t. LXV, nr 7/2024 DOI 10.33226/0032-6186.2024.7.2

Prof. dr hab. Daniel Eryk Lach, LL.M. (EUV)
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
ORCID: 0000-0001-6223-5356
e-mail: lach@amu.edu.pl

Kilka uwag o (nie)konstytucyjności „składki" zdrowotnej po „Polskim Ładzie"

A few comments on the (un)constitutionality of the health "premium" after the "Polish Deal"

Streszczenie
Przedmiotem niniejszego opracowania jest omówienie wątpliwości dotyczących zgodności ukształtowania przepisów regulujących wysokość i podstawę wymiaru tzw. składki na „ubezpieczenie" zdrowotne jako szczególnej daniny publicznej z wybranymi konstytucyjnymi standardami. Chodzi w szczególności o obciążenie „składką", bez żadnych ograniczeń, dochodów ze wszystkich tytułów ubezpieczeniowych (zasada uniwersalności składki) w kontekście zasady solidarności społecznej (art. 2 Konstytucji). Uniwersalność „składki" zostanie także omówiona wobec ograniczoności ustawowej gwarancji zarówno na tle art. 47 (autonomia jednostki), jak i w świetle zasady proporcjonalności (art. 31 ust. 3 Konstytucji) oraz zakazu naruszania istoty prawa własności (art. 64 ust. 3 Konstytucji). Ponadto przedstawione zostaną wątpliwości dotyczące zróżnicowania podstawy wymiaru „składki" dla różnych grup ubezpieczonych oraz zróżnicowania stopy „składki" przedsiębiorców w zależności od ich statusu podatkowego w kontekście art. 32 ust. 1 w związku z art. 68 ust. 2, art. 84 i art. 2 Konstytucji.

Słowa kluczowe
System opieki zdrowotnej, składka, konstytucja

Abstract
The subject of this study is to discuss the doubts regarding the compliance of the shape of the provisions regulating the amount and basis of the so-called health "contributions" as a special form of public tribute with selected constitutional standards. In particular, this concerns the charging a "contribution", without any restrictions, on incomes from all insurance titles (the principle of universality of the contribution) in the context of the principle of social solidarity (Article 2 of the Constitution). The universality of the "contribution" will also be discussed against the limitations of the statutory guarantee, both in the context of Art. 47 (individual autonomy), as well as in the light of the principle of proportionality (Article 31(3) of the Constitution) and the prohibition of violating the essence of the right to property (Article 64(3) of the Constitution). In addition, doubts will be presented regardinglg the differentiation of the "contribution" assessment base for different groups of insured persons and the differentiation of the "contribution" rate for entrepreneurs depending on their tax status in the context of Art. 32 section 1 in connection with Art. 68 section 2, art. 84 and art. 2 of the Constitution.

Keywords
Health-care system, contribution, Constitution

JEL: I13, K34

Wprowadzenie

Zagadnienie finansowania systemu opieki zdrowotnej jest niezmiennie kontrowersyjne i aktualne. Z prawnej perspektywy – a zatem abstrahując od kwestii wysokości nakładów na opiekę zdrowotną i ich relacji do PKB – zasadnicze znaczenie ma oczywiście pytanie o to, czy przyjęte w tym zakresie rozwiązania ustawowe nie naruszają przepisów Konstytucji RP. Trzeba bowiem mieć na uwadze, że reformując system podatkowy („Polski Ład"[1]) ustawodawca w sposób znaczący zmienił także reguły finansowania systemu opieki zdrowotnej, a nowe rozwiązania mogą budzić w tym zakresie wątpliwości i to w stopniu uzasadniającym pytanie o ich konstytucyjność.

Przedmiotem niniejszego opracowania jest omówienie wątpliwości dotyczących zgodności ukształtowania przepisów regulujących wysokość i podstawę wymiaru tzw. składki na „ubezpieczenie" zdrowotne[2] jako szczególnej

creative commons Uznanie autorstwa 3.0 Polska

daniny publicznej z wybranymi konstytucyjnymi standardami. Chodzi w szczególności o obciążenie „składką", bez żadnych ograniczeń, dochodów ze wszystkich tytułów ubezpieczeniowych (zasada uniwersalności składki) w kontekście zasady solidarności społecznej (art. 2 Konstytucji). Uniwersalność „składki" zostanie także omówiona wobec ograniczoności ustawowej gwarancji zarówno na tle art. 47 (autonomia jednostki), jak i w świetle zasady proporcjonalności (art. 31 ust. 3 Konstytucji) oraz zakazu naruszania istoty prawa własności (art. 64 ust. 3 Konstytucji). Ponadto przedstawione zostaną wątpliwości dotyczące zróżnicowania podstawy wymiaru „składki" dla różnych grup ubezpieczonych oraz zróżnicowania stopy „składki" przedsiębiorców w zależności od ich statusu podatkowego w kontekście art. 32 ust. 1 w związku z art. 68 ust. 2, art. 84 i art. 2 Konstytucji.

Dla porządku należy zaznaczyć, że Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie odnosił się do podniesionych kwestii, badając granice dopuszczalności ingerencji państwa w sferę wolności i praw jednostki (por. wyroki Trybunału Konstytucyjnego: z 9 listopada 1999 r., K 28/98, z 11 grudnia 2001 r., SK 16/00, z 22 maja 2002 r., K 6/02, z 15 kwietnia 2002 r. K 23/01, z 22 maja 2007 r., SK 36/06 i z 18 listopada 2014 r., K 23/12), także w kontekście zasady proporcjonalności (por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 20 listopada 2002 r., K 41/02). Zarazem jednak dostrzec trzeba, że czynił to odnośnie do podatków i składek na ubezpieczenia społeczne. Tymczasem „składka" na „ubezpieczenie" zdrowotne – choć jej charakter prawny pozostaje dyskusyjny – z pewnością nie jest ani klasycznym podatkiem, ani składką na ubezpieczenia społeczne. Jak bowiem zauważył Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7 stycznia 2004 r., K 14/03: „[s]zczególny związek składki na ubezpieczenie zdrowotne z realizacją określonych celów znajduje wyraz w ścisłym odseparowaniu dochodów ze składek tego rodzaju od wszelkich innych dochodów publicznych. (…) W odróżnieniu od podatków, składki na ubezpieczenia zdrowotne z natury rzeczy nie służą ogólnemu finansowaniu zadań państwa". W konsekwencji dotychczasowe wypowiedzi Trybunału odnoszące się do podatków nie są w pełni adekwatne w stosunku do „składki" zdrowotnej. Zastrzeżenie to dotyczy także orzecznictwa Trybunału dotyczącego składek na ubezpieczenia społeczne i ich charakteru prawnego[3]. Kluczowe znaczenie ma przy tym, dostrzegane przez Trybunał, występowanie ekonomicznej zależności między opłacaniem składki na ubezpieczenie społeczne a wysokością świadczenia przysługującego w związku z zaistnieniem ryzyka ubezpieczeniowego jako jednego z elementów ubezpieczeń społecznych, w tym także systemu emerytalnego (por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 4 listopada 2015 r., K 1/14). W konsekwencji kwestia proporcjonalności odnośnie do obciążenia składkami na ubezpieczenia społeczne nie budzi wątpliwości, natomiast wydaje się ona szczególnie problematyczna w świetle zasady uniwersalności „składki" zdrowotnej w kontekście zakresu ustawowej gwarancji. Z tego powodu rozważania dotyczące zgodności niektórych rozwiązań kształtujących „składkę" zdrowotną z Konstytucją należy poprzedzić omówieniem problematyki charakteru prawnego tej swoistej daniny publicznej.

