej ingerencji co do obciążenia daninowego. Osoba prowadząca pozarolniczą działalność, która w okresie niezdolności do pracy nie osiąga przychodu z tytułu tej działalności, musi za pełny miesiąc uiścić składkę zdrowotną. Skoro osoba nie osiąga przychodu z tytułu prowadzonej działalności, to działalność ta nie stanowi źródła (faktycznej podstawy wymiaru), z którego można uiścić składkę. W związku z tym przedsiębiorca musi faktycznie uiścić składkę z uzyskiwanego dochodu w okresie niezdolności do pracy, tj. zasiłku chorobowego” (pytanie prawne, s. 5); „[...] nałożony na osobę prowadzącą pozarolniczą działalność obowiązek uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne bez możliwości zmniejszenia podstawy wymiaru składki proporcjonalnie do okresu prowadzenia działalności, jak i w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część lub całość miesiąca narusza zasadę równości, proporcjonalności, sprawiedliwości podatkowej” (pytanie prawne, s. 6).

Z treści petitum pytania prawnego oraz z jego uzasadnienia wynika, iż sąd upatruje niekonstytucyjność zaskarżonych przepisów w braku prawnej możliwości zdeklarowania przez osobę prowadzącą działalność gospodarczą podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości niższej niż ustalona art. 81 ust. 2 u.ś.z., choć taką możliwość mają pracownicy. W istocie nie chodzi więc o to, że składka jest niepodzielna, ponieważ norma ta ma zastosowanie także wobec pracowników, ale o mechanizm kalkulacji podstawy jej wymiaru. W czasie pobierania zasiłku chorobowego, podstawa wymiaru składki osoby prowadzącej działalność gospodarczą jest sztywna, zaś w przypadku pracowników – zależy od faktycznie osiągniętego przychodu. W tym przypadku nie chodzi też o proporcjonalne zmniejszenie składki w stosunku do liczby dni pobierania zasiłku chorobowego, ponieważ przez pozostały okres przedsiębiorca może wypracować miesięczny przychód równy lub wyższy podstawie, o której mowa w zaskarżonym art. 81 ust. 2 u.ś.ch. Problem, stanowiący kanwę sprawy zawisłej przed TK, dotyczy braku prawnej

możliwości zmniejszenia podstawy wymiaru opłaty do wysokości rzeczywiście osiągniętego przychodu w miesiącu, w którym wystąpiło ryzyko ubezpieczeniowe. Wobec tego Sejm, mając na uwadze *falsa demonstratio non nocet*, dokonał modyfikacji przedmiotu kontroli tak, aby w pełni odzwierciedlał intencję sądu i stan faktyczny. Przedmiotem dalszej analizy Sejm uczynił art. 79 ust. 2 w związku z art. 81 ust. 2 u.ś.z. w zakresie, w jakim nie przewiduje możliwości zdeklarowania innej niż przewidziana w art. 81 ust. 2 u.ś.z. podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą, jeśli w skutek niezdolności do pracy spowodowanej chorobą nie osiągnęła ona przychodów lub osiągnęła przychód niższy niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.

3. Dalsza analiza pytania prawnego nasuwa inne wątpliwości dotyczące spełnienia pozostałych przesłanek formalnych. Zgodnie z art. 52 ust. 2 pkt 4 ustawy o TK pytanie prawne powinno zawierać uzasadnienie postawionego zarzutu, z powołaniem argumentów lub dowodów na jego poparcie. W orzecznictwie sądu konstytucyjnego konsekwentnie podkreśla się, że prawidłowy wniosek powinien zawierać szczegółową i precyzyjną jurydyczną argumentację uprawdopodobniającą stawiane zarzuty (zob. np. postanowienia TK z: 17 listopada 2011 r., sygn. akt Ts 40/11; 2 lutego 2012 r., sygn. akt Ts 93/11). Wymogu tego nie spełniają uwagi nazbyt ogólne, niejasne czy też czynione jedynie na marginesie innych rozważań (zob. np. wyrok TK z 5 czerwca 2014 r., sygn. akt K 35/11; postanowienie TK z 13 stycznia 2015 r., sygn. akt K 44/13). „Wobec respektowania generalnej zasady, jaką jest domniemanie konstytucyjności aktu normatywnego, samo wskazanie w *petitum* wzorca kontroli, bez szczegółowego odniesienia się w uzasadnieniu do kwestionowanej regulacji prawnej lub lakoniczne sformułowanie zarzutu niekonstytucyjności nie może zostać uznane za «uzasadnienie postawionego zarzutu, z powołaniem dowodów na jego poparcie» w rozumieniu przepisów regulujących postępowanie przed Trybunałem Konstytucyjnym. W świetle utrwalonej praktyki orzeczniczej wymóg ten należy rozumieć jako nakaz odpowiedniego udowodnienia zarzutów stawianych w kontekście każdego wskazanego wzorca kontroli” (postanowienie TK z 21 stycznia 2015 r., sygn. akt K 13/13).

W niniejszej sprawie sąd pytający podnosi zarzut niekonstytucyjności art. 79 ust. 2 i art. 81 ust. 2 u.ś.z, czyniąc wzorcem kontroli art. 2 Konstytucji i wywodzoną z niego zasadę nadmiernej ingerencji. Wywód argumentacyjny sądu ogranicza się do stwierdzenia: „Trybunał Konstytucyjny wskazał, że «wielkość obciążeń daninowych, w tym podatkowych, ogranicza zasada proporcjonalności, wywodzona z art. 2 Konstytucji, w związku z którą możliwe jest postawienie zarzutu nadmiernego fiskalizmu, a pośrednio również zasada sprawiedliwości społecznej i zasada równości»” (pytanie prawne, s. 6). Dalej, „Sąd Okręgowy nie neguje możliwość wprowadzenia do podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne kwot odpowiadających wysokości pobranego zasiłku chorobowego, ale winno to dotyczyć zarówno pracownika, jak i przedsiębiorcy. Natomiast przyjęta konstrukcja ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla osób prowadzących działalność pozarolniczą, które posiadają prawo do zasiłku chorobowego, narusza zasadę sprawiedliwości społecznej, zasadę zakazu nadmiernej ingerencji co do obciążenia daninowego” (pytanie prawne, s. 5).

Wymaga odnotowania, że zarządzeniem z 1 czerwca 2017 r. (sygn. akt Tp 4/17) Prezes TK wezwał sąd pytający do usunięcia braków pytania poprzez uzasadnienie zarzutu niezgodności zakwestionowanych przepisów z zasadą zakazu nadmiernej ingerencji wynikającą z art. 2 Konstytucji. Wykonując tak określony obowiązek, Sąd Okręgowy ograniczył się do stwierdzenia, że: „[...] ustawodawca naruszył zasadę sprawiedliwości społecznej poprzez naruszenie równowagi w stosunkach społecznych i nierównomierne obciążenie zobowiązanych składką zdrowotną. Ustawodawca wykazał się nadmierną ingerencją przy obciążeniu składką zdrowotną podmioty prowadzące pozarolniczą działalność, nie zwracając uwagę na ich sytuację – brak przychodu w związku z nieświadczeniem pracy przez pełny miesiąc” (postanowienie SO w Gliwicach z 13 czerwca 2017 r.).

Na podstawie zestawionych wypowiedzi sądu pytającego należy stwierdzić, że pytanie prawne pozbawione jest czytelnego i logicznego powiązania treści zaskarżonych przepisów z art. 2 Konstytucji jako przywołanym w charakterze wzorca kontroli. Sąd nie zaopatrzył zarzutu niekonstytucyjności w wywód argumentacyjny, wskazujący na sprzeczność ustawowego mechanizmu ustalania wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne z zakazem nadmiernej ingerencji, którego źródłem normatywnym jest art. 2 Konstytucji. Ograniczył się jedynie do lakonicznej wypowiedzi, że regulacja budzi wątpliwości konstytucyjne. Dodając, że ustawodawca

„wykazał się nadmierną ingerencją przy obciążeniu składką zdrowotną podmioty prowadzące pozarolniczą działalność, nie zwracając uwagę na ich sytuację – brak przychodu w związku z nieświadczeniem pracy przez pełny miesiąc”. Takie ujęcie problemu nie czyni zadość obowiązkowi uzasadnienia zarzutów pytania prawnego. Ponadto pytanie prawne nie zawiera oddzielnego wyводу przemawiającego za uchyleniem domniemania konstytucyjności zaskarżonych przepisów w odniesieniu do wzorca kontroli, którym jest art. 2 Konstytucji i wywodzona z niego zasada nadmiernej ingerencji, zaś tok argumentacji łączy oba wątki, tj. naruszenie zasady nadmiernej ingerencji i naruszenie zasady sprawiedliwości.

Tym samym uzasadnienie zarzutu naruszenia zasady nadmiernej ingerencji należy uznać za powierzchowne, a więc niespełniające warunku, o którym mowa w art. 52 ust. 2 pkt 4 ustawy o TK. Stanowi to przesłankę umorzenia postępowania na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 2 tejże ustawy.

