

CHRISTOPH SOWADA\*

---

## **Składka zdrowotna jako procent dochodu a solidaryzm: założenia i doświadczenia**

### **Wprowadzenie**

Wiele krajów Europy kontynentalnej (m.in. Francja, Holandia, Niemcy, Austria, ale również kraje Europy Środkowo-Wschodniej takie jak Polska, Słowacja, Czechy czy Słowenia) finansowanie opieki zdrowotnej opiera na fundamencie społecznego ubezpieczenia zdrowotnego, w literaturze nazywanego powszechnie modelem Bismarcka (np. Włodarczyk 1996; Sowada 2000; Vrangbak 2007). Najważniejsza i jednocześnie wyróżniająca cecha społecznych ubezpieczeń zdrowotnych odnosi się do sposobu kalkulacji składki ubezpieczeniowej. Miejsce zasady indywidualnej/kompensacyjnej ekwiwalentności składki i ryzyka, konstytuującej prywatne ubezpieczenie, w ubezpieczeniu społecznym przejmuje wielowymiarowy solidaryzm społeczny, obejmujący solidaryzm ryzyka, solidaryzm płci, solidaryzm międzypokoleniowy, solidaryzm z rodzinami z dziećmi oraz solidaryzm dochodowy (szczegółowo Sowada 2013; Włodarczyk 1996). Tzw. solidaryzm ryzyka wyraża się w zakazie uzależnienia indywidualnej składki od oczekiwanego indywidualnego ryzyka. W praktyce oznacza on, że osoby z wyższym ryzykiem zdrowotnym (w szczególności osoby starsze i bardziej schorowane) nie muszą z tego powodu płacić wyższych składek niż zdrowi członkowie wspólnoty ubezpieczeniowej. Tzw. solidaryzm płci prowadzi do redystrybucji dochodów między stanowiących przeciętnie niższe ryzyko zdrowotne mężczyzn i obciążone wyższym ryzykiem kobiety. Solidaryzm pokoleń nakazuje wspieranie osób starszych przez młodsze, a solidaryzm z rodzinami wspieranie rodzin z większą liczbą dzieci przez osoby żyjące samotnie i rodziny bezdzietne. Z kolei solidaryzm dochodowy wiąże indywidualny wkład jednostki w finansowanie ubezpieczenia z jej zdolnością finansową, w praktyce z reguły z wysokością określonych indywidualnych dochodów, podobnie jak w przypadku podatku dochodowego. Stąd częste pojawianie się w opisie społecznych ubezpieczeń zdrowotnych takich wyrażań jak: „oskładkowanie” (Sowada 2013), „składatek” (Szumlicz 2007) czy też angielski *payroll tax*.

---

\* Dr hab. Christoph Sowada – Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum; e-mail: sowadach@poczta.onet.pl

Bismarckowski model społecznego ubezpieczenia zdrowotnego, obchodzący w 2014 r. 130-lecie swojego istnienia<sup>1</sup>, niewątpliwie stanowi jeden z fundamentów tzw. europejskiego modelu społecznego (Golinowska, Hengstenberg, Żukowski 2009). Jego długa historia, podobnie jak powszechne uznanie dla roli, jaką solidaryzm społeczny odgrywał i odgrywa w stabilizacji stosunków społecznych, nie zwalnia jednak badaczy od obowiązku bezstronnego spojrzenia zarówno na sam fakt uznania solidaryzmu dochodowego za jedno z najważniejszych zadań ubezpieczeń zdrowotnych, jak i rozwiązania instytucjonalne praktykowane w różnych krajach, także w kontekście dynamicznie zmieniających się warunków ekonomicznych i społecznych, w których ubezpieczeniom przychodzi funkcjonować na początku XXI w. Uzasadniona merytorycznie analiza, nawet bardzo krytyczna, zawsze jest przydatna, nawet jeśli nie zawsze przekonuje (natychmiast) odpowiedzialnych za państwo polityków do podjęcia potrzebnych działań naprawczych.

Niniejszy artykuł koncentruje się na przedstawieniu i analizie krytycznych argumentów wobec narzucenia społecznym ubezpieczeniom zdrowotnym zadania solidaryzmu dochodowego. Pierwsza część artykułu jest poświęcona pytaniu o uzasadnienie obarczenia ubezpieczeń zdrowotnych realizacją wymagającego dokonania redystrybucji dochodów solidaryzmu dochodowego oraz instytucjonalnym warunkom, jakie musiałyby zostać spełnione, aby ubezpieczenie zdrowotne w ogóle to zadanie mogło wypełnić. Druga część artykułu zawiera analizę regulacji obowiązujących w dwóch opartych na modelu Bismarcka systemach ubezpieczeniowych: niemieckim ustawowym ubezpieczeniu chorobowym (*Gesetzliche Krankenversicherung GKV*) oraz polskim powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Regulacje te formalnie nakierowane są na osiągnięcie solidaryzmu dochodowego. Czy jednak w rzeczywistości osiągają swój cel? Trzecia część została poświęcona analizie wpływu wybranych mikro- i makroekonomicznych oraz makrospołecznych procesów na realizację solidaryzmu dochodowego przez społeczne ubezpieczenie zdrowotne, a także na jego finansową stabilność. Szczególna uwaga zostanie zwrócona na implikacje uzależnienia składki zdrowotnej od dochodów w kontekście funkcjonowania regularnych stosunków zatrudnienia, uzależnienie finansowe sektora ochrony zdrowia od bieżącej sytuacji gospodarczej kraju oraz zmian w strukturze wiekowej społeczeństwa. Artykuł kończy się sformułowaniem kilku wniosków, które niezależnie od tego, czy zostaną uwzględnione przy konstruowaniu kolejnych reform zdrowotnych, czy też nie, w każdym razie zmuszają do refleksji zarówno zwolenników, jak i przeciwników włączenia solidaryzmu dochodowego do zadań ubezpieczenia zdrowotnego.

## 1. Warunki realizacji solidaryzmu ryzyka przez ubezpieczenie zdrowotne

Składka naliczana jako procent dochodu podlegającego oskładkowaniu towarzyszy bismarckowskiemu modelowi społecznego ubezpieczenia zdrowotnego od samego początku jego istnienia, tj. od roku 1884. Jej implementacja nie oznaczała jednak, że kanclerz Niemiec Otto von Bismarck, przeprowadzając swoje reformy socjalne, *explicite* kierował się chęcią wprowadzenia do ubezpieczenia zdrowotnego solidaryzmu dochodowego. Owszem, Bismarck założył, że poziom płaconej indywidualnie składki (nie tylko na ubezpieczenie zdrowotne) będzie zależeć od wysokości uzyskiwanych dochodów z pracy<sup>2</sup>, regu-

<sup>1</sup> Pierwsza ustawa – *Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter* (ustawa dotycząca ubezpieczenia zdrowotnego robotników) – przyjęta została przez niemiecki Reichstag 15 czerwca 1883 r., weszła zaś w życie 1 grudnia 1884 r.

<sup>2</sup> Zgodnie z § 1 ustawy obowiązkowe ubezpieczenie początkowo obejmowało wyłącznie robotników i nielicznych pracowników umysłowych pracujących w kancelariach adwokackich, notarialnych, komorniczych, firmach ubezpieczeniowych i kasach chorych.

lacja taka kompatybilna była jednak wówczas z zasadą indywidualnej ekwiwalentności składki i ryzyka. Bo choć wśród świadczeń społecznego ubezpieczenia zdrowotnego już wtedy umieszczono bezpłatną dla ubezpieczonych opiekę lekarską, podstawowe leki oraz podstawowe środki medyczne, to jednak najważniejszą część świadczeń stanowiły ekwiwalentne do płaconej składki świadczenia pieniężne: zasiłki chorobowe (w wysokości połowy płacy stanowiącej podstawę naliczania składki, wypłacane od trzeciego dnia choroby) oraz zasiłki pośmiertne (w wysokości 20-krotności miesięcznej płacy) (Metz 2008; Chałupczak 2006; Herder-Dorneich 1994). Pierwsze bismarckowskie ubezpieczenie nie przewidywało również bezskładkowego współubezpieczenia niepracujących członków rodziny, którzy często mogli uzyskać ubezpieczenie (*Familienhilfe*), ale po zapłaceniu dodatkowej składki. Trudno zatem doszukiwać się w regulacjach Bismarcka intencji uruchomienia solidaryzmu dochodowego. Ten pojawił się dopiero z czasem, wraz z rozszerzeniem katalogu należnych w ramach ubezpieczenia świadczeń rzeczowych, ograniczeniem ekwiwalentnych do płaconej składki świadczeń pieniężnych, a także rozszerzeniem prawa do bezskładkowego współubezpieczenia członków rodziny.

