

Sygn. akt III UZP 10/18

## POSTANOWIENIE

Dnia 17 stycznia 2019 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Romualda Spyt (przewodniczący)

SSN Halina Kiryło (sprawozdawca)

SSN Zbigniew Myszka

Protokolant Joanna Porowska

w sprawie z odwołania K. E.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w P.

o podstawę wymiaru składek,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w dniu 17 stycznia 2019 r.,

zagadnienia prawnego przekazanego postanowieniem Sądu Apelacyjnego w (...)

z dnia 12 września 2018 r., sygn. akt III AUa (...),

"Czy zgodnie z art. 18 ust. 9 oraz ust. 10 ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych ubezpieczony ma prawo do proporcjonalnego zwrotu uiszczonych na rzecz organu rentowego składek na ubezpieczenia społeczne w przypadku powstania niezdolności do pracy w miesiącu, za który została zapłacona składka w pełnej miesięcznej wysokości, wyłącznie w przypadku zadeklarowania najniższej podstawy wymiaru składek, czy też takie prawo przysługuje ubezpieczonemu również w przypadku zadeklarowania podstawy wymiaru składek wyższej niż minimalna?"

**postanawia:**

**na podstawie art. 390 § 1 zdanie 2 k.p.c. przekazać zagadnienie prawne do rozstrzygnięcia powiększonemu składowi Sądu Najwyższego.**

## UZASADNIENIE

Przestawione Sądowi Najwyższemu do rozstrzygnięcia zagadnienie prawne wyłoniło się w sprawie, w której decyzją z dnia 12 października 2016 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w P. stwierdził, że podstawa wymiaru składek K. E. na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne: emerytalne, rentowe i wypadkowe oraz dobrowolne ubezpieczenie chorobowe z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności wynosi za październik 2015 r. - 3.300,00 zł, za listopad 2015 r. - 4.900,00 zł, a za grudzień 2015 r. - 6.750,00 zł.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy wskazał, że K. E. dokonał korekt dokumentów rozliczeniowych ZUS DRA oraz ZUS RCA, zmniejszając podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne za okres od października 2015 r. do grudnia 2015 r., jednakże prawo do takiego zmniejszania przysługuje wyłącznie w przypadku zadeklarowania najniższej, obowiązującej płatnika, podstawy.

Na skutek odwołania ubezpieczonego, Sąd Okręgowy w P. wyrokiem z dnia 25 maja 2017 r. zmienił zaskarżoną decyzję i stwierdził, że podstawa wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne: emerytalne, rentowe, i wypadkowe oraz dobrowolne ubezpieczenie chorobowe z tytułu prowadzonej przez K. E. pozarolniczej działalności wynosi za październik 2015 r. - 1.072,77 zł, za listopad 2015 r. - 1.108,53 zł, a za grudzień 2015 r. - 842,89 zł.

Sąd pierwszej instancji ustalił, że K. E. prowadzi pozarolniczą działalność i z tego tytułu podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym i wypadkowemu oraz dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu. Na ubezpieczenia te zadeklarował podstawę wymiaru składek: za październik 2015 r. – 3.300 zł, za listopad 2015 r., - 4.900 zł i za grudzień 2015 r. – 6.760 zł. Składki na ubezpieczenia społeczne zostały opłacone w prawidłowej wysokości i w terminie. Ubezpieczony korzystał ze zwolnienia chorobowego przez 17 dni w październiku 2015 r., 16 dni w listopadzie 2015 r. i 20 dni w grudniu 2015 r. Za okresy niezdolności do pracy otrzymał zasiłek chorobowy, a w dniu 20 czerwca 2016 r. dokonał korekty podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne. W dniu 5 lipca 2016 r. organ rentowy zwrócił wnioskodawcy nadpłacone składki w kwocie 4.077,66 zł.

Zdaniem Sądu Okręgowego, prawo do proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w trybie art. 18 ust. 9 i ust. 10 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1778 ze zm.; dalej jako ustawa systemowa), dotyczy również osób, które – tak jak ubezpieczony – zadeklarowały kwotę owej podstawy wyższą niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia. Zawarta w powołanym przepisie regulacja miała na celu uniknięcie wątpliwości, co do możliwości pomniejszenia podstawy wymiaru składek zadeklarowanej w kwocie minimalnej, w wypadku zaistnienia przesłanek określonych w tejże normie prawnej.

Apelację od powyższego wyroku złożył organ rentowy, zarzucając naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 18 ust. 10 w związku z art. 18 ust. 9 ustawy systemowej, przez ich błędną interpretację, a w konsekwencji niezasadne uznanie, że przepisy ustawy systemowej zezwalają na proporcjonalne zmniejszenie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe zadeklarowanej w kwocie wyższej od najniższej podstawy wymiaru składek za miesiąc, w którym obowiązek podlegania ubezpieczeniom istniał tylko przez część miesiąca.

Rozpoznając apelację organu rentowego, Sąd Apelacyjny powziął wątpliwości co do wykładni obowiązujących przepisów, wyrażające się w treści przedstawionego zagadnienia prawnego.

Sąd odwoławczy zauważył, że w analizowanej sprawie Sąd Okręgowy opowiedział się za stanowiskiem korzystnym dla ubezpieczonego, uznając, iż prawo do zmniejszenia podstawy wymiaru składek, o którym mowa w art. 18 ust. 9 i ust. 10 ustawy systemowej, dotyczy również osób, które – tak jak odwołujący się – zadeklarowały wyższą kwotę owej podstawy, aniżeli 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia. Pogląd ten, wyrażony w szeregu orzeczeń Sądów Apelacyjnych, opiera się na tezie, zgodnie z którą regulacja art. 18 ust. 9 ustawy systemowej nie odbiera ubezpieczonym, którzy zadeklarowali podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia w rozmiarze przekraczającym ustawowe minimum, prawa do proporcjonalnego zmniejszenia tejże podstawy w miesiącu, w którym nastąpiło objęcie ubezpieczeniem, bądź w przypadku niezdolności do pracy

trwającej przez część miesiąca. Skoro prawo takie zachowują osoby deklarujące minimalną podstawę wymiaru składek, to tym bardziej powinni z niego korzystać także ubezpieczeni wnoszący składki wyższe od minimalnych. Przyjęcie odmiennego stanowiska prowadziło do naruszenia zasady równego traktowania wszystkich ubezpieczonych w zakresie obowiązku opłacania i obliczania wysokości składek na ubezpieczenie społeczne. Przedmiotowa regulacja miała na celu uniknięcie wątpliwości co do możliwości pomniejszenia podstawy wymiaru składek zadeklarowanej w kwocie minimalnej - w razie zaistnienia przesłanek określonych w tych przepisach. W żadnym natomiast wypadku brzmienie art. 18 ust. 9 ustawy systemowej nie upoważnia do przyjęcia braku możliwości proporcjonalnego pomniejszenia przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność składek na ubezpieczenia społeczne w razie zadeklarowania podstawy wymiaru w kwocie wyższej od minimalnej.

W tej linii orzeczniczej wskazuje się także, że prawidłowa interpretacja art. 18 ust. 9 i ust. 10 ustawy systemowej prowadzi do wniosku, iż nie chodzi tutaj o zawężanie możliwości proporcjonalnego pomniejszenia jedynie najniższej podstawy wymiaru składek, ale podkreślenie, że nawet najniższa podstawa wymiaru podlega proporcjonalnemu pomniejszeniu. Skoro ustawodawca przyznał prawo do takiego proporcjonalnego pomniejszenia osobom deklaruującym minimalną podstawę wymiaru składek, to tym bardziej takiego prawa nie można pozbawiać ubezpieczonych, którzy zadeklarowali podstawę wymiaru wyższą od minimalnej.

Na nieprawidłowość postępowania organu rentowego w zakresie stosowania regulacji prawnej dotyczącej proporcjonalnego obniżenia podstawy wymiaru składek w odniesieniu do osób prowadzących pozarolniczą działalność wskazał Zastępca Rzecznika Prawa Obywatelskich w piśmie z dnia 23 lipca 2015 r., stwierdzając, że pogląd organów rentowych, zgodnie z którym proporcjonalne obniżenie podstawy wymiaru składek dotyczy wyłącznie osób prowadzących pozarolniczą działalność, które zadeklarowały kwotę najniższej podstawy wymiaru, pozostaje w kolizji z konstytucyjnymi zasadami równości wobec prawa oraz sprawiedliwości społecznej, jak również z treścią art. 2a ust. 1 i ust. 2 ustawy systemowej.

Sąd pytający przywołał także szereg orzeczeń Sądów Apelacyjnych wyrażających drugie i biegunowo odmienne stanowisko, zgodnie z którym w przepisie art. 18 ust. 9 i ust. 10 ustawy systemowej chodzi o prawo do proporcjonalnego zmniejszenia składek tylko w przypadku zadeklarowania najniższej podstawy wymiaru składek. Pogląd ten opiera się na językowej wykładni powołanych przepisów, która wskazuje, że wyłącznie zadeklarowanie przez osobę ubezpieczoną prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą najniższej podstawy wymiaru składek uprawnia tę osobę do zażądania zwrotu nadpłaconych składek w przypadku powstania niezdolności do pracy w miesiącu, za który została zapłacona składka ubezpieczeniowa w pełnej (miesięcznej) wysokości. Argumentem przemawiającym za przyjęciem ścisłej wykładni językowej jest konstatacja, że wykładnia literalna jest podstawowym rodzajem interpretacji norm prawnych i powinna znaleźć pełne zastosowanie w każdym przypadku, w którym nie prowadzi ona do rezultatów absurdalnych czy też sprzecznych z podstawowymi zasadami porządku prawnego, obowiązującego na danym terytorium. Kolejną przesłanką konieczności zastosowania wykładni językowej w zakresie interpretacji powołanych norm prawnych jest to, że przepisy prawa ubezpieczeń społecznych powinny być interpretowane ściśle, a więc niedopuszczalna jest ich wykładnia rozszerzająca. Tymczasem, gdyby intencją ustawodawcy było ustalenie możliwości proporcjonalnego obniżenia każdej podstawy wymiaru składek, to wówczas w treści przepisów art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej nie znalazłoby się określenie „najniższej”, lecz na przykład „zadeklarowanej podstawy”.

