

Jan Sobiech

REDYSTRYBUCYJNE ZNACZENIE SKŁADKI I ŚWIADCZENIA W UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

WSTĘP

Celem opracowania jest przedstawienie redystrybucyjnego znaczenia składki i świadczenia w ubezpieczeniu zdrowotnym. Wzajemność składki i świadczenia jest podstawową cechą ubezpieczenia. Procesy gromadzenia, przy wykorzystaniu składki funduszy ubezpieczeniowych i procesy wydatkowania tych funduszy, mają znaczenie fiskalne, alokacyjne i redystrybucyjne. Rozpatrywanie fiskalnego, alokacyjnego i redystrybucyjnego znaczenia gromadzenia i rozdzielania funduszy ubezpieczeniowych zasadniczo powinno następować łącznie.

Uzasadnieniem dla ograniczenia się w tym opracowaniu do redystrybucyjnego znaczenia ubezpieczenia zdrowotnego jest szczególnie związek tego ubezpieczenia z finansami publicznymi. Zasadniczym przedmiotem finansów publicznych jest redystrybucja rozumiana jako korygowanie rynkowego rozkładu dochodów. Składka i świadczenie w ubezpieczeniu zdrowotnym ma redystrybucyjne znaczenie zbliżone swoim charakterem do redystrybucyjnego znaczenia podatków i transferów jako tradycyjnych instrumentów finansów publicznych.

W pierwszej części opracowania przedstawione zostanie redystrybucyjne znaczenie składki w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Konstrukcja tej składki związana jest z konstrukcją podatku dochodowego od osób fizycznych. Redystrybucyjne znaczenie świadczenia w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym połączone zostało z wyjątkowo złożoną problematyką świadczeń gwarantowanych (tzw. koszyka) w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

W drugiej części opracowania przedstawione zostanie redystrybucyjne znaczenie składki i świadczenia w dobrowolnych (dodatkowych) prywatnych

* Dr hab., prof. nadz. w Katedrze Finansów Przedsiębiorstw Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.

ubezpieczeniach zdrowotnych. W ubezpieczeniach tych występuje wyjątkowo silny związek pomiędzy składką a świadczeniem. Redystrybucyjne znaczenie składki i świadczenia w dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych ukazane zostanie w powiązaniu z redystrybucyjnym znaczeniem składki i świadczenia w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

1. REDYSTRYBUCYJNE ZNACZENIE SKŁADKI W POWSZECHNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

Składka ubezpieczeniowa w powszechnych ubezpieczeniach zdrowotnych ma znaczenie fiskalne, redystrybucyjne i alokacyjne. Fiskalne znaczenie składki wysuwa się współcześnie na plan pierwszy, a to ze względu na dominującą rolę przymusowych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie opieki zdrowotnej. Charakterystyczną cechą powszechnych, odnoszonych do ogółu ludności, ubezpieczeń zdrowotnych jest przymus ubezpieczenia zdrowotnego, co skłania do pytania o stosunek powszechności (przymusu) ubezpieczenia zdrowotnego do obywatelskiego tytułu do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Wyrażam pogląd, iż nie ma sprzeczności pomiędzy obywatelskim prawem do opieki zdrowotnej a powszechnością i przymusem ubezpieczenia zdrowotnego¹. Łączenie obywatelskiego prawa do opieki zdrowotnej z powszechnością ubezpieczenia zdrowotnego ma nie tylko znaczenie porządkujące, ale sprzyja efektywności tak gromadzenia dochodów jak i dokonywania wydatków z funduszu ubezpieczeniowego.

Wszyscy obywatele stosownie do swojej zdolności podatkowej (płatniczej) przyczyniać się powinni do gromadzenia środków publicznych przeznaczanych na opiekę zdrowotną. Fundamentalnym założeniem przyjmowanym – w pozyskiwaniu środków publicznych rozpatrywanych od strony finansowej – jest tu więc przewaga zasady zdolności podatkowej (płatniczej) nad zasadą ekwiwalencji. Państwo odgrywające kluczową rolę w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie może działać, i w tym przypadku nie działa, w imieniu jednej tylko grupy społecznej (płacących składkę). Z drugiej strony każdy, kto z działalności państwa w zakresie opieki zdrowotnej czerpie korzyści (nie tylko bezpośrednio, korzysta z usług opieki zdrowotnej, ale i ma zapewniane bezpieczeństwo zdrowotne), musi za udział w tych korzyściach płacić najlepiej w formie składki na powszechne (przymusowe) ubezpieczenie zdrowotne. Wnosząc przymusową składkę (odpowiednio skonstruowaną) na powszechne ubezpieczenie zdrowotne stosownie do zdolności

