

Received: 21.06.2022
Accepted: 3.09.2022
Published: 30.09.2022

Roczniki Administracji i Prawa
Annals of The Administration and Law
2022, XXII, z. 3: s. 457-476
ISSN: 1644-9126
DOI: 10.5604/01.3001.0016.2485
<https://rocznikiadministracjiiprawa.publisherspanel.com>

Kamil Antonów*
Nr ORCID: 0000-0001-5669-0272

RÓWNOŚĆ I SOLIDARNOŚĆ W POWSZECHNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM NA TLE ZMIAN W FINANSOWANIU OPIEKI ZDROWOTNEJ OD DNIA 1 STYCZNIA 2022 R.

EQUALITY AND SOLIDARITY IN UNIVERSAL HEALTH INSURANCE AGAINST THE BACKGROUND OF CHANGES IN FINANCING OF THE HEALTH CARE FROM JANUARY 1, 2022

Streszczenie: Równość i solidarność to wartości, które w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym przybierają postać zasad prawnych mających umocowanie zarówno w konstytucyjnej dyrektywie równego, bez względu na sytuację materialną obywatela, dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP), jak i ustawowym postanowieniu, że ubezpieczenie zdrowotne opiera się na zasadzie równego traktowania i solidarności społecznej (art. 65 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Relacja obu tych zasad w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego polega na tym, że wiele istniejących odstępstw od równego traktowania uzasadnionych jest solidarnością w ponoszeniu kosztu tego ubezpieczenia (reguła od ubezpieczonych/regionów bogatszych – do ubezpieczonych/regionów biedniejszych) czy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej (reguła od lżej – do ciężiej chorych). Przy czym nie wszystkie regulacje z tego zakresu wynikają z obiektywnych różnic między ubezpieczonymi. Wątpliwości wzbudza zwłaszcza zróżnicowanie stopy procentowej składki zdrowotnej przedsiębiorców, finansowanie ubezpieczenia zdrowotnego przez rolników czy też skumulowanie obciążeń składkowych na osobach czerpiących dochody z pracy najemnej lub pozarolniczej działalności.

Słowa kluczowe: równość, solidarność, powszechne ubezpieczenie zdrowotne, składka zdrowotna, świadczenia opieki zdrowotnej

* dr hab., prof. UO; Uniwersytet Opolski. Źródła finansowania publikacji: Wyższa Szkoła Humanitas; e-mail: kantonow@uni.opole.pl

Summary: Equality and solidarity are values which, in universal health insurance, take on the form of legal principles anchored both in the constitutional directive of equal access, irrespective of the material situation of the citizen, to health care benefits financed from public funds (Article 68, paragraph 2 of the Constitution of the Republic of Poland) and the statutory provision that health insurance is based on the principle of equal treatment and social solidarity (Article 65, point 1 of the Act on health care benefits financed from public funds). The relationship between these two principles within the framework of universal health insurance is that many of the existing exceptions to equal treatment are justified by solidarity in bearing the costs of this insurance (the rule from the insured/regions richer – to the insured/regions poorer) or in providing health care benefits (the rule from less severely ill – to more severely ill). However, not all regulations in this area result from objective differences between the insured. Doubts are raised particularly by the differentiation of the health contribution interest rate among entrepreneurs, the financing of health insurance by farmers, or the accumulation of contribution burdens on persons who earning income from employment or non-agricultural activity.

Keywords: equality, solidarity, universal health insurance, health contribution, health care benefits

WSTĘP

Równość i solidarność to wartości stanowiące jedne z głównych podstaw aksjologicznych wbudowanych w konstrukcje prawne poszczególnych urzędów (prawa) zabezpieczenia społecznego, które swoim zakresem obejmuje takie dziedziny, jak zwłaszcza: ubezpieczenia (społeczne, zdrowotne i rolników), zaopatrzenie emerytalne i wypadkowe osób w stosunku służby, uposażenie w stanie spoczynku i rodzinne sędziów i prokuratorów oraz pomoc (społeczna, dla bezrobotnych i na rzecz rodziny)¹. Nie powinno przy tym budzić wątpliwości, że wartości te nie mają jedynie waloru moralnego (nie są więc tylko czymś na wzór idei przewodnich danego porządku prawnego), lecz wpływają na proces tworzenia określonych rozwiązań legislacyjnych, a także mogą być punktem odniesienia dla organów sądowych, w szczególności przy rozpatrywaniu zgodności określonych przepisów ustawowych z Konstytucją RP lub ratyfikowanymi umowami międzynarodowymi. Wynika to z ich konstytucyjnego umocowania, co – w odniesieniu do kwestii równości – odzwierciedla zasada równości wobec prawa i zakazu dyskryminacji (art. 32 Konstytucji RP) oraz zasada równouprawnienia kobiet i mężczyzn, w tym w obszarze prawa do zabezpieczenia społecznego (art. 33 Konstytucji RP). Natomiast o solidarności – w kontekście „obowiązku solidarności z innymi” – mowa jest w preambule Konstytucji RP jako o jednej z zasad (obok godności, wolności i sprawiedliwości) stanowiącej niewzruszoną podstawę Rzeczypospolitej Polskiej.

W powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wartości te (zasady prawne) ulegają dalszemu wzmocnieniu. Dzieje się tak ze względu na konstytucyjne i ustawowe podkreśle-

¹ Głównie na te właśnie instytucje zwracają uwagę autorzy formułujący koncepcję prawa zabezpieczenia społecznego składającego się z określonych segmentów czy działów (zob. J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kraków 2006; G. Uścińska, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Warszawa 2021).

nie znaczenia równości i solidarności w strukturze tej instytucji prawnej. Należy tu zatem przywołać art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, w którym wyrażono zasadę równego – bez względu na sytuację materialną obywatela – dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Natomiast w art. 65 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych² (dalej: u.ś.o.z.) postanowiono, że ubezpieczenie zdrowotne opiera się w szczególności na zasadach: równego traktowania, solidarności społecznej oraz – co ma związek z regulacją konstytucyjną – równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców.

Mając to na uwadze, celem niniejszego artykułu będzie ukazanie przejawów równości i solidarności w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wraz z krytyczną oceną niektórych rozwiązań prawnych i wskazaniem pożądanych zmian legislacyjnych, w szczególności przy uwzględnieniu nowych regulacji ustawowych obowiązujących od dnia 1 stycznia 2022 r. Rozważania na ten temat zostaną natomiast poprowadzone krótką charakterystyką powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA POWSZECHNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Przedmiot powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ogólnie określa art. 1 u.ś.o.z., w którym, ze względu na tytuł niniejszego opracowania, szczególną uwagę zwrócić należy na pkt 4 stanowiący o zasadach powszechnego (obowiązkowego i dobrowolnego) ubezpieczenia zdrowotnego. Jak to już wcześniej zostało przedstawione, zasady te *expressis verbis* wymienia art. 65 u.ś.o.z. Stąd w tym miejscu można tylko dodać, że – choć znajdują się one w rozdziale poświęconym obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego – nie powinno wzbudzać zastrzeżeń, iż w istocie należy je traktować jako dyrektywy obowiązujące zarówno przy stanowieniu, jak i stosowaniu wszystkich przepisów z tego zakresu, zgodnie zresztą z treścią zdania wstępnego art. 65 u.ś.o.z., w którym stwierdza się generalnie, że w szczególności na nich opiera się ubezpieczenie zdrowotne (a więc nie wyłącznie jakiś fragment tej regulacji).