4. Ostatni problem natury formalnej dotyczy wzorców kontroli. Jak wynika z petitum pytania prawnego, sąd dostrzega niezgodność zaskarżonych przepisów „z wynikającą z art 2 Konstytucji zasadą sprawiedliwości społecznej, zasadą zakazu nadmiernej ingerencji w związku z art. 84 Konstytucji i art. 32 ust. 1 Konstytucji.” Uzasadnienie pytania prawnego zmierza ku tezie, że ustawodawca niesprawiedliwie i nierówno rozłożył obowiązek ponoszenia ciężaru składki zdrowotnej na ubezpieczonych (pytanie prawne, s. 5). Innymi słowy, zaskarżone przepisy naruszają sprawiedliwość i równość podatkową (pytanie prawne, s. 6).

Zgodzić trzeba się z sądem pytającym, że art. 84 Konstytucji jest właściwym wzorcem kontroli w sprawie zawisłej przed TK. Składka na ubezpieczenie zdrowotne jest daniną publiczną. Jest opłatą, która obciąża „w decydującej swej części budżet państwa. W systemie finansów publicznych jest ona faktycznie częścią podatku dochodowego od osób fizycznych [...]”. Ponadto, „[S]ystemy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, zarówno przez Narodowy Fundusz Zdrowia (w ramach ustawy zdrowotnej), jak i przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (w ramach ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników) nie należą do systemu ubezpieczeń kapitałowych. Wchodzą one w skład sektora finansów publicznych (art. 9 pkt 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, Dz. U. Nr 157, poz. 1240, ze zm.). Składki stanowiące jedno z podstawowych źródeł tworzenia środków publicznych na realizację ich ustawowo określonych celów mają

charakter opłaty publicznej jako jednej z katalogu unormowanych w art. 217 Konstytucji danin publicznych, a do składek z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia społecznego oraz stosowanych w nich ulg i zwolnień odnoszą się również wymogi i ograniczenia wynikające z art. 84 i art. 217 Konstytucji” (wyrok TK z 26 października 2010 r., sygn. akt K 58/07).

Jako że Sąd Okręgowy wiąże naruszenie obowiązku ponoszenia ciężarów i danin publicznych z niesprawiedliwą i nierówną ich repartycją, Sejm dokonał modyfikacji wzorców kontroli w sposób oddający istotę problemu konstytucyjnego. Sejm przyjął, że zarzut naruszenia art. 2 i art. 84 Konstytucji zostanie rozpatrzony łącznie, ponieważ powołane przepisy Konstytucji stanowią źródło normatywne wymogu realizowania sprawiedliwości podatkowej przez ustawodawcę. Powyższa uwaga odnosi się także do art. 32 ust. 1 i art. 84 Konstytucji, będących źródłem zasady równości podatkowej (wyroki TK z: 28 października 2015 r., sygn. akt K 21/14; 26 października 2010 r., sygn. akt K 58/07). Ostatecznie zaskarżone przepisy zostaną poddane ocenie ich zgodności z art. 84 Konstytucji w związku z zasadą równości wywodzoną z art. 32 ust. 1 i zasadą sprawiedliwości społecznej wywodzoną z art. 2 Konstytucji.

5. Podsumowując, przedmiotem dalszej analizy Sejmu jest odpowiedź na pytanie, czy art. 79 ust. 2 w związku z art. 81 ust. 2 u.ś.z. w zakresie, w jakim nie przewiduje możliwości zadeklarowania niższej niż przewidziana w art. 81 ust. 2 u.ś.z. podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą, jeśli pobierając zasiłek chorobowy nie osiągnęła ona przychodów lub osiągnęła przychód niższy niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 81 ust. 2 u.ś.z. jest zgodny z art. 84 w związku z art. 32 ust. 1 i zasadą sprawiedliwości społecznej wywodzoną z art. 2 Konstytucji?

IV. Wzorce kontroli

1. Jednym z wzorców kontroli Sąd Okręgowy uczynił zasadę sprawiedliwości społecznej, która została wyrażona w art. 2 Konstytucji. „Na pojęcie sprawiedliwości, stosowane zarówno w języku potocznym, jak i w różnych dziedzinach wiedzy (filozofii, prawie, etyce) składa się niesłychanie złożona i rozległa sieć zachodzących

na siebie znaczeń, których odniesienia przemieszczają się pomiędzy wieloma sferami ludzkiej aktywności. Często towarzyszy mu uwarunkowane subiektywną oceną zabarwienie emocjonalne i tak bogata aura skojarzeniowa, że precyzyjne zdefiniowanie tego pojęcia okazuje się niezwykle skomplikowane” (M. Augustyniak, *Sprawiedliwość w myśli Arystotelesa* [w:] *Sprawiedliwość. Wybrane koncepcje*, red. P. Polaczuk i inni, Olsztyn 2010, s. 5; por. J. Karp, *Sprawiedliwość społeczna. Szkice ze współczesnej teorii konstytucjonalizmu i praktyki polskiego prawa ustrojowego*, Kraków 2004, s. 144). Bezpośrednim skutkiem tego stanu rzeczy jest wielość koncepcji filozoficzno-prawnych sprawiedliwości.

W znaczeniu konstytucyjnym sprawiedliwość społeczna jest celem, którego obowiązek urzeczywistniania ciąży na państwie demokratycznym. „Nie jest demokratycznym państwem prawnym państwo, które nie realizuje idei sprawiedliwości, przynajmniej pojmowanej jako dążenie do zachowania równowagi w stosunkach społecznych i powstrzymywanie się od kreowania nieusprawiedliwionych, niepopartych obiektywnymi wymogami i kryteriami przywilejów dla wybranych grup obywateli” (wyrok TK z 12 kwietnia 2000 r., sygn. akt K 8/98). W treść konstytucyjnej zasady sprawiedliwości społecznej wpisany jest zakaz arbitralności państwa. Zróżnicowanie poszczególnych jednostek jest natomiast możliwe wtedy, gdy pozostaje w odpowiedniej relacji do różnic w ich sytuacji (zob. W. Sokolewicz [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. L. Garlicki, Warszawa 2007, t. V, komentarz do art. 2, s. 62; W. Sokolewicz, M. Zubik, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. L. Garlicki, Warszawa 2016, t. I, s. 161).

W konstytucyjnej koncepcji sprawiedliwości ważną rolę pełnią zasady równości i proporcjonalności. W orzecznictwie TK ukształtował się pogląd, w myśl którego zasada sprawiedliwości społecznej pozostaje w ścisłym związku z zasadą równości, gdyż obie zasady w znacznym stopniu „nakładają się” na siebie (zob. wyrok TK z 6 maja 1998 r., sygn. akt K 37/97). W wyroku z 20 października 1998 r. (sygn. akt K 7/98) Trybunał wywiódł, że zasada równości stanowi nakaz jednakowego traktowania podmiotów prawa w obrębie określonej klasy (kategorii). Natomiast w wyroku z 15 października 2001 r. (sygn. akt K 12/01) Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że nierówne traktowanie podmiotów podobnych nie zawsze musi oznaczać dyskryminację lub uprzywilejowanie, a w konsekwencji niezgodność z art. 32 ust. 1 czy też z art. 2 Konstytucji. Niezbędna jest ocena kryterium, na

podstawie którego dokonano zróżnicowania, ponieważ każde odstępstwo od nakazu równego traktowania podmiotów podobnych musi zawsze znajdować głębokie uzasadnienie. Kryterium to powinno pozostawać w związku z innymi wartościami, zasadami czy normami konstytucyjnymi, uzasadniającymi odmienne traktowanie podmiotów podobnych i mieć charakter proporcjonalny. Trybunał zauważył, że zróżnicowanie sytuacji prawnej podmiotów podobnych ma znacznie większe szanse uznania za zgodne z Konstytucją, jeżeli pozostaje w zgodzie z zasadami sprawiedliwości społecznej lub służy urzeczywistnieniu tych zasad. Zostaje ono natomiast uznane za niekonstytucyjną dyskryminację (uprzywilejowanie), jeżeli nie znajduje oparcia w tej zasadzie. W tym właśnie sensie zasady równości wobec prawa i sprawiedliwości społecznej w znacznym stopniu się „pokrywają” (zob. orzeczenie TK z 3 września 1996 r., sygn. akt K 10/96; wyrok TK z 2 grudnia 2008 r., sygn. akt P 48/07).

Zdecydowana większość przedstawicieli nauki prawa analizuje zasadę sprawiedliwości społecznej przez pryzmat nakazu zachowania sprawiedliwości dystrybtywnej (A. Domańska, *Zasady sprawiedliwości społecznej we współczesnym polskim prawie konstytucyjnym*, Łódź 2001, s. 65). Ta koncepcja znajduje również odzwierciedlenie w orzecznictwie TK, który nakazuje jednakowo traktować wszystkich w obrębie określonej klasy (kategorii). Być sprawiedliwym – zdaniem TK – to tak samo traktować podmioty równe z pewnego punktu widzenia, tj. mające tę samą cechę charakterystyczną, istotną dla danej klasy (kategorii) ludzi. Według sprawiedliwości rozdzielczej równe traktowanie nie oznacza otrzymania identycznych udziałów rozdzielanych dóbr, lecz oznacza stosowanie tej samej miary wobec wszystkich podmiotów zainteresowanych ich otrzymaniem (zob. wyroki TK z: 18 stycznia 2000 r., sygn. akt K 17/99; 15 października 2001 r., sygn. akt K 12/01).