„Składka" na „ubezpieczenie" zdrowotne jako danina publiczna *sui generis*

Charakter prawny daniny określonej mianem „składki na ubezpieczenie zdrowotne" był przedmiotem licznych wątpliwości, wyrażanych w literaturze już od chwili wprowadzenia w 1999 r. powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Podnoszono m.in., że powszechność i obowiązkowość opłacania składek, a także zagrożenie sankcjami karnymi niespełnienia tego obowiązku, upodabniają składkę do podatku (Iżycka-Rączka, 1999, s. 26–29). Negowano także zasadność przyjętego w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego rozwiązania, zgodnie z którym zbieg tytułów ubezpieczeniowych skutkował obciążeniem składką przychodów z wszystkich tych tytułów, podczas gdy w przypadku ubezpieczeń społecznych obowiązek ubezpieczenia, a co za tym idzie również opłacania składki, wiąże się co do zasady z jednym tytułem, ubezpieczony może natomiast w związku z pozostałymi tytułami ubezpieczyć się dobrowolnie. Stwierdzano, że wielokrotność opłacania składki w przypadku ubezpieczenia zdrowotnego wskazuje na fiskalny charakter przyjętych rozwiązań, a zatem wielokrotne składki opłacane przez tego samego ubezpieczonego muszą być oceniane nie jako składki ubezpieczeniowe, lecz jako dodatkowe obciążenie podatkowe (Malanowski, 1999, s. 13–15). W opracowaniu odnoszącym się do obecnie obowiązującej ustawy J. Jończyk uznał składkę za „najsłabszy punkt" systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Jako jej główne wady cytowany autor wskazywał nieadekwatną i mylącą nazwę, sprzężenie z dochodem za pracę i podatkiem dochodowym od osób fizycznych, a także sprzeczność „składki w sensie podatku" z zasadą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (Jończyk, 2007).

Mając na uwadze zgłoszone zastrzeżenia można wskazać, że charakter prawny „składki" na „ubezpieczenie" zdrowotne jest niejasny. Nawiązując do dorobku W. Szuberta można uznać, że za jej „składkowym" charakterem przemawiają takie cechy, jak: 1) przymusowość (będąca pochodną obowiązku ubezpieczeniowego), 2) celowość („składka" służy stworzeniu specjalnego funduszu pozostającego w dyspozycji NFZ przeznaczonego na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej) oraz 3) odpłatność („składka" jest „ceną" gwarancji ubezpieczeniowej) (Szubert, 1987, s. 217)[4].

To zwłaszcza odpłatność „składki" ma decydujące znaczenie dla jej odgraniczenia od podatku, gdyż definicja podatku z art. 6 Ordynacji podatkowej podkreśla, że stanowi on świadczenie nieodpłatne. Zarazem jednak należy zauważyć, że cecha ta budzi najwięcej wątpliwości. Świadczenia opieki zdrowotnej mają bowiem charakter finalny, tj. odnoszą się do bieżących potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców, abstrahują natomiast od stanów przeszłych, w tym zwłaszcza opłacania składek (Lach,

2021, s. 326–327). Wprawdzie ich opłacanie jest jednym z podstawowych obowiązków ubezpieczonych „zdrowotnie", niemniej nabycie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej zależy wyłącznie od dokonania określonych czynności zgłoszeniowych (Lach, 2010, 2011b, s. 319 i n.). Należy także zwrócić uwagę na bezskładkowe ubezpieczenie członków rodziny oraz prawo do świadczeń nieubezpieczonych świadczeniobiorców, za leczenie których także płaci NFZ (art. 97 ust. 3 pkt 2a i 3 u.ś.o.z.). Godzi się zarazem zauważyć, że swoista „odpłatność" „składki" była istotnym argumentem uzasadniającym rozstrzygnięcie dokonane przez Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7 stycznia 2004 r., K 14/03, tj. uznanie ustawy z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia za niekonstytucyjną. Trybunał wskazał bowiem: „[w] przypadku osób opłacających przymusową składkę na ubezpieczenie zdrowotne, wymóg precyzyjnego określenia rodzaju świadczeń dostępnych »w zamian« wynika również z istoty tegoż ubezpieczenia.".

Z drugiej strony można wskazać szereg cech „składki" przemawiających raczej za jej „ (para) podatkowym" charakterem. Przed reformą systemu podatkowego, określaną mianem „Polskiego Ładu", zwracano w tym kontekście uwagę przede wszystkim na szczególny i ścisły związek „składki" z podatkiem dochodowym od osób fizycznych (Jończyk, 2007, s. 3–4, Lach, 2011b, s. 335–336, 355 i n.). Natomiast w ramach „Polskiego Ładu" zlikwidowano regułę odliczania składki zdrowotnej od podatku dochodowego, a tym samym ciężar finansowania tej daniny publicznej w całości przeniesiono na osoby podlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu[5], co podkreśla „składkowy" charakter świadczenia. Zarazem jednak utrzymano inne kontrowersyjne rozwiązania, które wobec zerwania związku „składki" z podatkiem dochodowym budzą znacznie większe wątpliwości, niż przed 2022 r. W tym kontekście należy przede wszystkim zwrócić uwagę na uniwersalność tej daniny. Podstawą wymiaru „składki" są bowiem zasadniczo wszystkie uzyskiwane dochody, ze wszystkich źródeł i bez żadnych ograniczeń (art. 82 ust. 1–5 u.ś.o.z.). Od 2022 r. zasada ta – wobec likwidacji zryczałtowanej składki przedsiębiorców – odnosi się także dochodów z działalności gospodarczej, co prowadzi do absurdalnych, z punktu widzenia finansowania systemu opieki zdrowotnej jako systemu zabezpieczenia społecznego, efektów, np. do obciążenia składką dochodu z odpłatnego zbycia środków trwałych. Zarazem ustawa przewiduje znaczące uprzywilejowanie fiskusa w przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. Otóż składka finansowana z budżetu państwa jest opłacana tylko wtedy, gdy nie ma innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, natomiast gdy w ramach każdego z tych tytułów składka finansowana jest z budżetu państwa, składka jest opłacana wyłącznie z tytułu, który powstał najwcześniej. Jeżeli tytuły powstały równocześnie, składka jest opłacana z pierwszego zgłoszonego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym (art. art. 82 ust. 6 i 7 u.ś.o.z.). Takie „uprzywilejowanie" fiskusa można by uzasadniać faktem, że środki na tak opłacaną składkę pochodzą z podatków, czyli danin uiszczonych przez obywateli, w tym także w formie podatku dochodowego (por. orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 25 lutego 1997 r., K 21/95). Aktualnie – wobec likwidacji możliwości odliczania składki zdrowotnej od podatku dochodowego, a w konsekwencji „uskładkowienia" „składki" – argumentacja ta jednak nie przekonuje.

Opisane wątpliwości dotyczące charakteru prawnego „składki" na „ubezpieczenie" zdrowotne są konsekwencją niedopasowania przyjętego mechanizmu finansowania systemu opieki zdrowotnej (*sui generis* daniny obciążającej dochód) i powszechnego charakteru systemu[6]. Obejmuje on bowiem nie tylko ubezpieczonych (przy czym katalog tytułów ubezpieczeniowych jest bardzo szeroki), ale także nieubezpieczonych świadczeniobiorców (por. art. 2 u.ś.o.z.) i jest konsekwencją powszechnego charakteru ryzyka. Konieczność poniesienia kosztów „leczenia" nie ma bowiem żadnego związku z aktywnością zarobkową. Z tego też względu świadczenia opieki zdrowotnej mają finalny charakter, odnosząc się do konkretnej sytuacji, bieżącej potrzeby. Co więcej: wyłączona jest indywidualna ekwiwalentność między składką a świadczeniem (ilość i jakość świadczeń nie jest uzależniona od stopnia finansowej partycypacji), co zresztą wprost wynika z obowiązku zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, niezależnie od ich sytuacji materialnej (art. 68 ust. 2 Konstytucji). Zarazem – wobec autonomii finansowej NFZ – można mówić o zasadzie globalnej bądź kolektywnej ekwiwalentności (zasadzie pokrycia kosztów), gdyż zgodnie z art. 118 u.ś.o.z. coroczny plan finansowy Funduszu powinien być zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów, podczas gdy z art. 116 u.ś.o.z. wynika, że głównym źródłem przychodów Funduszu są należne składki na ubezpieczenie zdrowotne, a z art. 117 u.ś.o.z. – że podstawowymi kosztami są koszty świadczeń opieki zdrowotnej (Lach, 2011b, s. 332).