Brak wyraźnego zamiaru uruchomienia solidaryzmu dochodowego ze strony Bismarcka nie wystarczy oczywiście, aby *a priori* zanegować takowy jako jeden z głównych celów/zadań społecznego ubezpieczenia zdrowotnego. Oparty na przymusowej redystrybucji dochodów solidaryzm dochodowy można przecież uznać za odpowiedź instytucji społecznych na potrzebę ukonstytuowania sprawiedliwych reguł, tj. reguł umożliwiających realizację podstawowych pozytywnych praw przysługujących każdemu człowiekowi, w tym prawa do zdrowia albo prawa do opieki zdrowotnej (Bohrmann 2003; Kelly 1998). Czy jednak jest to odpowiedź właściwa i adekwatna w XXI w.? Pomijając fundamentalny, a być może nawet fundamentalistyczny, opór części propagatorów maksymalizacji wolności człowieka wobec każdego rodzaju przymusowej redystrybucji, która nie pyta, dlaczego jednostka wymaga pomocy społeczeństwa (np. Epstein 1982; Wojciechowski 2008), przeciwko uznaniu solidaryzmu dochodowego za zadanie ubezpieczeń zdrowotnych przemawiają przede wszystkim względy praktyczne.

Ubezpieczenie zdrowotne, jak każde inne, w pierwszej linii jest narzędziem redukcji niepewności związanej z możliwością wystąpienia określonych negatywnych zjawisk losowych nazywanych ryzykiem. Ponieważ większość ludzi niechętnie jest nastawiona do ryzyka, gotowi są oni również bez stosowania przymusu zapłacić instytucji ubezpieczającej określoną kwotę pieniędzy w zamian za przejęcie części lub całości finansowych skutków zrealizowania się ryzyka. Ubezpieczenie stanowi zatem sposób na radzenie sobie z ryzykiem. I jest to sposób bardzo efektywny. Dokonując wyrównania ryzyka wewnątrz wspólnot ryzyka, ubezpieczenie buduje poczucie bezpieczeństwa, i to przy relatywnie niewielkich nakładach (Zweifel, Eisen 2003; Sowada 2013). Budując poczucie bezpieczeństwa, ubezpieczenie zdrowotne realizuje zadanie alokacyjne, nawet jeśli *ex post* dochodzi do czegoś, co przypomina redystrybucję dochodów, kiedy ze składek zapłaconych przez osoby nie dotknięte chorobami sfinansowane zostają świadczenia dla osób, których leczenie kosztowało więcej, niż wnieśli oni poprzez swoje składki. Taka „redystrybucja”, jeśli w ogóle możemy użyć tu tego wyrażenia, nie ma jednak nic wspólnego z solidaryzmem. Jej jedyną determinantą jest bowiem los/przypadek, który sprawił, że ktoś zachorował, a ktoś nie.

W przeciwieństwie do wyrównania ryzyka realizujący się w redystrybucji dochodów solidaryzm dochodowy (i solidaryzm ryzyka) stanowi *explicite* i *ex ante* cel i skutek określonych regulacji. Solidaryzm dochodowy nakazuje, aby osoby, którym powodzi się gorzej, uzyskały pomoc od tych, którym powodzi się lepiej. Wymaga, aby osoby reprezentujące tzw. niskie ryzyko zdrowotne płaciły składkę przekraczającą wartość aktuarialną (podwyż-

szoną o narzuty na pokrycie kosztów administracyjnych oraz zgromadzenie potrzebnych rezerw), a osoby stanowiące wysokie ryzyko płaciły składkę niższą od ekwiwalentnej do ich ryzyka.

Właśnie w tym miejscu pojawia się pierwsza poważna wątpliwość co do zasadności obarczenia ubezpieczenia zdrowotnego realizacją zasady solidaryzmu dochodowego. Nie można nie zadać bowiem pytania, na ile instytucje ubezpieczeń zdrowotnych są w stanie zidentyfikować i zmierzyć indywidualną zdolność płatniczą każdego ubezpieczonego i na jej podstawie tak skalkulować składkę zdrowotną, aby rzeczywiście była ona kompatybilna z celem solidaryzmu. Jak już powiedziano, solidaryzm dochodowy wymaga, aby osoby, którym powodzi się materialnie lepiej, wsparły tych, którym powodzi się gorzej. Na materialną sytuację jednostki rzutują oczywiście uzyskiwane dochody bieżące, ale nie tylko one. Także posiadany majątek oraz konieczność poniesienia określonych wydatków niezbędnych, tj. niemożliwych do uniknięcia, gdyż zabezpieczających minimum egzystencji, odgrywa kluczową rolę. Chcąc zatem osiągnąć cel solidaryzmu dochodowego, instytucje ubezpieczenia zdrowotnego powinny doprowadzić do redystrybucji dochodów uwzględniającej indywidualne wydatki na zakup żywności, mieszkanie, utrzymanie i rehabilitację niepełnosprawnych członków rodziny, edukację dzieci itp.

Nawet gdybyśmy założyli, że możliwe jest dostarczenie ubezpieczycielom wszystkich potrzebnych ku temu informacji, nie unikniemy pytania, czy jest to działanie konieczne, a zatem również uzasadnione, skoro w szeroko rozumianym systemie zabezpieczenia społecznego działają także inne instytucje, których podstawowym, a czasami jedynym zadaniem, jest przeprowadzenie interpersonalnej redystrybucji dochodów: system podatków dochodowych i majątkowych z jednej strony oraz pomoc społeczna z drugiej. W takiej sytuacji obarczenie ubezpieczenia zdrowotnego zadaniem redystrybucji dochodów nie wydaje się potrzebne, a jego implementacja prowadzi do dublowania realizacji identycznych zadań przez różne instytucje, co w praktyce prawie zawsze oznacza rozmycie odpowiedzialności. Dodatkowo pojawia się problem ze spójnością regulacji w różnych częściach systemu, na co od lat wskazują zwolennicy integracji podatku dochodowego i pomocy społecznej w mechanizmie tzw. negatywnego podatku dochodowego (np. Friedman 1962; Friedman 2006) czy też koncepcji jednolitego porządku podatkowego i transferów socjalnych (np. Mitschke 1985; Petersen 1995). Nawet gdyby niespójności te uznać za mało znaczące w porównaniu z rangą celu, jaki chcemy osiągnąć, pozostaje pytanie, czy utrzymywanie wielu publicznych instytucji realizujących to samo zadanie nie oznacza przypadkiem marnotrawienia publicznych pieniędzy.

Sytuacja komplikuje się jeszcze bardziej, kiedy społeczne ubezpieczenie zdrowotne zostaje umieszczone w środowisku konkurencyjnym, tzn. gdy ubezpieczyciele (kasy chorych albo instytucje prywatne) muszą konkurować ze sobą o ubezpieczonych, jak np. w Niemczech, Austrii czy Holandii. Od funkcjonowania konkurencji lub też jej ograniczenia, albo wręcz braku, w dużej mierze zależy efektywność alokacji ograniczonych zasobów. Dlatego tak ważne jest jej wykorzystanie także w obszarze społecznego ubezpieczenia zdrowotnego (Sowada 2013). Ale w kontekście realizacji solidaryzmu dochodowego odejście od modelu jednego (monopolistycznego) płatnika (realizowanego m.in. w Polsce i Słowenii) oznacza potrzebę uruchomienia dodatkowych narzędzi umożliwiających przełożenie ogólnospołecznego celu na poszczególne wspólnoty ubezpieczonych. Jeśli redystrybucję dochodów, nawet uwzględniającą rzeczywiste indywidualne zdolności płatnicze, a nie tylko dochody bieżące, ograniczymy do poszczególnych wspólnot, np. klientów konkretnych kas chorych, może się okazać, że jej poziom będzie zróżnicowany w poszczególnych instytucjach. W konsekwencji dojdzie do zróżnicowania stóp składki (jak w Niemczech do 2009 r.) albo dostępności i/lub jakości świadczeń finansowanych przez poszczególne kasy chorych. Takie