2. Konstytucyjna zasada równości wobec prawa ma utrwalone znaczenie zarówno w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego, jak i w nauce prawa. Z art. 32 ust. 1 Konstytucji („Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne”) wynika, że podmioty prawa, które charakteryzują się w równym stopniu określoną cechą relewantną, muszą być tak samo traktowane przez prawo. Równe traktowanie oznacza stosowanie jednakowej miary, a także odrzucenie dyskryminujących i faworyzujących zróżnicowań. Trybunał

Konstytucyjny wielokrotnie wskazywał, że zasada równości wobec prawa wyraża się w formule „nie wolno tworzyć prawa różnicującego sytuację prawną podmiotów, których sytuacja faktyczna jest taka sama” (np. wyrok TK z 31 marca 2008 r., sygn. akt P 20/07). Podmioty różniące się mogą być natomiast traktowane odmiennie.

Ustawodawca może wprowadzać zróżnicowanie prawne podmiotów, gdyż zasada równości wobec prawa nie ma charakteru absolutnego. Odstępstwo od równego traktowania nie prowadzi jeszcze do uznania wprowadzających je przepisów za niekonstytucyjne. Nierówne traktowanie podmiotów podobnych nie musi bowiem oznaczać dyskryminacji lub uprzywilejowania, a w konsekwencji niezgodności z art. 32 Konstytucji (zob. wyrok TK z 5 października 2005 r., sygn. akt SK 39/05). Jest ono dopuszczalne konstytucyjnie, jeżeli zostały spełnione łącznie następujące przesłanki:

1) kryterium różnicowania pozostaje w racjonalnym związku z celem i treścią danej regulacji;

2) waga interesu, któremu różnicowanie ma służyć, pozostaje w odpowiedniej proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku wprowadzonego różnicowania;

3) kryterium różnicowania pozostaje w związku z innymi wartościami, zasadami czy normami konstytucyjnymi, uzasadniającymi odmienne traktowanie podmiotów podobnych.

W związku z powyższym, ocenę regulacji prawnej z punktu widzenia zasady równości należy poprzedzić dokładnym zbadaniem sytuacji prawnej jej adresatów, a także dokonaniem analizy cech wspólnych i różniących (zob. wyrok TK z 28 maja 2002 r., sygn. akt P 10/01).

3. Wskazany jako wzorzec kontroli art. 84 Konstytucji stanowi: „Każdy jest obowiązany do ponoszenia ciężarów i świadczeń publicznych, w tym podatków, określonych w ustawie”. Z przepisu tego wynika, iż ciężary i świadczenia publiczne stanowią materię ustawową. Ustrojodawca doprecyzował zakres tej regulacji w odniesieniu do podatków w art. 217 Konstytucji, który „ustanawia bezwzględną wyłączność ustawy dla unormowania: po pierwsze, nakładania podatków i innych danin publicznych o niepodatkowym charakterze, po drugie, dla określania podstawowych elementów konstrukcji podatku, takich jak podmiot, przedmiot

opodatkowania i stawka podatkowa, a także zasad przyznawania ulg i umorzeń oraz kategorii podmiotów zwolnionych od podatków. W tych materiach konieczne jest więc uregulowanie w samej ustawie wszystkich wymaganych elementów, tak aby unormowanie ustawowe zyskało cechy kompletności, precyzji i jednoznaczności” (wyrok TK z 15 lipca 2013 r., sygn. akt K 7/12; zob. wyroki TK z: 6 marca 2002 r., sygn. akt P 7/00; 2 kwietnia 2007 r., sygn. akt SK 19/06; 7 września 2010 r., sygn. akt P 94/08).

Artykuł 84 Konstytucji wyraża również zasadę sprawiedliwości podatkowej. W orzecznictwie TK sprawiedliwość podatkowa jest rozumiana jako reguła kształtowania podatków według zasady równości i powszechności. „Z zasady powszechności wynika, że obowiązek podatkowy spoczywa na wszystkich zobowiązanych podmiotach, zaś podatkiem objęte są wszystkie stany faktyczne, z którymi wiąże się obowiązek podatkowy. Z zasady równości podatkowej wynika, że wszystkie podmioty, będące w takiej samej sytuacji ekonomicznej (w zakresie stanu majątkowego, rodzajów źródeł przychodów i ich wielkości), powinny być opodatkowane równo” (wyrok TK z 29 lipca 2014 r., sygn. akt P 49/13; zob. także wyrok TK z 8 października 2011 r., sygn. akt SK 2/10).

Przepis art. 84 Konstytucji jest też źródłem obowiązku państwa w zakresie egzekwowania należności podatkowych. Pochodzące z podatków lub innych danin publicznych środki finansowe są podstawą utrzymania i sprawnego funkcjonowania państwa rozumianego jako dobro wspólne wszystkich obywateli (art. 1 Konstytucji). W związku z tym wywiązywanie się z zobowiązań podatkowych jest powinnością jednostek wobec państwa: „każdy – korzystając z różnych form realizacji zadań publicznych przez państwo (zapewnienie bezpieczeństwa, utrzymanie dróg) – powinien też partycypować w ich finansowaniu. Inaczej mówiąc, każdy jest zobowiązany przyczynić się do dobra wspólnego według własnych możliwości. Niewywiązywanie się ze zobowiązań podatkowych godzi nie tylko w interes finansowy Skarbu Państwa lub uprawnionych jednostek samorządu terytorialnego, ale również narusza szeroko pojęty interes publiczny, sprzeciwiając się równocześnie zasadom sprawiedliwości społecznej” (wyrok TK z 29 lipca 2014 r., sygn. akt P 49/13; zob. wyroki TK z: 21 czerwca 2011 r., sygn. akt P 26/10; 28 października 2015 r., sygn. akt K 21/14)

Trybunał Konstytucyjny zwraca uwagę na konieczność racjonalnego kształtowania systemu podatkowego, uwzględniającego zdolność podatkową

podatnika i jego otoczenia społeczno-gospodarczego: „[...] podatek musi być ukształtowany w taki sposób, by spełniał zadanie, dla którego jest ustanowiony. W sytuacji gdy podatek jest oderwany od warunków gospodarczych i społecznych, nie może być skutecznym elementem polityki państwa. Wadliwe ukształtowanie podatku obniża zyski budżetu państwa wynikające z obowiązku płacenia tego typu daniny publicznej, co jest niekorzystne dla dobra wspólnego. A zatem przy nakładaniu podatków, ustawodawca nie może tracić z pola widzenia wydajności (efektywności) źródła podatku. Oznacza to, że koszty poboru podatku łącznie z kosztami kontroli prawidłowego wykonania zobowiązań podatkowych nie mogą być wyższe od wpływów, jakie państwo uzyskuje z tego źródła” (wyrok TK z 28 października 2015 r., sygn. akt K 21/14). W konsekwencji TK przyjmuje, że konstrukcja podatku powinna uwzględniać indywidualne możliwości ponoszenia ciężarów publicznych przez podatników, ponieważ obowiązek płacenia podatków nie może prowadzić do ubóstwa obywateli (podatników).

V. Analiza materialna

1. Sprawa zawisła przed Trybunałem, a zainicjowana pytaniem prawnym Sądu Okręgowego w Gliwicach, dotyczy wzajemnych relacji pomiędzy ubezpieczeniem chorobowym a zdrowotnym osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą (dalej: przedsiębiorca). Oba rodzaje ubezpieczenia wiążą to samo źródło ryzyka, którym jest choroba. Ponadto analizowana sprawa osadzona jest w złożonym kontekście sytuacyjnym określonym pytaniem prawnym, a odnoszącym się do przedsiębiorcy, który jest: a) niezdolny do pracy, b) przebywa na długoterminowym zwolnieniu lekarskim i c) pobiera z tego tytułu zasiłek chorobowy. To wszystko sprawia, że przed przystąpieniem do analizy zarzutów pytania prawnego, Sejm odniesienie się do szerszego kontekstu normatywnego regulacji ustawowej zakwestionowanej przez Sąd Okręgowy.

2. W pierwszej kolejności Sejm pragnie przypomnieć poglądy TK na relacje, w jakich pozostają oba rodzaje ubezpieczeń, które łączy, o czym już była mowa, choroba jako ryzyko ubezpieczeniowe. Tezy orzecznictwa w tym zakresie można ująć następująco:

Po pierwsze, między systemem ubezpieczenia społecznego [do ubezpieczenia społecznego należy ubezpieczenie chorobowe – uwaga własna] oraz systemem ubezpieczenia zdrowotnego istnieją poważne różnice, ale także podobieństwa (wyrok TK z 19 kwietnia 2012 r., sygn. akt P 41/11).

Po drugie, ubezpieczenia społeczne nie obejmują ubezpieczenia zdrowotnego, które działa w oparciu o odrębną podstawę prawną. Inna jest też istota obu systemów ubezpieczenia. Celem ubezpieczenia społecznego jest materialne zabezpieczenie przed skutkami wystąpienia ryzyka ubezpieczeniowego. Zabezpieczenie zdrowotne obejmuje natomiast świadczenia opieki lekarskiej, medycznej i szpitalnej (wyrok TK z 19 kwietnia 2012 r., sygn. akt P 41/11).