W konsekwencji należy za J. Jończykiem powtórzyć, że powiązanie „składki" z dochodem jest współcześnie rozwiązaniem anachronicznym – koszty funkcjonowania powszechnego systemu opieki zdrowotnej, opartego o zasadę równego dostępu a gwarantującego świadczenia o charakterze finalnym, nie mają z nim ekonomicznego, społecznego i logicznego związku (Jończyk, 2007, s. 3–4). Należałoby raczej zastanawiać się, czy zasadniejszym rozwiązaniem nie byłoby zrezygnowanie ze składkowej fikcji i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków budżetowych (Jończyk, 2001, s. 27–28, Lach 2011b s. 359), co postulowano jeszcze w latach 30 XX wieku (Krzeczkowski, 1936, s. 147–148).

Wątpliwości dotyczące zgodności niektórych rozwiązań dot. „składki" z Konstytucją

Uniwersalność „składki" a zasada solidarności społecznej

Kontrowersje wokół charakteru prawnego daniny określanej mianem składki na ubezpieczenie zdrowotne dotyczą jednak w istocie jedynie kwestii typologicznych i nie

muszą mieć znaczenia dla oceny jej zgodności z Konstytucją. Art. 68 ust. 2 Konstytucji przyznaje bowiem ustawodawcy spory zakres swobody odnośnie do ukształtowania systemu opieki zdrowotnej, wymagając jedynie publicznego charakteru środków finansujących system i zapewnienia równego dostępu do świadczeń w tym systemie.

Problem w tym, że niektóre ze wskazanych wyżej rozwiązań właściwych „składce" a przemawiających za jej parapodatkowym charakterem, budzą zarazem wątpliwości odnośnie do ich konstytucyjności.

W pierwszej kolejności przywołać należy uniwersalność „składki" w kontekście zasady solidarności społecznej. Zasada ta nie została wprawdzie wysłowiona w Konstytucji[7], a jedynie w art. 65 u.ś.o.z. Bez wątpienia stanowi ona jednak aksjologiczny fundament „wszelkiej formy zabezpieczenia społecznego", w tym oczywiście także systemu opieki zdrowotnej (Jończyk, 2001, s. 38, Lach 2011b, s. 111, Lach, 2014, s. 271 i n., Ślebzak, 2020, s. 507–513). Co istotne: zasada solidarności społecznej dotyczy właśnie ukształtowania mechanizmów finansowania systemu świadczeniowego. Jak bowiem zauważał J. Jończyk „[z]agadnienie solidarności dotyczy obowiązku, ciężaru, indywidualnego wkładu, wspólnego wysiłku, a nie podziału świadczeń pieniężnych lub rzeczowych", gdyż „solidarność wspólnoty ryzyka wyraża się w finansowaniu (przez indywidualny wkład) zabezpieczenia społecznego i nie należy jej mylić z wyrównaniem obciążeń finansowych między wspólnotami ryzyka i solidarności" (Jończyk, 2001, s. 38). Jak się wydaje tak rozumiana solidarność społeczna, uzasadniająca redystrybucję kosztów opieki zdrowotnej pomiędzy wszystkich uczestników wspólnoty ryzyka (por. orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 11 lutego 1992 r., K 14/91), może być uznana za jedną z zasad sprawiedliwości społecznej, o których mowa w art. 2 Konstytucji RP.

Na tym tle należy wskazać, że przeprowadzona jeszcze przed wejściem w życie przepisów „Polskiego Ładu" analiza uzasadniała wniosek, zgodnie z którym składka obciążająca bez żadnych ograniczeń dochody z wszystkich tytułów ubezpieczeniowych, prowadzi do nieproporcjonalnego obciążenia niektórych podmiotów względem innych, co – w połączeniu z udziałem w systemie licznych podmiotów nieuzyskujących dochodu w ogóle, za które składkę, na dodatek w bardzo niskiej wysokości, finansuje budżet państwa oraz ze zryczałtowaną składką opłacaną przez osoby prowadzące działalność gospodarczą – pozwoliło już wtedy na postawienie tezy, że przyjęte rozwiązanie nie realizuje zasady solidarności społecznej. Zarazem jednak wskazywano, że składka na ubezpieczenie zdrowotne jest w istocie świadczeniem o charakterze niemalże podatkowym, a wspólnota beneficjentów obejmuje w praktyce prawie całą ludność, a zatem przyjęte rozwiązanie trudno jest jednoznacznie ocenić jako niekonstytucyjne (Lach, 2011b, s. 355–357). Jak jednak trafnie zauważył K. Antonów, przedmiotowa 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 taki argument stracił rację bytu po zlikwidowaniu odliczania części składki zdrowotnej (7,75%) od podatku dochodowego od osób fizycznych (Antonów, 2022, s. 473). W konsekwencji można postawić tezę, że zasada uniwersalności składki jest niezgodna z zasadą solidarności społecznej stanowiącą – jako zasada sprawiedliwego podziału obciążeń – jedną z zasad sprawiedliwości społecznej, o których mowa w art. 2 Konstytucji RP. I jakkolwiek – jak już wyżej wskazano – wydaje się, że system opieki zdrowotnej zasadniczo powinien być finansowany z środków budżetowych, to jednak w kontekście „składki" należałoby zaproponować co najmniej powrót do tradycyjnych rozwiązań ubezpieczeń społecznych, mianowicie ograniczenie podstawy wymiaru składki. Rozwiązanie takie funkcjonuje przecież – choć w bardzo ograniczonym stopniu[8] – w ubezpieczeniu emerytalnym i rentowym (por. art. 19 ust. 1 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, tekst jedn. Dz.U. z 2024 r., poz. 497). Jego wyłączenie odnośnie do systemu opieki zdrowotnej (art. 81 ust. 5 u.ś.o.z.), wprawdzie zrozumiałe w kontekście potrzeb finansowych tego systemu, budzi jednak kontrowersje co do zgodności z zasadą solidarności społecznej (Lach, 2011b, s. 299–300).

Uniwersalność „składki" a ograniczoność ustawowej gwarancji

Brak ograniczeń podstawy wymiaru „składki" zdrowotnej ma także istotne znaczenie w kontekście ograniczoności zakresu ustawowej gwarancji – katalogu świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej. Tym bardziej, że wśród kryteriów kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako gwarantowanych ustawodawca wskazał między innymi stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych oraz skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych[9]. Z kolei odnośnie do decyzji o objęciu refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ustawa jako kryteria wskazuje nie tylko wpływ na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorców, ale także wprost wysokość progu kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość, ustalonego w wysokości trzykrotności PKB na jednego mieszkańca[10]. I jakkolwiek samo ograniczenie zakresu ustawowej gwarancji jest uzasadnione, dopuszczalne i nie stanowi naruszenia prawa do ochrony zdrowia (Lach, 2017), to jednak ma znaczenie dla oceny mechanizmów finansowania systemu opieki zdrowotnej.