Wskazuje się także, że wyniki przedstawionej językowej wykładni analizowanych przepisów znajdują potwierdzenie w wykładni celowościowej, bowiem w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne i ich wysokość nie są powiązane z osiągniętym faktycznie przychodem, lecz wyłącznie z istnieniem tytułu ubezpieczenia i zadeklarowaną przez ubezpieczonego kwotą, niezależnie od tego, czy ubezpieczony osiąga przychody i w jakiej wysokości. Po stronie osoby prowadzącej pozarolniczą działalność istnieje zatem uprawnienie do zadeklarowania w granicach zakreślonych ustawą dowolnej kwoty, jako podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, wobec czego sposób, w jaki

realizuje to uprawnienie, zależy wyłącznie od jej decyzji. Prawo do proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe dotyczy tylko podstawy wskazanej w minimalnej wysokości, wymaganej przepisami prawa. Skoro bowiem osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą posiada swobodę deklarowania kwoty podstawy wymiaru, to posiada ona uprawnienie do samodzielnego określania tej podstawy także w przypadku, gdy podlega ubezpieczeniu tylko przez część miesiąca lub przez część miesiąca jest niezdolna do pracy, spełniając z tego tytułu warunki do przyznania zasiłku.

W orzeczeniach opowiadających się za drugim z prezentowanych poglądów nie dostrzeżono także naruszenia w analizowanych przepisach zasady równego traktowania wszystkich ubezpieczonych w zakresie obowiązku opłacania i obliczania wysokości składek. Zauważono mianowicie, że przepis art. 2a ustawy systemowej przewidując zasadę równego traktowania wszystkich ubezpieczonych, zakazuje ich różnicowania ze względu na płeć, stan cywilny, stan rodzinny, co oznacza, że nie ma podstaw prawnych do czynienia między ubezpieczonymi różnic związanych z wymienionymi kryteriami, tj. z płcią, stanem cywilnym czy też stanem rodzinnym. Nie oznacza to jednak, że wyłączone są różnice w uprawnieniach ubezpieczonych w zależności od wysokości zadeklarowanej podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie. Z powołanego przepisu nie da się wywieść zakazu wprowadzania zróżnicowania sytuacji osób deklarujących i opłacających składki w kwocie wyższej niż minimalnej i osób opłacających składki od minimalnej podstawy wymiaru, a w konsekwencji różnicowania możliwości zmniejszania zadeklarowanej podstawy wymiaru. Swoboda ustawodawcy do określania obowiązku opłacania i obliczania wysokości składek na ubezpieczenie społeczne w ramach poszczególnych systemów ubezpieczenia jest szeroka, a kwestia celowości i słuszności wprowadzenia odrębnej regulacji w ubezpieczeniu osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą nie podlega ocenie sądów powszechnych rozpoznających sprawy z zakresu zabezpieczenia społecznego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Wbrew sugestiom Sądu pytającego, przedstawione do rozstrzygnięcia zagadnienie prawne było już tematem rozważań Sądu Najwyższego, który w

wyroku z dnia 20 września 2017 r., I UK 341/16, wyraził pogląd, że wykładnia językowa art. 18 ust. 9 i ust. 10 ustawy systemowej w sposób niebudzący jakichkolwiek wątpliwości wskazuje na możliwość proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składki w miesiącu, w którym nastąpiło objęcie ubezpieczeniami albo ich ustanie, bądź w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, wyłącznie w stosunku do ubezpieczonych, którzy zadeklarowali najniższą podstawę wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzonej działalności pozarolniczej. Przepis art. 18 ust. 9 ustawy systemowej - przewidując możliwość proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru za miesiąc, w którym nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami emerytalnymi i rentowymi lub ich ustanie i jeżeli trwały one tylko przez część miesiąca - stanowi, że "kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie (...)". Oznacza to, że ustawodawca wyraźnie ograniczył możliwość korzystania z proporcjonalnego pomniejszenia podstawy wymiaru składki tylko do ubezpieczonych, którzy zadeklarowali najniższą podstawę wymiaru składki. Nieuprawnione jest zatem stanowisko, że prawidłowa wykładnia art. 18 ust. 9 i ust. 10 ustawy systemowej prowadzi do wniosku, iż nawet najniższa podstawa wymiaru może ulec obniżeniu. Wykładnia językowa art. 18 ust. 9 ustawy systemowej wskazuje jednoznacznie, że zmniejszenie podstawy wymiaru składki dotyczy wyłącznie "kwoty najniższej podstawy wymiaru składek", nie zaś każdej zadeklarowanej kwoty składki. Tym samym możliwość korekty podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne występuje tylko w przypadku, gdy podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne osoby prowadzącej działalność gospodarczą była zadeklarowana w wysokości 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, o którym mowa w art. 18 ust. 8 ustawy.

Sąd Najwyższy zwrócił uwagę na możliwość takiej interpretacji powołanych przepisów także w uzasadnieniu wyroku z dnia 8 października 2015 r., I UK 449/14 (LEX nr 1817648) i jednoznacznie opowiedział się za taką ich wykładnią w wyroku z dnia 18 października 2018 r., III UK 160/17 (Legalis nr 1836112).

Rodzi się pytanie o trafność i aktualność tego poglądu.

Analizę przedstawionego Sądowi Najwyższemu zagadnienia prawnego wypada rozpocząć od przypomnienia, że osoby prowadzące pozarolniczą

działalność podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz wypadkowemu (art. 6 ust. 1 pkt 5 i art. 12 ust. 1 ustawy systemowej), a ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności (art. 11 ust. 2 ustawy systemowej). Zgodnie z art. 13 pkt 4 ustawy systemowej, powyżej wymienionym ubezpieczeniom osoby fizyczne prowadzące działalność pozarolniczą podlegają w okresie od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania jej wykonywania. Natomiast w myśl art. 14 ust. 1 i 2 ustawy systemowej, objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnymi, rentowymi i chorobowymi następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, a ubezpieczenia te ustają: a) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony; b) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie.

Warto zauważyć, że normy prawa ubezpieczeń społecznych są uznawane za część składową prawa zabezpieczenia społecznego, mającego charakter odrębnej gałęzi prawa. W konsekwencji stosunki prawne powstające na gruncie obowiązywania norm tej gałęzi prawa należą do kategorii stosunków prawa zabezpieczenia społecznego. Do cech kategoryalnych ubezpieczeń społecznych należy przymus ubezpieczenia, wyrażający się w pozbawieniu stron (zarówno osoby podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia, jak i instytucji ubezpieczeniowej) autonomii woli w zakresie nawiązania stosunku ubezpieczenia społecznego. Przepisy prawa wyliczają enumeratywnie kategorie podmiotów objętych przymusem ubezpieczenia, a powstanie stosunku prawnego pomiędzy ubezpieczonym i instytucją ubezpieczeniową następuje automatycznie wskutek wypełnienia przez ubezpieczonego ustawowych przesłanek. Przedmiotem stosunków ubezpieczenia są prawa i obowiązki ubezpieczonego oraz instytucji ubezpieczeniowej dotyczące składek oraz ochrony ubezpieczeniowej. Właściwością omawianych więzi prawnych jest występowanie szczególnego rodzaju zależności polegającej na tym, że objęcie ochroną ubezpieczeniową wiąże się z powstaniem obowiązku opłacania składek. Zależność ta nie przybiera jednak w ubezpieczeniu społecznym znamion wzajemności (ekwiwalentności) w znaczeniu



przyjętym w prawie cywilnym. Oba elementy stosunku ubezpieczenia (składka ubezpieczeniowa oraz ochrona ubezpieczeniowa) nie są równoważne (wymienialne), bowiem zasada ekwiwalentności świadczeń jest w tym stosunku modyfikowana przez zasadę solidarności społecznej. Stosunków ubezpieczenia społecznego nie da się zatem zakwalifikować do stosunków zobowiązaniowych, nie można tu bowiem mówić, tak jak w przypadku cywilnoprawnych zobowiązań wzajemnych, o ścisłej współzależności (synallagmatyczności) składki i świadczenia. Składka w ubezpieczeniach społecznych jest wprawdzie osobistym wkładem ubezpieczonego, ale z przeznaczeniem na tworzenie ogólnego funduszu ubezpieczeniowego, z którego prawo do świadczeń czerpią ci ubezpieczeni, którym ziści się określone ryzyko socjalne. Takie poglądy prezentowane są dotychczas jednolicie w judykaturze (por. między innymi uchwały Sądu Najwyższego z dnia 4 września 1992 r., II UZP 17/92, OSNCP 1993 nr 6, poz. 91 i z dnia 30 czerwca 1994 r., II UZP 15/94, OSNAPIUS 1994 nr 8, poz. 131; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 października 2006 r., I UK 128/06, OSNP 2007 nr 23-24, poz. 359, czy uzasadnienie wyroku z dnia 23 sierpnia 2007 r., I UK 68/07, OSNP 2008 nr 19-20, poz. 300), która wskazuje, że prawo ubezpieczeń społecznych stanowi odrębną gałąź prawa w stosunku do prawa cywilnego, a na podstawie jego przepisów strony nie korzystają ze swoich praw podmiotowych regulowanych prawem prywatnym - Kodeksem cywilnym lub Kodeksem pracy, lecz Zakład Ubezpieczeń Społecznych realizuje wobec innego uczestnika stosunku prawnego swoje ustawowe kompetencje. Z tego względu stosunek ubezpieczenia społecznego nie jest stosunkiem cywilnoprawnym, opartym na równorzędności jego podmiotów i wzajemności (ekwiwalentności) świadczeń, lecz uregulowanym ustawowo stosunkiem prawnym opartym na zasadzie solidaryzmu, a wynikające z niego świadczenia stron tego stosunku nie są świadczeniami cywilnoprawnym.

Konsekwencją faktu, że przedmiotem regulacji prawa ubezpieczeń społecznych są stosunki prawne zachodzące pomiędzy ubezpieczonym i instytucją ubezpieczeniową, charakteryzujące się występowaniem szczególnego rodzaju zależności pomiędzy objęciem ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową a powstaniem obowiązku opłacania składek na owe ubezpieczenia (regulacji opartej

na zasadzie solidarności społecznej), jest sposób unormowania przez ustawodawcę problematyki tychże składek.