zróżnicowanie budzi oczywiste wątpliwości natury etycznej, jeśli jednocześnie dochodzi do ograniczeń w swobodnym wyborze ubezpieczyciela i/lub jego zmiany. Jeśli z kolei przyznamy ubezpieczonemu pełne prawo do swobodnego wyboru ubezpieczyciela i jego zmiany, a bez niego konkurencja ubezpieczycieli nie ma sensu, to zróżnicowanie składki i/lub rzeczywistej dostępności świadczeń najprawdopodobniej uruchomi procesy selekcyjne, bądź to ze strony samych ubezpieczonych (*adverse selection*) albo też ze strony ubezpieczycieli (*cream skimming*) (np. Sowada 2013; Freytag 2005). Oba te zjawiska, czasami błędnie utożsamiane z zawodnością mechanizmu rynkowego (np. Aldridge 2006)<sup>3</sup>, negatywnie wpływają na efektywność alokacji. Ostatecznie oznaczają one, że ograniczone zasoby nie są wykorzystywane do poprawy zaopatrzenia społeczeństwa w dobra i usługi, nie zwiększają zatem dobrobytu społecznego, lecz są marnotrawione na rozbudowę strategii selekcji ryzyka. Państwo może wprowadzić przeciwdziałać takim procesom, tworząc odpowiednie mechanizmy wyrównania ryzyka i wyrównania finansowego między ubezpieczycielami, ale uruchomienie takich mechanizmów samo w sobie też wymaga poniesienia realnych nakładów – tym większych, im więcej dodatkowych czynników uwzględni się w algorytmie wyrównania finansowego (szczegółowo van de Ven 2011, 2005; Holly 2011; Sowada 2013).

## **2. Solidaryzm dochodowy w niemieckim i polskim ubezpieczeniu zdrowotnym**

Z pewnością na korzyść włączenia solidaryzmu dochodowego do zadań społeczne- go ubezpieczenia zdrowotnego nie przemawiają doświadczenia, jakie w tej kwestii ze- brały Polska i Niemcy. Oba kraje uznać można za przykład, używając języka noblistów F.A. von Hayeka (v. Hayek 1973) oraz V.L. Smitha (Smith 2008/2013), „konstruktywistycznej nieracjonalności” w tworzeniu regulacji mającej formalnie wspomagać budowa- nie systemu solidarnego. Konstruktywistyczną racjonalność V. Smith wiąże z „celowym projektowaniem systemów reguł nastawionych na osiągnięcie pożądanych wyników” (Smith 2008/2013, s. XXXIV). Regulacji obowiązujących w polskim powszechnym ubez- pieczeniu zdrowotnym oraz niemieckim ustawowym ubezpieczeniu chorobowym nie spo- sób uznać za zgodne z celem solidaryzmu dochodowego. Najwięcej wątpliwości budzą przy tym regulacje dyskryminujące mieszkańców względem obowiązku ubezpieczenia i dyskryminujące źródła pochodzenia dochodów względem obowiązku ich oskładkowania.

Niemieckie regulacje przewidują np. całkowite zwolnienie dość sporej części mieszkań- ców (około 20% całej populacji) z obowiązku ubezpieczenia społecznego w systemie GKV. Zwolnienie dotyczy m.in. osób, których dochody podlegające naliczaniu składki przez co najmniej rok przekroczyły ustaloną przez ustawodawcę granicę obowiązku ubezpieczenia (*Versicherungspflichtgrenze*), a zatem tych, którzy osiągając najwyższe dochody najczęściej mogliby wnieść do solidarnego wsparcia biedniejszej części społeczeństwa. W 2016 r. gra- nica obowiązku ubezpieczenia leży przy miesięcznym dochodzie brutto 4687,5 euro (56 250 euro rocznie). Z ubezpieczenia w GKV wykluczeni są wszyscy urzędnicy państwowi, wobec których obowiązki alimentacyjne przejmują federalne lub regionalne organa administrac- ji publicznej. Wraz z zawodowymi żołnierzami aktywni urzędnicy stanowią grupę liczącą prawie 1,9 mln osób. Także ponad 700 tys. urzędników w stanie spoczynku nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia w GKV, podobnie jak ich niepracujący małżonkowie. Z drugiej

<sup>3</sup> Błąd polega na tym, że w przypadku społecznych ubezpieczeń to nie mechanizm rynkowy, lecz pań- stwowe regulacje narzucające obowiązek realizacji zadań redystrybucyjnych skłaniają ubezpieczonych i ubezpieczycieli do rozwoju strategii selekcyjnych.

strony ustawodawca zamknął dostęp do społecznego ubezpieczenia sporej części pracujących na własny rachunek, w tym osobom nieuzyskującym jakichś nadzwyczajnie wysokich dochodów, np. drobnym rzemieślnikom i kupcom. Wprawdzie od wprowadzenia w 2009 r. powszechnego obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego także i oni są ubezpieczeni<sup>4</sup>, częściej jednak w ubezpieczeniu prywatnym, które nie kieruje się zasadą solidaryzmu. W niemieckiej rzeczywistości solidaryzm dochodowy został zatem zawężony do części społeczeństwa. Polska lista osób zwolnionych z obowiązku ubezpieczenia w ubezpieczeniu społecznym (NFZ, a wcześniej w kasach chorych) jest wprawdzie znacznie krótsza od niemieckiej, ale i tu niektórzy mogą uniknąć swojego wkładu w solidarną redystrybucję dochodów. Dotyczy to m.in. rentierów, ale także innych osób, które uzyskują dochody ze źródeł niewskazanych w ustawie jako podlegające naliczeniu składki zdrowotnej.<sup>5</sup>

Choć wyłączenie części mieszkańców ze społecznego ubezpieczenia zdrowotnego stoi w sprzeczności z ideą solidaryzmu dochodowego, znacznie poważniejsze konsekwencje pociąga za sobą obecne w obu krajach ograniczenie dochodów podlegających naliczaniu składek. W Niemczech składka osób pracujących najemnie jest naliczana jako procent indywidualnej płacy brutto. Podstawę naliczania składki dla emerytów/rencistów stanowią emerytura/renta oraz inne spełniające te same funkcje świadczenia pieniężne, takie jak renty zakładowe, renty rolnicze, dodatkowe renty branżowe czy świadczenia zaopatrzenia społecznego dla parlamentarzystów, ministrów i urzędników państwowych. Jeśli emeryt/rencista nadal pracuje, składka zdrowotna jest naliczana również od dochodów z pracy. Dochody z kapitału i innych tytułów majątkowych podlegają oskładkowaniu jedynie w przypadku osób dobrowolnie ubezpieczonych w GKV oraz wcześniej nieubezpieczonych osób, które na mocy reformy z 2007 r. zostały zmuszone do powrotu do systemu społecznego, gdyż w nim posiadały swoje ostatnie ubezpieczenie. W pozostałych przypadkach dochody z kapitału i majątku zwolnione są ze składki zdrowotnej, co oznacza dyskryminację mieszkańców nie tylko względem źródeł pozyskiwanych dochodów, ale również względem statusu ubezpieczenia (dobrowolne lub obowiązkowe). Także fakt, że część osób ubezpieczonych w GKV płaci składki niezależne od dochodu (studenci uiszczają składki ryczałtowe w wysokości jednej trzydziestej podstawy obliczenia miesięcznego minimum na potrzeby kalkulacji stypendiów socjalnych, składka rolników i przedsiębiorców leśnych zależy zaś od wartości i wielkości gospodarstwa), musi zostać uznany za poważne naruszenie zasady solidaryzmu dochodowego.

Takowe zjawiska dostrzegamy również w Polsce. Składka zdrowotna nie obciąża dochodów z kapitału. Nie obciąża też części dochodów z pracy na własny rachunek, a nawet części dochodów z pracy najemnej realizowanej na podstawie umów o dzieło lub umów zlecenia. Taka dyskryminacja względem źródeł pozyskiwania dochodów nie tylko prowadzi do niekorzystnych procesów wypierania regularnych stosunków pracy przez tzw. „umowy śmieciowe”, do których powrócę w trzeciej części artykułu, ale również do tego, że osoby uzyskujące identyczne dochody całkowite, ale pochodzące z różnych źródeł, ostatecznie płacą różną co do wysokości składkę. A to stoi w zasadniczej sprzeczności zarówno z zasadą sprawiedliwości poziomej, jak i z samą ideą solidaryzmu dochodowego, podobnie zresztą jak zwolnienie rolników z płacenia składek od dochodu w zamian za niską składkę ryczałtową, zależną od wielkości gospodarstwa.