Ubezpieczenie zdrowotne ma charakter powszechny, co wynika z ustawowo ukształtowanych reguł podlegania temu ubezpieczeniu, tzn. absolutnej dominacji obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, czego wyrazem jest szeroki katalog tytułów ubezpieczeniowych zawarty w art. 66 u.ś.o.z. Ów obowiązek nie ogranicza się zatem wyłącznie do sfery zatrudnienia (służby) lub prowadzenia działalności, lecz obejmuje także swym zakresem osoby pobierające świadczenia społeczne (zwłaszcza emerytury i renty). Co więcej, dobitnym przejawem powszechności ubezpieczenia zdrowotnego jest nadanie statusu ubezpieczonego w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) członkom rodziny osób ubezpieczonych obowiązkowo lub dobrowolnie (art. 3 ust. 2 pkt 5-6 w zw. z art. 5 pkt 3 u.ś.o.z.), przy jednoczesnym zwolnieniu ich z obowiązku ubezpieczenia na mocy art. 66 ust. 2-3

² Dz.U. z 2021 r., poz. 1285, ze zm.

u.ś.o.z. (ubezpieczenie bezskładkowe). W konsekwencji powszechność ubezpieczenia zdrowotnego trzeba traktować w kategoriach ustawowego wyróżnika tej instytucji prawnej („powszechne ubezpieczenie zdrowotne” jako termin języka prawnego), inaczej niż w przypadku ubezpieczeń społecznych, które wprawdzie też można określić mianem powszechnych³, ale jednak – głównie ze względu na wyłączenia z tego ubezpieczenia niektórych grup zawodowych (służby mundurowe, sędziowie, prokuratorzy) oraz nieobciążanie składką społeczną niepracujących świadczeniobiorców – nie w takim stopniu, co ubezpieczenie zdrowotne. Toteż, ze ściśle formalnego punktu widzenia, nie mamy do czynienia z powszechnymi ubezpieczeniami społecznymi, jakkolwiek taka nazwa – gdyby ją skonfrontować nie z ubezpieczeniem zdrowotnym, lecz z odrębnym ubezpieczeniem społecznym rolników – mogłaby się wydać uzasadniona.

W ogólnym opisie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie można pominąć przedmiotu ochrony prawnej, tj. zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej na wypadek ziszczenia się ryzyka socjalnego. W ubezpieczeniu zdrowotnym realizacja tej ochrony związana jest z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacji zajścia ryzyka niezdrowia⁴, czyli pojawienia się jakiejś biotycznej (fizycznej lub psychicznej) dysfunkcji organizmu człowieka. Ochroną objęte jest zatem zdrowie ubezpieczonych w NFZ, a nie – jak w ubezpieczeniach społecznych – utrata lub ograniczenie zdolności do zarobkowania, tym bardziej że niejednokrotnie nawet długotrwałe czy wręcz dożywotnie (jak np. przy chorobach przewlekłych) występowanie ryzyka niezdrowia nie przekłada się na niezdolność do wykonywania pracy (prowadzenia działalności) i pobieranie odpowiednich świadczeń z ubezpieczeń społecznych⁵. Wprawdzie więc oba ubezpieczenia oparte są na mechanizmie rozłożenia ciężaru ryzyka (wydatków na pokrycie szkód) na szeroką zbiorowość (wspólnotę ryzyka), której członkowie podlegają tym samym zagrożeniom⁶, to jednak – z uwagi na różnice między ubezpieczeniami społecznymi a zdrowotnym w dziedzinie społeczno-gospodarczego przeznaczenia tych instytucji prawnych (odmienne cele ochrony socjalnego ryzyka) i rodzaju świadczeń (pieniężne/niepieniężne)⁷ – zbyt daleko idący wydaje się pogląd, że ubezpieczenie zdrowotne jest rodzajem ubezpieczenia społecznego⁸.

Wyjaśnienia wymaga jeszcze jedna kwestia, a mianowicie forma prawna powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie zatem z obowiązującą terminologią instytucja ta ma

³ A nawet więcej, tzn. uznać powszechność ubezpieczeń społecznych za jedną z zasad tego prawa (zob. K. Antonów, [w:] K.W. Baran (red.), *Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych*, Warszawa 2022, s. 742-743; K. Ślebzak, [w:] A. Wypych-Żywicka (red.), *System prawa ubezpieczeń społecznych. Część ogólna*, t. I, Warszawa 2020, s. 528-530).

⁴ Termin wprowadzony przez J. Jończyka, *Prawo...*, s. 17-18.

⁵ Szerzej zob.: K. Antonów, [w:] K.W. Baran (red.), *Prawo...*, s. 728-729.

⁶ Ibidem, s. 733-734; I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, Warszawa 2018, s. 32.

⁷ W ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wyróżnia się ogólną kategorię świadczeń opieki zdrowotnej z podziałem na: świadczenia zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące (zob. art. 5 pkt 34 w zw. z pkt 37, 38 i 40 u.ś.o.z.).

⁸ Tak I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia...*, s. 30.

naturę ubezpieczeniową z wyodrębnionym ryzykiem socjalnym (wspomniane już niezdrowie), wspólnotą ryzyka (ubezpieczeni w NFZ), składką zdrowotną, świadczeniami opieki zdrowotnej udzielanymi pacjentom (świadczeniobiorcom)⁹ w razie zajścia ryzyka i wykonawcami ubezpieczenia zdrowotnego (oddziały/NFZ i świadczeniodawcy będący stronami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej). Istota powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego polega więc na przynależności do przymusowo utworzonej (w celu obniżenia kosztu ubezpieczenia) organizacji osób narażonych na niebezpieczeństwo utraty zdrowia opartej, co do zasady, na składkowym finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich kontraktowaniu, z zastrzeżeniem że przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do świadczeniodawców udzielających, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (art. 159 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z.)¹⁰ czy też do świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (art. 159a ust. 1 zdanie drugie u.ś.o.z.)¹¹. Ważny jest także aspekt strukturalnego i własnościowego zróżnicowania świadczeniodawców, którymi mogą być zarówno osoby fizyczne udzielające świadczeń zdrowotnych (choćby jednoosobowo)¹² w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, jak i publiczne lub niepubliczne podmioty lecznicze wymienione w art. 4 ust. 1 u.d.l. wykonujące działalność leczniczą (zob. art. 5 pkt 41 u.ś.o.z.).

Zwracam na to uwagę również dlatego, że nagminnie – w odniesieniu do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w powyżej zarysowanym ujęciu – używa się w naszym kraju pojęcia „służba zdrowia”. Tymczasem termin ten od dawna jest już nieaktualny¹³, a nade wszystko nie oddaje rzeczywistego charakteru prawnego, społecznego i ekonomicznego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Należy tu zatem przypomnieć, że państwowa służba zdrowia w PRL była częścią ministerstwa zdrowia, a szef tego resortu głównym świadczeniodawcą, wydatki na świadczenia były pokrywane z dochodów podatkowych

⁹ Zasadniczo świadczeniobiorca to ubezpieczony w NFZ (tj. na mocy art. 2 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z. osoba objęta powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym), a także – w sytuacji, gdy nie mają statusu ubezpieczonego w NFZ na podstawie art. 3 u.ś.o.z. – dzieci (tj. osoby, które nie ukończyły 18. roku życia) oraz kobiety w okresie ciąży, porodu lub połogu (art. 2 ust. 1 pkt 3-4 u.ś.o.z.). Zgodnie z art. 13 u.ś.o.z., jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej (zob. art. 12 u.ś.o.z.), świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni są finansowane z budżetu państwa.

¹⁰ W tym przypadku, w razie spełnienia warunków do zawarcia umowy określonych przez Prezesa NFZ, zawiera się umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej na czas nieoznaczony (art. 159 ust. 2-2a u.ś.o.z.).

¹¹ W tym przypadku zawiera się umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń na okres kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia (art. 159a ust. 1 zdanie pierwsze u.ś.o.z.).

¹² Lekarz, pielęgniarka lub fizjoterapeuta mogą wykonywać działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej, tj. praktyki zawodowej, np. w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, pielęgniarskiej lub fizjoterapeutycznej (zob. art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2022 r., poz. 633, ze zm.; dalej: u.d.l.).

¹³ W ten sposób określano system ochrony zdrowia w PRL, który ostatecznie zlikwidowano w Polsce z końcem lat 90. XX wieku. W dniu 1 stycznia 1999 r. weszła w życie ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28, poz. 153, ze zm.), która stanowiła pierwszą, z kilku w latach następnych, wersję tego ubezpieczenia zastępującego peerelowską instytucję służby zdrowia.