Po trzecie, cechami wspólnymi obu ubezpieczeń jest istnienie obowiązku składkowego, tożsame ryzyko ubezpieczeniowe oraz udział ZUS, który wymierza i inkasuje składki oraz kontroluje wykonywanie obowiązków składkowych płatników. „ZUS kontroluje również terminowość przekazywania składek, mogąc pobierać odsetki na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych” (wyrok TK z 19 kwietnia 2012 r., sygn. akt P 41/11).

3. Podstawą normatywną ubezpieczenia zdrowotnego jest art. 68 Konstytucji, który gwarantuje każdemu prawo do ochrony zdrowia (ust. 1). „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa” (art. 68 ust. 2 Konstytucji). Nałożony na ustawodawcę obowiązek ustalenia warunków i zakresu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wypełnia zaskarżona przez sąd pytający ustawa zdrowotna. Normuje ona między innymi: warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; zasady i tryb finansowania tych świadczeń; zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych; zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń; zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego – ubezpieczenia zdrowotnego.

Zakres podmiotowy konstytucyjnego prawa do ubezpieczenia zdrowotnego wyznacza słowo „każdy”. Z przepisem tym koresponduje art. 2 ust. 1 u.ś.z., który wskazuje podmioty uprawnione do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej. „Ustawa zdrowotna, podobnie jak jej poprzedniczki - ustawa o puz i ustawa o nfz - bardzo

szeroko określa zakres podmiotowy ubezpieczenia. Jest to zgodne z podkreślaną w ustawie zasadą powszechności. Widać też dążenie do stworzenia systemu faktycznie obejmującego możliwie największą liczbę uprawnionych do świadczeń” (E. Lach, *Zasada powszechności ubezpieczenia zdrowotnego a założenia aksjologiczne ubezpieczeń społecznych*, „Państwo i Prawo” 2006, z. 7, s. 59). Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo: osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (dalej: ubezpieczony, art. 3 u.s.z.) oraz osoby inne niż ubezpieczony: a) posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt; b) osoby, które nie ukończyły 18. roku życia i posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy (miejsce zamieszkania na terytorium RP); c) osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu i legitymują się obywatelstwem polskim lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy (art. 2 ust. 1 u.ś.z.). „Osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego, innym niż świadczeniobiorcy, świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych” (art. 2 ust. 2 u.ś.z.). Z kolei art. 66 u.ś.z. wskazuje pod 40 kategorii osób spełniających warunki objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Jako że powód w sprawie zawisłej przed sądem pytającym prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą, to z tego też tytułu – w myśl art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c u.ś.z. - objęty był obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Ponadto sąd pytający odwołuje się do sytuacji prawnej pracownika w sferze zabezpieczenia zdrowotnego, więc należy wskazać, że na podstawie art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a u.ś.z. obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają także pracownicy. W dalszej części analizy Sejm skoncentruje się tylko na tych dwóch grupach ubezpieczonych.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego powyższej kategorii ubezpieczonych powstaje i wygasa w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniach społecznych (art. 69 u.ś.z.). Z kolei obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego osoby podlegającej

temu obowiązkowi oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie. Ustaje ono po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. Ponadto, osoby, które zawiesiły wykonywanie działalności gospodarczej, nie podlegają już temu obowiązkowi, ale mogą jednak skorzystać z dobrowolnego ubezpieczenia. Samo zgłoszenie warunkuje skorzystanie z prawa do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 67 ust. 1 u.ś.z.). Ustawodawca nie uzależnia tego uprawnienia od systematycznego opłacania składek (art. 67 ust. 2 u.ś.z.). Wysokość składki zależy od dwóch czynników, tj. podstawy jej wymiaru i stopy procentowej.

Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób prowadzących działalność gospodarczą i pracowników została określona w art. 81 u.ś.z. Przepis ten przewiduje, że „Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c [przedsiębiorca – uwaga własna], stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” (podstawa wymiaru w 2017 r. wynosi 3303,13 zł). Składka w nowej wysokości obowiązuje od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia kolejnego roku. Inaczej kształtuje się podstawa wymiaru w przypadku pracownika. Zgodnie z art. 82 ust. 1 u.ś.z. „Do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a, d–i i pkt 3 i 35 [pracownicy – uwaga własna], stosuje się przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe tych osób, z zastrzeżeniem ust. 5, 6 i 10”. Podstawę zaś wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe pracowników stanowi przychód w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych z tytułu zatrudnienia w ramach stosunku pracy. Dodatkowo, wobec tej grupy ubezpieczonych zastrzega się, że: a) przy ustalaniu podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne nie stosuje się wyłączeń wynagrodzeń za czas niezdolności do pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną oraz nie stosuje się ograniczenia do kwoty odpowiadającej 30-krotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok kalendarzowy; b) podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne pomniejsza się o kwoty składek na ubezpieczenia

emerytalne, rentowe i chorobowe finansowanych przez ubezpieczonych niebędących płatnikami składek, potrąconych przez płatników ze środków ubezpieczonego, zgodnie z przepisami ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (art. 81 ust. 5 i 6 u.ś.z.).

W myśl art. 79 ust. 1 u.ś.z. „Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru składki, z zastrzeżeniem art. 82 i 242.” Jej ciężar w całości ponosi ubezpieczony, gdyż składka obciąża jego dochody. Trzeba dodać, że „Na podstawie art. 27b u.p.d.o.f. podatek dochodowy ulega obniżeniu o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne opłaconej w roku podatkowym bezpośrednio przez podatnika lub pobranej w tym roku przez płatnika, z zastrzeżeniem, że kwota składki podlegającej odliczeniu nie może przekroczyć 7,75% podstawy jej wymiaru określonej na zasadach wynikających z u.ś.o.z. Co do zasady, ubezpieczony będzie zatem ponosił ciężar ubezpieczeniowy w wysokości 1,25% podstawy wymiaru składki” (P. Lenio, *Składka w polskim i niemieckim systemie ubezpieczenia zdrowotnego*, „Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu Terytorialnego” 2017, nr 1, s. 70). Pracodawca oblicza składkę, pobiera i odprowadza ją do ZUS, zaś przedsiębiorca – czyni to we własnym imieniu.

Składka jest, w myśl zaskarżonego przepisu, miesięczna i niepodzielna. Oznacza to, że ubezpieczony lub płatnik ma obowiązek, bez uprzedniego wezwania, uiścić składkę za każdy miesiąc kalendarzowy w terminie do 15-tego dnia następnego miesiąca w pełnej wysokości. Sformułowana w tym przepisie niepodzielność ma, jak podnosi się w nauce prawa, „znaczenie w istocie tylko w odniesieniu do ubezpieczonych, których składka nie jest zależna od osiągniętego przychodu, zasiłku lub innego świadczenia”. Wskazuje się, że: „Zasada niepodzielności składki dotyczy natomiast w pierwszym rzędzie osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, w przypadku których podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi nie faktycznie uzyskany przychód, ale zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego. [...] zasada niepodzielności składki oznacza, że ci ubezpieczeni zapłacą taką samą składkę zarówno wówczas, gdy podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu przez cały miesiąc, jak i wówczas, gdy ubezpieczeniem objęci są jedynie przez kilka dni danego miesiąca (np. dlatego że działalność gospodarczą podjęli dopiero w trakcie

miesiąca)” (E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, LEX/el. 2011, numer: 128089).

Reasumując, ubezpieczenie zdrowotne ma charakter powszechny. Osoby prowadzące działalność gospodarczą i pracownicy są objęci obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Stawka składki jest równa dla wszystkich ubezpieczonych, zróżnicowana jest natomiast podstawa jej wymiaru. Przedsiębiorca ustala wysokość opłaty od zadeklarowanej kwoty, jednak nie niższej niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, w przypadku zaś pracownika – jest ona naliczana od przychodu pomniejszonego o składki na ubezpieczenie społeczne. W obydwu przypadkach ciężar finansowy składki zdrowotnej ponoszą ubezpieczeni.

4. Innym rodzajem ubezpieczenia, które chroni człowieka – podobnie jak ubezpieczenie zdrowotne – przed ryzykiem wystąpienia choroby i jej skutkami, jest tzw. ubezpieczenie chorobowe. Źródłem normatywnym tej ochrony jest art. 67 Konstytucji, gwarantujący każdemu prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę

Ubezpieczenie chorobowe, składające się na system ubezpieczeń społecznych, zostało unormowane ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1778 ze zm.; dalej: ustawa systemowa; u.s.u.s.) i ustawą z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1368; dalej: ustawa zasiłkowa; u.ś.ch.). Ustawa systemowa normuje takie materie, jak: zasady podlegania ubezpieczeniom, zasady ustalania składek, zasady i tryb oraz terminy rozliczania składek oraz zasiłków z ubezpieczenia chorobowego (art. 2 ust. 1 u.s.u.s.). Z kolei rodzaje świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, przesłanki ich nabywania, zasady i tryb ich przyznawania normuje ustawa zasiłkowa.