¹ J. Sobiech, *Składka na ubezpieczenie zdrowotne i bezpośrednie opłaty za usługi w systemie „monokas”*, [w:] *Nauki finansowe wobec współczesnych problemów polskiej gospodarki*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2004.

podatkowej (płatniczej), obywatel przyczynia się do ponoszenia kosztów opieki zdrowotnej. Składka na przymusowe ubezpieczenie zdrowotne godzi zasadę ekwiwalencji z zasadą zdolności płatniczej – a więc cele ekonomiczne z celami społecznymi – pozwalając na zachowanie obywatelskiego tytułu uprawnień do opieki zdrowotnej². Tym samym składka staje się podatkiem, a ściślej biorąc podatkiem celowym przeznaczanym na zapewnienie opieki zdrowotnej dla ogółu ludności.

W polskim systemie finansowym konstrukcja składki na ubezpieczenie zdrowotne powiązana została z konstrukcją podatku dochodowego od osób fizycznych. Nastąpiło więc z formalno-prawnego punktu widzenia połączenie „powszechnego” ubezpieczenia – a ściśłe rzecz ujmując składki w tym ubezpieczeniu – z „powszechnym” podatkiem dochodowym od osób fizycznych. Tego rodzaju podejście nawiązuje do tradycji ubezpieczenia zdrowotnego jako ubezpieczenia społecznego (a więc związanego z zatrudnieniem i odnoszonego do ludzi pracy najemnej)³ oraz zakłada powszechność w osobistym podatku dochodowym. W Polsce podatek dochodowy od osób fizycznych nie jest podatkiem powszechnym (ani w znaczeniu podmiotowym, ani przedmiotowym), tak więc ubezpieczenie zdrowotne – przynajmniej z finansowego punktu widzenia – także nie jest powszechne.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne podlega odliczeniu od podatku dochodowego od osób fizycznych w wysokości 8,75% (w 2006 r.) a jedynie 1,0% takiemu odliczeniu nie podlega. W tych warunkach ocenę redystrybucyjnego znaczenia podatku dochodowego od osób fizycznych w zasadzie utożsamiać można z oceną redystrybucyjnego znaczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne⁴. Redystrybucyjne znaczenie składki na ubezpieczenie

² Zasada ekwiwalencji i zasada zdolności podatkowej należą do kanonu klasycznych zasad finansów publicznych, rozpatrywanych najczęściej jako zasady podatkowe łączone ze sprawiedliwością podziału dóbr publicznych. A. Gomułowicz, *Zasady podatkowe wczoraj i dziś*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2001; idem, *Zasada sprawiedliwości podatkowej*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2001; H. Peyton Young, *Sprawiedliwy podział*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003; Z. Ziemiński, *O pojmowaniu sprawiedliwości*, Instytut Wydawniczy Daimonion, Lublin 1992.

³ W. Szubert, *Ubezpieczenie społeczne. Zarys systemu*, PWN, Warszawa 1987; J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Zakamycze, Kraków 2001.

⁴ Redystrybucyjna funkcja podatku dochodowego od osób fizycznych jest w Polsce przedmiotem badań Profesor Izabeli Bolkowiak: I. Bolkowiak, *Zdolność płatnicza a podstawa opodatkowania w podatku dochodowym od osób fizycznych*, [w:] *Kierunki reformy polskiego systemu podatkowego*, red. A. Pomorska, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2003; I. Bolkowiak, H. Kuzińska M. Majewicz, C. Malinowski, J. Neneman, *Obciążenia podatkowe przychodów gospodarstw domowych*, Instytut Finansów, Warszawa 1996; I. Bolkowiak, H. Kuzińska, M. Majewicz, *Obciążenie podatkowe przychodów gospodarstw domowych w latach 1995–1996*, Instytut Finansów, Warszawa 1998; I. Bolkowiak, H. Kuzińska, M. Majewicz, *Obciążenia podatkowe przychodów gospodarstw domowych (lata 1996–1997)*, Warszawa 2000; I. Bolkowiak, H. Kuzińska, M. Majewicz, *Obciążenia podatkowe*

zdrowotne jest jednak zdecydowanie wzmocnione przez fakt, iż składkę płaci się od wszystkich przychodów ubezpieczonego (np. z tytułu zatrudnienia u więcej niż jednego pracodawcy i od przychodów z prowadzonej dodatkowo działalności gospodarczej), bez (występującego dla przykładu w ubezpieczeniu emerytalnym) ograniczenia wysokości przychodów i to niezależnie od ich poziomu. Istotne dla redystrybucyjnego znaczenia składki jest wreszcie i to, iż składkę płaci się wedle tej samej stopy niezależnie od liczby członków rodziny, automatycznie ubezpieczonych w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Przyjęty sposób naliczania składki w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym pozwala wyodrębnić zasadniczo cztery – istotnie się różniące – grupy ubezpieczonych:

- standardowych podatników (opodatkowanych podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach ogólnych);
- opodatkowanych na tzw. zasadach uproszczonych, np. w formie ryczałtu;
- rolników (nie będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych);
- osoby nie osiągające dochodów i (lub) nie posiadające zdolności do zapłaty składki.