W tym kontekście należy przywołać uzasadnienie uchwały z 6 grudnia 2005 r., 1 BvR 347/98, tzw. uchwały mikołajkowej (*Nikolaus-Beschluss*) niemieckiego federalnego trybunału konstytucyjnego dotyczącej prawa ubezpieczonych do sfinansowania w ramach systemu opieki zdrowotnej świadczeń nieobjętych systemową gwarancją. *Bundesverfassungsgericht* trafnie zauważył bowiem, że państwo – statuując obowiązek ubezpieczeniowy powią-

zany z obowiązkiem opłacenia składki – ogranicza swobodę działania jednostki i jej możliwości nabycia świadczeń pozasystemowych we własnym zakresie. Należy przy tym zauważyć, że odnośnie do omawianego zagadnienia niemiecki system ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego zasadniczo różni się od systemu polskiego. Wysokość składki jest ograniczona (§ 6 księgi piątej niemieckiego kodeksu socjalnego [SGB V]), natomiast ubezpieczonym przysługuje prawo do wszelkich uznanych medycznie świadczeń (§ 2 SGB V), a w sytuacji zagrożenia życia – także do terapii niestandardowych (§ 2 ust. 1a SGB V) (Huster, 2016, Lach, 2024).

Na tym tle uzasadniona wydaje się teza, zgodnie z którą uniwersalność i stopień obciążeń „składką" ograniczają znacząco swobodę działania jednostki i jej możliwości nabycia świadczeń pozasystemowych, na dodatek wyłączonych między innymi z uwagi na ich koszt[11], we własnym zakresie. Można w tym widzieć nie tylko naruszenie prawa jednostki do decydowania o swoim życiu osobistym, wyrażającego zasadę samostanowienia (autonomii) jednostki (art. 47 Konstytucji), ale nadto uznać, że „ukształtowana konstrukcja prawna zbiegów obowiązkowych tytułów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jawi się jako przejaw nadmiernej ingerencji państwa w prawa majątkowe obywateli" (Antonów, 2022, s. 474).

W tym kontekście należy zauważyć, że zgodnie z art. 84 Konstytucji każdy jest obowiązany do ponoszenia ciężarów i świadczeń publicznych, w tym podatków, określonych w ustawie, a państwo ma niezwykle szeroką swobodę w zakresie ustawowego nakładania danin (art. 217 Konstytucji[12]) (krytycznie o brzmieniu art. 84 i jego formalnym „oderwaniu" od art. 217: Huchla, 2010, s. 146). Zasadniczo art. 84 Konstytucji stanowi jedynie potwierdzenie obowiązywania zasad powszechności i legalności w kształtowaniu systemu obciążeń publicznoprawnych (Dowgier, 2009, s. 243, Dębowska-Romanowska & Nowak, 2016, nb. 10). Niemniej w literaturze wskazano, że normatywny charakter art. 84 Konstytucji polega na tym, że wprowadza on jako powszechny i „naturalny" obowiązek utrzymywania państwa przez każdego, kto pozostaje pod jego opieką prawną. Nie oznacza to oczywiście domniemywania istnienia ciężarów i świadczeń publicznych ponad to, co wynika wprost z ustaw, lecz zarazem potwierdza, że ciężary i świadczenia publiczne wkraczają zawsze – ze swej istoty i natury – w prawo własności i inne prawa majątkowe, a także mogą ograniczać wolności. W szczególności chodzi o stosunek zachodzący pomiędzy art. 84 a art. 64 Konstytucji. W zasadzie powszechności obowiązku utrzymywania państwa mieści się bowiem także uznanie, iż obowiązek ten ze swej natury dotyczy istoty prawa własności i innych praw majątkowych oraz że ma charakter stały i powtarzalny w sensie systemowym (Dębowska-Romanowska & Nowak 2016, nb. 13).

Z drugiej jednak strony należy dostrzec, że Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 20 listopada 2002 r., K 41/02, uwypuklił związek art. 84 Konstytucji ze statusem jednostki wobec państwa. Trybunał wskazał bowiem, że „art. 84 Konstytucji wyraża zasadę »długu konstytucyjnego«, tak, jak szczegółowo ujęte przepisy odnoszące się do wolności i praw jednostki uwidaczniają aspekt »wierzycielski« wobec jednostek poddanych władztwu państwowemu. Są to dwa aspekty konstytucyjnego statusu jednostki wobec państwa. Wynika stąd, że przepisy Konstytucji odnoszące się w ogólności do statusu jednostki oraz do jej relacji z państwem, takie jak konsekwencje zasady państwa prawnego, proporcjonalność czy równość traktowania, znajdują zastosowanie zarówno do praw i wolności, jak i do obowiązku powszechnego ponoszenia ciężarów publicznych". W konsekwencji w piśmiennictwie uznano, że stanowienie i realizacja ciężarów publicznych podlega ocenie z punktu widzenia fundamentalnych zasad sprawiedliwości społecznej (art. 2 Konstytucji), zasady równości wyrażonej w art. 31 i 32 Konstytucji i wywodzonej z nich zasad równości i sprawiedliwości opodatkowania (Huchla, 2010, s. 148, Nykiel & Mariański 2016, nb. 26 i n., Marusik, 2018, s. 72).

Wydaje się, że w kontekście ograniczoności ustawowej gwarancji zasadnym byłoby zwrócenie szczególnej uwagi na kwestię proporcjonalności ingerencji w prawa majątkowe opłacających „składkę" zdrowotną ubezpieczonych. Za literaturą przedmiotu zauważyć wprawdzie należy, że w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego petryfikacji uległ pogląd, zgodnie z którym obowiązek ponoszenia ciężarów i świadczeń publicznych, w tym podatków, nie jest ograniczeniem, którego dotyczy ogólna konstytucyjna klauzula ustanawiająca granice, w jakich dopuszczalna jest ingerencja państwa w sferę wolności i praw jednostki. W ocenie Trybunału to, że regulacja prawna dotycząca obowiązków podatkowych ma wyraźną podstawę konstytucyjną oznacza, iż jej dopuszczalność nie może być rozważana w kategoriach ograniczeń w korzystaniu z konstytucyjnych wolności i praw, lecz w kategoriach relacji między obowiązkami konstytucyjnymi z jednej strony i ochroną konstytucyjnych wolności i praw z drugiej. W konsekwencji w doktrynie stwierdzono, że skoro powinność ponoszenia przymusowego i nieodpłatnego świadczenia pieniężnego na rzecz podmiotu prawa publicznego jest ujmowana w przepisach Konstytucji nie jako ograniczenie praw i wolności, ale jako ich „opozycja", to nakładanie podatków nie powinno podlegać ocenie w kontekście zasady proporcjonalności (Duda, 2010, s. 442–446). Pojawia się jednak wątpliwość, czy tak kategoryczny pogląd odnosi się także do niepodatkowych danin publicznych, w tym przede wszystkim tak szczególnej daniny jak „składka" zdrowotna. Jak już wyżej wskazano odpłatność tej „składki" jest kwestią kontrowersyjną, niemniej nie może być ona traktowana – zwłaszcza po zerwaniu jej bliskiego związku z podatkiem dochodowym od osób fizycznych w wyniku reform „Polskiego Ładu" – jako nieodpłatny podatek. W konsekwencji wydaje się, że kwestia uniwersalności „składki" w kontekście ograniczoności ustawowej gwarancji mogłaby i powinna podlegać ocenie z perspektywy proporcjonalności ingerencji w prawo własności.

W tym kontekście jako problematyczne jawi się z kolei zagadnienie relacji między art. 64 ust. 3 a art. 31 ust. 3 Konstytucji. Trybunał Konstytucyjny stoi na stanowisku, zgodnie z którym „treść art. 64 ust. 3 Konstytucji ograni-

cza się wyłącznie do wskazania przesłanki formalnej (wymóg ustawy) oraz zakreślenia maksymalnej granicy ingerencji (zakaz naruszania istoty prawa własności). Art. 31 ust. 3 wskazuje ponadto wartości, których ochrona przemawia za dopuszczalnością ingerencji w konstytucyjne wolności i prawa (w tym w prawa właściciela). Tym samym potraktowanie art. 64 ust. 3 jedynie jako przepisu szczególnego wyłączającego ogólną zasadę proklamowaną w art. 31 ust. 3 Konstytucji, prowadziłoby do zbyt daleko idących następstw, polegających na zrelatywizowaniu ochrony prawnej, zagwarantowanej prawu własności przez konstytucję. Analiza treści obydwu klauzul określających przesłanki ograniczania praw wskazuje, że w przypadku prawa własności to właśnie art. 31 ust. 3 Konstytucji powinien spełniać rolę podstawową, natomiast art. 64 ust. 3 traktować należy wyłącznie jako konstytucyjne potwierdzenie dopuszczalności wprowadzania ograniczeń tego prawa." (por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 12 stycznia 1999 r., P 2/98).