(finansowanie budżetowe), zaś zawody medyczne oraz zakłady opieki zdrowotnej i apteki upaństwowione, co zaczęło ulegać zmianom dopiero z początkiem III RP na skutek m.in. reaktywowania samorządu lekarskiego (1990 r.), wprowadzenia niepublicznego typu zakładu opieki zdrowotnej (1997 r.) i prywatyzacji aptek (proces ten rozpoczął się w wyniku wprowadzenia, jeszcze pod koniec PRL, możliwości podejmowania i prowadzenia działalności gospodarczej)¹⁴. Wszystko to wyraźnie przemawia za odrzuceniem fałszywego terminu „szługa zdrowia” i posługiwanie się nazewnictwem wynikającym z obowiązujących aktów prawnych, czyli przyjętym w niniejszym opracowaniu zwrotem ustawowym „powszechne ubezpieczenie zdrowotne”, względnie (ale także prawidłowo) pojęciami rangi konstytucyjnej, tj. „ochrona zdrowia” lub „opieka zdrowotna” (art. 68 ust. 1-2 Konstytucji RP).

RÓWNOŚĆ W POWSZECHNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

W najogólniejszym pojęciu równość, w odniesieniu do co najmniej dwóch podmiotów charakteryzujących się taką samą lub podobną cechą istotną (relewantną), powinna wiązać się z równym (podobnym) ich traktowaniem, tzn. według jednako-wej miary, bez żadnych przejawów dyskryminacji lub faworyzowania¹⁵. Konstytucyjne rozumienie równości wobec prawa (art. 32 ustawy zasadniczej) wymaga rozróżnienia na równość w prawie (tj. równość w stanowieniu prawa) oraz równość traktowania (tj. równość w stosowaniu prawa). Ten pierwszy aspekt równości sprowadza się do naka-zu kształtowania treści przepisów prawa z uwzględnieniem zasady równości, natomiast równe traktowanie to zarówno nakaz jednakowego traktowania osób równych z jakiegoś punktu widzenia¹⁶ (zaliczonych do określonej kategorii istotnej), jak i zakaz jednakowego traktowania osób nierównych (nakaz nierównego traktowania nierównych)¹⁷. Nie stanowi zaś naruszenia zasady równości odstępstwo od równego traktowania (uzasadniona dyferencjacja praw i obowiązków), jeżeli argumenty na rzecz takiego odstępstwa: 1) mają charakter relewantny, a więc pozostają w bezpośrednim związku z celem i zasadniczą treścią przepisów, w których zawarta jest kontrolowana norma, oraz służą realizacji tego celu i treści; 2) mają charakter proporcjonalny, co oznacza, że waga intere-su, któremu ma służyć różnicowanie sytuacji adresatów normy, musi być zbilansowana z interesami, które zostaną naruszone w wyniku nierównego potraktowania podmiotów podobnych oraz 3) są związane z innymi wartościami, zasadami czy normami konstytu-cyjnymi uzasadniającymi odmienne potraktowanie podmiotów podobnych¹⁸.

¹⁴ Zob. J. Jończyk, *Prawo...*, s. 246-247.

¹⁵ Zob. W. Borysiak, L. Bosek, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP. Komentarz. Art. 1-86*, t. I, Warszawa 2016, s. 831 wraz z podaną tam literaturą i orzecznictwem.

¹⁶ Zob. Ch. Perelman, *O sprawiedliwości*, Warszawa 1959, s. 36 i n.

¹⁷ Zob. W. Borysiak, L. Bosek, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja...*, s. 832-833.

¹⁸ Zob. K. Antonów, *Zasady równości i sprawiedliwości społecznej w prawie emerytalnym*, „Annales UMCS, Sectio G (Ius)” 2015, Vol. LXII, No 2, s. 10 wraz z podanym tam orzecznictwem.

Mając powyższe na uwadze, należy wyrazić wątpliwości co do niektórych rozwiązań powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W szczególności chodzi o ustanowienie i utrzymywanie odmiennych reguł finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla rolników. W pierwotnej wersji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obowiązywała reguła, że składki na ubezpieczenie zdrowotne rolników¹⁹ i ich domowników opłacała Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) ze środków z budżetu państwa (art. 86 ust. 1 pkt 1 w zw. z ust. 2 u.ś.o.z. w brzmieniu do stycznia 2012 r.). Przepisy te – w wyroku Trybunału Konstytucyjnego (TK) z dnia 26 października 2010 r., K 58/07²⁰ – zostały jednak uznane za niezgodne z zasadą równości (art. 32 ust. 1 ustawy zasadniczej) w zakresie, w jakim określały zobowiązanie budżetu państwa do finansowania składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników i ich domowników, podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy, prowadzących działalność rolniczą bez względu na wysokość osiągniętych przez nich dochodów. Reakcją ustawodawcy na powyższe orzeczenie było uchylenie (od dnia 1 lutego 2012 r.) art. 86 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z. i odpowiednie zmodyfikowanie treści art. 86 ust. 2 u.ś.o.z. w wyniku wydania ustawy z dnia 13 stycznia 2012 r. o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za 2012 r.²¹

Mechanizm, który wprowadził powyższy akt prawny, polegał na ustaleniu miesięcznej składki na ubezpieczenie zdrowotne rolników i ich domowników, za każdą osobę podlegającą ubezpieczeniu, w wysokości 1 zł za każdy pełny hektar przeliczeniowy użytków rolnych w gospodarstwie rolnym, przyjęty dla celów ustalenia wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne rolników, z zastrzeżeniem że obowiązek opłacania składki zdrowotnej nałożono na rolników prowadzących gospodarstwa rolne o powierzchni od 6 hektarów przeliczeniowych użytków rolnych, zaś w gospodarstwach mniejszych płatnikiem pozostał KRUS²². Wdrożona koncepcja, w założeniu przejściowa (tylko na 2012 r.), w istocie nie stanowiła wykonania wyroku TK w sprawie K 58/07, gdyż jak – skądinąd słusznie – wyjaśniono w uzasadnieniu do projektu ustawy o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za 2012 r. „(...) wprowadzenie rozwiązania docelowego wymaga przebudowy systemu podatkowego dotyczącego rolników nieprowadzących działów specjalnych produkcji rolnej (a zatem zmian szerszych aniżeli regulacje z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego) (...)”²³. Ostatecznie jednak do dzisiaj nie przeprowadzono zmian w zakresie

¹⁹ Z wyjątkiem rolników prowadzących dział specjalny produkcji rolnej.

²⁰ OTK-A 2010, nr 8, poz. 80.

²¹ Tekst pierwotny Dz.U. poz. 123.

²² Odrębne zasady opłacania składki zdrowotnej dotyczą rolników prowadzących działalność w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej oraz ich domowników i pomocników rolników. Ci pierwsi opłacają tę składkę od deklarowanej podstawy wymiaru składki określonej w art. 80 ust. 2 u.ś.o.z. Natomiast podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne domowników i pomocników określona została w art. 80 ust. 3a u.ś.o.z.

²³ Z uzasadnienia do rządowego projektu ustawy o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za 2012 r., druk nr 103, Sejm VII kadencji.

systemu podatkowego rolników, a przyjęty 10 lat temu model finansowania ubezpieczenia zdrowotnego rolników utrwalił się na skutek obowiązywania, w latach 2012-2016, odrębnej ustawy²⁴, której postanowienia (od dnia 1 stycznia 2017 r.)²⁵ przeniesiono do art. 80 ust. 1a i art. 84a u.ś.o.z.

Ubezpieczenie zdrowotne rolników ma zatem charakter szczególny i stanowi – przynajmniej dla zamożniejszej części tej grupy zawodowej – nieuzasadniony przywilej socjalny w dziedzinie ponoszenia kosztów ochrony zdrowia. W uzasadnieniu wyroku TK w sprawie K 58/07 trafnie zwrócono uwagę, że istniejąca nierówność w tym obszarze polega na tym, że ustawodawca traktuje rolników jako grupę jednorodną, tymczasem ich tzw. zdolność opłatowa²⁶ jest różna i dlatego wypracowana formuła partycypacji rolników w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej powinna być dostosowana do zróżnicowanej sytuacji ekonomicznej poszczególnych rolników. Nie oznacza to oczywiście odrzucenia możliwości pokrywania składek na ubezpieczenie zdrowotne za rolników ze środków budżetowych, chodzi natomiast o stworzenie sprawiedliwych (tzn. uwzględniających realne zdolności do opłacania tych składek) rozwiązań prawnych, które oddaliłyby wciąż aktualny zarzut niezgodności obecnych regulacji z zasadą równości.