<sup>4</sup> Po wprowadzeniu powszechnego obowiązku ubezpieczenia liczba osób nieubezpieczonych zmalała z niecałych 200 tys. w 2007 r. do 80 tys. w 2014 r.

<sup>5</sup> O jak liczną grupę może chodzić sugeruje porównanie różnych statystyk. O ile na koniec 2014 r. w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych zarejestrowanych było 33,67 mln osób (NFZ 2015), to wg Głównego Urzędu Statystycznego liczba ludności w Polsce na dzień 31.12.2014 r. wynosiła niecałe 38,5 mln (GUS 2015). Duża liczba Polaków nie ujętych w CWU, a uwzględnionych przez GUS mieszka jednak za granicą i tam pozyskała zabezpieczenie na wypadek choroby.

Kolejną przeszkodę na drodze realizacji solidaryzmu dochodowego w społecznym ubezpieczeniu zdrowotnym stanowi praktykowane w niemieckiej GKV (nieobecne natomiast w Polsce) kwotowe ograniczenie podstawy naliczenia składki (tzw. *Beitragsbemessungsgrenze*). Jego ustanowienie oznacza, że nie wszystkie dochody, które z racji źródła swojego pochodzenia powinny zostać oskładkowane, w rzeczywistości podlegają oskładkowaniu. W 2016 r. składka zdrowotna jest naliczana tylko od pierwszych 4237,5 euro miesięcznie (50 850 euro rocznie) dochodu brutto podlegającego oskładkowaniu. Ograniczenie z góry podstawy naliczania składki powoduje, że po przekroczeniu tej granicy składka zdrowotna zaczyna działać regresywnie (przeciętne obciążenie dochodu składką zaczyna maleć), co raczej nie jest zgodne z wyobrażeniami większości ludzi o sprawiedliwej konstrukcji danin publicznych. Oczywiście wprowadzenie granicy składkowej może też mieć pozytywne skutki; np. może zbudować przestrzeń dla rozwoju dodatkowych form prywatnego zabezpieczenia. Te jednak również budzą wątpliwości z punktu widzenia realizacji zasad równości i sprawiedliwości społecznej. Zwalniając najwyższe dochody ze składki, tworzymy przestrzeń dla prywatnego zabezpieczenia jedynie dla osób uzyskujących ponadprzeciętnie wysokie dochody, nie ograniczając im jednocześnie dostępu do świadczeń finansowanych przez ubezpieczenie społeczne.

Wątpliwości w kontekście realizacji solidaryzmu dochodowego w społecznym ubezpieczeniu zdrowotnym budzą ponadto obecne w obu systemach regulacje dotyczące bezskładkowego współubezpieczenia (niektórych) niepracujących członków rodziny, w szczególności dzieci, małżonków, a w Niemczech także zarejestrowanych partnerów. Jak już wspomniano, pierwotnie niemieckie ubezpieczenie ustawowe nie przewidywało bezskładkowego współubezpieczenia. Z biegiem lat coraz szerszy krąg ludzi został nim jednak objęty. O ile bezskładkowe współubezpieczenie dzieci nie budzi wśród ekspertów jakiegoś znaczącego sprzeciwu, choć nie można nie zauważyć, że w pewnym sensie dyskryminuje ono pary, które z różnych przyczyn nie doczekały się upragnionego potomstwa, to w przypadku współubezpieczonych dorosłych sytuacja się komplikuje. Czy rzeczywiście bezskładkowe współubezpieczenie dorosłych członków rodziny, niezależnie od przyczyn, dla których ktoś nie podejmuje się żadnych zajęć generujących dochody podlegające oskładkowaniu, zgodne jest zawsze z ideą solidaryzmu? Przynajmniej część ekspertów artykułuje sprzeciw i proponuje organicznie bezskładkowego współubezpieczenia małżonków/partnerów do sytuacji, w których niepracujący/ca zawodowo małżonek/ka zajmuje się wychowywaniem dzieci lub pielęgnacją niesamodzielnych członków rodziny (np. Wille 2002; Sowada 2013).

Zalecenia odnośnie do ograniczenia bezskładkowego współubezpieczenia nabierają szczególnego znaczenia, gdy zwrócimy uwagę na jeszcze jedno niekorzystne dla solidaryzmu dochodowego zjawisko, do którego dochodzi w Niemczech (ale również na mniejszą skalę w Polsce), a mianowicie na tzw. odwrotną redystrybucję dochodów (*perverse Umverteilung*) (np. Sowada 2013; Vaubel 1990). W Niemczech odwrotna redystrybucja jest wynikiem niespójnych względem realizacji celu solidaryzmu regulacji: powiązania składki zdrowotnej z indywidualnymi dochodami, ograniczenia podstawy naliczania składki oraz bezskładkowego współubezpieczenia. Jej istotę ilustruje prosty przykład liczbowy, w którym porównano sytuację dwóch trzyosobowych rodzin.

Rodzina A			Rodzina B		
	Płaca brutto	Składka		Płaca brutto	Składka
Ojciec	3 000	438	Ojciec	8 000	618,68
Matka	2 000	292	Matka	–	–
Syn	1 000	146	Syn	–	–
Razem	6 000	876	Razem	8 000	618,68

Wszyscy członkowie rodziny A uzyskują dochody podlegające oskładkowaniu odpowiednio w wysokości 3000 (ojciec), 2000 (matka) i 1000 (syn) euro brutto miesięcznie. Składka należna od takich dochodów (przy obowiązującej obecnie podstawowej stopie 14,6%<sup>6</sup>) wynosi odpowiednio 438, 292 i 146 euro. Łączny dochód brutto rodziny A wynosi 6000 euro, a łączna składka na GKV to 876 euro<sup>7</sup>. Także rodzina B składa się z trzech osób, jednak dochody ze źródła podlegającego oskładkowaniu w wysokości 8000 euro uzyskuje tylko ojciec. Matka i syn ubezpieczeni są bezskładkowo. Chociaż dochód rodziny B wynosi 8000 euro, składka za jaką otrzyma ona porównywalne do rodziny A zabezpieczenie równa jest 618,68 euro, gdyż naliczana jest jedynie od dochodu nieprzekraczającego górnej granicy 4237,5 euro. Jedyna różnica w zakresie zabezpieczenia sprowadza się do braku prawa do zasiłku chorobowego dla współubezpieczonych bezskładkowo członków rodziny B<sup>8</sup>.

Przedstawiony przykład dowodzi, jak głęboko niekompatybilne są rozwiązania stosowane w Niemczech względem realizacji celu solidaryzmu dochodowego w ubezpieczeniu zdrowotnym, choć ten zapisany jest *explicite* jako jedna z najważniejszych zasad konstytuujących to ubezpieczenie. Obowiązujące w Polsce regulacje nie dopuszczają wprawdzie odwrotnej redystrybucji w zakresie dochodów, które z mocy prawa podlegają obciążeniu składką zdrowotną. Warunkiem koniecznym do uruchomienia takiej redystrybucji jest bowiem wyznaczenie górnej granicy naliczania składki zdrowotnej. Ale nie oznacza to, że zjawisko odwrotnej redystrybucji obce jest polskiemu systemowi. Emeryt uzyskujący w Polsce świadczenie emerytalne w wysokości 2000 zł zapłaci 180 zł składki zdrowotnej. Inny otrzymujący emeryturę w wysokości 1500 zł oraz odsetki z lokat kapitałowych w wysokości 1000 zł, zapłaci w tylko 135 zł. składki zdrowotnej, choć jego dochód brutto jest większy. Z pewnością trudno taką sytuację uznać za zgodną z ideą solidaryzmu dochodowego. Oceny tej nie zmienia też fakt, że nieoskładkowane dochody podlegają z reguły opodatkowaniu, przez co osoby je uzyskujące w większym stopniu partycypują w finansowaniu różnych zadań publicznych, w tym zadań z zakresu redystrybucji dochodów. Wręcz przeciwnie, fakt ten przemawia raczej na niekorzyść implementacji solidaryzmu dochodowego jako zadania społecznego ubezpieczenia zdrowotnego. Po co bowiem obciążać ubezpieczenie zdrowotne przeprowadzaniem redystrybucji dochodów, jeśli trzeba ją później poprawiać w systemie podatkowym?