W doktrynie formułowano także poglądy odmienne. Podnoszono, że ograniczenie własności, o którym mowa w art. 64 ust. 3, nie jest tożsame z ograniczeniem w zakresie korzystania z praw i wolności wskazanym w art. 31 ust. 3. Przewidziany w art. 64 obowiązek kształtowania ram i treści derywatów konstytucyjnego prawa własności nie podlega ocenie na gruncie art. 31 ust. 3, lecz właśnie art. 64 ust. 3 (ewentualnie innych wartości konstytucyjnych). Wskazywano także, że istota prawa własności z art. 64 ust. 3 nie może być utożsamiana z „istotą" tego prawa w znaczeniu, o którym mowa w art. 31 ust. 3 Konstytucji. W odniesieniu do własności w świetle obu przepisów można mówić o istocie tego prawa w znaczeniu strukturalnym (art. 64 ust. 3 – w ramach gwarancji instytucji prawnej) oraz funkcjonalnym (art. 31 ust. 3 – w ramach gwarancji trwałości) (Zaradkiewicz, 2016, nb. 9 i 18).

Wydaje się, że odnośnie do ukształtowania „składki" zdrowotnej chodzi o funkcjonalnie rozumianą istotę prawa własności i ograniczenie dotyczące korzystania z tego prawa w rozumieniu art. 31 ust. 3 Konstytucji. Przepis ten stanowi, że „[o]graniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane (…) tylko wtedy, gdy są konieczne (…) ". Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego „wymóg »konieczności« jest spełniony, jeżeli ustanowione ograniczenia są zgodne z zasadą proporcjonalności. Oznacza to, że: 1) środki zastosowane przez prawodawcę muszą być w stanie doprowadzić do zamierzonych celów; 2) muszą one być niezbędne dla ochrony interesu, z którym są powiązane; 3) ich efekty muszą pozostawać w proporcji do ciężarów nakładanych na obywatela. " (por. wyroki Trybunału Konstytucyjnego: z 9 czerwca 1998 r., K 28/97, z 26 kwietnia 1999 r., K 33/98, z 2 czerwca 1999 r., K 34/98 i z 21 kwietnia 2004 r., K 33/03).

W literaturze zauważono w tym kontekście, że w płaszczyźnie teoretycznej zasada proporcjonalności *sensu stricto* jest nakazem takiego treściowego ukształtowania danej regulacji prawnej, by zachowane zostały odpowiednio wyważone proporcje pomiędzy – z jednej strony – konstytucyjnymi wartościami usprawiedliwiającymi ingerencję, w tym zwłaszcza pomiędzy ważnością i stopniem realizacji tych wartości, a – z drugiej strony – stopniem ingerencji w dane konstytucyjne prawo lub wolność i związanej z tym uciążliwości dla jednostek. Nakazuje ona zatem wyważyć i zbalansować ze sobą wchodzące w grę wartości, uwzględniając przy tym ich specyfikę, jak też cały pozostały kontekst aksjologiczny Konstytucji RP (tzn. inne wartości konstytucyjnie chronione), a także cechy specyficzne tych stanów faktycznych, w których dany środek ingerencyjny ma lub będzie miał zastosowanie (Szydło, 2016, nb. 122).

Odnośnie do systemu opieki zdrowotnej jako instrumentu polityki społecznej realizującego wytyczne z art. 68 ust. 2 Konstytucji, w tym zwłaszcza równego – niezależnego od sytuacji materialnej – dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, ale służącego także urzeczywistnianiu konstytucyjnych praw: do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji) i życia (art. 38 Konstytucji) oraz poszanowania i ochrony godności człowieka (art. 30 Konstytucji)[13], a zarazem systemu świadczeniowego stojącego w obliczu nieustannie rosnących potrzeb i w konsekwencji kosztów funkcjonowania, kwestia wieloaspektowej oceny proporcjonalności obciążenia „składką" jako być może nadmiernej ingerencji w prawo własności i inne prawa majątkowe obywateli jest szczególnie skomplikowana. Zarazem jednak wydaje się, że ukształtowanie systemu, w którym „składka" nie jest ograniczona, natomiast zakres ustawowej gwarancji – między innymi z uwagi na kryteria „kosztowe" – owszem, budzi wątpliwości odnośnie do zgodności stopnia ingerencji w prawa majątkowe obywateli z zasadą proporcjonalności z art. 31 ust. 3 Konstytucji, uzasadniające potrzebę dokonania takiej oceny.

Uniwersalność „składki" a zróżnicowanie obciążenia „składką" zdrowotną różnych grup ubezpieczonych

W kontekście uniwersalności „składki" zdrowotnej należy także zwrócić uwagę na znaczne zróżnicowanie obciążenia tą daniną różnych grup ubezpieczonych. Odnośnie do ubezpieczonych – zatrudnionych „składka" opłacana jest, bez żadnych ograniczeń, od wszystkich dochodów ze wszystkich tytułów (art. 82 ust. 1–2 u.ś.o.z.). Wprawdzie przepisami „Polskiego Ładu" zniesiono ryczałt przedsiębiorców – zarówno aby uwzględnić zróżnicowanie przychodów w ramach tej grupy jak również w celu wyrównania ich obciążeń z obciążeniami zatrudnionych – niemniej utrzymano inne, wcześniej krytykowane rozwiązania, a także wprowadzono nowe, budzące zasadne wątpliwości.

W pierwszym rzędzie należy zwrócić uwagę na uprzywilejowanie rolników poprzez ustanowienie i utrzymywanie – w założeniu jedynie przejściowych – odmiennych reguł ich oskładkowania: zryczałtowanej składki w wysokości 1 zł za każdy pełny hektar przeliczeniowy. Abstrahując w tym miejscu od omówienia ewolucji rozwiązań ustawowych (Lach, 2011b, s. 286–289) należy zauważyć, że ustawodawca nie wykonał w istocie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 26 października 2010 r., K 58/07. Trybunał wskazał: „[z] punktu widzenia norm prawnych poddanych

kontroli ich konstytucyjności, rozpatrywana grupa adresatów tych norm – rolnicy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników – nie jest grupą jednorodną, mającą wspólną cechę istotną, która uzasadniałaby ich jednolite traktowanie przy prawnym uregulowaniu ich obowiązku opłatowego w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego. Takiej cechy istotnej, biorąc pod uwagę powszechność opodatkowania (art. 84 Konstytucji) i równość opodatkowania (art. 32 ust. 1 w związku z art. 2 Konstytucji), co łącznie składa się na pojęcie sprawiedliwości podatkowej, należy upatrywać w sytuacji ekonomicznej poszczególnych rolników, decydującej o ich zdolności podatkowej (opłatowej). Z tego punktu widzenia populacja rolników prowadzących działalność gospodarczą w zakresie rolnictwa jest dzisiaj (w przeciwieństwie do sytuacji w 1991 r.) bardzo zróżnicowana. Obejmuje (...) dużą liczbę osób o dochodach nieodbiegających od poziomu dochodów osób będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych, jednostki o bardzo wysokich dochodach oraz nadal pokaźną liczbę osób prowadzących gospodarstwa rolne o bardzo niskiej wydajności i dochodowości. Zdolność opłatowa tych trzech grup rolników objętych dziś jednolitym finansowaniem ich ubezpieczenia zdrowotnego przez budżet państwa jest w rzeczywistości zasadniczo różna, co czyni zaskarżoną regulację (art. 86 ust. 2 w związku z art. 86 ust. 1 pkt 1 ustawy zdrowotnej) niezgodną z art. 32 ust. 1 w związku z art. 84 i art. 2 Konstytucji". Za K. Antonowem należy nadto zauważyć, że w kontekście naruszenia zasady równości znaczenie ma nadto okoliczność, iż w wyniku likwidacji możliwości odliczania „składki" zdrowotnej od podatku dochodowego jeszcze bardziej pogłębiły się 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 znacznie zwiększono obciążenia opłatowe (wzrost stopy składki zdrowotnej o 7,75% podstawy jej wymiaru w stosunku do okresu sprzed 2022 r.), rolniczy system ubezpieczenia zdrowotnego pozostawiono bez zmian. W efekcie 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 (Antonów, 2022, s. 464–465).