Tak długo, jak osobisty podatek dochodowy nie uzyska charakteru podatku powszechnego, utrudnione będzie realizowanie zasady równości w konstytucyjnym prawie do opieki zdrowotnej oraz wiązanie zasady zdolności płatniczej z zasadą ekwiwalencji. Redystrybucyjna rola składki ubezpieczenia zdrowotnego będzie silnie powiązana z przywilejami i preferencjami w osobistym podatku dochodowym. Stąd też właściwy wydaje się – przynajmniej z rozpatrywanego tu punktu widzenia – postulat upowszechnienia i ujednolicenia osobistego podatku dochodowego w Polsce. Upowszechnienie podatku dochodowego nie tylko uprościłoby problem poboru składki na ubezpieczenie zdrowotne ze względu na wspólną podstawę, ale także zwiększyłoby strumień pozyskiwanych środków na opiekę zdrowotną.

Tendencja do umniejszania znaczenia podatku dochodowego w strukturze opodatkowania⁵ oznaczać może konieczność podwyższania stopy składki w ubezpieczeniu zdrowotnym ze względów fiskalnych. Nasilenie tej tendencji może nawet skłaniać do rozważenia celowości rozdzielenia podstawy wymiaru składki od podstawy opodatkowania w podatku dochodowym od osób fizycznych. Przyjmując, iż koszty opieki zdrowotnej są stosunkowo słabo

przychodów gospodarstw domowych w latach 1997–1998, „Studia Finansowe” 2001, nr 58; I. Bolkowiak, *Obciążenia podatkowe gospodarstw domowych w latach 1994–1998*, *ibidem*, 2002, nr 60.

⁵ J. Sobiech, *Kontrowersyjne problemy opodatkowania dochodów w Polsce*, [w:] *Kierunki reform...*

powiązane z podstawą opodatkowania w osobistym podatku dochodowym, można poszukiwać innej podstawy naliczania składki ubezpieczenia zdrowotnego, mieszczącej się zasadniczo pomiędzy „pogłównym” a silnie zindywidualizowaną składką zależną od odpowiednio wyszacowanych indywidualnych ryzyk zachorowalności. Przyjęte w tym zakresie rozwiązanie powinno uwzględniać możliwości do zaakceptowania zakresu redystrybucji.

Przed wszystkim ze względów społecznych i politycznych trudne może okazać się znalezienie rozwiązania dla rolników bez zasadniczej reformy opodatkowania rolnictwa. Rolnicze gospodarstwa domowe są – bez względu na przyjętą konstrukcję składki i jej funkcję redystrybucyjną – szczególnymi beneficjentami systemu opieki zdrowotnej. Podobną uwagę odnieść można do „drobnych” przedsiębiorców i tzw. samozatrudnionych a więc korzystających z uproszczonego opodatkowania na zasadzie karty podatkowej i w formie zryczałtowanego podatku dochodowego od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne. Przywileje podatkowe dla tych osób, na ogół odbierane zresztą jako niewystarczające z punktu widzenia potrzeb stymulowania przedsiębiorczości, oznaczają równocześnie podniesienie redystrybucyjnego znaczenia składki w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Najpoważniejszym problemem z punktu widzenia redystrybucyjnego znaczenia składki w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym jest znalezienie odpowiedzi na pytanie: kto ma opłacać składkę za tych, którzy nie osiągają dochodów (nie mają zdolności podatkowej czy zdolności płatniczej do składki)? A może zrezygnować w odniesieniu do tych osób z obowiązku wnoszenia składki, pozostawiając na niezmienionym poziomie uprawnienia do świadczeń (co zwiększałoby skalę redystrybucji w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym)? Właściwe z finansowego punktu widzenia – jakkolwiek przypuszczalnie mało realistyczne – byłoby tu poszerzenie finansowej roli samorządu terytorialnego jako zbiorowego płatnika składki w imieniu tych, którzy nie mają zdolności podatkowej (płatniczej) do zapłaty składki. Inne możliwe tu rozwiązania to opłacanie składki wprost z budżetu państwa (lub parabudżetów np. Funduszu Pracy). We wszystkich zarysowanych przypadkach składka na powszechne ubezpieczenie zdrowotne pełniłaby funkcję redystrybucyjną, ale zmieniałaby się płaszczyzna redystrybucji.