Ubezpieczenie chorobowe może być obowiązkowe albo dobrowolne. Obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu podlegają przede wszystkim pracownicy (art. 11 ust. 1 u.s.u.s.). Z kolei przedsiębiorcy mogą skorzystać tylko z ubezpieczenia dobrowolnego (art. 11 ust. 2 u.s.u.s.). Pracownicy podlegają ubezpieczeniu od dnia nawiązania stosunku pracy do dnia jego ustania (art. 13 pkt 1 u.s.u.s.), zaś w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą – od dnia wskazanego we wniosku, ale nie wcześniejszego niż dzień jego zgłoszenia do dnia

wskazanego we wniosku o wyłączenie z tego ubezpieczenia albo do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, za który opłacono należną składkę (art. 14 ust. 1 i ust. 2 pkt 1-2 u.s.u.s.).

Wysokość składek na ubezpieczenie chorobowe ustala się w oparciu o podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe (art. 20 ust. 1 u.s.u.s.). Podstawą jest więc przychód w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych (art. 4 pkt 9 i art. 18 ust. 1 u.s.u.s.). Roczna podstawa wymiaru składek pracownika na ubezpieczenie chorobowe jest nieograniczona. W odniesieniu do osób prowadzących działalność pozarolniczą, podstawą wymiaru składek jest zadeklarowana kwota, która musi mieścić się w ustawowo określonych granicach: dolny próg równa się 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego (art. 18 ust. 8 u.s.u.s.), zaś próg górny – równa się 250% przeciętnego prognozowanego miesięcznego wynagrodzenia (dalej: przeciętne wynagrodzenie; art. 20 ust. 3 w związku z art. 19 ust. 10 u.s.u.s.). W rezultacie, przedsiębiorca może zadeklarować zarówno kwotę przewyższającą przychody faktyczne, co wiąże się z koniecznością uiszczania wysokich składek, zapewniając wyższe świadczenia, jak i kwotę minimalną, co wiąże się z niskimi świadczeniami, ale też z relatywnie niskimi obciążeniami (minimalna podstawa wymiaru w 2017 r. wynosi 2557,80 zł, zaś na jej podstawie wyliczona składka – 62,67 zł). Wysokość składki na ubezpieczenie chorobowe została określono procentowo i wynosi 2,45% podstawy wymiaru składek dla wszystkich ubezpieczonych. Jest ona finansowana w całości ze środków własnych osób ubezpieczonych (art. 15 ust. 1, art. 16 i art. 22 ust. 1 pkt 3 u.s.u.s.).

Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który jest niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, a później - w określonych ustawą przypadkach (art. 6 i art. 7 u.ś.ch.). Nabywa on prawo do zasiłku chorobowego dopiero po upływie tzw. okresu wyczekiwania. Jest on różnicowany dla ubezpieczonych obowiązkowo i dobrowolnie. Ubezpieczeni, dla których ubezpieczenie chorobowe ma charakter obowiązkowy, mają prawo do świadczenia chorobowego po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia, w przypadku zaś dobrowolnego - po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia (art. 4 ust. 1 u.ś.ch.). Zgodnie z art. 8 u.ś.z. zasiłek przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy nie dłużej jednak niż przez 182 dni.

Zasiłek jest wypłacany – co do zasady – w wysokości 80% podstawy jego wymiaru i przysługuje za każdy dzień niezdolności do pracy, obejmując też dni wolne od pracy. Podstawę jego wymiaru stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie pracownika wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy (dalej: przeciętne wynagrodzenie miesięczne). Wynagrodzeniem jest zaś przychód pracownika stanowiący podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniu potrąconych przez pracodawcę składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe i chorobowe (łącznie suma potrąceń wynosi 13,71%; art. 3 pkt 3 i 4 u.ś.ch.). Podstawą wymiaru zasiłku chorobowego osoby prowadzącej działalność gospodarczą jest przeciętny miesięczny przychód za 12 miesięcy kalendarzowych nieprzerwanego ubezpieczenia poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy (art. 48 ust. 1 u.ś.ch.). Przychodem jest zaś – zgodnie z art. 3 pkt 4 ustawy zasiłkowej – kwota stanowiąca podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego, po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru, czyli 86,29% zadeklarowanej kwoty.

Reasumując, ubezpieczenie chorobowe nie ma charakteru powszechnego. Osoby prowadzące działalność gospodarczą mogą dobrowolnie ubezpieczyć się od ryzyka choroby, zaś pracownicy podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu. Stawka składki jest równa dla tych dwóch grup ubezpieczonych i wynosi 2,45%, różnicowana jest natomiast podstawa jej wymiaru. Opłata jest finansowana w całości ze środków własnych osób ubezpieczonych.

5. Sąd pytający zarzuca zaskarżonej regulacji nierówne traktowanie w zakresie zdolności opłatowej ubezpieczonych, którzy nie wykonują pracy zarobkowej z powodu choroby i z tego tytułu pobierają zasiłek chorobowy. Jak podnosi Sąd Okręgowy, przedsiębiorca jest zobowiązany zapłacić ZUS składkę zdrowotną w stałej wysokości bez względu na to, czy i jaki osiągnął przychód w okresie swojej choroby. Problem ten nabiera znaczenia, jeśli niezdolność trwała pełny miesiąc lub jego wielokrotność. W rezultacie, przedsiębiorca opłaca ze świadczenia chorobowego, które tylko w części rekompensuje utracone źródło dochodu, pełną opłatę zdrowotną. Z kolei pracownicy nie ponoszą ciężaru tej opłaty za okres pobierania zasiłku. Istota problemu konstytucyjnego sprowadza się więc do

pytania, czy ustawodawca dokonał równomiernego obciążenia opłatą publiczną (składką zdrowotną) pracowników i osób prowadzących działalność gospodarczą.

Uzasadniając zarzut naruszenia art. 84 w związku z art. 32 ust. 2 Konstytucji, Sąd Okręgowy przyjął, że pracownik i przedsiębiorca, którzy z powodu choroby nie wykonują pracy zarobkowej i pobierają zasiłek chorobowy, są podmiotami podobnymi w zakresie zdolności opłatowej. Sejm w pierwszej kolejności odniesie się do tak sformułowanej tezy. Wymaga to jednak porównania sytuacji prawnej pracownika i osoby prowadzącej działalność gospodarczą z punktu widzenia dwóch rodzajów ubezpieczeń, tj. ubezpieczenia chorobowego i ubezpieczenia zdrowotnego.

Poszukując odpowiedzi na pytanie, czy pracownik i przedsiębiorca są podmiotami podobnymi w sferze ubezpieczenia chorobowego, Sejm pragnie przywołać pogląd TK wyrażony w wyrokach z: 6 marca 2007 r. (sygn. akt P 45/06) i 24 maja 2012 r. (sygn. akt P 12/12). W przywołanych rozstrzygnięciach, Trybunał przyjął, mimo zachodzących różnic w statusie prawnym, że osoby podlegające ubezpieczeniu chorobowemu obowiązkowo (pracownik) i dobrowolnie (przedsiębiorca) stanowią jedną grupę podmiotów, gdyż mają status osoby ubezpieczonej. W całości ponoszą ciężar składek, które są finansowane wyłącznie z ich środków własnych, zaś wysokość składki jest taka sama i wynosi 2,45% podstawy wymiaru składek. Ponadto TK zwrócił także uwagę na to, że: „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)”. Jako *ultima ratio*, sąd konstytucyjny wskazał na ten sam cel ubezpieczenia dobrowolnego (pracownika) i obowiązkowego (przedsiębiorcy). Ma ono zapewniać środki finansowe ubezpieczonym, którzy w wyniku choroby nie mogą wykonywać swojej działalności zarobkowej.

Pracownik i przedsiębiorca są też podmiotami podobnymi w sferze ubezpieczenia zdrowotnego, ponieważ podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu. Ponoszą ciężar finansowy składki w całości, której stopa jest jednakowa dla wszystkich i wynosi 9% podstawy wymiaru. Różna jest natomiast podstawa jej wymiaru dla pracownika i przedsiębiorcy. „Zróżnicowany sposób określenia podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe wynika z innego sposobu uzyskiwania dochodów” (wyrok TK z 16 listopada 2010 r., sygn. akt P 86/08). Mimo tej różnicy, ustawodawca gwarantuje tym podmiotom taki sam zakres świadczeń opieki

zdrowotnej. Wobec tego należy przyjąć, że sytuacja prawna tych podmiotów w sferze ubezpieczenia zdrowotnego jest porównywalna, a więc są to podmioty podobne, lecz nie identyczne.

Reasumując, pracownik i przedsiębiorca są podmiotami podobnymi w sferze ubezpieczenia chorobowego i zdrowotnego. Uwzględniając cel zakwestionowanej regulacji, za istotne cechy relewantne wyznaczające klasę podmiotów podobnych należy uznać: a) posiadanie statusu osoby ubezpieczonej i b) wynikający z tego tytułu obowiązek opłatowy, c) brak przychodu spowodowany wystąpieniem choroby (ryzyko ubezpieczeniowe), d) przebywanie na zasiłku chorobowym. Zwolnienie pracownika od obowiązku ponoszenia ciężaru składki zdrowotnej za okres pobierania powyższego zasiłku stanowi sporne kryterium różnicowania sytuacji prawnej ubezpieczonych.