### **3. Składka od dochodu a podaż pracy, cykl koniunkturalny i transformacja demograficzna**

Przedstawione regulacje, określające podmiotowy zakres obowiązku ubezpieczenia w ubezpieczeniu społecznym i zakres dochodów podlegających naliczaniu składek w polskim i niemieckim społecznym ubezpieczeniu zdrowotnym, bez wątpienia nie sprzyjają

<sup>6</sup> Oprócz stopy 14,6% większość kas chorych pobiera składkę dodatkową nawet w wysokości 1,7% (VIAC-TIV). Tylko w czterech kasach (na około 100) całkowita stopa składki nie przekracza poziomu 15%.

<sup>7</sup> Wprawdzie połowę składki 14,6% stanowi udział pracodawcy, jego uwzględnienie nie ma jednak znaczenia dla zobrazowania istoty odwrotnej redystrybucji dochodów. Pracodawca pokrywa bowiem taką samą część składki rodziny B.

<sup>8</sup> Ponieważ bezskładkowe ubezpieczenie jest szczególnie korzystne dla rodzin, w których jedna osoba zarabia dużo, reszta zaś nie ma dochodów podlegających oskładkowaniu, odsetek bezskładkowo ubezpieczonych wśród ubezpieczonych dobrowolnie dwukrotnie przewyższa odpowiadający mu odsetek wśród ubezpieczonych obowiązkowo. Młodszy ubezpieczeni uzyskujący wysokie dochody, które podlegają oskładkowaniu w GKV i uprawniają do przejścia do systemu PKV, czynią to, jeśli nie mają na utrzymaniu rodziny. Natomiast ubezpieczeni posiadający rodziny na utrzymaniu pozostają w GKV.



realizacji solidaryzmu dochodowego. Nawet jeśli regulacje te uznamy za pewne zaszczości historyczne, które można zlikwidować w toku kolejnych reform (pomijając niewątpliwy opór tych części społeczeństwa, które czerpią z nich jawne korzyści), to kolejne problemy związane z implementacją składek od dochodu nie są tak łatwe do rozwiązania. Wśród nich na szczególną uwagę zasługują skutki wprowadzenia *payroll tax* dla rynku pracy.

Jeśli tylko część dochodów gospodarstw domowych podlega oskładkowaniu, należy się spodziewać intensyfikacji zachowań nakierowanych na unikanie płacenia składki, w szczególności zmian form zatrudnienia z wyraźną szkodą dla legalnych i regularnych stosunków pracy, a na korzyść pracy na czarno i/lub „umów śmieciowych”. Za pomocą prostego modelu mikroekonomicznego można pokazać, że przy danych preferencjach jednostki względem konsumpcji dóbr i usług (dochodu) oraz czasu wolnego *payroll tax* prowadzi do redukcji oferowanej na rynku ilości pracy. Jednocześnie sprawia on, że jednostka zgodnie z utylitarystyczną teorią nie osiąga poziomu dobrobytu, jaki osiągnęłaby, gdyby wszystkie jej dochody zostały oskładkowane, lub gdyby miejsce składki od dochodu zajęła składka ryczałtowa (Sowada 2013). Wprawdzie składka zdrowotna sama w sobie być może nie zmienia istotnie podaży pracy, musimy jednak pamiętać, że stanowi ona część większych podatkowych i składkowych obciążeń dochodów z pracy, a zatem zwiększa krańcową stopę obciążeń (krańcową stopę podatkową), której wysokość decyduje ostatecznie o podaży pracy na oficjalnych rynkach. Im wyższa jest krańcowa stopa obciążeń daninami publicznymi, tym silniejszych reakcji płatników w kierunku unikania danin należy się spodziewać (Owsiak 2005; Petersen 1988).

Zasadność tej tezy potwierdza obserwowany zarówno w Niemczech, jak i w Polsce w ostatnich latach znaczny wzrost liczby umów cywilnoprawnych, które tylko pozornie sugerują nagły rozwój prywatnej inicjatywy gospodarczej. W Polsce mówi się w tym kontekście o tzw. umowach śmieciowych, w Niemczech o tzw. *Scheinselbstständigkeit*, tj. „usamodzielnieniu na niby” albo „pozornej samodzielności”. Wprawdzie w obu krajach za rozwojem tego zjawiska w pierwszej linii stoi niedostateczna elastyczność tradycyjnych umów o pracę, ważną rolę odgrywają jednak również obciążenia daninami publicznymi, szczególnie w Polsce, gdzie podpisując niektóre rodzaje umów o dzieło czy umów zlecenia, można całkowicie uniknąć płacenia składek na ubezpieczenia społeczne, w tym zdrowotne.

O ile nieopłacenie składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe skutkuje w przyszłości brakiem prawa do świadczeń (przy założeniu, że nie zmienią się przepisy), a przez to przynajmniej w przyszłości powinno odciążyć finanse ZUS (choć zaostrza jego bieżące problemy finansowe), to w przypadku ubezpieczenia zdrowotnego takie odciążenie nie następuje ani teraz, ani nie nastąpi w przyszłości. Dostęp ubezpieczonych do świadczeń medycznych nie zależy bowiem od wysokości płaconych składek. Jeśli osoba podpisująca umowę śmieciową jednocześnie zachowa chociażby szczątkową umowę o pracę u innego pracodawcy, pozostaje ubezpieczona w NFZ i może w pełni korzystać z prawa do świadczeń. Może też korzystać z tego prawa jako osoba współubezpieczona bezskładkowo. Proste rozwiązanie w postaci administracyjnego zakazu zawierania takich umów niekoniecznie się sprawdzi. W krótkim okresie być może poprawiłaby się sytuacja finansowa systemu opieki zdrowotnej. Jednak administracyjne ograniczenie liczby „umów śmieciowych” nie rozwiązuje zasadniczego problemu niedostatecznej elastyczności stosunków pracy opartych na regularnych umowach o pracę.

W Niemczech także można uniknąć partycypacji w realizacji solidaryzmu dochodowego poprzez „usamodzielnienie się na niby”, aczkolwiek zjawisko to występuje na mniejszą skalę, chociażby ze względu na obciążenie wszystkich dochodów z pracy składką zdrowotną. Wprawdzie osoby pracujące na własny rachunek mogą przejść, po spełnieniu kilku warun-

ków, z ubezpieczenia społecznego do prywatnego, nie muszą tego jednak czynić. Perspektywa dożywotniego zakazu powrotu do GKV,<sup>9</sup> a przez to utraty chociażby prawa do bezskładkowego ubezpieczenia w przyszłości członków swojej rodziny, skłania wielu do pozostania w ubezpieczeniu społecznym i płacenia dalej składki od dochodu. Jeśli natomiast ktoś zdecydował się na rezygnację z ubezpieczenia społecznego, maleją również wydatki tego ubezpieczenia na świadczenia zdrowotne. Chociaż spadek wydatków jest tu z reguły mniejszy niż spadek przychodów składkowych, na przejście do systemu prywatnego decydują się bowiem głównie osoby o niższym ryzyku zdrowotnym, to jednak *per saldo* obciążenia niemieckich kas chorych w związku z unikaniem płacenia składki zdrowotnej są niższe niż w Polsce.

Każdy system zdrowotny oparty na *payroll tax* jest uzależniony od rozwoju bieżącej sytuacji ekonomicznej kraju. Kryzysom gospodarczym towarzyszy bowiem z reguły, choć z pewnym przesunięciem w czasie, ograniczenie tempa wzrostu lub nawet spadek podstawy naliczania składki zdrowotnej, a przez to również ograniczenie dopływu środków do sektora zdrowotnego. W okresie rozkwitu gospodarczego sytuacja się odwraca. Niestabilność przychodów składkowych zależnych od cyklicznego rozwoju gospodarki pokazują dane statystyczne. Pokazują one, że np. recesji gospodarczej w Niemczech w latach 2003–2005 towarzyszył realny spadek przychodów składkowych GKV w latach 2003–2006. Kolejny kryzys gospodarczy z lat 2009 doprowadził do spadku realnych przychodów GKV w 2010 r. W Polsce zahamowanie wzrostu gospodarczego w 2001 r. przełożyło się na spadek przychodów składkowych kas chorych rok później. Boom gospodarczy w latach 2004–2007 zapewnił natomiast niebywały wzrost przychodów do 2008 r. Ale już osłabienie gospodarcze w 2009 r. spowodowało, że realnie przychody składkowe NFZ w 2010 r. zmalały. Podobnie było w 2012 r.<sup>10</sup>