W drugiej kolejności należy także zgłosić zastrzeżenia dotyczące zróżnicowania obciążeń przedsiębiorców „składką" zdrowotną w zależności od ich statusu podatkowego. Regulacja szczególna dotyczy 2 grup przedsiębiorców. Po pierwsze chodzi o podmioty opłacające podatek liniowy, których składka wynosi 4,9% podstawy wymiaru składki[14]. Drugi wyjątek odnosi się do przedsiębiorców, którzy stosują opodatkowanie w formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych[15]. W ich przypadku składka wynosi wprawdzie 9% podstawy wymiaru, ale podstawa ta uzależniona jest od relacji przychodu z działalności gospodarczej w stosunku do wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku (art. 81 ust. 2e u.ś.o.z.)[16]. O ile jednak ryczałt podatkowy, jako uprzywilejowanie określonych grup zawodowych (abstrahując od oceny zasadności doboru tych, a nie innych grup / rodzajów usług), uzasadnia przyjęcie także ryczałtu składkowego (z progresją), to zróżnicowanie stopy „składki" zdrowotnej przedsiębiorców w zależności od ich statusu podatkowego nie znajduje uzasadnienia. Trudno znaleźć przyczyny, dla których przedsiębiorcy opłacający liniowy podatek dochodowy opłacają składkę obniżoną (w wysokości 4,9% podstawy wymiaru), w każdym razie uzasadnianie projektu ustawy nie zawiera w tym względzie żadnych wskazówek. Jak się wydaje rację ma K. Antonów, który w tym kontekście dostrzegł, że niższą stopę składki na ubezpieczenie zdrowotne osób opodatkowanych 19% podatkiem liniowym należy traktować w kategoriach czegoś na wzór rekompensaty korzyści (zwłaszcza w zakresie kwoty wolnej), które przysługują podatnikom (w tym przedsiębiorcom) rozliczającym się według skali podatkowej (Antonów, 2022, s. 466–467). Problem jednak w tym, że autonomicznie finansowany system opieki zdrowotnej, jako instytucja zabezpieczenia społecznego, ma służyć kompensacie skutków wystąpienia ryzyka niezdrowia polegających na konieczności poniesienia kosztów leczenia, a nie rekompensowaniu wybranej grupie podatników niekorzystnych regulacji podatkowych. Zadaniem systemu jest gromadzenie środków przeznaczonych na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej i zarządzanie nimi w oparciu o przepisy ustawy, a nie uwzględnianie odmienności wynikających z różnic w statusach podatkowych poszczególnych grup ubezpieczonych przedsiębiorców poprzez różnicowanie stopy procentowej składki.

Oceniając zróżnicowanie obciążenia „składką" zdrowotną różnych grup ubezpieczonych w świetle Konstytucji należy – pomijając przywołane już wyżej a wskazane także w wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 26 października 2010 r., K 58/07, zasady równości i sprawiedliwości w kontekście nakładania danin publicznych (art. 31 i 32 ust. 1 w związku z art. 84 i art. 2 Konstytucji) – krótko odnieść się do art. 68 ust. 2 Konstytucji jako ewentualnego wzorca kontroli. Zgodnie z tym przepisem władze publiczne są zobowiązane zapewnić obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, przy czym warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Pojawia się pytanie, na ile obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej odnosi się także do ukształtowania mechanizmu pozwalającego na gromadzenie i wydatkowanie na świadczenia opieki zdrowotnej środków publicznych. Wprawdzie możliwe jest przyjęcie tezy, że dostęp do świadczeń opieki rozumiany będzie dosłownie, jako bezpośrednia możliwość skorzystania z porady lekarskiej, leczenia szpitalnego itp. Z drugiej jednak strony nie należy pomijać interpretacji, zgodnie z którą szeroko rozumiany dostęp do świadczeń obejmuje także – i to w pierwszej kolejności – dostęp do systemu gwarantującego te świadczenia. Druga perspektywa jest o tyle bardziej przekonująca, że skupia

się nie na kwestiach faktycznej, rozumianej technicznie i przestrzennie, dostępności, ale dotyczy problemów prawnych, związanych z różnicowaniem dostępu do systemu. Przyjęcie takiej perspektywy umożliwia kontrolę równości dostępu do systemu z punktu widzenia różnicowania „ceny" udziału w systemie w odniesieniu do różnych grup świadczeniobiorców. Trzeba przy tym mieć na uwadze, że nabycie prawa do określonego świadczenia i przejście do fazy realizacyjnej jest uwarunkowane przecież uprzednim istnieniem fazy gwarancyjnej związanej z uczestnictwem w danym systemie. Należy także podkreślić, że kwestia równego dostępu może się pojawić w odniesieniu do obu faz. Z punktu widzenia finansowej równości odrębnie trzeba bowiem oceniać zróżnicowane obciążenie składką jako swoistą ceną udziału w systemie odnoszące się do fazy gwarancyjnej, osobno zaś – obciążenia finansowe związane z korzystaniem z określonych świadczeń, a polegające na ponoszeniu przez świadczeniobiorców ich kosztów (szerzej: Lach, 2011b, s. 142–145).

W konsekwencji zasadne jest twierdzenie, że przyjęte rozwiązania w zakresie znacznego zróżnicowania obciążenia „składką" zdrowotną jako „opłatą za dostęp" do systemu różnych grup ubezpieczonych budzą wątpliwości w świetle zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, uzasadniające wniosek o potrzebie dokonania kontroli ich zgodności z art. 32 ust. 1 w związku z art. 68 ust. 2, art. 84 i art. 2 Konstytucji.

Zakończenie

Wprowadzone w 1999 r., utrzymane w ustawie z 2004 r. a zmodyfikowane w 2011 r. (rolnicy) i w 2022 r. („Polski Ład") rozwiązania w zakresie finansowania „ubezpieczenia zdrowotnego" budzą szereg uzasadnionych wątpliwości. Zastrzeżenia dotyczą przede wszystkim obciążenia składką wszystkich uzyskiwanych dochodów, ze wszystkich źródeł i bez żadnych ograniczeń, co nie jest zgodne z zasadą solidarności społecznej, zwłaszcza w kontekście likwidacji możliwości odliczania składki zdrowotnej od podatku dochodowego, a także może być ocenione jako naruszenie zasady sprawiedliwości społecznej (art. 2 Konstytucji). Ponadto wydaje się, że takie ukształtowanie systemu, w którym „składka" nie jest ograniczona, natomiast zakres ustawowej gwarancji – między innymi z uwagi na kryteria „kosztowe" – owszem, stanowi nieproporcjonalną ingerencję w prawo własności i inne prawa majątkowe obywateli (art. 31 ust. 3 Konstytucji). Dyskusyjne jest także utrzymywanie takich rozwiązań w zakresie składki, które stanowią uprzywilejowanie wybranych grup podmiotów. Chodzi tu przede wszystkim o utrzymanie niskiej, zryczałtowanej składki dla rolników. Mimo upływu wielu lat ustawodawca nadal nie zrealizował wytycznych z wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 26 października 2010 r., K 58/07, a przejściowa w założeniu regulacja z 2012 r. w między czasie utrwaliła się. Kontrowersje budzi także zróżnicowanie obciążeń przedsiębiorców w zależności od ich statusu podatkowego.