Co więcej, zarzut ten – po zmianach w konstrukcji składki zdrowotnej od dnia 1 stycznia 2022 r. – nabrał jeszcze większego ciężaru gatunkowego. Trzeba bowiem podkreślić, że do końca 2021 r. kwota składki na ubezpieczenie zdrowotne zmniejszała podatek dochodowy od osób fizycznych o 7,75% podstawy jej wymiaru (uchylone przepisy art. 27b ust. 2 w zw. z art. 32 ust. 3b ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych²⁷; dalej: u.p.d.o.f.). W praktyce oznaczało to, że z 9% podstawy wymiaru składki zdrowotnej podatnik-ubezpieczony faktycznie pokrywał ze swoich środków (dochodów netto) tylko 1,25% podstawy jej wymiaru, co po części uzasadniało stwierdzenie, że składka zdrowotna to *quasi*-podatek²⁸. Sprawa ta uległa diametralnej zmianie od dnia 1 stycznia 2022 r., gdyż w ramach Polskiego Ładu²⁹ zlikwidowano regułę odliczania składki zdrowotnej od podatku dochodowego, a tym samym ciężar finansowania tej daniny publicznej w całości przeniesiono na osoby podlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu, wyjąwszy oczywiście przypadki

²⁴ Tj. ustawy z dnia 13 stycznia 2012 r. o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za lata 2012-2016 (Dz.U. poz. 123, ze zm.).

²⁵ Na mocy ustawy z dnia 2 grudnia 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. poz. 2250).

²⁶ Tj. zdolność do opłacania składki zdrowotnej z punktu widzenia kryteriów ekonomicznych, w szczególności uzyskiwanych dochodów.

²⁷ Dz.U. z 2021 r., poz. 1128, ze zm.

²⁸ Na podatkowy charakter składki zdrowotnej zwracał dawniej uwagę D.E. Lach (*Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 309-310 i 335). Por. też: P. Lenio, *Publiczno-prawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Warszawa 2018, s. 302-309.

²⁹ Rządowa nazwa programu zmian podatkowych i innych zawartych w ustawie z dnia 29 października 2021 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2105, ze zm.).

opłacania składki zdrowotnej ze środków budżetowych. W znaczący sposób pogłębiły się zatem różnice w zakresie zasad, wedle których składkę zdrowotną opłacają rolnicy i pozostali ubezpieczeni (np. pracownicy czy osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą). Tak więc podczas gdy innym, niż rolnicy, ubezpieczonym zwiększono obciążenia opłatowe (wzrost stopy składki zdrowotnej o 7,75% podstawy jej wymiaru w stosunku do okresu sprzed 2022 r.)³⁰, rolniczy system ubezpieczenia zdrowotnego pozostawiono bez zmian, w dalszym ciągu nie respektując wyroku TK w sprawie K 58/07, w którym – kwestionując ubezpieczenie zdrowotne tej grupy zawodowej w obecnej postaci – Trybunał stwierdził, że doprowadzenie do stanu zgodnego z Konstytucją wymaga podjęcia prac wykraczających poza powszechne ubezpieczenie zdrowotne, przy uwzględnieniu sytuacji gospodarczej i możliwości finansowych uczestników systemu ochrony zdrowia. Można zatem skonkludować, że aktualna regulacja ubezpieczenia zdrowotnego rolników odznacza się, w jeszcze większym stopniu niż przed 2022 r., nierównym (faworyzującym) traktowaniem tej grupy zawodowej względem tych ubezpieczonych w NFZ, którzy pokrywają koszt ubezpieczenia zdrowotnego, opłacając 9% składkę zdrowotną.

Dyskusyjnym zagadnieniem z zakresu równości w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym jest także, wprowadzone od dnia 1 stycznia 2022 r., zróżnicowanie stopy składki zdrowotnej na:

1) składkę standardową w wysokości 9% podstawy wymiaru (art. 79 ust. 1 u.ś.o.z.) i

2) składkę obniżoną w wysokości 4,9% podstawy wymiaru dla osób prowadzących działalność pozarolniczą, o których mowa w art. 8 ust. 6 pkt 1, 3, 4 i 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (dalej: u.s.u.s.)³¹ oraz w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców³² (dalej: p.p.), opłacających liniowy podatek dochodowy, o którym mowa w art. 30c u.p.d.o.f., z zastrzeżeniem że nie może być ona niższa niż kwota odpowiadająca 9%:

– minimalnego wynagrodzenia obowiązującego w pierwszym dniu roku składkowego, o którym mowa w art. 81 ust. 2 u.ś.o.z., w przypadku składki obliczanej od miesięcznej podstawy jej wymiaru;

– iloczynu liczby miesięcy w roku składkowym, o którym mowa w art. 81 ust. 2 u.ś.o.z., i minimalnego wynagrodzenia obowiązującego w pierwszym dniu tego roku składkowego, w przypadku składki obliczanej od rocznej podstawy jej wymiaru (art. 79a ust. 1 u.ś.o.z.).

³⁰ Z wyjątkiem przedsiębiorców opłacających liniowy podatek dochodowy (art. 30c u.p.d.o.f.), dla których ów wzrost jest mniejszy, gdyż w ich przypadku składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 4,9% podstawy wymiaru (art. 79a u.ś.o.z.).

³¹ Dz.U. z 2022 r., poz. 1009, ze zm.

³² Dz.U. z 2021 r., poz. 162, ze zm.

W ubezpieczeniach społecznych i, do końca 2021 r., ubezpieczeniu zdrowotnym dyferencjacja stóp procentowych składek występuje wyłącznie w zakresie składki na ubezpieczenie wypadkowe w odniesieniu do płatników zgłaszających do tego ubezpieczenia co najmniej 10 ubezpieczonych, a jej wysokość zależy od kategorii ryzyka ustalonej dla grupy działalności, do której należy dany płatnik, i wskaźnika korygującego (art. 28-31 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych³³; dalej: u.u.s.w.)³⁴. Z punktu widzenia zasady równego traktowania wszystkich ubezpieczonych, m.in. ze względu na obowiązek opłacania i obliczania wysokości składek na ubezpieczenia społeczne (art. 2a ust. 2 pkt 2 u.u.s.w.), zróżnicowanie składki wypadkowej nie budzi zastrzeżeń, gdyż jest oparte na obiektywnych kryteriach związanych z występowaniem zagrożeń zawodowych przy wykonywaniu pracy zarobkowej, co formalnie przekłada się na ustalenie odpowiedniej kategorii ryzyka zarówno dla określonej grupy działalności, jak i konkretnego płatnika przy wykorzystaniu wskaźników częstości poszkodowanych w wypadkach przy pracy ogółem, śmiertelnych i ciężkich, stwierdzonych chorób zawodowych oraz zatrudnionych w warunkach zagrożenia (art. 30 ust. 2 i art. 31 ust. 3 u.u.s.w.). W związku z powyższym obowiązująca stopa składki na ubezpieczenie wypadkowe dla płatników zgłaszających do tego ubezpieczenia co najmniej 10 ubezpieczonych mieści się w przedziale 0,67-3,33% podstawy wymiaru³⁵.

Natomiast w liczącym 262 strony uzasadnieniu do Polskiego Ładu³⁶ nie podano jakichkolwiek motywów, jakimi projektodawca kierował się, różnicując stopę procentową składki zdrowotnej między określonymi przedsiębiorcami (opodatkowanymi 19% podatkiem liniowym) a innymi ubezpieczonymi oraz między samymi przedsiębiorcami³⁷. Tym samym mamy tu do czynienia z dyferencjacją wartości obciążeń publicznoprawnych nie tylko w zależności od tytułu ubezpieczenia zdrowotnego (np. stosunek pracy a pozarolnicza działalność gospodarcza opodatkowana podatkiem liniowym), lecz również w ramach tego samego tytułu, tj. pozarolniczej działalności (art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c u.s.o.z.) wykonywanej w oparciu o wybraną

³³ Dz.U. z 2019 r., poz. 1205, ze zm.