Ponieważ wydatki na świadczenia są ściśle limitowane przez przychody składkowe, fluktuacja tych ostatnich prowadzi do niestabilności tych pierwszych. Tymczasem potrzeby zdrowotne nie maleją, gdy gospodarka pogrąża się w kryzysie, ani też nie rosną specjalnie, gdy dochodzi do boomu gospodarczego. Uzależnienie przychodów składkowych od sytuacji ekonomicznej mogłoby być mniejsze, gdyby ustawodawcy zadbali o utworzenie w okresie dobrej koniunktury gospodarczej rezerw na okres kryzysu. Jednak ani w Polsce, ani w Niemczech takich rezerw się nie tworzy. Ustawodawca niemiecki dopuszcza *explicit* jedynie zachowanie tzw. rezerwy płynności w maksymalnej wysokości miesięcznych uśrednionych wpływów składkowych. To nie wystarczy, by zneutralizować skutki kryzysów gospodarczych dla finansów GKV. Ale nie wystarczy także do rozwiązania innego, wręcz paradoksalnego problemu finansowego, polegającego na gromadzeniu się zbyt wielkich nadwyżek finansowych. Wysokie tempo wzrostu gospodarczego w latach 2010 i 2011 przełożyło się np. na duży – jak się okazało za duży – wzrost przychodów ze składki zdrowotnej w latach 2011–2013. Na koniec 2012 r. system GKV odnotował nadwyżkę finansową na poziomie 28 mld euro, a na koniec 2013 r. nadwyżka wynosiła 27,6 mld euro. Tymczasem maksymalne dopuszczalne przez prawo rezerwy mogły wynieść jedynie 18–19 mld euro. Kasy chorych zostały zobowiązane do szybkiego wydania nadwyżek, np. poprzez wypłacenie ubezpieczonym premii finansowych (*de facto* zwracając im część wpłaconych składek) albo zwiększenie wydatków na świadczenia. I musiały to zrobić, chociaż zarzą-

<sup>9</sup> Osoby, które zrezygnowały z ubezpieczenia ustawowego na rzecz prywatnego, po kolejnym zastrzeżeniu warunków mogą powrócić do GKV jedynie wówczas, gdy bezpośrednio przed rezygnacją z GKV były w nim ubezpieczone przez co najmniej 12 miesięcy bez przerwy albo w ciągu pięciu ostatnich lat przed przejściem do PKV przez co najmniej 24 miesiące.

<sup>10</sup> Dane statystyczne o przychodach składkowych GKV podaje Bundesministerium für Gesundheit (2015 i lata wcześniejsze), a dane o przychodach składkowych NFZ są zawarte w sprawozdaniach rocznych NFZ (2015 i lata wcześniejsze).

dający nimi menedżerowie oraz eksperci zdrowotni zgodni są w ocenie tego, że boom gospodarczy nie będzie trwał wiecznie i wkrótce nadejdzie trudniejszy okres dla finansów GKV. Na przejściowej poprawie sytuacji finansowej GKV skorzystało także federalne Ministerstwo Finansów, redukując swoje zobowiązania wynikające z postanowień reformy z 2007 r.<sup>11</sup> W 2012 r. dotację federalną do GKV zmniejszono o 1,3 mld euro w porównaniu do 2011 r. (15,3 mld na 14 mld euro), w 2013 r. o kolejne 2,5 mld euro do poziomu 11,5 mld euro. Politycy rządzącej wówczas koalicji chrześcijańskiej demokracji CDU/CSU i liberalnej FDP, mając na uwadze zbliżające się wybory parlamentarne, wykorzystali okazję do zlikwidowania niepopularnej opłaty 10 euro, jaką ubezpieczeni musieli wносить przy pierwszej wizycie u lekarza w ciągu kwartału, a w 2015 r. ostatecznie zdecydowano się na obniżenie podstawowej stopy składki do poziomu 14,6% (z 15,5% w 2014 r.).

W obliczu wszystkich tych ruchów towarzyszących pojawieniu się nadzwyczajnych nadwyżek finansowych w systemie GKV nasuwa się pytanie, czy nie lepiej by się stało, gdyby taka nadwyżka w ogóle się nie pojawiła. Ostatecznie część publicznych przecież pieniędzy została wydana w sposób nieracjonalny, a pogarszająca się sytuacja finansowa w 2015 r. wymusiła na prawie wszystkich kasach chorych decyzję o poborze składki dodatkowej. Rzeczywista stopa składki przewyższa podstawową, ustanowioną ustawowo, z reguły o więcej niż jeden punkt procentowy.

Nie lepiej sytuacja wygląda w Polsce. Pamiętamy jeszcze wręcz historyczne doniesienia mediów o ogromnych nadwyżkach finansowych w kasie NFZ w 2008 r. i prowadzone w związku z tym pod ogromnym naciskiem przedstawicieli świadczeniodawców hektyczne działania w kierunku jak najszybszego rozdysonowania tychże nadzwyczajnych rezerw. Gdy trzy lata później również do Polski zawitało osłabienie gospodarcze, a realne wpływy ze składek zmalały, system nie dysponował już żadnymi rezerwami, pomagającymi przetrwać trudniejszy okres. Pozostały natomiast roszczenia środowisk medycznych w kierunku dalszego wzrostu wynagrodzeń oraz roszczenia pacjentów w kierunku poprawy dostępności i jakości świadczeń. Niestety, *ceteris paribus*, bez zmiany systemu naliczania składek lub też podwyższenia stopy składki na przynajmniej częściowe spełnienie tych oczekiwań przyjdzie nam poczekać do czasu kolejnej wyjątkowo dobrej koniunktury gospodarczej.

Ale nie tylko niestabilność rozwoju gospodarczego generuje zagrożenia dla stabilności finansów ochrony zdrowia opartej na *payroll tax*. Również długookresowe zmiany w strukturze dochodu narodowego obserwowane od lat przede wszystkim w krajach rozwiniętych generują problemy. Postęp techniki i sposobów organizacji produkcji sprawia, że mimo rosnącego znaczenia tradycyjnie bardziej pracochłonnego sektora usług, udział dochodów z pracy w dochodzie narodowym maleje. Rośnie natomiast udział kapitału. Tym samym kurczy się, przynajmniej relatywnie, podstawa naliczania składki zdrowotnej, jeśli ta nie obejmuje dochodów z kapitału i majątku, lecz wyłącznie dochody z pracy. Wyraźnie pokazują to dane niemieckie. O ile w 1996 r. udział tzw. *Grundlohn* (wielkości odzwierciedlającej poziom dochodów podlegających oskładkowaniu) w PKB wynosił 47%, to w 2014 r. udział ten spadł do niespełna 41%. A jeszcze 30 lat temu przekraczał on 50%. Podobnych zmian należy się spodziewać również w najbliższych dekadach w Polsce. Jeśli przy malejącej podstawie oskładkowania przychody ze składki zdrowotnej mają nie maleć, a wręcz powinny rosnąć wraz z rosnącymi potrzebami zdrowotnymi i technicznymi możliwościami ich zaspokojenia, konieczne jest zwiększenie stopy składki. Takie działanie może jednak tylko zintensyfikować niekorzystne procesy substytucyjne na rynku pracy i ostatecznie przyspieszyć implozję podstawy naliczania składki zdrowotnej.

<sup>11</sup> Dotacja ta służy głównie pokryciu części kosztów GKV powstających w związku z bezskładkowym ubezpieczeniem dzieci.

Tezę tą formułują m.in. eksperci zasiadający w radzie doradzającej niemieckim rządowi w sprawach ekonomicznych. Za główny problem niemieckiej ochrony zdrowia uznają oni nie eksplozję wydatków, choć te systematycznie rosną, ale właśnie relatywną implozję przychodów składkowych GKV jako skutek niedostatecznego wzrostu podstawy naliczania składki zdrowotnej (SVR 2003). Wniosek ten potwierdzają także dane statystyczne. O ile udział wydatków na zdrowie liczony jako procent PKB wzrósł w Niemczech w latach 1992–2013 o 1,1 punktu procentowego z 10,1% do 11,2%, to przeciętna składka zdrowotna wzrosła w tym czasie z 12,3 do 15,5%, a zatem o 3,2 punktu procentowego, choć udział GKV w finansowaniu wydatków zdrowotnych zmienił się tylko nieznacznie (wzrost z 57% do 57,6%), a udział wydatków GKV w PKB wzrósł ledwo o setne punktu procentowego (Bundesministerium für Gesundheit 2002, 2013, 2015). Składka zdrowotna rośnie zatem dużo szybciej niż wydatki zdrowotne, co nie tylko negatywnie odbija się na popycie na pracę, szczególnie tą niżej wykwalifikowaną, ale stanowi również problem dla konkurencyjności niemieckiej gospodarki w zglobalizowanym świecie. Zmienić ten stan rzeczy mogłoby rozszerzenie podstawy naliczania składek na wszystkie dochody gospodarstw domowych, także te pochodzące z kapitału. Taki krok oznaczałby jednak zmianę paradygmatu finansowania ochrony zdrowia – odejście od *payroll tax* na rzecz ubezpieczenia obywatelskiego, co proponują m.in. autorzy tzw. raportu Rürupa (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003). Przy okazji taka zmiana z pewnością pozytywnie wpłynęłaby na realizację solidaryzmu dochodowego w ubezpieczeniu zdrowotnym. Nic nie wskazuje jednak na to, aby do tego doszło w przewidywalnej perspektywie czasowej.