Składki na ubezpieczenia społeczne stanowią źródło dochodów ubezpieczeniowych w obydwu spotykanych w systemach prawa ubezpieczeń społecznych modelach finansowania świadczeń: w modelu repartycyjnym, polegającym na repartycji rocznych wydatków, czyli na pokrywaniu bieżących wydatków na świadczenia z bieżących składek, gromadzonych na celowym i konsumpcyjnym funduszu ubezpieczeniowym; jak i w modelu kapitałowym, w którym pokrycie przyszłych świadczeń następuje w drodze gromadzenia kapitału składkowego przez cały czas ubezpieczenia, a fundusz ubezpieczeniowy powstaje w ramach procesu kapitalizacji składek (tj. ich inwestycji), w związku z czym środki na wypłatę świadczeń pochodzą nie tylko z samych składek, lecz również z dochodów z kapitału. Składka ubezpieczeniowa definiowana jest jako świadczenie pieniężne, celowe, bezzwrotne, o charakterze przymusowym, pobierane na rzecz instytucji publicznych, na pokrycie wydatków związanych z występowaniem zdarzeń losowych. Stanowi ona cenę gwarancji ubezpieczeniowej, tzn. przysługuje za ponoszenie przez ubezpieczyciela ryzyka polegającego na zapewnieniu gwarancji wypłaty świadczeń w razie zajścia ryzyka po stronie ubezpieczającego się (por. L. Mackiewicz - Golnik, *Powszechne ubezpieczenie emerytalne*, Warszawa 1983, s. 84 oraz W. Szubert, *Ubezpieczenia społeczne. Zarys systemu*, Warszawa 1987, s. 217). Celowość składki i jej przeznaczenie odróżniają ją od podatku. Celowość ta wyraża się w powiązaniu dochodów uzyskanych ze składek z wydatkami na świadczenia z ubezpieczeń społecznych, zaś przeznaczeniem składki jest pozostawienie jej w dyspozycji instytucji ubezpieczeniowej. Składka ubezpieczeniowa nie może być utożsamiana z żadną formą oszczędnościową (wkładem w banku czy wpłatą do funduszu inwestycyjnego), gdyż uiszczający składkę nie może nią rozporządzać. Składka jest miarą ogólnego wkładu ubezpieczonego w tworzeniu funduszu ubezpieczeniowego, natomiast świadczenie na rzecz ubezpieczonego nie jest ścisłym odpowiednikiem jego własnego wkładu (por. T. Zieliński, *Ubezpieczenia społeczne pracowników. Zarys systemu prawnego - część ogólna*, Warszawa - Kraków 1994, s. 189-190). A zatem składka to wprawdzie indywidualny udział każdego ubezpieczonego w tworzeniu funduszu

ubezpieczeniowego, do korzystania z którego ma on jednak prawo wyłączenie w przypadku ziszczenia się któregoś ryzyka socjalnego. I chociaż w definicji składki eksponuje się cechę odpłatności, trzeba zauważyć, że mimo, iż świadczenia z ubezpieczeń społecznych przysługują w zamian za opłacanie składek, to relacja składka - świadczenie nie może być traktowana jako zobowiązanie wzajemne w ujęciu prawa cywilnego. W prawie ubezpieczeń społecznych rozmiar przyszłego świadczenia nie jest ściśle uzależniony od sumy wcześniej wpłaconych składek (zasada proporcjonalności), nie zachodzi więc równowartość składki i świadczenia w rachunku indywidualnym. Wynika to nie tylko z istoty każdego ubezpieczenia (tj. wniesiony wkład jest zawsze mniejszy lub większy od wypłacanego świadczenia w zależności od momentu zajścia ryzyka w stosunku do początku okresu ubezpieczenia), lecz również z redystrybucyjnej funkcji ubezpieczeń społecznych, realizowanej np. przez spłaszczanie świadczeń za pomocą ograniczenia podstawy ich wymiaru, ustanowienie części socjalnej świadczenia, zaliczenie do stażu ubezpieczeniowego okresów nieskładkowych, gwarantowanie świadczenia minimalnego. Odpłatność podlegania ubezpieczeniom społecznym w postaci uiszczania składek przesądza o prawie ubezpieczonego do wzajemnego świadczenia z instytucji ubezpieczeniowej, ale wymiar tego świadczenia jest korygowany wyrównaniem socjalnym, dokonywanym w ramach redystrybucji dochodów od bogatszych do biedniejszych. W ubezpieczeniu społecznym istotną rolę w kształtowaniu prawa do świadczeń i ich wysokości odgrywa zatem wspomniany czynnik socjalny (por. I. Jankowska, Prawo do emerytury i rent z ubezpieczenia społecznego, Warszawa 1992, s. 23 oraz K. Antonów, Finansowe aspekty ubezpieczeń społecznych, PiZS 2002 nr 11, s. 3-4).

W sytuacji, gdy ekwiwalentność składek i świadczeń nie jest charakterystyczną cechą stosunków ubezpieczenia społecznego, a zasady obliczania jednych i drugich należności nie zostały pozostawione swobodnej woli stron, lecz są szczegółowo unormowane w tej gałęzi prawa, rzeczą ustawodawcy jest właściwe uregulowanie tychże kwestii dla zapewnienia równowagi w przychodach i wydatkach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Dotyczy to zasad finansowania składek na ubezpieczenia społeczne. W odniesieniu do większości osób podlegających ubezpieczeniom społecznym (w tym pracowników) regułą jest,

że składki na fundusz emerytalny i rentowy finansują po połowie ubezpieczony i płatnik, składki na fundusz chorobowy finansują z własnych środków ubezpieczeni, zaś składki na ubezpieczenie wypadkowe finansują z własnych środków płatnicy (art. 16-17 ustawy systemowej). Wysokość składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe została wyrażona w formie stopy procentowej jednakowej dla wszystkich ubezpieczonych, a zróżnicowano jedynie stopę procentową składek na ubezpieczenia wypadkowe dla poszczególnych płatników składek w zależności od poziomu zagrożeń zawodowych i ich skutków (art. 22 w związku z art. 15 ustawy systemowej). Podstawa wymiaru składek w odniesieniu do poszczególnych kategorii ubezpieczonych została określona w art. 18 ust. 1 – ust. 8 ustawy systemowej.

W art. 18 ustawy systemowej unormowano problematykę podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe poszczególnych grup ubezpieczonych, łącząc ową podstawę wymiaru na ogół z wysokością rzeczywiście osiąganego przychodu (zdefiniowanego w art. 4 pkt 9 i 10 ustawy systemowej jako przychody w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, a w przypadku członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub spółdzielni kółek rolniczych – przychody z tytułu pracy w spółdzielni i z tytułu wytwarzania na jej rzecz produktów rolnych) lub kwotą rzeczywiście pobieranych uposażeń, stypendiów, świadczeń, zasiłków albo ustawowo określoną kwotą minimalnego lub przeciętnego wynagrodzenia za pracę czy kwotą kryterium dochodowego. Natomiast w stosunku do ubezpieczonych, o jakich mowa w art. 6 ust. 1 pkt 4 ustawy systemowej (zleceniobiorców i osób współpracujących z nimi) oraz wymienionych w art. 7 i 10 ustawy systemowej osób dobrowolnie podlegających tym ubezpieczeniom wskazano jako podstawę wymiaru składek zadeklarowaną kwotę, nie niższą jednak niż kwota minimalnego wynagrodzenia, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz ust. 9 i 10 tego artykułu (art. 18 ust. 7). Podobnie w art. 18 ust. 8 ustawy systemowej, w odniesieniu do ubezpieczonych wymienionych w art. 6 ust. 1 pkt 5 (osób prowadzących pozarolniczą działalność oraz osób współpracujących z nimi) podstawę wymiaru składek określono jako zadeklarowaną kwotę, nie niższą jednak niż 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego przyjętego do ustalenia kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek, ogłoszonego w

trybie art. 19 ust. 10 na dany rok kalendarzowy. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne osób prowadzących pozarolniczą działalność została zatem określona inaczej niż w przypadku pozostałych kategorii ubezpieczonych, co do których podstawę tę odniesiono do przychodu w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub kwoty uposażenia, wynagrodzenia bądź innego rodzaju świadczenia. Łączy się to ze specyfiką działalności prowadzonej na własny rachunek i trudnościami przy ustalaniu przychodu z tej działalności. Z tych względów określenie wysokości podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne ustawodawca pozostawił osobom prowadzącym pozarolniczą działalność. W konsekwencji tego, w przypadku tych ubezpieczonych obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne i ich wysokość nie są powiązane z osiągniętym faktycznie przychodem, lecz wyłącznie z istnieniem tytułu ubezpieczenia i zadeklarowaną przez ubezpieczonego kwotą, niezależnie od tego, czy ubezpieczony osiąga przychody i w jakiej wysokości. W odniesieniu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego tych osób ustawodawca zastrzegł jedynie górną kwotę graniczną podstawy wymiaru składek w wysokości 250% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Wysokość podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne osób prowadzących działalność pozarolniczą zależy zatem wyłącznie od deklaracji ubezpieczonego, nie mając żadnego odniesienia do osiąganego przez te osoby przychodu. Po stronie osoby prowadzącej pozarolniczą działalność istnieje uprawnienie do zadeklarowania w granicach zakreślonych ustawą dowolnej kwoty jako podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, a ingerencja w tę sferę jakiegokolwiek innego podmiotu jest niedopuszczalna, chyba że ma wyraźne umocowanie w przepisach.

Godzi się podkreślić, że tylko w art. 18 ust. 7 i ust. 8 ustawy systemowej, a więc jedynie w stosunku do ubezpieczonych podlegających dobrowolnie ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym oraz zleceniobiorców i osób z nimi współpracujących, a nadto wobec osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, ustawodawca pozostawił ich woli określenie podstawy wymiaru składek, zezwalając na samodzielne zadeklarowanie kwoty stanowiącej ową podstawę wymiaru, ustanawiając jednak pewne ograniczenie w

swobodzie deklarowania tejże kwoty, przez wprowadzenie instytucji najniższej podstawy wymiaru, jaką jest 60% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób współpracujących z nimi oraz minimalne wynagrodzenie w przypadku pozostałych ubezpieczonych z tej grupy. Żadne inne przepisy art. 18 ustawy systemowej normujące problematykę podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe nie posługują się pojęciem najniższej podstawy wymiaru składek. Do tego zaś pojęcia nawiązuje regulacja art. 18 ust. 9 i ust. 10 ustawy.

Przepis art. 18 ust. 9 ustawy systemowej stanowi, że za miesiąc, w którym nastąpiło odpowiednio objęcie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi lub ich ustanie i jeżeli trwały one tylko przez część miesiąca, kwotę najniższej podstawy wymiaru składek zmniejsza się proporcjonalnie, dzieląc ją przez liczbę dni kalendarzowych tego miesiąca i mnożąc przez liczbę dni podlegania ubezpieczeniu. Zgodnie zaś z art. 18 ust. 10 ustawy systemowej, zasady zmniejszania najniższej podstawy wymiaru składek, o których mowa w ust. 9, stosuje się odpowiednio w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku. Wprawdzie tylko w art. 18 ust. 7 ustawy systemowej zamieszczono wyraźne odesłanie do ust. 9 i ust. 10 tego artykułu, jednak regulacja zawarta w tych przepisach odnosi się także do ubezpieczonych będącymi osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność i współpracującymi z nimi, skoro pojęcie kwoty najniższej podstawy wymiaru składek pojawia się ust. 8 art. 18, określającym podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe tej kategorii ubezpieczonych.