³⁴ Od dnia 1 listopada 2021 r. doszedł jeszcze jeden wyjątek, a mianowicie składka na ubezpieczenie wypadkowe opłacana za małżonka Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, jest stała i wynosi 1% (art. 27a u.u.s.w.).

³⁵ Zob. załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 listopada 2002 r. w sprawie różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych w zależności od zagrożeń zawodowych i ich skutków (Dz.U. z 2022 r., poz. 740).

³⁶ Tj. uzasadnieniu do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw, druk nr 1532, Sejm IX kadencji.

³⁷ Trzeba bowiem odnotować, że składkę na ubezpieczenie zdrowotne w podstawowej wysokości (9% podstawy wymiaru) opłacają osoby prowadzące pozarolniczą działalność, o których mowa w: 1) art. 8 ust. 6 pkt 1, 3, 4 i 5 u.u.s.w. i art. 18 ust. 1 p.p. – w przypadku opodatkowania na zasadach ogólnych (według skali podatkowej) lub ryczałtem od przychodów ewidencjonowanych oraz 2) art. 8 ust. 1 i 3 u.u.s.w. i art. 18 ust. 1 p.p. – w przypadku opodatkowania w formie karty podatkowej.

przez przedsiębiorcę formę opodatkowania (podatek liniowy a skala podatkowa, ryczałt od przychodów ewidencjonowanych i karta podatkowa).

Przypuszczać należy, że uzasadnienie dla wprowadzenia obniżonej, do poziomu 4,9% podstawy wymiaru, stopy składki na ubezpieczenie zdrowotne dla osób prowadzących pozarolniczą działalność opodatkowanych stawką liniową stanowi fakt, że nie dotyczy ich instytucja kwoty wolnej od podatku (co ważne, od dnia 1 stycznia 2022 r. podwyższona z 8 tys. aż do 30 tys. zł), a także możliwość rozliczania podatku przy uwzględnieniu progów podatkowych, z których drugi, również od dnia 1 stycznia 2022 r., został istotnie podniesiony (z 85 528 zł na 120 tys. zł rocznego dochodu), co sprawia, że spoczywa na nich obowiązek opłacania podatku od stałej (wyższej, bo 19%) stopy procentowej w porównaniu ze stawką 17% (do tego przy zwiększonej, do 120 tys. zł, podstawie obliczenia) w sytuacji, gdy przedsiębiorca rozliczałby się na zasadach ogólnych³⁸. Poza tym w stosunku do wymienionych przedsiębiorców – podobnie jak do innych osób podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu, jeżeli osiągają dochody z pracy zarobkowej – nie stosuje się już ogólnosystemowego rozwiązania prawa podatkowego, które polegało na odliczaniu składki zdrowotnej – w wysokości 7,75% podstawy wymiaru do końca 2021 r. – od podatku. W związku z powyższym niższą stopę składki na ubezpieczenie zdrowotne osób opodatkowanych 19% podatkiem liniowym należy traktować w kategoriach czegoś na wzór rekompensaty zarówno korzyści (zwłaszcza w zakresie kwoty wolnej), które przysługują podatnikom (w tym przedsiębiorcom) rozliczającym się według skali podatkowej, jak i utraconych praw (do odliczania składki zdrowotnej od podatku).

Przy czym ta ostatnia kwestia uległa zmianie, gdyż na mocy noweli Polskiego Ładu nastąpił powrót do częściowego odliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku przedsiębiorców, którzy nie rozliczają się wedle skali podatkowej³⁹. Przestaje istnieć zatem, a co najmniej ulega istotnemu osłabieniu ewentualny argument, że obniżenie stopy procentowej składki zdrowotnej dla przedsiębiorców „liniowców” jest zasadne z uwagi na brak możliwości jej odliczania od podatku. Ponadto projektowane zmiany tworzą kolejne zróżnicowanie w ramach obowiązkowych tytułów ubezpieczenia zdrowotnego polegające tym razem na tym, że dla części podatników

³⁸ Ten aspekt opodatkowania przedsiębiorców ma jeszcze większe znaczenie po wejściu w życie, od dnia 1 lipca 2022 r., korekty Polskiego Ładu (pod rządową nazwą Niskie Podatki) wprowadzającej obniżenie podstawowej stawki podatku dochodowego z 17 do 12% (zmiana art. 27 ust. 1 u.p.d.o.f. zawarta w art. 1 pkt 13 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. poz. 1265 ze zm.; dalej: nowela Polskiego Ładu).

³⁹ Odliczanie składek na ubezpieczenie zdrowotne dla ubezpieczonych będących przedsiębiorcami w przypadku: 1) podatku liniowego – ma polegać na odliczeniu od dochodu zapłaconej składki w wysokości nieprzekraczającej w roku podatkowym 8700 zł; 2) ryczałtu ewidencjonowanego – ma polegać na pomniejszeniu przychodów o 50% składek zdrowotnych zapłaconych w roku podatkowym i 3) karty podatkowej – ma polegać na obniżeniu podatku o kwotę stanowiącą 19% składki zdrowotnej (przepisy art. 30c ust. 2 pkt 2 u.p.d.o.f. oraz art. 11 ust. 1a i art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, Dz.U. z 2021 r., poz. 1993, ze zm.).

(przedsiębiorców opodatkowanych liniowo, ryczałtowo lub w formie karty podatkowej) przewiduje się swoistą ulgę w postaci zmniejszenia kosztów obciążeń fiskalnych, natomiast dla pozostałych osób objętych tym ubezpieczeniem (w tym przedsiębiorców opodatkowanych na zasadach ogólnych) takie rozwiązanie nie jest dostępne.

Mając to na uwadze, nie przesądzam ostatecznie, że niższa stopa składki zdrowotnej dla tzw. liniowców stanowi przejaw nierównego traktowania w postaci faworyzowania tej grupy przedsiębiorców w zakresie nakładania obowiązków w sferze finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Wydaje się jednak, że lepszym, i powszechnie stosowanym w ubezpieczeniach społecznych i zdrowotnym, instrumentem służącym dostosowaniu regulacji prawnych do faktycznych zdolności opłatowych poszczególnych osób objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego jest podstawa wymiaru składki, za pomocą której można w ten sposób określić wysokość obciążeń składkowych, aby uwzględnić szczególne uwarunkowania danego tytułu ubezpieczeniowego, w tym związanego np. ze specyfiką prowadzenia działalności gospodarczej w wybranej formule opodatkowania.

SOLIDARNOŚĆ W POWSZECHNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

Solidarność społeczna to w ujęciu prawnym normatywny wyraz konstytucyjnego „obowiązku solidarności z innymi” (preambuła ustawy zasadniczej) i dbałości o dobro wspólne wszystkich obywateli Rzeczypospolitej Polskiej (art. 2 Konstytucji RP). Nie należy więc tego pojęcia redukować jedynie do idei czy wartości (reguły moralnej) obowiązującego ustawodawstwa, lecz można nadać jej rangę zasady prawnej branej pod uwagę zarówno przy tworzeniu, jak i stosowaniu prawa, w szczególności w tych jego obszarach, w których została ona wprost wyrażona w przepisach danego aktu prawnego⁴⁰. Jak wiadomo, z taką właśnie sytuacją mamy do czynienia w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (art. 65 u.ś.o.z.), stąd nie ma wątpliwości, że zasada solidarności powinna stanowić istotny punkt odniesienia dla oceny poszczególnych rozwiązań prawnych w tym obszarze.