Na koniec uwagę należy zwrócić jeszcze na problem skutków *payroll tax* w systemach ubezpieczeń zdrowotnych wykorzystujących tzw. mechanizm repartycyjny, przy którym bieżące wydatki ubezpieczycieli na świadczenia zdrowotne są finansowane z bieżących składek. Niestety, mechanizm ten jest bardzo czuły na zmiany w strukturze wiekowej społeczeństwa, odczuwalne bardzo mocno zarówno w Polsce, jak i w Niemczech (a także większości rozwiniętych krajów świata), opisywane pod hasłem „starzenie się społeczeństwa” (Sowada 2011, 2013). W starzejącym się społeczeństwie rośnie udział osób starszych w populacji. Rośnie zatem udział tych grup społecznych, które zakończyły już swoją karierę zawodową i przeszły na emeryturę. Wprawdzie dochody z emerytur również są obciążone składką zdrowotną, ale przychody ze składek emerytów są niższe od przychodów ze składek osób pracujących, gdyż przeciętne emerytury są dużo niższe od przeciętnego wynagrodzenia. Z drugiej strony potrzeby zdrowotne rosną wraz z wiekiem, a tym samym rosną wydatki ubezpieczycieli na świadczenia. Dla ubezpieczycieli połączenie *payroll tax* i mechanizmu repartycyjnego w starzejącym się społeczeństwie oznacza zatem multiplikację problemów finansowych, których nie da się rozwiązać bez zmiany zasadniczej konstrukcji systemu, tj. rezygnacji z mechanizmu repartycyjnego i składki naliczanej jako procent dochodu.

## Wnioski

W artykule przedstawiono wiele wątpliwości i krytycznych argumentów wobec implementacji solidaryzmu dochodowego jako jednego z zasadniczych zadań społecznego ubezpieczenia zdrowotnego. Przestrzec należy jednak przed ich pochopną interpretacją i wyciąganiem nieuzasadnionych wniosków.

Po pierwsze, wątpliwości towarzyszące uznaniu solidaryzmu dochodowego za jeden z celów społecznych ubezpieczeń zdrowotnych w żadnym wypadku nie oznaczają zakwestionowania potrzeby organizacji pomocy w uzyskaniu zabezpieczenia na wypadek

choroby tym osobom, których – szczególnie z nie własnej winy – nie stać na wykupienie adekwatnych polis ubezpieczeniowych z własnych środków. Zapewnienie wszystkim mieszkańcom kraju dostępu do podstawowych świadczeń zdrowotnych to minimum, jakiego należy oczekiwać od humanitarnego państwa (Oettle 2006). Ponadto powszechne zabezpieczenie na wypadek choroby, np. poprzez ubezpieczenie zdrowotne, w zasadniczej mierze przyczynia się do ustanowienia pokoju społecznego, jednego z najważniejszych dóbr publicznych w ogóle (Sowada 2013). Odpowiednie zabezpieczenie na wypadek choroby stabilizuje stosunki społeczne, a tym samym stanowi fundament, na którym opiera się cały model gospodarki rynkowej i społeczeństwa demokratycznego. Nie ma zatem żadnych wątpliwości, że redystrybucja dochodów na korzyść najbiedniejszych grup społecznych jest konieczna.

Po drugie, przedstawione w drugiej części artykułu problemy z realizacją solidaryzmu dochodowego w niemieckim i polskim systemie społecznych ubezpieczeń zdrowotnych, ale również problemy praktyczne, na które wskazano w trzeciej części artykułu, w zasadniczym stopniu stanowią konsekwencję przyjętych w tych krajach niespójnych regulacji odnoszących się do kształtu i warunków redystrybucji dochodów opartej na *payroll tax*. Nie solidaryzm dochodowy ze swej natury, lecz błędne regulacje są przyczyną większości problemów zarysowanych w drugiej części artykułu<sup>12</sup>.

Tym, co rzeczywiście może przemawiać przeciwko umiejscowieniu solidaryzmu dochodowego wśród zadań ubezpieczenia zdrowotnego, jest wymóg pełnej identyfikacji rzeczywistych indywidualnych zdolności płatniczych każdego ubezpieczonego i oparcia dopiero na nich redystrybucji dochodów poprzez składkę zdrowotną. Bez wyposażenia ubezpieczycieli w bardzo szczegółowe informacje na temat sytuacji dochodowej i majątkowej ubezpieczonych osób i wyposażenia ich tym samym w zdolność do pobierania składki zależnej od zdolności płatniczej osób ubezpieczonych, a nie tylko od wysokości części dochodów, cel solidaryzmu dochodowego nie zostanie osiągnięty. Ponadto w modelu konkurencyjnym (wielu płatników) konieczne jest uruchomienie dodatkowych finansowych mechanizmów wyrównawczych pomiędzy poszczególnymi ubezpieczycielami, co również wymaga poniesienia niemałych nakładów finansowych. Ponieważ w systemie finansów publicznych i tak funkcjonują inne instytucje specjalizujące się w dokonywaniu redystrybucji dochodów, obciążenie tym zadaniem ubezpieczeń zdrowotnych nie wydaje się być zasadne.

Tekst wpłynął: 7 sierpnia 2014 r.  
(wersja zaktualizowana: 15 marca 2016 r.)

## Bibliografia

- Aldridge A., *Rynek*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2006.  
Bohrmann T., *Organisierte Gesundheit. Das deutsche Gesundheitswesen als sozialetisches Problem*, Duncker & Humblot, Berlin 2003.  
Bundesministerium für Gesundheit, *Daten des Gesundheitswesens 2015*, Berlin 2015 (oraz wydania wcześniejsze).

---

<sup>12</sup> W Niemczech dochodzi jeszcze do tego dyskryminacja społecznego ubezpieczenia GKV względem instytucji ubezpieczenia prywatnego, które rywalizując z kasami chorych o część ubezpieczonych nie muszą zmagać się z wszystkimi negatywnymi implikacjami wynikającymi z pobierania składek zależnych od dochodu (Kifmann, Nell 2014).

- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme*, Bericht der Kommission, Berlin 2003.
- Chałupczak G., *Ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech i w Polsce. Analiza prawno-porównawcza*, Oficyna Wydawnicza Verba, Lublin 2006.
- Epstein R.A., *Taxation, Regulation and Confiscation*, „Osgoode Hall Law Journal” 1982, nr 20, (polski przekład – *Opodatkowanie, regulacja, konfiskata*, w: *Odkrywając wolność. Przeciw zniewoleniu umysłów*. Wybór tekstów L. Balcerowicz, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Warszawa 2012.
- Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2009.
- Freytag A., *Risikodifferenzierung in der Krankenversicherung*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2005.
- Friedman M., *Capitalism and Freedom*, University of Chicago Press, Chicago 1962.
- Friedman M. i R., *Wolny wybór*, Wydawnictwo Aspekt, Sosnowiec 2006.
- Golinowska S., Hengstenberg P., Żukowski M., *Diversity and Commonality in European Social Policies: The Forging of European Social Model*, Wydawnictwo Naukowe Scholar i Friedrich-Ebert-Stiftung, Warszawa 2009.
- v. Hayek F.A., *Law, Legislation, and Liberty, Rules and Order*, t. 1, University Chicago Press, Chicago 1973.
- Herder-Dorneich P., *Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens*, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden 1994.
- Holly R., Michelson K., *Risk Adjustment as a Principle and Tool of the Social Change in Health Care Systems: From “Passive” to “Active” Adjustment*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management” 2011, nr 8/1.
- Kelly D., *A Life of One’s Own: Individual Rights and the Welfare State*, Washington 1998 (przekład polski: *Opodatkowanie, regulacja, konfiskata*, w: *Odkrywając wolność. Przeciw zniewoleniu umysłów*. Wybór tekstów L. Balcerowicz, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Warszawa, 2012.
- Kifmann M., Nell M., *Fairer Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung*, „Perspektiven der Wirtschaftspolitik” 2014, nr 15(1).
- Metz K.H., *Die Geschichte der sozialen Sicherheit*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2008.
- Mitschke J., *Steuer- und Transferordnung aus einem Guß*, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden 1985.
- Narodowy Fundusz Zdrowia, *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2014*, Warszawa 2015 (oraz wydania wcześniejsze).
- Oettle K., *Zusammenhänge zwischen Marktöffnungen und Regulierungen im Gesundheitswesen im Hinblick auf den Bürger (Thesen)*, w: *Liberalisierung im Gesundheitswesen*, red. G.E. Braun, F. Schulz-Nieswandt, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2006.
- Owsiak S., *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Petersen H.-G., *Finanzwissenschaft II*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart i in., 1988.
- Petersen H.-G., *Pros and Cons of a Negative Income Tax*, Finanzwissenschaftliche Diskussionsbeiträge, No. 2, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät der Universität Potsdam, 1995.
- Smith V.L., *Racjonalność w ekonomii*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013 (oryginał 2008).
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung), *Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren*, Jahresgutachten 2003/04, [http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/03\\_ges.pdf](http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/03_ges.pdf). (dostęp 10.05.2014).
- Sowada C., *Grundversorgung mit Gesundheitsleistung in einer Krankenversicherung*, Verlag P.C.O., Bayreuth 2000.
- Sowada C., *Starzenie się człowieka i starzenie się populacji. Podział odpowiedzialności za skutki finansowe w systemie opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2011, t. 9, nr 1.
- Sowada C., *Łączenie solidaryzmu z wolnością w ubezpieczeniach zdrowotnych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2013.

- Szumlicz T., *Podmiotowość w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia*, ZP „Gutgraf”, Warszawa 2007.
- Vaubel R., *Sozialpolitik für mündige Bürger: Optionen für eine Reform*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1990.
- van de Ven W.P.M.M., *Risk Adjustment and Risk Equalization: What Needs to Be Done?* „Health Economics, Policy and Law” 2011, nr 6(1).
- van de Ven W.P.M.M., Ellis R.P., *Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets*, w: *Handbook of Health Economics*, red. A.J. Culyer, J.P. Newhouse, t. 1A, Elsevier North Holland, Amsterdam 2005.
- Vrangbæk K., *Towards a Typology for Decentralization in Health Care*, w: *Decentralization in Health Care*, red. R.B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbæk, Open University Press, Berkshire 2007.
- Wille E., *Reformoptionen der Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung*, „Gesundheit und Gesellschaft” 2002, nr 2(3).
- Włodarczyk W.C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1996.
- Wojciechowski M., *Moralna wyższość wolnej gospodarki*, Wydawnictwo PROHIBITA, Warszawa 2008.
- Zweifel P., Eisen R., *Versicherungsökonomie* (wyd. 2), Springer Verlag, Berlin 2003.

## SKŁADKA ZDROWOTNA JAKO PROCENT DOCHODU A SOLIDARYZM: ZAŁOŻENIA I DOŚWIADCZENIA

### Streszczenie

W modelu ochrony zdrowia obowiązującym w Polsce i w Niemczech składka zdrowotna naliczana jako procent od dochodu osoby ubezpieczeniowej (*payroll tax*) jest uznawana za podstawowe narzędzie realizacji zasady solidaryzmu społecznego w tej dziedzinie. W praktyce jednak wykorzystanie tego instrumentu nie gwarantuje ani równego dostępu wszystkich obywateli do świadczeń publicznej służby zdrowia, ani sprawiedliwego rozkładu ciężaru finansowego związanego z jej utrzymaniem, zgodne ze zdolnościami płatniczymi poszczególnych osób i rodzin. Wiele odstępstw od zasady solidarności odnajdujemy w niemieckim systemie ubezpieczeń zdrowotnych, które wyłączają wiele grup społecznych z partycypacji w finansowaniu publicznej opieki zdrowotnej. Kumulacja tych wyłączeń może prowadzić nawet do odwrotnej redystrybucji dochodów, tj. mniejszego obciążenia składką gospodarstw domowych uzyskujących wyższe dochody. Podobne wyłączenia i przejawy odwrotnej redystrybucji występują również w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego obowiązującym w Polsce. Ponadto składka od dochodu uzależnia finansowanie opieki zdrowotnej od bieżącej sytuacji gospodarczej, motywuje do zastępowania regularnych stosunków pracy przez formy zatrudnienia nieobciążone daninami publicznymi (praca na czarno, umowy śmieciowe) i nie gwarantuje stabilności finansowej powszechnej opieki zdrowotnej w starzejącym się społeczeństwie. Autor uważa, że system powszechnej opieki zdrowotnej powinien być uwolniony od zadań związanych z redystrybucją dochodów, a jego finansowanie należałoby oprzeć na równej składce płaconej przez wszystkich obywateli.

**Słowa kluczowe:** ubezpieczenia zdrowotne, składka ubezpieczeniowa, solidaryzm społeczny, Polska, Niemcy

JEL: I13, I18

## HEALTH INSURANCE BASED ON PAYROLL TAX AND THE SOLIDARITY PRINCIPLE: ASSUMPTIONS AND EXPERIENCE

### Summary

In the health care model prevailing in Poland and Germany, the health insurance fee, withdrawn as percent of the income earned (payroll tax), is treated as the basic tool for the implementation of the principle of social solidarity in the health domain. In practice, the use of this instrument does not guarantee equal access of all the citizens to public health services, nor does it divide fairly the financial burden connected with them, in accordance with the payment abilities of individual households and persons. Many deviations from the solidarity principle may be found in the German system of health insurance, which excludes many social groups from the participation in financing of the public health care. Cumulation of such exemptions can even lead to a reversed income redistribution, with lower insurance burden imposed on rich households. Similar exclusions and examples of inverse redistribution can be found in the health care system existing in Poland. Moreover, insurance fee based on income makes financing of the health care dependent on current economic activity, encouraging substitution of regular work contracts by non-taxed working arrangements (illegal, non-registered jobs and “junk work” agreements), and it does not assure financial stability of the health care system in the ageing society. The author maintains that the universal health care system should be freed from the tasks related to income redistribution, and its financing should be based on equal per capita contribution paid by all citizens.

**Key words:** health insurance, payroll tax, social solidarity, Poland, Germany

JEL: I13, I18

## ОТЧИСЛЕНИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК ПРОЦЕНТ ОТ ДОХОДА И СОЛИДАРИЗМ: ПРЕДПОСЫЛКИ И ОПЫТ

### Резюме

В модели охраны здоровья, действующей в Польше и в Германии, отчисления на медицинское страхование рассчитываются как процент от дохода застрахованного лица (payroll tax). Такой подход признается в качестве основного инструмента осуществления принципа социального солидаризма в этой области. Однако на практике использование этого инструмента не гарантирует ни равного доступа всех граждан к услугам публичной службы здравоохранения, ни справедливого распределения финансовой нагрузки, связанной с ее содержанием, пропорциональной финансовым возможностям отдельных лиц и семей. Многочисленные отклонения от принципа солидарности можно найти в немецкой системе медицинского страхования, где многие социальные группы освобождены от участия в финансировании публичной системы здравоохранения. Попадание под несколько таких исключений может вести даже к обратному перераспределению доходов, когда домашние хозяйства с высокими доходами платят пропорционально меньше. Похожие исключения и проявления обратного перераспределения имеют место также в системе всеобщего медицинского страхования в Польше. Кроме того, пропорциональное отчисление от дохода ведет к прямой зависимости финансирования охраны здоровья от текущей экономической ситуации, стимулирует уход в серую зарплату и такие формы занятости, при которых нет отчислений в фонд медицинского страхования. Все это не гарантирует финансовой стабильности системы здравоохранения в стареющем обществе. Автор считает, что система здравоохранения должна быть освобождена от задач, связанных с перераспределением доходов, а ее финансирование следовало бы базировать на равных взносах, уплачиваемых всеми гражданами.

**Ключевые слова:** медицинское страхование, отчисления на медстрахование, социальный солидаризм, Польша, Германия

JEL: G22, I18