Na wstępie należy zaznaczyć, że różnicowanie ubezpieczonych w zakresie obowiązku ponoszenia ciężaru składki na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne nie musi być uznane za naruszające zasadę równości, o ile spełnia (koniunktywnie) następujące warunki: 1) wprowadzone przez prawodawcę różnicowanie 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 TK z 11 grudnia 2006 r., sygn. akt SK 15/06).

6. W ocenie Sejmu, zakwestionowany art. 79 ust. 2 i art. 81 ust. 2 u.ś.z. wprowadza konstytucyjnie niedopuszczalne różnicowanie podmiotów podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Na rzecz powyższej tezy przemawiają następujące argumenty.

Po pierwsze, pracownik i przedsiębiorca, ubezpieczeni od ryzyka wystąpienia choroby, mają prawo do zasiłku chorobowego. Zasiłek ten przysługuje osobie – zgodnie z art. 6 u.ś.p. – która stała się niezdolna do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Celem tego świadczenia jest zapewnienie środków utrzymania w okresach niezdolności do pracy spowodowanej złym stanem zdrowia. Nie zastępuje ono w całości utraconego dochodu.

„[U]gruntowana jest zasada, że ma on jedynie łagodzić skutki ryzyka niezdolności do pracy z powodu choroby, nie ma natomiast na celu pełnej kompensacji *sui generis* «szkody». Zasada ta wynika (...) z założenia prymatu wynagrodzenia za pracę przed świadczeniem ubezpieczeniowym i ustalenia możliwie niskiej składki, (...) ze względów prewencyjnych, utrzymania udziału własnego w ponoszeniu skutków ryzyka chorobowego, na którego rozmiary pewien wpływ ma sam ubezpieczony” (wyrok TK z 24 czerwca 2008 r., sygn. akt SK 16/06).

Okres pobierania zasiłku chorobowego ma służyć przywróceniu sprawności organizmu, co w większości przypadków wiąże się z powstrzymaniem się od pracy zawodowej. Artykuł 17 u.ś.ch. przewiduje więc, że: „Ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystujący zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres tego zwolnienia”. Z przepisu tego wynika, iż pobierający zasiłek chorobowy pracownik i przedsiębiorca nie mogą wykonywać pracy zarobkowej. Sąd Najwyższy stoi na stanowisku, że art. 17 u.ś.ch. wyklucza prawną możliwość podejmowania jakiejkolwiek aktywności zawodowej, mającej charakter zarobkowy. Dopuszcza on jednak pewne wyjątki, w których taką działalność można wykonywać. Są to sytuacje szczególne, uzasadnione tylko sporadycznym i formalnym charakterem czynności ubezpieczonego lub ich niezbędnością dla kontynuacji działalności gospodarczej, np. niezbędne sprawy kadrowe - zatrudnianie pracowników, opłacanie czynszu, czy podpisywanie faktur. Nie dochodzi do utraty prawa do zasiłku chorobowego w przypadku aktywności zmierzającej do osiągnięcia zarobku w czasie pobierania tego zasiłku, gdy ma ona charakter incydentalny i wymuszony okolicznościami (zob. wyroki SN z: 15 czerwca 2007 r., sygn. akt II UK 223/08; 3 marca 2010 r., sygn. akt III UK 71/09; 17 stycznia 2002 r., sygn. akt II UKN 710/00; 7 października 2003 r., sygn. akt II UK 76/2003; 15 czerwca 2007 r., sygn. akt II UK 223/06; 3 marca 2010 r., sygn. akt III UK 71/09). Z powyższego wynika, że czas choroby i pobierania zasiłku chorobowego ma służyć regeneracji sił, zaś ubezpieczony nie może wykonywać żadnej działalności zarobkowej, w tym nie może ani świadczyć pracy, ani prowadzić działalności gospodarczej. Zasiłek zaś dostarcza środki, zapewniające utrzymanie pracownika i przedsiębiorcy w okresie niezdolności do pracy.

Zasiłek chorobowy jest podstawowym źródłem utrzymania pracownika i jego rodziny na czas choroby. Problem ten nieco inaczej wygląda w przypadku osoby

prowadzącej działalność gospodarczą, która może przybierać różną postać i rozmiar. W określonych sytuacjach faktycznych, choroba przedsiębiorcy nie ma wpływu ani na zakres tej działalności, ani też na wielkość uzyskiwanego przychodu. Na tę okoliczność uwagę zwraca Prokurator Generalny w swoim stanowisku z dnia 7 sierpnia 2017 r., PK VIII TK 60.2017: „W przypadku znacznej części przedsiębiorców, szczególnie zatrudniających pracowników, fakt, że w danym okresie nie świadczy pracy sam przedsiębiorca, nie oznacza automatycznie przerwy w działalności i braku przychodu z tej działalności, niezależnie od otrzymywanego zasiłku chorobowego”. Dalej: „[O]soba fizyczna podejmuje ten rodzaj aktywności po to, by uzyskać dochód zapewniający możliwość zaspokojenia swoich potrzeb. Zatem z punktu widzenia celowościowego nie powinna mieć miejsca sytuacja, w której dana działalność jest kontynuowana, pomimo że w długiej perspektywie czasowej przynosi straty. Innymi słowy, ustawodawca ma prawo oczekiwać, że przedsiębiorca będzie realnie oceniać sytuację pod kątem osiągniętych przychodów i kosztów prowadzenia działalności w tym koniecznych składek, i co do zasady prowadzić aktywność gospodarczą jedynie wówczas, gdy uzyskiwane z niej środki będą miały aprobowaną wysokość. Nie ulega przy tym wątpliwości, że co do zasady osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą taki zysk osiągają. Okresowe obniżenie lub nawet brak dochodu stanowią bowiem element ryzyka nieodłącznie związany z wykonywaniem tego rodzaju działalności, które racjonalny przedsiębiorca winien uwzględniać, podejmując decyzję o wyborze tego sposobu zarobkowania. W celu zminimalizowania ryzyka związanego z niemożnością osobistego świadczenia pracy z powodu choroby i uzyskania rekompensaty utraconych przychodów osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą może skorzystać z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego”.

Z drugiej jednak strony, ustawodawca w grupie osób prowadzących działalność gospodarczą wyróżnia, czego nie dostrzega Prokurator Generalny, przedsiębiorców niezatrudniających pracowników i obejmuje ich szczególną ochroną. Zgodnie bowiem z art. 8a w związku z art. 1 ust. 1 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (t.j. Dz. U. 2017 r. poz. 847; dalej: u.m.w.) osobie fizycznej wykonującej działalność gospodarczą zarejestrowaną w Rzeczypospolitej Polskiej albo w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej lub państwem Europejskiego Obszaru Gospodarczego, która nie zatrudnia pracowników lub nie zawiera umów

ze zleceniobiorcami (dalej: samozatrudnienie, samozatrudniony) przysługuje prawo do minimalnej stawki godzinowej, jeśli przyjmuje zlecenie lub świadczy usługi na podstawie art. 734 i art. 750 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 459 ze zm.). W myśl postanowień u.m.w. wysokość wynagrodzenia za każdą godzinę wykonania zlecenia lub świadczenia usług nie może być niższa niż wysokość minimalnej stawki godzinowej ustalonej zgodnie z art. 2 ust. 3a, 3b i 5 u.m.w. [stawka godzinowa pracownika – uwaga własna]. „W przypadku gdy wysokość wynagrodzenia ustalonego w umowie nie zapewnia przyjmującemu zlecenie lub świadczącemu usługi otrzymania za każdą godzinę wykonania zlecenia lub świadczenia usług wynagrodzenia w wysokości co najmniej minimalnej stawki godzinowej, przyjmującemu zlecenie lub świadczącemu usługi przysługuje wynagrodzenie w wysokości obliczonej z uwzględnieniem minimalnej stawki godzinowej ustalonej zgodnie z art. 2 ust. 3a, 3b i 5”. Ponadto ustawa o minimalnym wynagrodzeniu przewiduje dalsze gwarancje dla samozatrudnionych. I tak np. samozatrudniony nie może zrzec się prawa do wynagrodzenia w wysokości wynikającej z wysokości minimalnej stawki godzinowej albo przenieść prawa do tego wynagrodzenia na inną osobę (art. 8a ust. 4 u.m.w.); wypłaty wynagrodzenia w wysokości wynikającej z wysokości minimalnej stawki godzinowej dokonuje się w formie pieniężnej (art. 8a ust. 5 u.m.w.); w przypadku umów zawartych na czas dłuższy niż 1 miesiąc, wypłaty wynagrodzenia w wysokości wynikającej z wysokości minimalnej stawki godzinowej dokonuje się co najmniej raz w miesiącu (art. 8a ust. 6 u.m.w.); obowiązuje ewidencja czasu pracy (art. 8b u.m.w.); obowiązek zleceniodawcy przechowania dokumentów potwierdzających liczbę godzin wykonania zlecenia lub świadczenia usług przez okres 3 lat od dnia, w którym wynagrodzenie stało się wymagalne (art. 8c u.m.w.).