W art. 18 ust. 9 ustawy systemowej wprowadzono zatem mechanizm miarkowania podstawy wymiaru składek w razie objęcia ubezpieczeniami lub ustania tych ubezpieczeń w trakcie miesiąca kalendarzowego, a w ust. 10 stworzono możliwość zastosowania tego mechanizmu również w miesiącach kalendarzowych, w których ubezpieczony przez część okresu obrachunkowego był niezdolny do pracy. Przepis art. 18 ust. 10 ustawy systemowej stanowi przy tym o zmniejszeniu podstawy wymiaru składki w przypadku niezdolności do pracy trwającej przez część miesiąca, jeżeli z tego tytułu ubezpieczony spełnia warunki do przyznania zasiłku. Ustawodawca łączy zatem prawo do proporcjonalnego

zmniejszenia podstawy wymiaru składki z trwającym przez część miesiąca okresem niezdolności do pracy i spełnieniem przez ubezpieczonego warunków przyznania zasiłku za ten okres, a nie z okresem, za jako faktycznie przyznano i wypłacono zasiłek chorobowy. Wprawdzie przepis nie precyzuje, w jakiej dacie i za jaki czas ubezpieczony powinien spełniać warunki przyznania zasiłku, jednak nie powinno budzić wątpliwości, że skoro chodzi o proporcjonalne miarkowanie podstawy wymiaru składek o konkretną część miesiąca (tj. tę, na którą przypada niezdolność do pracy ubezpieczonego), to spełnienie warunków do przyznania zasiłku z tytułu owej niezdolności musi obejmować cały ten okres. Aby prawo do świadczenia powstało i zasiłek mógł być przyznany, powinien ziścić się cały układ warunkujący owo prawo, tj. muszą zostać spełnione pozytywne i nie wystąpić negatywne przesłanki powstania uprawnień zasiłkowych. Mimo ziszczenia się ryzyka ubezpieczenia chorobowego w określonych przepisami art. 6 i art. 7 ustawy zasiłkowej okresach oraz posiadania przez ubezpieczonego wymaganego przepisem art. 4 tej ustawy okresu wyczekiwania (karencji), prawo do zasiłku może nie powstać, a powstałe może ulec utracie w razie wystąpienia któregoś ze zdarzeń opisanych w art. 15 – 17 ustawy zasiłkowej. W przypadku zaistnienia nagannych zdarzeń, o jakich mowa w tych przepisach, ubezpieczony prowadzący pozarolniczą działalność gospodarczą traci zatem prawo do zasiłku chorobowego, mającego rekompensować mu nieosiągnięcie - wskutek choroby - przychodów z tejże działalności. Zostaje też pozbawiony możliwości zmniejszenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w trybie art. 18 ust. 9 i ust. 10 ustawy systemowej.

Z językowej wykładni ust. 9 i 10 art. 18 ustawy systemowej wynika, że możliwość proporcjonalnego zmniejszenia dotyczy *expressis verbis* tylko „kwoty najniższej podstawy wymiaru składek”. Konkluzję tę wzmacnia redakcja ust. 10, w którym wyraźnie podkreślono, że chodzi o "zasady zmniejszania najniższej podstawy wymiaru składek". Z brzmienia powołanych przepisów nie można wyprowadzić wniosku, że opisany mechanizm miarkowania dotyczy wszystkich zadeklarowanych przez ubezpieczonych kwot podstawy wymiaru składek, także tych wyższych od najniższej, a ustawodawca posłużył się pojęciem najniższej kwoty podstawy wymiaru tylko dla uniknięcia wątpliwości, iż także ta podstawa

podlega owemu mechanizmowi. Żadne dokumenty z prac nad ustawą systemową nie wskazują na taką intencję projektodawców tego aktu. Gdyby rzeczywiście taka była wola prawodawcy, w przepisie ust. 9 posłużono by się pojęciem "zadeklarowanej kwoty postawy wymiaru składek", ewentualnie – dla rozwiania wątpliwości - dodając, że dotyczy to także najniższej kwoty podstawy wymiaru, a w ust. 10 nie użyto by sformułowania "zasady zmniejszania najniższej podstawy wymiaru składek", które jednoznacznie akcentuje zawężenie instytucji miarkowania tylko do najniższej podstawy wymiaru.

Jak wskazano wyżej, językowa wykładnia art. 18 ust. 9 i ust. 10 ustawy systemowej prowadzi do niebudzącego wątpliwości wniosku, że w razie zaistnienia zdarzeń opisanych hipotezą zawartych w tych przepisach norm prawnych, możliwość proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składek dotyczy *expressis verbis* tylko „kwoty najniższej podstawy wymiaru składek”. W sformułowanym przez Sąd Apelacyjny w P. zagadnieniu chodzi jednak nie tyle o samo literalne odczytanie treści powołanych przepisów, ile o rozstrzygnięcie kwestii, czy jednoznaczna językowo treść przepisu może być modyfikowana z uwagi na naruszenie „zasady równego traktowania wszystkich ubezpieczonych w zakresie obowiązku opłacania i obliczania wysokości składek na ubezpieczenie społeczne” lub „konstytucyjnych zasad równości wobec prawa oraz sprawiedliwości społecznej”.

Godzi się zauważyć, że w doktrynie wyodrębniły się w dwie szkoły wykładni: klaryfikacyjna czy też semantyczna, zgodnie z którą wykładnia polega na ustaleniu znaczenia przepisu i derywacyjna, zgodnie z którą wykładnia polega także na rekonstrukcji pełnej i jednoznacznej normy postępowania (por. L. Morawski, *Zasady wykładni prawa*, Toruń 2006, s. 15-18 i M. Zieliński, *Wykładnia prawa. Zasady, reguły wskazówki*, Warszawa 2006, s. 77-83 i 249 i n.).

Zasadniczo skoro znaczenie językowe analizowanych przepisów jest jednoznaczne, to zgodnie z zasadą *clara non sunt interpretanda* nie wydaje się konieczne stosowanie dyrektyw wykładni pozajęzykowej (por. L. Morawski, *Zasad wykładni prawa...*, s. 49-52). W teorii prawa zauważa się jednak, że nawet jeśli badany zwrot (przepis) jest językowo jednoznaczny, należy mimo wszystko przeprowadzić procedury interpretacyjne wedle dyrektyw funkcjonalnych,



podkreślając znaczenie spójności aksjologicznej – „preferencyjna reguła przełamania”. Podkreśla się, że zasada *clara non sunt interpretanda* nie może być rozumiana zbyt rygorystycznie i zwłaszcza w złożonych kontekstach interpretacyjnych nie powinna wykluczać wykładni przepisów, które *prima facie* wydają się jasne i oczywiste. Dotyczy to przede wszystkim sytuacji, w których przepis wzięty w izolacji nie budzi żadnych wątpliwości i dopiero skonfrontowany z innymi przepisami okazuje się wątpliwy. Podkreśla się jednak, że odstępianie od wykładni językowej może nastąpić tylko w sytuacjach wyjątkowych, wskazując, że pomocniczość wykładni systemowej i funkcjonalnej służyć ma przede wszystkim do rozstrzygnięcia wątpliwości, których nie usuwa wykładnia językowa, w szczególności pozwala uzasadnić wybór między różnymi możliwymi interpretacjami językowymi danego zwrotu czy przepisu i pozwala odpowiednio zmodyfikować sens językowy przepisu, harmonizując go z wymogami wykładni systemowej lub funkcjonalnej. W konsekwencji tego, interpretatorowi wolno odstąpić od sensu językowego przepisu między innymi w przypadku, gdy wykładnia językowa prowadzi do rozstrzygnięcia, które w świetle powszechnie akceptowanych wartości musi być uznane za rażąco niesłuszne, niesprawiedliwe, nieracjonalne lub niweczące *ratio legis* interpretowanego przepisu. Innymi słowy, posłużenie się wykładnią funkcjonalną jest nieodzowne, gdy ustalenie znaczenia przepisu ze względu na jego kontekst językowy prowadzi do skutków niezamierzonych oraz niezgodnych z celami instytucji, którą określa interpretowany przepis (L. Morawski, *Zasady wykładni prawa...*, s. 52 – 75; J. Wróblewski, *Sądowe stosowanie prawa*, Warszawa 1988, s. 143-144; K. Płeszka, *Językowe znaczenie tekstu prawnego jako granice wykładni (w:) Filozoficzno – teoretyczne problemy sądowego stosowania prawa*, pod red. M. Zirka – Sadowskiego, Łódź 1997, s. 69-77; T. Spyra, *Granice wykładni prawa. Znaczenie językowe tekstu prawnego jako granice wykładni*, Zakamycze 2006; M. Zieliński, *Wykładnia prawa...*, s. 341-342, tegoż: *Wyznaczniki reguł wykładni prawa*, RPEiS nr 3-4/1998, s. 14 oraz *Aspekty zasady clara non sunt interpretanda*, (w:) S. Wronkowska, M. Zieliński (red.), *Szkice z teorii prawa i szczegółowych nauk prawnych*, Poznań 1990, s. 183, a także S. Wronkowska, M. Zieliński: *O korespondencji dyrektyw redagowania i interpretowania tekstu prawnego*, *Studia Prawnicze* 1985, z. 3-4, s. 321; M. Zieliński: *Aspekty zasady clara*

*non sunt interpretanda*, (w:) S. Wronkowska, M. Zieliński (red.), Szkice z teorii prawa i szczegółowych nauk prawnych, Poznań 1990, s. 183).

Również w judykaturze prezentowane jest jednolite stanowisko dotyczące pierwszeństwa wykładni językowej oraz subsydiarności wykładni systemowej i funkcjonalnej.

Warto zatem przywołać orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 czerwca 2000 r., K 25/99 (OTK 2000 nr 5, poz. 141), w którym stwierdzono, że w państwie prawnym interpretator musi zawsze w pierwszym rzędzie brać pod uwagę językowe znaczenie tekstu prawnego. Jeżeli językowe znaczenie tekstu jest jasne, wówczas - zgodnie z zasadą *clara non sunt interpretanda* - nie ma potrzeby sięgania po inne, pozajęzykowe metody wykładni. W takim wypadku wykładnia pozajęzykowa może jedynie dodatkowo potwierdzać, a więc wzmacniać, wyniki wykładni językowej wykładnią systemową czy funkcjonalną. Podobnie ma się rzecz z wykładnią tekstów prawnych, których sens językowy nie jest jednoznaczny z tego względu, że tekst prawny ma kilka możliwych znaczeń językowych, a wykładnia funkcjonalna (celowościowa) pełni rolę dyrektywy wyboru jednego z możliwych znaczeń językowych. W obu wypadkach interpretator związany jest językowym znaczeniem tekstu prawnego, znaczenie to stanowi zawsze granicę dokonywanej przez niego wykładni. W pewnych szczególnych sytuacjach rola wykładni funkcjonalnej nie będzie jednak ograniczać się wyłącznie do roli dyrektywy wyboru jednego ze znaczeń językowych, ale może tworzyć swoiste, różne od alternatyw językowych, znaczenie tekstu prawnego. Przyjęcie takiego swoistego znaczenia tekstu prawnego, ustalonego na podstawie wykładni funkcjonalnej (celowościowej) będzie prowadziło zawsze do wykładni rozszerzającej lub zwężającej. Również w tym wypadku językowe znaczenie tekstu prawnego stanowi granicę wykładni, w tym sensie, że nie jest dopuszczalne przyjęcie swoistych wyników wykładni funkcjonalnej, jeżeli wykładnia językowa prowadzi do jednoznaczności tekstu prawnego. Nie oznacza to jednakże, że granica wykładni, jaką stanowić może językowe znaczenie tekstu, jest granicą bezwzględną. Oznacza to jedynie, że do przekroczenia tej granicy niezbędne jest silne uzasadnienie aksjologiczne, odwołujące się przede wszystkim do wartości konstytucyjnych.