Dostrzegając złożoność zagadnienia, także wobec konstytucyjnej wytycznej skierowanej do władzy publicznej zapewniania obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 68 ust. 2 zd. 1 Konstytucji), można uznać, że zasadnym byłoby zajęcie stanowiska wobec zasygnalizowanych problemów przez Trybunał Konstytucyjny. Długofalowo zaś – mając na uwadze powszechny charakter ryzyka a w konsekwencji sytemu opieki zdrowotnej, a także wynikającą z finalnego charakteru świadczeń, odnoszących się do bieżącej potrzeby zdrowotnej, jego wyraźną odrębność od finansowanych składkowo systemów przezorności: ubezpieczeń społecznych – należałoby rozważyć przyjęcie odmiennej, budżetowej, zasady jego finansowania.

Przypisy/Notes

[1] Ustawy: z 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) i z 9 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1265).

[2] Art. 79–82 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz.1938 ze zm., dalej: u.ś.o.z.

[3] Uznano, że składka emerytalna (w części opłacanej przez ubezpieczonego) jest, podobnie jak podatek dochodowy, ciężarem publicznym w rozumieniu art. 84 Konstytucji, a jednocześnie daniną publiczną w rozumieniu art. 217 Konstytucji. Ma ona charakter przymusowego, generalnie bezzwrotnego i powszechnego świadczenia pieniężnego, stanowiącego dochód państwowego funduszu celowego, jakim jest FUS. Jest nakładana jednostronnie (władczo) przez organ wykonujący zadania publiczne i służy wypełnianiu zadań publicznych wynikających z Konstytucji i ustaw – w tym wypadku urzeczywistniania konstytucyjnego prawa do zabezpieczenia społecznego, o którym mowa w art. 67 ust. 1 Konstytucji (wyrok TK z 4 listopada 2015 r., K 1/14). Odnośnie do składki rentowej: wyrok TK z 15 lipca 2013 r., K 7/12. Por. także wyrok TK z 19 grudnia 2012 r., K 9/12.

[4] Należy jednak zastrzec przy tym, że reforma 1999 r. oznaczała zasadniczą przebudowę systemu zabezpieczenia społecznego. Trzeba także przypomnieć, że system opieki zdrowotnej nie wchodzi w skład systemu ubezpieczeń społecznych i nie realizuje założeń techniki ubezpieczeniowej (Lach, 2009, 2011a).

[5] Tylko na marginesie należy jednak zauważyć, że likwidacji odliczania części składki zdrowotnej od podatku dochodowego od osób fizycznych towarzyszyły inne jeszcze zmiany: wprowadzenie powszechnej kwoty wolnej od podatku, podniesienie kwoty pierwszego progu skali podatkowej do 120 000 zł. oraz obniżenie stawki podatku z 17% do 12% stosowanej w pierwszym progu podatkowym, wprowadzenie nowych ulg. Jak wskazuje NIK,

nowe rozwiązania spowodowały znaczące zmiany w rozliczeniu PIT za 2022 r. w porównaniu do rozliczenia za rok poprzedni, np.: wzrósł z 92,7% do 97% odsetek podatników, których dochód roczny nie przekroczył pierwszego progu skali podatkowej; obniżył się o 25 % podatek należny od podatników rozliczających się według skali podatkowej; obniżyła się z 6,7% do 4,1% efektywna stawka podatkowa podatników, których dochód nie przekroczył pierwszego progu skali podatkowej, zarazem jednak wzrosła z 14,2% do 15,6% efektywna stawka podatkowa podatników, których dochód przekroczył próg skali podatkowej, podobnie wzrosła z 17,3% do 18,5% efektywna stawka podatkowa osób, które rozliczyły się na zasadach podatku liniowego (NIK, 2024, s. 18).

[6] Tylko na marginesie można wskazać, że założenia te przyjęto jeszcze w ramach rozmów Okrągłego Stołu (Okrągły Stół, Podzespół do spraw Zdrowia, protokół końcowy wraz z załącznikami, maszynopis powielony, Warszawa 1989), a W.C. Włodarczyk trafnie określił je mianem „koncepcyjnego pęknięcia" (Włodarczyk, 1998, s. 152).

[7] Pomijając preambułę, w której ustrojodawca wzywa „[w]szystkich, którzy dla dobra Trzeciej Rzeczypospolitej tę Konstytucję będą stosowali", aby czynili to „dbając o zachowanie przyrodzonej godności człowieka, jego prawa do wolności i obowiązku solidarności z innymi", oraz art. 20, w którym z kolei mowa jest o solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych.

[8] Statuując granicę podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe ustawa określa ją w wysokości kwoty odpowiadającej trzydziestokrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok kalendarzowy, co dotyczy przecież znikomego odsetka ubezpieczonych. W konsekwencji w praktyce poszukiwania rozwiązań „optymalizujących" obciążenia składkowe dominująca rola przypada regulacji dotyczącej zbiegu tytułów z art. 9 u.s.o.s.

[9] Por. art. 31a ust. 1 pkt. 6 i 7 u.ś.o.z.

[10] Por. art. 12 pkt. 7 i 13 ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, tekst jedn. Dz.U. z 2023 r., poz. 826.

[11] Co dotyczy w szczególności leczenia / farmakoterapii chorób rzadkich (por. art. 3 ust.1 rozporządzenia nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych, Dz.U.UE L 018, 22/01/2000, s. 0001–0005). Choroby mają charakter poważny, przewlekły i często zagrażają życiu. Znanych jest ok. 8.000 takich chorób, które dotyczą 6–8% populacji (Moliner i Waligóra 2017, s. 562).

[12] Zgodnie z którym nakładanie podatków, innych danin publicznych, określanie podmiotów, przedmiotów opodatkowania i stawek podatkowych, a także zasad przyznawania ulg i umorzeń oraz kategorii podmiotów zwolnionych od podatków następuje w drodze ustawy.

[13] Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7 stycznia 2004 r., K 14/03 wskazał, że „[o]chrona zdrowia jest ściśle związana z ochroną życia, a prawo do życia z godnością człowieka".

[14] Jednak nie mniej niż kwota odpowiadająca 9%: 1) minimalnego wynagrodzenia obowiązującego w pierwszym dniu roku składkowego, o którym mowa w art. 81 ust. 2, w przypadku składki obliczanej od miesięcznej podstawy jej wymiaru; 2) iloczynu liczby miesięcy w roku składkowym, o którym mowa w art. 81 ust. 2, 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.

[15] Zgodnie z przepisami ustawy z 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, tekst jedn. Dz.U. z 2024 r., poz. 776.

[16] Przedsiębiorca, który uzyskał do 60.000 zł przychodu opłaca składkę od podstawy stanowiącej 60% przeciętnego wynagrodzenia, przy przychodzie pomiędzy 60.000 zł a 300.000 zł – od 100% przeciętnego wynagrodzenia, natomiast powyżej 300.000 zł – od 180% przeciętnego wynagrodzenia.

Bibliografia/References

Antonów, K. (2022). Równość i solidarność w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym na tle zmian w finansowaniu opieki zdrowotnej od dnia 1 stycznia 2022 r., *Roczniki Administracji i Prawa XXII* (3).

Dębowska-Romanowska, T., Nowak, T. (2016). Komentarz do art. 84. W: *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, M. Safjan, L. Bosek (Red.), C.H.Beck.

Dowgier, R. (2009). Konstytucyjne podstawy stanowienia prawa podatkowego w Polsce. W: *Konstytucyjno-ustawowa regulacja stosunków społecznych w Rzeczypospolitej Polskiej i Republice Białoruś*, J. Matwiejuk (Red.), Temida 2.