Taki stan rzeczy jest konsekwencją nieprawidłowości na rynku pracy. „Ograniczenie zakresu osób prowadzących działalność gospodarczą, do których mają zastosowanie przepisy ustawy dotyczące obowiązku zapewnienia minimalnej stawki godzinowej, wyłącznie do osób fizycznych niezatrudniających pracowników lub niezawierających umów ze zleceniobiorcami ma na celu objęcie obowiązkiem zapewnienia minimalnej stawki godzinowej tzw. «osób samozatrudnionych», to jest osób, które prowadzą działalność jednoosobowo i osobiście wykonują zadania wynikające z umowy. Konieczność włączenia tych osób w zakres podmiotów objętych projektowaną regulacją wynika z nadużywania tej formy aktywności

zawodowej, która często zastępuje stosunek pracy. Niejednokrotnie pracodawca – jedynie w celu obniżenia własnych kosztów – wywiera nacisk na swojego dotychczasowego pracownika, aby rozpoczął samodzielną działalność gospodarczą, przy czym charakter pracy wykonywanej w ramach prowadzonej działalności nie ulega zmianie w stosunku do pracy wykonywanej wcześniej w ramach stosunku pracy. W świetle danych Głównego Urzędu Statystycznego, w odniesieniu do osób wykonujących pracę w formie tzw. samozatrudnienia, w 51,3% przypadków pracodawca uzależnił powierzenie pracy od podjęcia przez nich działalności gospodarczej” (zob. *Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę oraz niektórych innych ustaw*, druk sejmowy nr 600/VIII kad., [on line] <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?nr=600>, s. 5 i 6). W Polsce odnotowano, jak wynika z przeprowadzonych badań, że około 19% zatrudnionych wykonuje pracę w ramach tzw. samozatrudnienia (A. Parent-Thirion, I. Biletta, J. Cabrita, O. Vargas, G. Vermeulen, A. Wilczynska, M. Wilkens, *Sixth European Working Conditions Survey – Overview Report, 2017 update*, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2017, [on line] https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf, s. 21). Dane europejskie, obejmujące też Polskę, wskazują, że w grupie samozatrudnionych przeważają osoby, które świadczą pracę osobiście i nie zatrudniają żadnych pracowników [ta grupa jest dwukrotnie większa niż zatrudniających pracowników – uwaga własna] (ibidem, s. 23). A zatem „Propozycja wprowadzenia minimalnego poziomu wynagrodzeń dla osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia i umowy o świadczenie usług jest celowa i zasadna ze względu na potrzebę zabezpieczenia tego podstawowego prawa osób pracujących w tych formach i tym samym zmniejszenie różnic w tym zakresie pomiędzy tą grupą zatrudnionych a pracownikami zatrudnionymi w ramach stosunku pracy, pomimo tego, że w praktyce mogą oni wykonywać tożsamą pracę” (M. Szczepańska, *Opinia dotycząca projektu ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę oraz niektórych innych ustaw* (druk sejmowy nr 600) [on line] <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/opinieBAS.xsp?nr=600>, s. 2 i 3.).

Jakkolwiek ustawodawca dostrzega podobieństwo faktyczne pomiędzy pracownikiem a samozatrudnionym w zakresie minimalnej stawki godzinowej, to skądinąd wysokość składki zdrowotnej tej drugiej kategorii ubezpieczonych nie jest uzależniona od rzeczywistego przychodu osiągniętego w miesiącu, w którym stała

się ona niezdolna do pracy. Ubezpieczony nie może bowiem zadeklarować jako podstawy składki kwoty niższej niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, jeśli osiągnął przychód niższy lub w ogóle żadnego przychodu nie osiągnął. Prawdopodobieństwo wystąpienia braku lub znacznego spadku przychodu w grupie samozatrudnionych jest wysokie, jeśli zważy się następujące okoliczności: a) niemożliwość świadczenia pracy z powodu choroby, b) brak zatrudnionych pracowników, których praca generuje przychód przedsiębiorcy, c) pobieranie zasiłku chorobowego wyklucza – w myśl art. 17 u.ś.ch. – wykonywanie działalności zarobkowej. Wobec powyższego należy stwierdzić, że sytuacja faktyczna samozatrudnionych jest podobna do sytuacji pracownika, który także utrzymuje się z własnej pracy, a w przypadku choroby – z zasiłku chorobowego. W celu wzmocnienia argumentacji warto wskazać, że pracownicy zatrudnieni na czas nieokreślony i zatrudniający pracowników przedsiębiorcy cieszą się większym bezpieczeństwem finansowym (socjalnym) niż osoby pracujące w systemie samozatrudnienia. Jak wskazują badania, grupa prawie 53% samozatrudnionych w Europie podaje, że nie jest finansowo przygotowana na długotrwałą chorobę, uniemożliwiającą im świadczenie pracy i osiąganie dochodu (*Sixth European Working Conditions Survey – Overview Report, 2017 update*, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2017). Niezdolność do pracy spowodowana stanem zdrowia jest czynnikiem, który w dużym stopniu determinuje ich sytuację materialną, czyniąc ją niestabilną. Powyższe dane, obrazujące wprawdzie sytuację w Europie i Unii Europejskiej, odnoszą się także do Polski, która objęta była badaniem.

Po drugie, niepodzielność składki na ubezpieczenie zdrowotne i sztywność podstawy wymiaru nie może być uzasadniana, jak w przypadku ubezpieczeń społecznych, wysokością świadczeń, które mają bezpośredni związek z wysokością płaconych składek. Zgodnie z art. 65 u.ś.z. „Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach: 1) równego traktowania oraz solidarności społecznej; 2) zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego”. Ubezpieczeni mają, na zasadach określonych w ustawie,

prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Ustawodawca nie różnicuje ubezpieczonych i świadczeniobiorców w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Są one udzielane na zasadzie równości i powszechności. Innymi słowy, koszyk świadczeń jest taki sam dla każdego ubezpieczonego bez względu na: a) źródło obowiązku ubezpieczenia, b) systematyczne uiszczenie składek lub c) podmiot zobowiązany do ponoszenia ciężaru składek na to ubezpieczenie (np. ubezpieczony lub ze środków publicznych), d) tytuł objęcia ubezpieczeniem (dobrowolne czy obowiązkowe).

Jako że polski system ubezpieczenia zdrowotnego oparty jest na powszechności, to obejmuje wiele kategorii osób, które nie partycypują w kosztach jego utrzymania lub partycypują w niewielkim zakresie. Ustawa zdrowotna ustala szereg kategorii osób, za które składki ze środków publicznych opłacają jednostki organizacyjne podlegające odpowiednim ministrom, urzędy pracy i ośrodki pomocy społecznej, organy wykonawcze jednostek samorządu terytorialnego, placówki oświatowe i szkoły wyższe oraz KRUS i ZUS (Kwota dotacji dla ZUS na sfinansowanie składek zdrowotnych wyniosła 1.754,9 mln zł w 2016 r. Wydatki na ochronę zdrowia w 2016 roku stanowiły 2,1% budżetu państwa. Zob. *Analiza NIK wykonania budżetu państwa i założeń polityki pieniężnej w 2016 roku*). Ponadto świadczenia opieki zdrowotnej, co już było podnoszone, nie są uzależnione od wysokości składki i tytułu ubezpieczenia, a także partycypacji ubezpieczonych w tworzeniu Narodowego Funduszu Zdrowia. Są równe dla wszystkich ubezpieczonych bez względu na ich udział.

Z drugiej jednak strony niepodzielność składki na ubezpieczenie zdrowotne i sztywność podstawy jej wymiaru może mieć swoje uzasadnienie w argumentach natury organizacyjnej. U podłoża takiego stanu rzeczy leżą przede wszystkim trudności w ustaleniu rzeczywistego dochodu osób prowadzących działalność gospodarczą, a więc przeszkody dowodowe. Ponadto stała składka ogranicza koszty administracyjne związane ze szczegółowym badaniem sprawy i kontrolą deklarowanych dochodów. Co więcej, zapewnia wpływy do Narodowego Funduszy Zdrowia, pozwalając na racjonalne i sprawiedliwe wydatkowanie środków publicznych. „Rozwiązanie to jest niewątpliwie korzystne z punktu widzenia NFZ i ułatwia procedurę poboru składki. [...] w odniesieniu do osób prowadzących

pozarolniczą działalność gospodarczą, budzi pewne wątpliwości. Generalnie można stwierdzić, że przyjęta w odniesieniu do tych ubezpieczonych regulacja dotycząca zryczałtowanej wysokości składki wydaje się niezgodna z zasadą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż nieproporcjonalnie różnicuje obciążenie tych podmiotów w stosunku do największej grupy ubezpieczonych, czyli zatrudnionych, w tym pracowników” (E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, LEX/el. 2011, numer: 128089). Zaskarżone bowiem przepisy prowadzą do całkowitego zignorowania albo znacznego ograniczenia realizacji słuszych interesów osób samozatrudnionych, dla których analizowany zasiłek jest jedynym źródłem utrzymania w czasie niezdolności do pracy spowodowanej chorobą. Dlatego też waga interesu organów, dokonujących ustalenia wysokości opłaty zdrowotnej nie może być uznana za przeważającą w stosunku do wagi interesu osoby pracującej w formie samozatrudnienia, która znajduje się w trudnej sytuacji życiowej, u podstaw której leży choroba i utrata przychodu.