Jak skonstatował Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku z dnia 13 stycznia 2005 r., P 15/02 (OTK-A 2005 nr 1, poz. 4), wykładni przepisu dokonuje się zawsze, nawet w sytuacjach pozornie niebudzących wątpliwości interpretacyjnych, a zasada *clara non sunt interpretanda* zamienia się właściwie w zasadę *interpretatio cessat in claris* (interpretację należy zakończyć, gdy osiągnięto jej jednoznaczny rezultat).

Podobny pogląd wyrażany jest w orzecznictwie Sądu Najwyższego. Zauważa się, że w myśl reguły *clara non sunt interpretanda* przepis jasny nie wymaga wykładni, co oznacza, że w przypadku, gdy zastosowanie reguł wykładni językowej doprowadziło do wyjaśnienia wątpliwości interpretacyjnych, nie ma potrzeby stosowania dyrektyw wykładni pozajęzykowej - systemowej lub funkcjonalnej. Zasada pierwszeństwa wykładni językowej nie powinna jednak prowadzić do wniosku, że interpretatorowi wolno jest całkowicie ignorować wykładnię systemową i funkcjonalną. Może się bowiem okazać, że sens przepisu, który wydaje się językowo jasny, okaże się wątpliwy, gdy go skonfrontujemy z innymi przepisami lub weźmiemy pod uwagę cel regulacji prawnej. W każdej zatem sytuacji, w której nasuwa się podejrzenie, że wynik wykładni językowej może okazać się nieadekwatny, interpretator powinien skonfrontować go z wykładnią systemową i funkcjonalną. W przypadku, gdy ściśle literalne interpretowanie "zapisu" ustawowego uniemożliwiłoby zastosowanie przepisu bądź prowadziło do zniekształcenia lub wypaczenia jego treści, nie tylko prawem, ale wręcz obowiązkiem organu stosującego prawo jest sięganie do innych sposobów wykładni. Jeśli za miarodajną uznać zasadę pierwszeństwa wykładni językowej i zasadę subsydiarności wykładni systemowej i funkcjonalnej, to pominięcie przekazu językowego i oparcie się na funkcji wynikającej z analizowanego przepisu jest możliwe w czterech przypadkach. Po pierwsze, gdy sens językowy jest ewidentnie sprzeczny z fundamentalnymi wartościami konstytucyjnymi. Po drugie, gdy wykładnia językowa jest rażąco niesłuszna, nieracjonalna, niesprawiedliwa lub niwecząca ratio legis interpretowanego przepisu. Po trzecie, jeśli wykładnia językowa prowadzi do absurdu. Po czwarte, w razie oczywistego błędu językowego. Co do zasad wyboru dyrektyw wykładni, należy przyjąć, że zasadniczo trzeba opierać się na rezultatach wykładni językowej i dopiero gdy prowadzi ona do

niedających się usunąć wątpliwości, korzystać z wykładni systemowej, jeśli natomiast również wykładnia systemowa nie doprowadziła do usunięcia wątpliwości interpretacyjnych, wolno posłużyć się wykładnią funkcjonalną. Nie zawsze więc zachodzi konieczność posłużenia się kolejno wszystkimi rodzajami wykładni; nie ma w szczególności potrzeby sięgania po dyrektywy celowościowe wówczas, gdy już po zastosowaniu dyrektyw językowych albo językowych i systemowych uda się uzyskać właściwy wynik wykładni, tj. ustalić pozbawione cech absurdalności znaczenie interpretowanej normy. Innymi słowy, odstępstwo od jasnego i oczywistego sensu przepisu wyznaczonego jego jednoznacznym brzmieniem mogą uzasadniać tylko szczególnie istotne i doniosłe racje prawne, społeczne, ekonomiczne lub moralne; jeśli takie racje nie zachodzą, należy oprzeć się na wykładni językowej. Trzeba przy tym pamiętać, że reguły odstępstwa od jasnego i oczywistego sensu językowego wynikającego z brzmienia przepisu wymagają szczególnej ostrożności przy ich stosowaniu i zobowiązują do wskazania ważnych racji mających uzasadniać odstępstwo od wyniku poprawnie przeprowadzonej wykładni językowej. W konsekwencji, odejście od jasnego, jednoznacznego sensu przepisu z naruszeniem wskazanych reguł powoduje dokonanie wykładni prawotwórczej, będącej przykładem wykładni *contra legem* (uchwały Sądu Najwyższego z dnia 3 listopada 1997 r., III ZP 38/97, OSNAPUS 1998 nr 8, poz. 234; z dnia 15 kwietnia 1999 r., I KZP 11/99, OSNKW 1999 nr 5-6, poz. 28; z dnia 8 lutego 2000 r., I KZP 50/99, OSNKW 2000 nr 3-4, poz. 24; z dnia 25 kwietnia 2003 r., III CZP 8/03, OSNC 2004 nr 1, poz. 1; z dnia 14 października 2004 r., III CZP 37/04, OSNC 2005 nr 3, poz. 42; z dnia 20 lipca 2005 r., I KZP 18/05, OSNKW 2005 nr 9, poz. 74) z dnia 1 marca 2007 r., III CZP 94/06, OSNC 2007 nr 7-8, poz. 95; z dnia 17 września 2015 r., III UZP 7/15, OSNP 2016 nr 6, poz. 73; z dnia 19 maja 2015 r., III CZP 114/14, OSNC 2015 nr 12, poz. 134; z dnia 21 stycznia 2016 r., III SZP 4/15, OSNP 2016 nr 8, poz. 110; oraz wyroki z dnia 8 stycznia 1993 r., III ARN 84/92, OSNC 1993 nr 10, poz. 183; z dnia 8 maja 1998 r., I CKN 664/97, OSNC 1999 nr 1, poz. 7; z dnia 11 kwietnia 2008 r., II CSK 650/07, LEX nr 391825; z dnia 19 listopada 2008 r., V KK 74/08, OSNKW 2009 nr 3, poz. 21; a także postanowienia z dnia 5 kwietnia 2016 r., I PK 102/15, OSNP 2017 nr 11, poz. 147; z dnia 19 lipca 2017 r., III UZP 3/17, LEX nr 2401823).

W tym miejscu trzeba także wskazać, że w odniesieniu do spraw ubezpieczeniowych (składkowych i świadczeniowych) powszechnie przyjęta jest zasada ścisłej wykładni obowiązujących przepisów, niepozostawiająca miejsca na orzeczenia „słusznościowe” czy „sprawiedliwościowe”. W literaturze (*B. Wagner, Równość w ubezpieczeniach społecznych*, [w:] *Prawo pracy u progu XXI wieku. Stare problemy i wyzwania współczesności. Materiały z XIII Ogólnopolskiego Zjazdu Katedr i Zakładów prawa Pracy*, Białystok 2001, s. 86–88) podnoszono, że mając na uwadze okoliczności, iż prawo ubezpieczeń społecznych jest prawem ścisłym, zawierającym wyłącznie (lub niemal wyłącznie) normy bezwzględnie obowiązujące, oraz iż stosunek ubezpieczenia społecznego jest kreowany i kształtowany *ex lege*, należy stwierdzić, że sytuacja prawna ubezpieczonych nie może być kształtowana odmiennie, niż uczynił to ustawodawca, a zwłaszcza w oparciu o pozaprawne normy słusznościowe.

Podobnie Sąd Najwyższy w swoim orzecznictwie wielokrotnie wyjaśniał, że przepisy regulujące system zabezpieczenia społecznego ze względu na swoją istotę i konstrukcję podlegają wykładni ścisłej. Nie powinno się więc stosować do nich wykładni celowościowej, funkcjonalnej lub aksjologicznej w opozycji do wykładni językowej, jeżeli ta ostatnia prowadzi do jednoznacznych rezultatów interpretacyjnych, a zatem nie można ich poddawać ani wykładni rozszerzającej, ani zwiężającej, modyfikującej (uchwały Sądu Najwyższego z dnia 3 listopada 1997 r., III ZP 38/97, OSNAPiUS 1998 nr 8, poz. 234; z dnia 8 lutego 2000 r., I KZP 50/99, OSNKGW 2000 nr 3-4, poz. 24 i z dnia 25 kwietnia 2003 r., III CZP 8/03, OSNC 2004 nr 1, poz. 1 oraz wyroki z dnia 8 stycznia 1993 r., III ARN 84/92, OSNC 1993 nr 10, poz. 183; z dnia 8 maja 1998 r., I CKN 664/97, OSNC 1999 nr 1, poz. 7; z dnia 25 kwietnia 2003 r., III CZP 8/03, OSNC 2004 nr 1, poz. 1; z dnia 16 sierpnia 2005 r., I UK 378/04, OSNP 2006 nr 13-14, poz. 218; z dnia 23 października 2006 r., I UK 128/06, OSNP 2007 nr 23-24, poz. 359; z dnia 29 stycznia 2008 r., I UK 239/07, OSNP 2009 nr 7-8, poz. 103; z dnia 4 marca 2008 r., II UK 129/07, OSNP 2009 nr 11-12, poz. 155; z dnia 19 maja 2009 r., III UK 6/09, LEX nr 509028; z dnia 25 października 2016 r., I UK 386/15, LEX nr 2169474).

Sugerując potrzebę odejścia od wyników językowej wykładni art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej zwolennicy tej koncepcji odwołują się do konstytucyjnych zasad równości i sprawiedliwości społecznej oraz do art. 2a ustawy systemowej.