Duda, M.A. (2010). Wpływ zasady proporcjonalności na proces kształtowania powszechnego obowiązku podatkowego. W: Konstytucyjne uwarunkowania tworzenia i stosowania prawa finansowego i podatkowego, Lewkowicz P. J., Stankiewicz J. (Red.), Temida 2.

Huchla, A. (2010). Ciężary i świadczenia publiczne a podatki w świetle art. 84 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. W: Konstytucyjne uwarunkowania tworzenia i stosowania prawa finansowego i podatkowego, P.J. Lewkowicz, J. Stankiewicz (Red.), Temida 2.

Huster, S. (2016). Sprawiedliwość (społeczna) w niemieckim ustawowym ubezpieczeniu zdrowotnym. W: *Konstytucyjnoprawne wytyczne dla konstruowania systemów opieki zdrowotnej w Niemczech i w Polsce*, D.E. Lach (Red.). Wydawnictwo UJ.

Iżycka-Rączka, M. (1999). Składki na ubezpieczenie zdrowotne, *Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych*, *6*.

Jończyk, J. (2001). *Prawo zabezpieczenia społecznego*. Zakamycze.

Jończyk, J. (2007). Składka na ubezpieczenie zdrowotne, *Praca i Zabezpieczenie Społeczne*, *8*.

Kirchhof, F. (1992), Das Solidarprinzip im Sozialversicherungsbeitrag. W: B. Schulin (Red.), Sozialfinanzverfassung: 5. Sozialrechtslehrertagung 6. bis 8. März 1991 in Göttingen. Wiesbaden.

Krzeczkowski, K. (1936). *Idee przewodnie ubezpieczeń społecznych*. Instytut Spraw Społecznych.

Lach, D. E. (2021). Funkcja pilotująca pomocy społecznej a typizacja systemów świadczeniowych prawa socjalnego. W: P*rawo pracy i prawo socjalne. Teraźniejszość i przyszłość. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Herbertowi Szurgaczowi*, R. Babińska-Górecka, A. Przybyłowicz, K. Stopka, A. Tomanek (Red.). E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.

Lach, D.E. (2010). Nabycie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, *Praca i Zabezpieczenie Społeczne*, 11.

Lach, D. E. (2014). O solidarności społecznej w „ubezpieczeniu zdrowotnym". W: M. Skąpski, K. Ślebzak. *Aksjologiczne podstawy prawa pracy i ubezpieczeń społecznych*. Ars boni et aequi Przedsiębiorstwo Wydawnicze.

Lach, D. E. (2009). Powiernicza technika realizacji zabezpieczenia społecznego (na przykładzie ubezpieczenia zdrowotnego), *Państwo i Prawo*, *3*.

Lach, D. E. (2017). Powszechne prawo do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, *Praca i Zabezpieczenie Społeczne*, 2.

Lach, D. E. (2011a). Prawny paradygmat opieki zdrowotnej a stosunek „ubezpieczenia zdrowotnego" i jego charakter prawny. W: *Z zagadnień prawa pracy i prawa socjalnego. Księga jubileuszowa Profesora Herberta Szurgacza*, Z. Kubot, T, Kuczyński (Red.). Difin.

Lach, D. E. (2024). Udzielanie i finansowanie terapii spoza katalogu świadczeń gwarantowanych w niemieckim ubezpieczeniu zdrowotnym, „Diametros". DOI 10.33392/diam.1932

Lach, D.E. (2011b). *Zasada równego dostępu świadczeń opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer.

Malanowski, A. (1999). Ubezpieczenia zdrowotne – znaki zapytania i wątpliwości, *Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych*, *5*

Marusik, J. (2018). Konstytucyjne zasady sprawiedliwości, równości i powszechności opodatkowania a system ulg, zwolnień, odliczeń, kwot wolnych i kosztów w podatku dochodowym, *Studia BAS*, *2*(54)

Moliner, A.M., Waligóra, J. (2017). The European Union Policy in the Field of Rare Diseases. W: *Rare Diseases Epidemiology: Update and Overview*, M. Posada de la Paz, D. Taruscio, S. Groft (Red.), Springer.

Nykiel, W., Mariański, A. (2016). Komentarz do art. 217. W: *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, M. Safjan, L. Bosek (Red.). C.H.Beck.

NIK, (2024). Informacja o wynikach kontroli. Zmiany podatkowe w ramach Polskiego Ładu oraz tarcz antyinflacyjnych, KBF.430.1.2024, Nr ewid. 9/2024/P/23/010/KBF, Warszawa.

Pietrasz, P. (2022). Ciężary i świadczenia publiczne, o których mowa w art. 84 Konstytucji RP: kilka uwag na temat zakresu przedmiotowego. W: Srebrna księga jubileuszowa upamiętniająca XXV-lecie Wydziału Prawa i Administracji: salius publica suprea lex, R.A. Stefański (Red.), Oficyna Wydawnicza.

Ślebzak, K. (2020). Zasady prawa ubezpieczeń społecznych. W: A. Wypych-Żywicka (Red.), *System prawa ubezpieczeń społecznych. Część ogólna*. Wolters Kluwer.

Szubert, W. (1987). *Ubezpieczenie społeczne. Zarys systemu*. PWN.

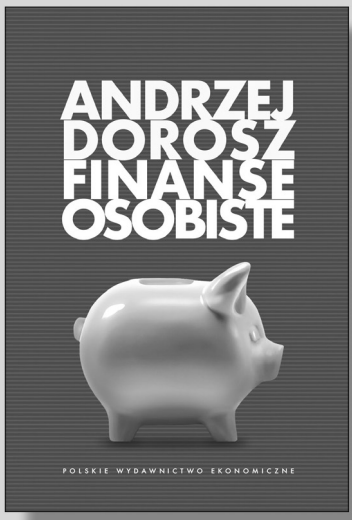
Szydło, M. (2016). Komentarz do art. 31. W: *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, M. Safjan, L. Bosek (Red.), Warszawa

Włodarczyk, W.C. (1998). *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius".

Zaradkiewicz, K. (2016). Komentarz do art. 64. W: *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, M. Safjan, L. Bosek (Red.), C.H.Beck.

Daniel Eryk Lach, jest profesorem w Zakładzie Prawa Pracy i Prawa Socjalnego Wydziału Prawa i Administracji UAM w Poznaniu. Był stypendystą Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik w Monachium. Autor ponad 120 prac naukowych dotyczących zagadnień teoretyczno-prawnych systemu opieki zdrowotnej i długoterminowej, także w aspekcie konstytucyjnym i transgranicznym, jak również prawa zabezpieczenia społecznego oraz prawa pracy.

Daniel Eryk Lach, a professor in Chair of Labour Law and Social Law at the Faculty of Law and Administration of the Adam Mickiewicz University in Poznan. Was a scholarship holder of the Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Munich. Author of over 130 scientific books and papers on theoretical and legal issues of the health – and long-term care system, also in constitutional and cross-border aspects, as well as social security law and labor law.



Andrzej Dorosz

FINANSE OSOBISTE

Postanowiłem napisać książkę o czymś, co każdego z nas dotyczy i czym każdy z nas się zajmuje – przynajmniej po osiągnięciu pewnego wieku – o świadomości, czym są pieniądze, jak je liczyć i jak się nimi zajmować. Tak naprawdę chodzi jednak o zarządzanie pieniędzmi w naszym życiu. Dla każdego z nas bardzo istotne jest to, jak zdobyć pieniądze na zaspokojenie potrzeb swoich i potrzeb swoich najbliższych oraz jak je rozsądnie wydawać. Większość kłopotów, jakie napotyka człowiek w trakcie swojego życia, łączy się bowiem z oszczędzaniem. Jak oszczędzać, gdy pieniądz traci siłę nabywczą? Co zrobić z oszczędnościami? W pracy proponuję w tym względzie kilka możliwości. Nie jest to więc książka o tym, jak dorobić się dużych pieniędzy, lecz o tym, jak nimi rozsądnie gospodarować.

Więcej informacji na stronie www.pwe.com.pl