Całkowita rezygnacja ze składki wydaje się najmniej uzasadniona nie tylko ze względów redystrybucyjnych, ale i ze względów alokacyjnych, a nawet i psychologicznych. Maksymalnie szeroki zakres podmiotowy składki na ubezpieczenie zdrowotne ma istotne znaczenie porządkujące cały system ochrony zdrowia, gdyż w najjaśniejszy sposób stwarza warunki do upodmiotowienia pacjenta także i w świadomości społecznej. Uwidacznia bowiem także i w świadomości społecznej, iż gromadzone przy użyciu składki publiczne zasoby pieniężne przeznaczone na opiekę zdrowotną to „pieniądze podatnika” a usługi opieki zdrowotnej nie są za darmo.

Powiązanie wymiaru składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne z osobistym podatkiem dochodowym czyni zasadnym postulat rozszerzenia zakresu podmiotowego ubezpieczenia zdrowotnego z zastosowaniem samoubezpieczenia, a więc dopuszczenia do powszechnego ubezpieczenia osób, które same (pomimo braku obowiązku prawnego) chciałyby wносить składkę od ustawowo określonej na minimalnym poziomie podstawy wymiaru składki.

Kontrowersyjnym zagadnieniem jest pytanie o to, czy wprowadzić ograniczenie poziomu dochodów (przychodów), od których naliczana jest składka w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Uzasadnione wydaje się rozpatrzenie rozwiązania, polegającego na wyznaczeniu (tak jak w ubezpieczeniu emerytalnym) pułapu dochodów osiągniętych w danym roku, od których nalicza się składkę na powszechne (przymusowe) ubezpieczenie zdrowotne na poziomie 30-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce. Miałoby to znaczenie dla redystrybucyjnej funkcji składki ubezpieczeniowej, jednakże ze względu na fakt obowiązywania reguły, zgodnie z którą składka podlega odliczaniu od podatku dochodowego od osób fizycznych, zakres redystrybucji pozostałby zasadniczo bez zmian. Sytuacja uległaby jednak zmianie, gdyby osoby przekraczające pułap dochodów, o jakich mowa, zachowały jednak prawo do odliczania składki od podatku, jeśliby całą nadwyżkę wnieśli do dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Stymulować mogłoby to rozwój dochodowych ubezpieczeń zdrowotnych i konkurencję pomiędzy ubezpieczeniami. Należy przewidywać, iż wszelkie ewentualne próby ograniczenia zakresu redystrybucyjnej roli składki w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym natrafiać będą na trudne w praktyce do przezwyciężenia przeszkody.

Odrębnego rozpatrzenia wymaga redystrybucyjna funkcja składki ubezpieczenia zdrowotnego w powiązaniu z wielkością i typem gospodarstwa domowego, a także wiekiem osób ubezpieczonych. Nadawanie w systemach podatkowych podatkom dochodowym osobistego a nie rodzinnego charakteru zwiększa redystrybucyjne znaczenie składki. Szczególnie istotny jest tu wiek osób ubezpieczonych, a to z tego powodu, że fakt wyższej umieralności populacji osób starszych jest przyczyną wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną na rzecz tej grupy⁶, przy równoczesnym obniżeniu podstawy opodatkowania w osobistym podatku dochodowym charakterystycznej dla osób starszych. Skłania to nawet do tworzenia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego odrębnego działu tego ubezpieczenia dla osób starszych, co dodatkowo wzmacniane jest zmianami w reprodukcji ludności, a zwłaszcza obniżeniem się współczynnika płodności w większości państw europejskich.

⁶ S. Golińska, *Wielkość i determinanty wydatków na ochronę zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia – Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2003, nr 1.