Zasada równości praw oraz zasada niedyskryminacji obowiązują w polskim systemie prawnym na mocy Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzonej w Rzymie w dniu 4 listopada 1950 r. (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.) i mającej - zgodnie z art. 91 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej - pierwszeństwo stosowania przed ustawodawstwem krajowym. W myśl art. 14 tej Konwencji, korzystanie z praw i wolności w niej wymienionych powinno być zapewnione bez dyskryminacji wynikającej z takich powodów, jak: płeć, rasa, kolor skóry, język, religia, przekonania polityczne i inne, pochodzenie narodowe lub społeczne, przynależność do mniejszości narodowej, majątek, urodzenie bądź z jakichkolwiek innych przyczyn. Omawiana zasada wynikała również z art. 141 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, a po wejściu w życie w dniu 1 grudnia 2009 r. zmian wprowadzonych na mocy traktatu lizbońskiego - z art. 157 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej oraz kolejnych dyrektyw unijnych regulujących problematykę między innymi równego traktowania w dostępie i warunków korzystania z zabezpieczenia społecznego: dyrektywy Rady 2000/43/WE i dyrektywy Rady 2004/113/WE. W kształtującym się na tle stosowania tych dyrektyw orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej (TSUE) wyrażony jest pogląd zbieżny z prezentowanym przez Europejski Trybunał Praw Człowieka (ETPC), zgodnie z którym nie dochodzi do naruszenia zasady równego traktowania (zakazu dyskryminacji), jeśli wybrane środki (przepisy) odzwierciedlają uzasadniony cel polityki społecznej oraz są odpowiednie i konieczne do osiągnięcia tego celu (por. w odniesieniu do zakazu dyskryminacji ze względu na płeć: orzeczenie TSUE z 6 lipca 2000 r.; C-407/98, w sprawie Katarina A. i Leif A. przeciwko Elisabet F., w odniesieniu do zakazu dyskryminacji ze względu na wiek: orzeczenie TSUE z 22 listopada 2005 r., C-144/04 w sprawie Verner M. przeciwko Rudiger H.; orzeczenie TSUE z dnia 11 lipca 2006 r., C-13/05, orzeczenie TSUE z 16 października 2007 r., C-411/05 w sprawie P. przeciwko C. S.A., w odniesieniu do prawa do renty z pracowniczego programu emerytalnego orzeczenie TSUE z 23 września 2008 r., C-427/06 w sprawie Birgit B. przeciwko B. GmbH, w odniesieniu

do zakazu dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność: orzeczenie TSUE z dnia 11 lipca 2006 r., C-13/05, w sprawie Sonia C. przeciwko E. S.A.). Trzeba przy tym podkreślić, że prawo unijne ogranicza pojęcie dyskryminacji do zamkniętego katalogu powodów uważanych za dyskryminujące.

Zasada równości znalazła swój wyraz w art. 32 Konstytucji RP, zgodnie z którym wszyscy są wobec prawa równi, wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne (ust. 1), a nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny (ust. 2).

Trybunał Konstytucyjny dokonując wykładni powyższej zasady wyjaśnia, że wszystkie podmioty prawne, charakteryzujące się daną cechą istotną w równym stopniu, mają być traktowane równo, tzn. według jednakowej miary, bez różnicowań zarówno dyskryminacyjnych, jak i faworyzujących. Dopuszczalne jest zatem różne traktowanie przez prawo różnych podmiotów. Odmienne potraktowanie przez ustawodawcę adresatów, którzy odznaczają się określoną cechą wspólną, nie musi jednak stanowić o niekonstytucyjności przepisu ani oznaczać dyskryminacji lub uprzywilejowania, jeżeli opiera się na uzasadnionym kryterium różnicowania. Wszelkie odstępstwa od nakazu równego traktowania podmiotów podobnych muszą bowiem znajdować podstawę w odpowiednio przekonujących argumentach. Argumenty te muszą zaś mieć charakter relewantny (a więc pozostawać w bezpośrednim związku z celem i zasadniczą treścią przepisów, w których zawarta jest kontrolowana norma i służyć realizacji tego celu i treści) i proporcjonalny (czyli waga interesu, któremu ma służyć różnicowanie sytuacji adresatów normy, musi pozostawać w odpowiedniej proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku nierównego potraktowania podmiotów podobnych) i muszą pozostawać w jakimś związku z innymi wartościami, zasadami czy normami konstytucyjnymi, uzasadniającymi odmienne traktowanie podmiotów podobnych. Jedną z takich zasad konstytucyjnych jest wyrażona w art. 2 Konstytucji RP zasada sprawiedliwości społecznej. Zasada sprawiedliwości społecznej, uzupełnia, w świetle dotychczasowego orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, zasadę wyrażoną w art. 32 Konstytucji. Nie jest jednak słuszne utożsamianie obu tych zasad. Nie każde bowiem nierówne traktowanie stanowi jednocześnie naruszenie zasady równości i zasady sprawiedliwości

społecznej. Uzupełniający, a ściślej rzecz ujmując - korygujący charakter reguły wyrażonej w art. 2 Konstytucji polega na tym, że może ona uzasadniać odstępstwo od wyrażonej w art. 32 zasady równego traktowania. W konsekwencji z naruszeniem tej ostatniej mamy do czynienia wówczas, gdy brak jest uzasadnień dla odstępstwa od równego traktowania, a więc gdy zróżnicowanie pewnych kategorii podmiotów nie znajduje oparcia na gruncie art. 2 Konstytucji. Zasada sprawiedliwości nie funkcjonuje w oderwaniu od innych wartości konstytucyjnych, lecz dopiero łącznie z nimi bądź przez odniesienie do nich znajduje pełne uzasadnienie. Różnicowanie sytuacji prawnej podmiotów podobnych ma więc znacznie większe szanse uznania za zgodne z Konstytucją, jeżeli pozostaje w zgodzie z zasadami sprawiedliwości społecznej lub służy urzeczywistnianiu tych zasad. Zostaje ono natomiast uznane za niekonstytucyjną dyskryminację (uprzywilejowanie), jeżeli nie znajduje podtrzymania w zasadzie sprawiedliwości społecznej. W tym sensie zasady równości wobec prawa i sprawiedliwości społecznej w znacznym stopniu nakładają się na siebie (por. orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z dnia 9 marca 1988 r., U 7/87, OTK 1988 nr 1, poz. 1; z dnia 3 marca 1987 r., P 2/87, OTK 1987 nr 1, poz. 2; z dnia 28 listopada 1995 r., K 17/95, OTK 1995 nr 3, poz. 18; z dnia 3 września 1996 r., K 10/96, OTK 1996 nr 4, poz. 33; z dnia 29 września 1997 r., K 15/97, OTK 1997 nr 3-4, poz. 37; z dnia 14 maja 2001 r., SK 1/00, OTK 2001 nr 4, poz. 84; z dnia 14 lipca 2004 r., SK 8/03, OTK ZU 2004 nr 7/A, poz. 65; z dnia 7 lutego 2006 r., SK 45/04, OTK-A 2006 nr 2, poz. 15; z dnia 14 marca 2006 r., SK 4/05, OTK-A 2006 nr 3, poz. 29; z dnia 24 kwietnia 2006 r., P 9/05, OTK ZU 2006 nr 4/A, poz. 46; z dnia 18 września 2006 r., K 27/05, OTK-A 2006 nr 8, poz. 105; z dnia 16 października 2006 r., K 25/05, OTK-A 2006 nr 9, poz. 122; z dnia 12 grudnia 2006 r., P 15/05, OTK-A 2006 nr 11, poz. 171; oraz z dnia 16 listopada 2010 r., P 86/08, OTK - A 2010 nr 9, poz. 101).

Trybunał Konstytucyjny podkreśla przy tym, że przedmiotem jego oceny w odniesieniu do zasady równości może być wyłącznie kształt regulacji prawnych, a nie faktyczna sytuacja w danej dziedzinie stosunków, gdyż zasadę równości rozpatrywać należy jako "równość w prawie", czyli nakaz nadawania takich treści unormowaniom prawnym, by kształtowały one w jednakowy (podobny) sposób sytuację prawną podmiotów jednakowych lub podobnych (orzeczenie Trybunału



Konstytucyjnego z dnia 24 października 1989 r., K 6/89, OTK 1989, poz. 7 z glosą *H. Pławuckiej*, PiP 1991 nr 1). Z tego względu także zasada równego traktowania ubezpieczonych może być jedynie podstawą do oceny, czy przepisy ustawy systemowej oraz innych aktów prawnych regulujących funkcjonowanie systemu ubezpieczeń społecznych nie prowadzą do dyskryminowania lub uprzywilejowania ubezpieczonych (jakieś ich grupy), względnie czy stosowanie tych przepisów nie prowadzi do naruszenia zasady równego traktowania przez nieuzasadnioną dyferencjację sytuacji prawnej określonych podmiotów (ich grup), na przykład przez nałożenie dodatkowych obowiązków.

Oceniając ewentualną dyferencjację sytuacji prawnej poszczególnych ubezpieczonych (ich grup), należy mieć na uwadze, że – jak zauważono wyżej – całe rozumowanie na temat równości w prawie sprowadza się do oceny przyjęcia danego kryterium klasyfikacji za uzasadnione. Jako uzasadnienie dyferencjacji sytuacji prawnej grup podmiotów podstawowe znaczenie mają zaś między innymi zasady sprawiedliwości społecznej. Reguła równości jest tylko jedną z reguł sprawiedliwości, bowiem rozdziałem sprawiedliwym może być zarówno rozdział równy, jak i nierówny. Należy jednak mieć na uwadze, że zasada równego traktowania ubezpieczonych dotyczy szczególnej gałęzi prawa – prawa socjalnego – o własnej aksjologii wynikającej z funkcji polegającej na realizacji polityki społecznej. Jako jedno z podstawowych zadań polityki społecznej prowadzonej przez władze publiczne można wskazać wyrównywanie szans i sytuacji bytowej obywateli w drodze niwelowania różnic zbyt drastycznych. Innymi słowy, ponieważ prawo socjalne tworzone jest z uwagi na istniejące nierówności i konieczność ich (częściowego) wyrównywania, jego normy z definicji różnicują sytuację prawną adresatów. Owa dyferencjacja nie jest przy tym uważana za przejaw nierówności, ale prawną formę realizacji sprawiedliwości rozdzielczej oraz wyrównawczej, a także solidarności społecznej, uzasadniającej – w opozycji do zasady wzajemności – brak pełnej proporcjonalności między składką a świadczeniem oraz schematyzm i warunkowość świadczeń. Dla oceny, na ile określona regulacja dotycząca systemu ubezpieczeń społecznych realizuje lub narusza zasadę równego traktowania ubezpieczonych oraz czy ewentualna dyferencjacja sytuacji prawnej jest

dopuszczalna, czy też stanowi niedozwoloną dyskryminację, istotne znaczenie mają więc zasady sprawiedliwości społecznej oraz zasada solidarności społecznej.