Według Jana Jończyka w prawie zabezpieczenia społecznego solidarność społeczna przybiera postać solidarności wspólnoty ryzyka. Wiązać ją trzeba z finansowaniem kosztu tego zabezpieczenia (m.in. ubezpieczenia zdrowotnego), a nie rozdziałem świadczeń, w którym to obszarze bardziej przydatne są reguły sprawiedliwości społecznej. Stosowanie zasady solidarności wspólnoty ryzyka powinno opierać się na wyrównanym wkładzie, sprawiedliwej kompensacji i proporcji

⁴⁰ Szerzej zob.: K. Antonów, *Solidarność w prawie zabezpieczenia społecznego (ubezpieczeniach społecznych i zdrowotnym)*, [w:] A. Łabno (red.), *Państwo solidarne. W poszukiwaniu nowych form solidaryzmu społecznego*, t. III, Warszawa 2018, s. 156-157 wraz z podaną tam literaturą przedmiotu i orzecnictwem.

między wkładem a świadczeniem. Reguły te stanowią normatywną treść tej zasady, której istota sprowadza się do braku symetrii pomiędzy wkładem (np. składką zdrowotną) a potencjalnym świadczeniem (np. opieki zdrowotnej) przy założeniu, że podstawową przesłanką uruchomienia ochrony ubezpieczeniowej jest doznanie „szkody” (zajęcie ryzyka socjalnego) niezależnie do nierównej zdolności – co do okresu i rozmiaru przekazywanego wkładu – do ponoszeniu kosztu ubezpieczenia przez poszczególnych członków wspólnoty ryzyka. Innymi słowy, ponoszony ciężar ubezpieczenia służy zarówno wypracowaniu ochrony w wymiarze indywidualnym, jak i zbiorowym, gdyż z faktu opłacania składek nie wynika wyłącznie prawo do świadczenia własnego, ale również finansowanie świadczeń dla pozostałych członków wspólnoty, bez prawa do zwrotu składki w sytuacji, gdy nie ziściło się ryzyko. Z moralnego punktu widzenia mamy tu zatem do czynienia z bezinteresowną współodpowiedzialnością (wzajemnością) osób narażonych na podobne zagrożenia, ale mimo to nie jest to zachowanie czysto altruistyczne, nie tylko dlatego, że członkostwo we wspólnocie ryzyka jest rezultatem ustawowego przymusu (a nie dobrowolnego poświęcenia się dla innych), lecz również ze względu na fakt, że – dla typowego ubezpieczonego – głównym celem uczestnictwa w tej zbiorowości jest zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej samemu sobie, natomiast cel ogólny (wspólnotowy), choć tak samo ważny, to jednak z perspektywy osoby podlegającej ubezpieczeniu nierzadko wydaje się niewidoczny czy wręcz niesprawiedliwy⁴¹.

Przechodząc do przejawów solidarności wspólnoty ryzyka w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, należy na wstępie zwrócić uwagę, że – inaczej niż w ubezpieczeniach społecznych (zwłaszcza ubezpieczeniu emerytalnym) – nie chodzi tu o solidarność polegającą na przekazywaniu środków (m.in. od osób krócej do dłużej żyjących) pozwalających np. na sfinansowanie wypłaty emerytur świadczeniobiorcom żyjącym ponad granicę średniego dalszego trwania życia wyznaczonego dla osób w wieku równym wiekowi przejścia na emeryturę danego ubezpieczonego (art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych⁴²). Wiadomo bowiem, że świadczenia opieki zdrowotnej nie mają charakteru pieniężnego, toteż solidarność, z jaką mamy tu do czynienia, odnosi się do ich dostępności, a nie ustalenia wysokości. Nie oznacza to oczywiście, że kwestia finansowania tych świadczeń ma drugoplanowe znaczenie, jest zgoła inaczej, tyle tylko że od ogólnego stopnia pokrycia kosztu ubezpieczenia zdrowotnego zależy globalna ilość świadczeń możliwych do udzielenia, nie przekłada się to natomiast na indywidualne zróżnicowanie ich dostępności (np. wedle reguły większy wkład – szybsze leczenie) ze względu na status majątkowy ubezpieczonego. Zapewnia się zatem, jak to się zwłaszcza eksponuje w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, równy i niezależny od sytuacji

⁴¹ Szerzej na temat solidarności wspólnoty ryzyka zob.: J. Jończyk, *Prawo...*, s. 39-41; K. Antonów, [w:] K.W. Baran (red.), *Prawo...*, s. 743-744.

⁴² Dz.U. z 2022 r., poz. 504, ze zm.

materialnej dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, a jedyną przesłanką, poza uprawnieniami szczególnymi (zob. art. 47c u.s.o.z.)⁴³, mogącą skorygować kolejność na – prowadzonej przy uwzględnianiu zasad sprawiedliwości, równości, niedyskryminacji i przejrzystości – liście oczekujących na udzielanie danego świadczenia są kryteria medyczne oparte na aktualnej wiedzy medycznej, o których mowa w § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej⁴⁴ w zw. z art. 20 ust. 5 u.s.o.z (solidarność od złej do cięższej choroby)⁴⁵.

Nie ulega wątpliwości, że zasadniczą funkcją solidarności w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym jest rozłożenie obciążeń składkowych na szeroką (powszechną, bo przymusową) wspólnotę ryzyka, w ramach której dochodzi do „wspólnienia” ryzyka⁴⁶ polegającego na wyrównaniu, za pomocą odpowiednich reguł solidarnościowych, nierównej zdolności do dźwigania kosztu tego ubezpieczenia przez członków tej zbiorowości zarówno w wymiarze osobowym, jak i regionalnym. Co do tego pierwszego aspektu, to w piśmiennictwie wyrażono pogląd, że „W odniesieniu do systemu opieki zdrowotnej zasada solidarności społecznej może legitymizować przede wszystkim takie instytucje prawne, jak: bezskładkowe współubezpieczenie członków rodziny, brak ograniczeń co do wysokości podstawy wymiaru składki i obciążenie nią wszystkich źródeł dochodu (zasada uniwersalności składki) oraz brak związku między wysokością składki a zakresem gwarantowanych świadczeń, a także obciążający beneficjentów systemu obowiązek odpowiedzialności za swoje zdrowie”⁴⁷. Pomijając na razie kwestię uniwersalności składki (o czym będzie jeszcze mowa), należy zgodzić się z tak sformułowanym zakresem zastosowania solidarności wspólnoty ryzyka w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dodać trzeba jednocześnie, że socjalna korekta w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób bez dochodu (np. dzieci,

⁴³ Tzn. uprawnieniami do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością (tj. co do zasady w dniu zgłoszenia) dla osób znajdujących się w szczególnej sytuacji osobistej (np. kobiety w ciąży), wyróżniających się szlachetną postawą społeczną (posiadanie tytułu „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”) czy też ze względu na zasługi dla państwa i obronności (np. działacze opozycji antykomunistycznej, kombataneci, inwalidzi wojenni i wojskowi, poszkodowani żołnierze i weterani).

⁴⁴ Dz.U. nr 200, poz. 1661.

⁴⁵ Tego typu solidarność oparta jest na kryteriach (stanu zdrowia świadczeniobiorcy, rokowań co do dalszego przebiegu choroby, chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie oraz zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności), które – z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym (zob. art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. z 2022 r., poz. 1720, ze zm., w zw. z art. 5 pkt 33 u.s.o.z.) – pozwalają kwalifikować świadczeniobiorców do określonej kategorii medycznej („przypadek pilny” lub „przypadek stabilny”), z zastrzeżeniem że świadczeniobiorcę zakwalifikowanego do kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny” (§ 1-3 rozporządzenia Ministra Zdrowia powołanego w przypisie nr 44).

⁴⁶ Zob. D.E. Lach, *Zasada...*, s. 124.

⁴⁷ *Ibidem*, s. 124.

bezrobotni) lub z niskim dochodem z pracy zarobkowej czy też krótko partycypujących w ponoszeniu obciążeń składowych, a zarazem wymagających np. długotrwałego (czasem także drogiego) leczenia na koszt wspólnoty ryzyka i budżetu państwa, stanowi realizację sprawiedliwości rozdzielczej (dystrybtywnej) w postaci „każdemu po równo”, z ewentualną modyfikacją tej formuły – w razie stanów nagłych i „przypadków pilnych” – na „każdemu według zagrożenia życia lub zdrowia”. Nie może być inaczej, skoro w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zapewnia się ten sam zakres i standard świadczeń niezależnie od wniesionego (lub nie) wkładu, jego rozmiaru czy okresu opłacania składki zdrowotnej⁴⁸.