Po trzecie, zróżnicowanie sytuacji prawnej pracownika i osoby samozatrudnionej nie pozostaje też w żadnym związku z innymi zasadami, czy normami konstytucyjnymi, uzasadniającymi odmienne ich potraktowanie. Oznacza to, że nierówne traktowanie tych podmiotów nie znajduje usprawiedliwienia na gruncie postanowień Konstytucji.

W konkluzjach należy stwierdzić, iż osoby prowadzące działalność gospodarczą nie stanowią jednolitej grupy ubezpieczonych. Pośród nich znajdują się osoby, które nie zatrudniają pracowników, uzyskując przychód jedynie z własnej pracy. Samozatrudnienie niejednokrotnie zastępuje stosunek pracy i jest podyktowane obniżeniem kosztów zatrudnienia pracodawcy. W opinii Sejmu nie ma więc podstaw, aby ustawodawca jednakowo traktował osobę prowadzącą działalność i zatrudniającą pracowników, którzy w czasie choroby przedsiębiorcy wypracowują przychód i osobę pracującą na tzw. samozatrudnieniu, która w czasie choroby pozbawiona jest faktycznej możliwości wypracowania przychodu. Jej status w sferze zatrudnienia zbliżony jest do pracownika. Nie ma też uzasadnionych podstaw, aby ustawodawca odmiennie traktował pracowników i osoby samozatrudnione w zakresie obowiązku opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne.

7. Wobec tego Sejm wnosi o stwierdzenie, że art. 79 ust. 2 w związku z art. 81 ust. 2 u.ś.z. w zakresie, w jakim nie przewiduje możliwości zadeklarowania

podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne niższej niż przewidziana w art. 81 ust. 2 tej ustawy przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą, która nie zatrudnia pracowników i nie zawiera umów ze zleceniobiorcami, jeśli pobierając zasiłek chorobowy nie osiągnęła przychodów lub osiągnęła przychód niższy niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 81 ust. 2 tej ustawy, **jest niezgodny** z art. 84 w związku z art. 32 ust. 1 Konstytucji.

8. W opinii Sejmu, art. 79 ust. 2 w związku z art. 81 ust. 2 u.ś.z. narusza art. 84 Konstytucji w związku z zasadą sprawiedliwości społecznej, której źródłem normatywnym jest art. 2 Konstytucji. Na rzecz takiego wniosku Sejmu przemawiają następujące argumenty.

Przede wszystkim, zasada dobra wspólnego wszystkich obywateli (art. 1 Konstytucji) wymaga odpowiedniego rozłożenia ciężarów publicznych. Są one niezbędne dla sprawnego funkcjonowania państwa. Składają się na materialne zasoby państwa, bez których nie jest ono w stanie wypełniać swoich zadań i funkcji, w tym także w sferze ochrony zdrowia obywateli. Obowiązkiem zaś obywateli jest udział w ponoszeniu ciężarów i świadczeń publicznych, w tym podatków. „Tego rodzaju obciążenia w państwie demokratycznym mogą być nakładane w drodze ustawy. Jednocześnie obowiązek określony w art. 84 Konstytucji jest rozumiany szeroko i dotyczy każdego, aczkolwiek w niejednakowym stopniu. Jest on zależny od sytuacji finansowej [...]” (wyrok TK z 28 października 2015 r., sygn. akt K 21/14). Konstytucja gwarantuje bowiem sprawiedliwość nakładania ciężarów społecznych (postanowienie TK z 16 lutego 2009 r., sygn. akt Ts 202/06).

Sprawiedliwość podatkowa przejawia się w przede wszystkim w indywidualizacji zdolności ponoszenia ciężarów publicznych. Z kolei konkretyzacja tej zdolności następuje w drodze ustawy i musi nawiązywać do warunków dochodowych i majątkowych podatnika (wyrok TK z 4 maja 2004 r., sygn. akt K 8/03). Warunki te są mierzone stopniem jego zamożności, dochodem, obrotem gospodarczym. Tak więc ustawodawca konstruując system obciążeń publicznych powinien uwzględniać sytuację faktyczną podmiotów ponoszących ich koszt. Uwaga ta dotyczy także ubezpieczonych, na których spoczywa ciężar opłaty zdrowotnej. „Brak takiej zindywidualizowanej zdolności powoduje, że ponoszenie danin i ciężarów publicznych jest niemożliwe. Jeśli podmiot zobowiązany nie jest w stanie

wypełnić obowiązku publicznego, maleją korzyści (zarówno w sferze finansów publicznych, jak i w sferze społecznej) wynikające z realizacji tego obowiązku” (wyrok TK z 28 października 2015 r., sygn. akt K 21/14).

Przenosząc powyższe ustalenia na grunt sprawy zawistej przed TK należy stwierdzić, że sprawiedliwość w kontekście zdolności opłatowej jest wypadkową takich czynników, jak wysokość stopy składki, podstawy jej wymiaru i warunków dochodowych zobowiązanego wobec państwa. Zaskarżona regulacja, kształtująca sytuację ubezpieczonych prowadzących działalność gospodarczą, nie uwzględnia ich sytuacji faktycznej w okresie choroby, która zmusza do zaprzestania zarobkowania. Ubezpieczony, który stał się niezdolny do pracy przez długi okres czasu, traci zdolność do ponoszenia ciężaru składki zdrowotnej. Co więcej, zły stan zdrowia i spowodowane tym trudności w osiąganiu dochodów z własnej pracy mogą też prowadzić do ubóstwa jego rodziny. W związku z tym, brak prawnej możliwości redukcji podstawy wymiaru składki zdrowotnej w praktyce oznacza konieczność finansowania jej z zasiłku chorobowego. Trzeba jednak pamiętać, że wypłacane ze środków publicznych świadczenie chorobowe ma na celu zaspokojenie jedynie podstawowych potrzeb ubezpieczonego i jego bliskich. Trudno jest więc wymagać – w świetle zasady sprawiedliwości podatkowej – od ubezpieczonego, którego jedynym źródłem dochodu jest zasiłek, aby przeznaczał go na sfinansowanie składki zdrowotnej. „Ustawodawca, indywidualizując obowiązek podatkowy, musi brać pod uwagę zapewnienie człowiekowi minimum egzystencji. Ma to oparcie w podmiotowości człowieka wynikającej z jego godności” (wyrok TK z 26 października 2010 r., sygn. akt K 58/07). Szacunek ustawodawcy dla godności człowieka wyraża się między innymi w zapewnieniu jednostce pewnego minimum umożliwiającego samodzielne funkcjonowanie w społeczeństwie oraz w stworzeniu każdemu człowiekowi szans na rozwój osobowości w otaczającym go środowisku” (wyrok TK z 4 kwietnia 2001 r, sygn. akt K 11/00).

Sejm przyjmuje założenie, że zdolność opłatowa osób prowadzących działalność gospodarczą jest zróżnicowana. Jak już wskazano, na tę grupę składają się osoby zatrudniające pracowników, którzy wypracowują przychód przedsiębiorcy. Wówczas zasiłek chorobowy nie jest jedynym źródłem jego utrzymania. Z drugiej strony, trzeba wskazać sporą grupę osób samozatrudnionych (np. pielęgniarki, osoby sprząające, przedstawiciele handlowi, itd.), którzy tracą zdolność opłatową na czas choroby. W tym stanie rzeczy brak możliwości zdeklarowania rzeczywistego

przychodu osiągniętego w miesiącu, w którym wystąpiło ryzyko ubezpieczeniowe nie koresponduje z zasadą sprawiedliwości podatkowej, która nakazuje indywidualizację sytuacji podatkowej (opłatowej). Obowiązek płacenia podatków nie może, jak zaznaczył TK, prowadzić do ubóstwa obywateli.

9. Wobec tego Sejm wnosi o stwierdzenie, że art. 79 ust. 2 w związku z art. 81 ust. 2 u.ś.z. w zakresie, w jakim nie przewiduje możliwości zadeklarowania podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne niższej niż przewidziana w art. 81 ust. 2 tej ustawy przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą, która nie zatrudnia pracowników i nie zawiera umów ze zleceniobiorcami, jeśli pobierając zasiłek chorobowy nie osiągnęła przychodów lub osiągnęła przychód niższy niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 81 ust. 2 tej ustawy, jest niezgodny art. 84 Konstytucji w związku z zasadą sprawiedliwości społecznej, wywodzoną z art. 2 Konstytucji.

VI. Dodatkowe wnioski Sejmu

W przypadku stwierdzenia przez TK, że zaskarżone przepisy są niezgodne z Konstytucją, Sejm wnosi o:

1) Uznanie, że stwierdzający niekonstytucyjność wyrok ma znaczenie na przyszłość i nie rodzi roszczenia o zwrot zapłaconych już składek w pełnej wysokości.

2) Odroczenie utraty mocy normy prawnej uznanej za niekonstytucyjną na okres 18 miesięcy w celu pozostawienia ustawodawcy czasu na ustalenie skutków finansowych wyroku dla budżetu państwa, ukształtowanie nowego mechanizmu ustalania składek na ubezpieczenie zdrowotne osób prowadzących działalność gospodarczą zgodnie z wymogami konstytucyjnymi i poprawnej legislacji.

MARSZAŁEK SEJMU



Marek Kuchciński