Gdy chodzi o zasadę sprawiedliwości społecznej, Trybunał Konstytucyjny ustala jej sens nie tylko biorąc pod uwagę art. 2 Konstytucji RP, ale również nawiązanie do idei sprawiedliwości w Preambule Konstytucji RP oraz treść art. 1 stanowiącego, że Rzeczypospolita Polska "jest dobrem wspólnym wszystkich obywateli". Z kolei co do zasady solidarności społecznej, Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu z dnia 11 lutego 1992 r. (K 14/91, OTK 1992 nr 1, poz. 7) stwierdził, że uzasadnieniem funkcji redystrybucyjnej ubezpieczeń jest zasada solidarności społecznej, nakazująca rozłożenie ciężaru świadczeń na szerszą zbiorowość osób objętych zakresem ubezpieczeń społecznych. Także w wyroku Trybunału konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. (K 14/03, OTK-A 2004 nr 1, poz. 1) podkreślono wątek finansowy zasady solidarności, zauważając, że dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Proklamowana w analizowanym przepisie równość w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej stanowi rozwinięcie wyrażonej w art. 32 Konstytucji zasady równości oraz koncepcji solidaryzmu społecznego. Zasady korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie są bowiem niezależne od zakresu partycypacji poszczególnych członków wspólnoty obywatelskiej w tworzeniu zasobu środków publicznych stanowiących źródło ich finansowania. Z orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego wynika zatem obraz zasady solidarności przede wszystkim jako uzasadnienia nabywania uprawnień przez osoby uboższe, milcząco: na koszt osób lepiej sytuowanych, a zatem uzasadnienie nierównego traktowania podmiotów.

Z kolei co do - przywoływanego przez zwolenników odejścia od wyników językowej wykładni art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej na rzecz wykładni funkcjonalnej - przepisu art. 2a tej ustawy, stanowi on, że ustawa stoi na gruncie równego traktowania wszystkich ubezpieczonych bez względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, stan cywilny oraz stan rodzinny (ust. 1). Zasada równego traktowania dotyczy w szczególności: warunków objęcia systemem ubezpieczeń społecznych, obowiązku opłacania i obliczania wysokości składek na ubezpieczenie społeczne, obliczania wysokości świadczeń, okresu

wypłaty świadczeń i zachowania prawa do świadczeń (ust. 2). Ubezpieczony, który uważa, że nie zastosowano wobec niego zasady równego traktowania, ma zaś prawo dochodzić roszczeń z tytułu ubezpieczeń z ubezpieczenia społecznego przed sądem (ust. 3).

Ustęp 1 art. 2a ustawy systemowej obowiązuje w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania (Dz.U. Nr 254, poz. 1700 ze zm.), której głównym celem była implementacja przepisów przyjętych przez Unię Europejską w postaci dyrektyw, dzięki czemu Rzeczypospolita Polska miała wypełnić swoje zobowiązania prawnomiędzynarodowe, a ponadto wzmocnić przestrzeganie zasady równego traktowania w poszczególnych aspektach życia społecznego przewidzianych tą ustawą (zob. uzasadnienie projektu ustawy, druk sejmowy VI kadencji, nr 3386). W tym kształcie komentowany przepis obowiązuje od dnia 1 stycznia 2011 r.

Kryteria niedyskryminacji określone w art. 2a ust. 1 są węższe aniżeli kryteria wskazane w art. 1 ustawy nowelizacyjnej z dnia 3 grudnia 2010 r. W ustawie systemowej nie wskazano kryteriów niedyskryminacji ze względu na wyznanie, religię, światopogląd, niepełnosprawność, wiek oraz orientację seksualną. Powyższe wynika z treści art. 6 ustawy o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania, który zakazuje nierównego traktowania osób fizycznych ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne lub narodowość w zakresie dostępu i warunków korzystania z zabezpieczenia społecznego i w tym zakresie przepis ten jest zgodny z postanowieniami określonymi w art. 1 dyrektywy Rady 2004/113/WE oraz w art. 3 ust. 1 lit. h dyrektywy Rady 2000/43/WE.

W przepisie tym kryteria niedyskryminacji zostały ograniczone także w porównaniu z art. 32 Konstytucji RP. O ile bowiem Konstytucja RP zakazuje dyskryminacji "z jakiegokolwiek przyczyny", to ustawa tylko ze względu na wymienione kryteria. Należy w tym kontekście zgodzić się z tezą, że ustawa wskazuje płaszczyzny równego traktowania ubezpieczonych jedynie przykładowo, podczas gdy Konstytucja RP proklamuje równość praw we wszelkich sferach życia. Ponieważ ustawa jest źródłem prawa hierarchicznie niższym od Konstytucji RP, trzeba uznać, że ubezpieczony może powołać się również na inne, poza

wymienionymi w art. 2a ustawy systemowej, powody dyskryminacji, na przykład niepełnosprawność, religię, przekonania polityczne, wyznanie, orientację seksualną itp. (por. *B. Wagner*, Równość w ubezpieczeniach społecznych, [w:] *Prawo pracy u progu XXI wieku. Stare problemy i wyzwania współczesności. Materiały z XIII Ogólnopolskiego Zjazdu Katedr i Zakładów prawa Pracy*, Białystok 2001, s. 67; oraz *Zasada równego traktowania w ubezpieczeniu chorobowym* [w:] *B. Wagner*, *A. Malaka* (red.), *Ubezpieczenia chorobowe*, Iwonicz Zdrój 2010, s. 17).

O ile ustawodawca w art. 2a ust. 1 ustawy systemowej wymienia przesłanki niedyskryminacyjne, to w ust. 2 powołanego przepisu przez użycie słów "w szczególności" w sposób przykładowy określa, czego na gruncie ubezpieczeń społecznych dotyczy zasada równego traktowania. Lista ta nie jest wyczerpująca, co oznacza, że w tych sprawach (a także innych związanych z regulacją zawartą w ustawie) nie ma podstaw prawnych do czynienia między ubezpieczonymi różnic związanych z kryteriami niedyskryminacyjnymi wymienionymi w art. 2a ust. 1 ustawy systemowej.

Wypada zauważyć, że art. 2a ustawy systemowej odnosi równe traktowanie ubezpieczonych w zakresie wszystkich rodzajów ubezpieczeń przewidzianych w ustawie (tj. emerytalnego, rentowego, chorobowego i wypadkowego) i dotyczy wszystkich osób podlegających obowiązkowi przynajmniej jednego ubezpieczenia. Odmienność rodzajów ubezpieczeń społecznych oraz wielość tytułów ubezpieczeniowych powodują, że regulacja dotycząca warunków nabywania prawa do świadczeń z poszczególnych ubezpieczeń oraz zasad ustalania ich wysokości i wypłaty są – w odniesieniu do określonych grup ubezpieczonych – znacznie zróżnicowane. Ustawodawca przyjął przy tym różne kryteria tej dyferencjacji, zarówno wskazane w art. 2a ustawy systemowej (płeć, stan cywilny, stan rodzinny), jak też inne, np. rodzaj, charakter i tytuł ubezpieczenia, okres ubezpieczenia, wiek, stopień niezdolności do pracy, stan zdrowia. Ponieważ podmiotowa podległość poszczególnym rodzajom ubezpieczeń w zakresie ich przymusu, dobrowolności oraz wyłączeń została wyznaczona odmiennie, o równym traktowaniu ubezpieczonych można mówić w sposób uprawniony tylko w odniesieniu do osób podlegających każdemu z tych ubezpieczeń z osobna. Płeć, stan cywilny i stan rodzinny różnicują sytuację ubezpieczonych we wszystkich rodzajach ubezpieczeń,

a ubezpieczeni nie są traktowani jednakowo ani w zakresie warunków objęcia systemem ubezpieczeń społecznych (różnicuje ich zasadniczo tytuł ubezpieczenia), ani w zakresie obowiązku opłacania składek (ten ciąży na płatniku, którym nie zawsze jest ubezpieczony), ani obliczania wysokości świadczeń (zwłaszcza w ubezpieczeniu chorobowym), ani w zakresie okresu wypłaty świadczeń i zachowania do nich prawa (*B. Wagner, Zasada równego traktowania w ubezpieczeniu chorobowym [w:] B. Wagner, A. Malaka (red.), Ubezpieczenia chorobowe, Iwonicz Zdrój 2010, s. 18).*

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 22 stycznia 2002 r., II UKN 58/01 (OSNP 2003 nr 21, poz. 523) skonstatował, że z przepisu art. 2a ustawy systemowej 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, kwestia zaś celowości i słuszności wprowadzenia odrębnej regulacji w ubezpieczeniu osób prowadzących działalność gospodarczą nie podlega ocenie sądów powszechnych rozpoznających sprawy z zakresu zabezpieczenia społecznego". Podobne zapatrywanie można znaleźć w postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 8 lutego 2006 r., III UZP 3/05 (OSNP 2007 nr 5-6, poz. 840, czy w wyroku z dnia 28 stycznia 2010 r., II UK 199/09 (LEX nr 583811). W postanowieniu z dnia 8 lutego 2006 r., III UZP 3/05, Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, że równe traktowanie ubezpieczonych nie oznacza "jednakowości" stosunków ubezpieczenia społecznego wszystkich ubezpieczonych i każdego z nich. Zasady nabywania prawa do świadczeń przez ubezpieczonych będących pracownikami mogą być ukształtowane inaczej niż ubezpieczonych z innych tytułów, w tym z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę nakładczą. Podobne stanowisko zajął Trybunał Konstytucyjny między innymi w wyroku z dnia 12 września 2000 r. (K 1/00, OTK 2000 nr 6, poz. 185) stwierdzający, że przepis art. 29 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych jest zgodny z art. 32 ust. 1 Konstytucji RP. Oznacza to, że zasady nabywania prawa do

świadczeń przez ubezpieczonych będących pracownikami mogą być ukształtowane inaczej niż ubezpieczonych z innych tytułów, w tym z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę nakładczą.

Wracając do przedmiotowej sprawy należy zadać pytanie, czy odmienne potraktowanie przez ustawodawcę osób prowadzących pozarolniczą działalność w zakresie prawa do miarkowania podstawy wymiaru składek w trybie art. 18 ust. 9 i ust. 10 ustawy systemowej w zależności od wysokości zadeklarowanej kwoty tejże podstawy, ma oparcie w konstytucyjnych zasadach sprawiedliwości społecznej i solidarności oraz nie narusza wyrażonej w art. 2a ustawy systemowej zasady równego traktowania ubezpieczonych.

W powołanym wyżej wyroku z dnia 20 września 2017 r., I UK 341/16, Sąd Najwyższy zauważył, że przekroczenie granicy wykładni językowej art. 18 ust. 9 i ust. 10 ustawy systemowej nie znajduje dostatecznie silnego uzasadnienia także przez odwołanie się do art. 2a ustawy systemowej. Uzasadniając swoje stanowisko w tej kwestii Sąd Najwyższy podkreślił, że w przypadku ubezpieczonych prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne i ich wysokość nie są powiązane z osiągniętym faktycznie przychodem, lecz wyłącznie z istnieniem tytułu ubezpieczenia i zadeklarowaną przez ubezpieczonego kwotą, niezależnie od tego czy ubezpieczony osiąga dochody i w jakiej wysokości. A zatem prawodawca pozwolił tej kategorii ubezpieczonych podjąć samodzielnie decyzję odnośnie do wskazania przychodu stanowiącego podstawę wymiaru składek, ograniczając jego wysokość wyłącznie w odniesieniu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, mimo iż wysokość wypłacanych przez organ rentowy świadczeń jest zazwyczaj nieekwiwalentna w stosunku do wkładu ubezpieczonego, zwłaszcza w przypadku krótkiego okresu opłacania składek od wyższej niż minimalna podstawy wymiaru składek. Stąd mając na uwadze między innymi funkcję redystrybucyjną ubezpieczeń społecznych i równowagi budżetowej, inne są uprawnienia ubezpieczonych deklarujących najniższą podstawę wymiaru składek od uprawnień ubezpieczonych deklarujących wyższą podstawę wymiaru składki. Zróżnicowanie wynikające z art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej nie narusza więc zasady równego traktowania ubezpieczonych. Wprost przeciwnie powoduje, że składka

ubezpieczeniowa jest dostosowana do świadczeń otrzymywanych przez ubezpieczonego z tytułu ziszczenia się ryzyka chorobowego.