Natomiast w wymiarze regionalnym z mechanizmem solidarnościowym mamy do czynienia w sferze podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie NFZ z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 118 ust. 3 u.ś.o.z. podziału tego dokonuje się przy uwzględnieniu: 1) liczby ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim NFZ; 2) wydzielonych, według wieku i płci, grup ubezpieczonych oraz wydzielonych grup świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych i 3) ryzyka zdrowotnego odpowiadającego danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia. Na podstawie powyższych kryteriów⁴⁹, za pomocą odpowiedniego algorytmu, dokonuje się rozdziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ, co w praktyce wiąże się z ich częściowym przekazywaniem z regionów o większych wpływach składowych do regionów o mniejszych dochodach z tego tytułu (solidarność od regionów bogatszych do biedniejszych). Niezależnie od wskazywanych wad obowiązującej metody alokacji środków⁵⁰, samą koncepcję wyrównywania regionalnych nierównomierności w dziedzinie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej należy uznać za słuszną i zgodną z zasadą solidarności, jak wiadomo, służącą właśnie korygowaniu – w imię dobra wspólnego i reguł sprawiedliwości rozdzielczej – zbyt daleko idących różnic w poziomie zaspokajania dóbr społecznych finansowanych ze środków publicznych, do których z całą pewnością zaliczyć można opiekę zdrowotną.

W ten sposób ukształtowany, z punktu widzenia realizacji zasady solidarności społecznej (wspólnoty ryzyka), system opieki zdrowotnej w Polsce należy generalnie uznać za prawidłowy, co nie oznacza jednak, że nie ma w nim konstrukcji prawnych, które nie wzbudzają zastrzeżeń, w szczególności biorąc pod uwagę sytuację osób wnoszących –

⁴⁸ Ibidem, s. 123-124.

⁴⁹ Uściślonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz.U. nr 193, poz. 1495).

⁵⁰ Zob. E. Malinowska-Misiąg, J. Misiąg, W. Misiąg, M. Tomalak, *Algorytmy podziału środków publicznych*, Rzeszów 2016, s. 15-22; M. Węgrzyn, *Wpływ algorytmu podziału środków finansowych na możliwość realizacji zadań wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2015, nr 410.

w relacji do innych ubezpieczonych – nieproporcjonalnie duży wkład, jednocześnie otrzymując świadczenia o niskiej jakości i dostępności. Należy zatem przyjrzeć się tym rozwiązaniom ustawowym, które mogą wykraczać poza usprawiedliwiony, dobrem wspólnym wszystkich obywateli (ubezpieczonych w NFZ), zakres solidarności wspólnoty ryzyka. W tym obszarze wątpliwości wywołuje przede wszystkim nieograniczona skala nałożonych obciążeń składkowych na osoby utrzymujące się z pracy najemnej lub prowadzące pozarolniczą działalność. Mam tu na myśli obowiązek opłacania składki zdrowotnej z każdego tytułu ubezpieczenia zdrowotnego (art. 82 ust. 1 u.ś.o.z.) i od każdego przychodu w ramach tego samego tytułu (art. 82 ust. 2 u.ś.o.z.), z zastrzeżeniem że od dnia 1 stycznia 2022 r. osoby prowadzące więcej niż jedną pozarolniczą działalność opłacają składkę od:

1) sumy dochodów, ale od kwoty nie niższej niż minimalne wynagrodzenie (art. 82 ust. 2a w zw. z art. 81 ust. 2 i 2b u.ś.o.z.) – w przypadku ubezpieczonych, o których mowa w art. 8 ust. 6 pkt 1, 3, 4 i 5 u.s.u.s. i art. 18 ust. 1 p.p. opłacających podatek dochodowy wedle skali podatkowej lub 19% podatek liniowy lub

2) od sumy przychodów w ramach ustawowych limitów (art. 82 ust. 2b w zw. z art. 81 ust. 2e, 2f i 2h u.ś.o.z.) – w przypadku ubezpieczonych, o których mowa w art. 8 ust. 6 pkt 1, 3, 4 i 5 u.s.u.s. i art. 18 ust. 1 p.p., którzy stosują opodatkowanie w formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych.

Natomiast jeżeli przedsiębiorca opodatkowany w formie karty podatkowej (art. 81 ust. 2z u.ś.o.z.) lub inna – niż wskazana w art. 81 ust. 2, 2e i 2z u.ś.o.z. – osoba prowadząca pozarolniczą działalność uzyskuje przychody z więcej niż jednego z rodzajów działalności określonych w art. 82 ust. 5 u.ś.o.z., składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana odrębnie od każdego rodzaju działalności, zaś gdy uzyskuje przychody z więcej niż jednej spółki w ramach tego samego rodzaju działalności, o której mowa w art. 82 ust. 5 u.ś.o.z., składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest odrębnie od każdej prowadzonej spółki (art. 82 ust. 3-4 u.ś.o.z.). W tym kontekście przywołać trzeba również regulację przewidującą, że przy ustalaniu podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 81 ust. 1 u.ś.o.z. (m.in. pracownicy i zleceniobiorcy), nie stosuje się instytucji rocznej podstawy wymiaru składek, o której mowa w art. 19 ust. 1 u.s.u.s. (art. 81 ust. 5 u.ś.o.z.), co oznacza, że w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie obowiązuje – wobec ubezpieczonych wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a, d-i, pkt 3 i 35 u.ś.o.z. – górny pułap zobowiązania składkowego.

Mając powyższe na uwadze, należy stwierdzić, że przywołane unormowania (charakteryzujące sygnalizowaną wcześniej zasadę uniwersalności składki) noszą znamiona fiskalizmu składkowego, sprowadzają się bowiem do maksymalnie szerokiego ujęcia obowiązku opłacania składki zdrowotnej z zarobkowych tytułów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, bez ograniczeń zarówno co do ilości oskładkowanych tytułów ubezpieczenia, jak i wysokości należnej składki. Tymczasem ubezpieczeniowy model opieki zdrowotnej sprzeciwia się obejmowaniu składką wszystkich zbiegających się form zatrudnienia (pozarolniczej działalności), gdyż w istocie prowadzi to do nadużycia solidarności

w związku z ponoszeniem zbyt dużych ciężarów bez odnoszenia jakichkolwiek korzyści, zwłaszcza w sytuacji, gdy taki sam zakres świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje innym beneficjentom systemu, którzy jednak otrzymują je przy zaangażowaniu o wiele mniejszych środków (np. rolnicy) lub zupełnie bezskładkowo. Tak więc w celu pokrycia wydatków NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej ponad miarę kumuluje się obciążenia składkowe na osobach czynnych zawodowo, czego wyraźnym przykładem są przepisy art. 82 ust. 6-7 u.ś.o.z., zgodnie z którymi w przypadku zbiegu tytułu niebudżetowego (tj. tytułu, z którego wynika obowiązek zapłaty składki z własnych środków ubezpieczonego) z tytułem budżetowym, składkę opłaca się wyłącznie z tytułu niebudżetowego, zaś w razie zbiegu tytułów budżetowych składkę opłaca się wyłącznie z jednego tytułu. Wydaje się zatem, że w tych okolicznościach stosowane rozwiązania w zakresie zbiegów tytułów ubezpieczenia zdrowotnego wykraczają poza usprawiedliwiony zakres solidarności wspólnoty ryzyka, gdyż za ich pomocą następuje przerzucenie na najbardziej aktywne zawodowo grupy społeczne kosztu opieki zdrowotnej, którego, na odpowiednim poziomie za osoby niezatrudnione, nie pokrywa się z ogólnych wpływów podatkowych.

W literaturze przedmiotu ocenia się również, że brak górnej granicy opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne należy uznać za szczególnie wątpliwy w kontekście zasady solidarności, ze względu na naruszenie jednorodności wspólnoty ryzyka w zakresie nakładania nieproporcjonalnych obciążeń w finansowaniu kosztu systemu opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególnymi ubezpieczonymi⁵¹. W rezultacie zasadny wydaje się wniosek, że uniwersalność składki zdrowotnej to jedno z najbardziej kontrowersyjnych zagadnień ze sfery finansowania opieki zdrowotnej.