Trzeba jednak zastanowić się nad aktualnością powyższej argumentacji po nowelizacji ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (jednolity tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1368; dalej jako ustawa zasiłkowa), dokonanej ustawą z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015 r., poz. 1066).

Warto zauważyć, że występowanie relacji między kwotą opłaconej składki a ryzykiem ubezpieczeniowym oraz wysokością świadczeń wypłacanych w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego zostało uznane za jeden z fundamentów racjonalnego systemu ubezpieczeniowego (por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 1 kwietnia 2008 r., SK 96/06 (OTK ZU 2008 nr 3A, poz. 40). W wyroku z dnia 7 listopada 2007 r., K 18/06 (OTK ZU 2007 nr 10A, poz. 122) Trybunał przypominał, że ubezpieczenia społeczne opierają się na zasadzie wzajemności, która polega na tym, że nabycie prawa do świadczenia ubezpieczeniowego i jego wysokość są uzależnione od wkładu finansowego w postaci składek. Trafnie relacji między składką i świadczeniem nie rozpatruje się w kategoriach cywilnoprawnych, przyjmując, że w prawie ubezpieczeń społecznych zasada ekwiwalentności świadczeń jest modyfikowana przez zasadę solidarności społecznej. Przeciętny stosunek wysokości świadczenia do wniesionej składki nie powinien pozostać w oderwaniu od ustawowych regulatorów sprawiedliwego rozłożenia kosztów świadczeń i powodować konieczność pokrycia świadczeń z funduszy zebranych przez innych ubezpieczonych.

Wypada zatem przypomnieć, że przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego oraz zasiłku macierzyńskiego przysługującego osobie ubezpieczonej niebędącej pracownikiem, w tym prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub współpracującej przy prowadzeniu takiej działalności, stosuje się art. 48-52 ustawy zasiłkowej oraz – z mocy art. 52 - odpowiednio przepisy tej ustawy dotyczące sposobu określania podstawy wymiaru zasiłku ubezpieczonym pracownikom. W odniesieniu do zasiłku macierzyńskiego są to przepisy art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust. 1,

art. 42, art. 43, art. 48 ust. 1 i art. 48a-50. Stosownie do art. 48 ust. 1 ustawy, zasiłek oblicza się od kwoty przychodu osiągniętego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. W zależności od czasu, jaki upływa od chwili rozpoczęcia działalności do chwili zaistnienia ryzyka ubezpieczenia i powstania prawa do świadczeń, za podstawę wymiaru zasiłku przyjmuje się albo przychód za okres 12 miesięcy (art. 48 ust. 1), albo przychód osiągnięty w krótszym okresie, jeżeli przesłanka prawa do świadczeń z ubezpieczenia wypełniła się przed upływem 12 miesięcy prowadzenia działalności (art. 36 ust. 2 w związku z art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy zasiłkowej). W każdym z tych wypadków podstawę wymiaru zasiłku stanowi przychód osiągnięty za pełne miesiące kalendarzowe. Z powyższego wynika, że osoba prowadząca pozarolniczą działalność, która przystąpiła dobrowolnie do ubezpieczenia chorobowego i w okresie tego ubezpieczenia stała się niezdolna do pracy, z chwilą ziszczenia się ryzyka tego ubezpieczenia nabywała prawo do zasiłku chorobowego, którego wysokość zależna jest od zadeklarowanej przez nią kwoty stanowiącej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe - co do zasady w okresie 12 miesięcy poprzedzających nabycie prawa do zasiłku, chyba że do momentu ziszczenia się ryzyka ubezpieczeniowego podlegała ona ubezpieczeniu dobrowolnemu krócej niż 12 miesięcy, bo wtedy podstawę wymiaru zasiłku stanowił przychód w rozumieniu art. 3 pkt 4 ustawy, czyli zadeklarowana kwota stanowiąca podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe po odliczeniu kwoty określonej w tym przepisie, tj. kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe.

W związku z wejściem w życie przepisów wspomnianej ustawy nowelizującej z dnia 15 maja 2015 r., zmieniono – z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 r. - zasady ustalania podstawy wymiaru zasiłków dla przedsiębiorców, którzy przed nabyciem prawa do zasiłku podlegali ubezpieczeniu chorobowemu krócej niż 12 miesięcy kalendarzowych, dodając do ustawy zasiłkowej art. 48a. W uzasadnieniu projektu ustawy zmieniającej podkreślono, że dotychczasowe rozwiązania sprzyjały powstawaniu nadużyć, gdy po bardzo krótkim okresie ubezpieczenia chorobowego (1-2 miesiące) z wysoką podstawą wymiaru składek następował długi okres pobierania zasiłku. Stąd nowa regulacja dotycząca ustalania podstawy wymiaru



zasiłku dla przedsiębiorców o krótszym niż roczny staż ubezpieczenia chorobowego wprowadza - w miejsce zadeklarowanej kwoty stanowiącej podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe po odliczeniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe - sumę najniższej podstawy wymiaru składki oraz 1/12 kwot nadwyżek ponad najniższą podstawę za każdy miesiąc ubezpieczenia. Chodzi o uśrednienie podstawy wymiaru składki i w konsekwencji podstawy wymiaru zasiłku w przypadku krótkiego okresu ubezpieczenia chorobowego i zadeklarowanego przychodu przekraczającego najniższą podstawę wymiaru składki.

Przepis ten odnosi się jednak tylko do osób, które do momentu ziszczenia się ryzyka ubezpieczenia chorobowego podlegały temu ubezpieczeniu przez co najmniej jeden pełny miesiąc kalendarzowy. Wobec osób, których prawo do świadczeń powstało przed upływem jednego pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego przewidziano substytucję proporcjonalnej wielkości przychodu kwotami zastępczymi, odpowiednio, w odniesieniu do osób wykonujących zatrudnienie na podstawie umowy o pracę - kwotą wynagrodzenia, które ubezpieczony pracownik osiągnąłby, gdyby pracował cały miesiąc (w art. 37 ustawy zasiłkowej), a w odniesieniu do innych ubezpieczonych - kwotami wskazanymi w art. 49 ust. 1 ustawy zasiłkowej. Stosownie do tego przepisu, przy ustalaniu podstawy wymiaru dla ubezpieczonych niebędących pracownikami, przychód pochodzący z niepełnego miesiąca kalendarzowego, ze względu na powstanie przesłanki prawa do zasiłku macierzyńskiego przed jego upływem, zastępowany jest kwotami zastępczymi wskazanymi w pkt 1-4. Dla ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia przyjmuje się kwotę przychodu określoną w umowie, przypadającą za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, po odliczeniach albo kwotę przychodu innych ubezpieczonych, z którymi płatnik zawarł takie same lub podobne umowy (art. 49 ust. 1 pkt 2); dla członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych, przeciętny miesięczny przychód innych członków spółdzielni (art. 49 ust. 1 pkt 3), a dla osób wykonujących pracę nakładczą - przeciętny miesięczny przychód osób wykonujących pracę nakładczą na rzecz danego płatnika (art. 49 ust. 1 pkt 4). Inaczej - ze względu na niecelowość porównania z przychodami innych

ubezpieczonych i brak możliwości uzupełnienia w inny sposób przychodu z niepełnego miesiąca - określono kwotę zastępującą miesięczny przychód w przypadku ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe. W art. 49 ust. 1 pkt 1 ustawy postanowiono, że w odniesieniu do tych osób podstawę wymiaru zasiłku stanowi ta najniższa podstawa wymiaru składek, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 ustawy, czyli po potrąceniu kwoty odpowiadającej 13,71% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe. Nie chodzi zatem o rzeczywisty niepełny lub uzupełniony w jakiś sposób dochód rzeczywisty, lecz o podstawę wymiaru składki ustaloną w kwocie najniższej. Dla tych ubezpieczonych tak ustalona kwota odpowiada kwocie przychodu za pełny miesiąc prowadzenia działalności gospodarczej i zastępuje kwotę zadeklarowaną.

Z mocy wspomnianej wyżej ustawy nowelizacyjnej z dnia 15 maja 2015 r. dokonano też zmiany art. 49 ustawy zasiłkowej, przez dodanie ustępu 3 w brzmieniu: w przypadku ubezpieczonego, dla którego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe stanowi zadeklarowana kwota, jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, a okres tego ubezpieczenia rozpoczął się po przerwie nieprzekraczającej 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, stosuje się odpowiednio przepisy art. 48a. Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego: 1) przyjmuje się miesięczną najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz kwotę zadeklarowaną, w przeliczeniu na pełny miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia, w części przewyższającej najniższą podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, za miesiąc kalendarzowy, w którym powstała niezdolność do pracy, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4; 2) w liczbie pełnych miesięcy kalendarzowych ubezpieczenia, o której mowa w art. 48a ust. 1 pkt 2, uwzględnia się również miesiąc kalendarzowy, w którym powstała niezdolność do pracy.

Nasuwa się pytanie, czy mając na uwadze funkcję redystrybucyjną ubezpieczeń społecznych i równowagi budżetowej, wobec istotnego ograniczenia przez ustawodawcę możliwości wpływania przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność na wysokość świadczeń z ubezpieczenia chorobowego przez

deklarowanie odpowiedniej kwoty postawy wymiaru składek i uzyskiwania świadczeń nieekwiwalentnych w stosunku do wkładu ubezpieczonego do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, nadal istnieje uzasadnienie dla zróżnicowania w kontekście art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej sytuacji ubezpieczonych deklarujących podstawę wymiaru składek w kwocie równej i w kwocie wyższej od minimalnej.

Mając na względzie doniosłość przedstawionego przez Sąd Apelacyjny w [...] zagadnienia prawnego, zaistniała rozbieżność wykładni i stosowania przepisów art. 18 ust. 9 i 10 ustawy systemowej przez sądy powszechne oraz wątpliwości co do aktualności zarysowującej się linii orzeczniczej Sądu Najwyższego w tej kwestii, z mocy art. 390 § 1 zdanie drugie k.p.c. postanowiono o przekazaniu zagadnienia prawnego do rozstrzygnięcia powiększonemu składowi Sądu Najwyższego.