Co więcej jednak, powyższa kwestia nabrała nowego znaczenia od dnia 1 stycznia 2022 r. O ile bowiem przed tą datą można było jeszcze tłumaczyć obejmowanie obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (składkowego) wszystkich – nielimitowanych kwotowo w skali roku – dochodów z każdego tytułu ze względu na *quasi*-podatkowy charakter składki zdrowotnej, o tyle, moim zdaniem, taki argument stracił rację bytu po zlikwidowaniu odliczania części składki zdrowotnej (7,75%) od podatku dochodowego od osób fizycznych. Trzeba bowiem zwrócić uwagę, że obecnie składka zdrowotna jest składką w ścisłym tego słowa znaczeniu, co wzmacnia ubezpieczeniowy charakter systemu opieki zdrowotnej. Przy czym za, skądinąd słusznym, usunięciem z prawa podatkowego regulacji umożliwiającej odliczanie składki zdrowotnej od podatku⁵² nie poszły inne zmiany w konstrukcji tej daniny publicznej. Niewątpliwie bowiem, w kontekście nowego ujęcia składki zdrowotnej, dalsze utrzymywanie dotychczasowych reguł oskładkowania, zbiegających się zarobkowych tytułów ubezpieczenia zdrowotnego, należy uznać za tym bardziej – w porównaniu z okresem sprzed 2022 r. – niewłaściwe z punktu widzenia reguł ubezpieczeniowych.

⁵¹ Zob. D.E. Lach, *Zasada...*, s. 299-300.

⁵² Z zastrzeżeniem zmian w tym zakresie, o których była mowa w przypisie nr 39.

Składkę zdrowotną cechuje odpłatność i celowość, co wiąże się z jej – nie pomijając oczywiście wymiaru wspólnotowego – zindywidualizowaniem w aspekcie konkretnego prawa do świadczenia opieki zdrowotnej w razie zajścia ryzyka socjalnego (niezdrowia). Dla nabycia tego prawa wystarczające jest wprowadzenie samo zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego osoby podlegającej mu obowiązkowo (art. 67 ust. 2 u.ś.o.z.), ale jednocześnie obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony nie tylko po dokonaniu tego zgłoszenia, lecz również po opłaceniu składki (art. 67 ust. 1 u.ś.o.z.). Stąd dla realizacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej wystarczające jest opłacenie składki z choćby tylko jednego tytułu ubezpieczeniowego, a nakładanie dodatkowych obowiązków w tym obszarze wymagałoby rzetelnego uzasadnienia. Z góry jednak trzeba stwierdzić, że w ubezpieczeniowym systemie opieki zdrowotnej nie wydaje się możliwe sformułowanie wiarygodnego wyjaśnienia, na podstawie którego dałoby się obronić pogląd o (innej niż fiskalnej) potrzebie oskładkowania wszystkich dochodów z każdego obowiązkowego tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Należy zatem skonkludować, że – oprócz naruszenia reguł solidarności – w ten sposób ukształtowana konstrukcja prawna zbiegów obowiązkowych tytułów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jawi się jako przejaw nadmiernej ingerencji państwa w prawa majątkowego obywateli oraz nosi znamiona przekroczenia konstytucyjnego zobowiązania do ponoszenia przez każdego ciężarów i świadczeń publicznych (art. 84 Konstytucji RP).

PODSUMOWANIE

W ramach podsumowania należy stwierdzić, że poczynione rozważania na temat równości i solidarności w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym mają charakter wybiórczy, skupiłem się bowiem w nich wyłącznie na przedstawieniu zagadnień, które albo, również za sprawą orzecznictwa TK, od dawna wywołują kontrowersje (sprawa ubezpieczenia zdrowotnego rolników), albo też związane są z najnowszymi zmianami w sferze finansowania opieki zdrowotnej (zróżnicowanie stopy procentowej składki zdrowotnej czy też sposób jej opłacania). Poza spektrum badawczym pozostało wiele innych kwestii z zakresu równego i niezależnego od sytuacji materialnej dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności dotyczących dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, analizy niezarobkowych tytułów tego ubezpieczenia pod kątem zgodności funkcjonujących w tej sferze reguł finansowania składki z zasadami solidarności i sprawiedliwości społecznej, czy też stosowania mechanizmów solidarnościowych w razie niełojalnego zachowania się ubezpieczonego wobec wspólnoty ryzyka.

Niezależnie od tego można skonstatować, że dla powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego charakterystyczne są liczne odstępstwa od równego traktowania podyktowane względami wyrównawczymi, tj. solidarnością w ponoszeniu kosztu tego ubezpieczenia (reguła od ubezpieczonych/regionów bogatszych – do ubezpieczonych/regionów bied-

niejszych), czy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej (reguła od lżej – do cięższej choroby). O ile jednak, oparta na kryterium stanu zdrowia, korekta w dostępie do świadczeń nie budzi zastrzeżeń, o tyle w zakresie finansowania opieki zdrowotnej nie wszystkie regulacje mieszczą się w pojęciu uzasadnionej dyferencjacji, tzn. wynikają z obiektywnych różnic między poszczególnymi ubezpieczonymi. Ta ostatnia uwaga odnosi się do rolników, których część posiada zdolności opłatowe generując dochód z rodzinnego gospodarstwa rolnego co najmniej na poziomie przeciętnego rocznego wynagrodzenia netto⁵³, co jest porównywalne ze zdolnościami opłatowymi mikroprzedsiębiorców, a zwłaszcza osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą. Za naruszenie mechanizmów solidarnościowych uznać należy także skumulowanie obciążeń składkowych na osobach czerpiących dochody z pracy najemnej lub pozarolniczej działalności, co podważa ubezpieczeniowy standard opieki zdrowotnej, zwłaszcza po wyodrębnieniu składki zdrowotnej jako daniny publicznej *sui generis*.

Bibliografia

- Antonów K., [w:] K.W. Baran (red.), *Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych*, Warszawa 2022.
- Antonów K., *Solidarność w prawie zabezpieczenia społecznego (ubezpieczeniach społecznych i zdrowotnym)*, [w:] A. Łabno (red.), *Państwo solidarne. W poszukiwaniu nowych form solidaryzmu społecznego*, t. III, Warszawa 2018.
- Antonów K., *Zasady równości i sprawiedliwości społecznej w prawie emerytalnym*, „Annales UMCS, Sectio G (Ius)” 2015, Vol. LXII, No 2.
- Borysiak W., Bosek L., [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP. Komentarz. Art. 1-86*, t. I, Warszawa 2016.
- Jędrasik-Jankowska I., *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, Warszawa 2018.
- Jończyk J., *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kraków 2006.
- Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011.
- Lenio P., *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Warszawa 2018.
- Malinowska-Misiąg E., Misiąg J., Misiąg W., Tomalak M., *Algorytmy podziału środków publicznych*, Rzeszów 2016.
- Perelman Ch., *O sprawiedliwości*, Warszawa 1959.
- Ślęzak K., [w:] A. Wypych-Żywicka (red.), *System prawa ubezpieczeń społecznych. Część ogólna*, t. I, Warszawa 2020.

⁵³ Biorąc pod uwagę klasy wielkości ekonomicznej gospodarstw rolnych w 2016 r., dochód w tej wysokości osiągało około 15% gospodarstw rolnych (zob. M. Zuba-Ciszewska, *Ekonomiczna charakterystyka rolnictwa w Polsce – wybrane aspekty*, [w:] P. Smoleń (red.), *Opodatkowanie rolnictwa w Polsce. Weryfikacja założeń. Perspektywa zmian*, Warszawa 2018, rozdział II, § 3, Legalis).

Uścińska G., *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Warszawa 2021.

Węgrzyn M., *Wpływ algorytmu podziału środków finansowych na możliwość realizacji zadań wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2015, nr 410.

Zuba-Ciszewska M., *Ekonomiczna charakterystyka rolnictwa w Polsce – wybrane aspekty*, [w:] P. Smoleń (red.), *Opodatkowanie rolnictwa w Polsce. Weryfikacja założeń. Perspektywa zmian*, Warszawa 2018, rozdział II, § 3, Legalis.