2. REDYSTRYBUCYJNE ZNACZENIE ŚWIADCZENIA W POWSZECHNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

Solidaryzm jako główna cecha powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przesądza o szczególnym redystrybucyjnym znaczeniu świadczenia w tym ubezpieczeniu. Asymetria informacji, występowanie efektów zewnętrznych i niepewność w opiece zdrowotnej podnosi jeszcze znaczenie redystrybucyjnej roli świadczenia w opiece zdrowotnej. Współcześnie redystrybucyjna rola świadczeń w ubezpieczeniach zdrowotnych łączy się z tzw. koszykiem świadczeń gwarantowanych czy też z regułami racjonowania lub regułami reglamentacji opieki zdrowotnej⁷. Tak zwany koszyk rozumiany jest na ogół jako reguły reglamentacji czy reguły racjonowania opieki zdrowotnej, co powoduje, iż to właśnie przyjmowane reguły reglamentacji przesądzają o redystrybucyjnym znaczeniu świadczenia w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Poszukiwanie i określanie tzw. koszyka rozumianego jako zaakceptowany przez władze publiczne wzorzec spożycia usług opieki zdrowotnej (określanych co do rozmiarów, struktury asortymentowej, standardu a nawet i technologii) można uznać za utopię. Nie oznacza to jednak, iż należy lekceważyć samą problematykę wyznaczania świadczeń gwarantowanych i świadczeń rekomendowanych w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z uwzględnieniem ich skuteczności, jakości, kosztów oraz efektywności⁸. Przyjmowane konkretne reguły reglamentacji i metody wyznaczenia świadczeń gwarantowanych przynoszą różne efekty redystrybucyjne.

Redystrybucyjne znaczenie świadczenia w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym będzie tym większe, im szerszy zakres będą miały standardy świadczenia usług zdrowotnych obejmowanych świadczeniami gwarantowanymi (tzw. koszykiem).

3. REDYSTRYBUCYJNE ZNACZENIE SKŁADKI I ŚWIADCZENIA W DOBROWOLNYCH (DODATKOWYCH) UBEZPIECZENIACH ZDROWOTNYCH

Dobrowolne (czy jak się w Polsce częściej przyjęło mówić dodatkowe) ubezpieczenia zdrowotne traktowane są jako szansa na zahamowanie stałego wzrostu wydatków publicznych na opieką zdrowotną oraz jako szansa na

⁷ *The Global Challenge of Health Care Rationing*, eds A. Coulter, Chr. Ham, Open University Press, Buckingham 2000.

⁸ A. Kozierkiewicz, *Koszyk świadczeń gwarantowanych – możliwości realizacji*, masyzynopsis, Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.

podniesienie efektywności opieki zdrowotnej⁹. Zdarzeniowy, losowy charakter zdrowia i choroby oraz specyficzne cechy mechanizmu rynkowego w opiece zdrowotnej powodują, iż dobrowolne (dodatkowe) ubezpieczenia zdrowotne wydają się atrakcyjne także i ze względu na rozwój bezpośrednich opłat za usługi opieki zdrowotnej (tzw. współpłacenia) w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W tym ostatnim przypadku ubezpieczenia dobrowolne oznaczałyby wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej dla zabezpieczenia się przed bezpośrednimi opłatami za usługi opieki zdrowotnej jako swoistego rodzaju „udziałem własnym” w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Ubezpieczenia dobrowolne zasadniczo mogą występować jako ubezpieczenia alternatywne czy zastępujące system (ubezpieczeniowy czy budżetowy) opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych albo też jako ubezpieczenia uzupełniające czy dodatkowe w ścisłym znaczeniu, a więc gwarantujące wyższy standard, a niekiedy także i szerszy zakres opieki zdrowotnej od dostępnej w systemie podstawowym. Istnienie ubezpieczeń dodatkowych i potrzeba tworzenia bodźców do ich rozwoju świadczy z reguły o niewydolności systemu podstawowego.

Rozwój dobrowolnych (dodatkowych) ubezpieczeń zdrowotnych jako ubezpieczeń alternatywnych zastępujących podstawowy system opieki zdrowotnej wymagałoby uchylenia obowiązku ubezpieczenia (przynajmniej dla osób o najwyższym poziomie dochodów). Rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych zabezpieczających przed opłatami bezpośrednimi (tzw. współpłaceniem) za usługi świadczone w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego związany jest z istnieniem i znaczącym rzeczywistym zakresem zalegalizowanych opłat bezpośrednich.

Przeszkodą w rozwoju ubezpieczeń dodatkowych jest brak odpowiednich bodźców podatkowych, występowanie „hazardu moralnego” oraz „czarnego” i „szarego” (o rozmaitych odcieniach „szarości”) rynku w opiece zdrowotnej. Dla rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych szczególnie istotne okazać się mogą ubezpieczenia grupowe.

Rola ubezpieczeń dodatkowych wyrażać się może w tworzeniu dzięki tym ubezpieczeniom mechanizmów proefektywnościowych podnoszących wydajność zasobów w opiece zdrowotnej, co ma znaczenie głównie alokacyjne. Redystrybucyjne znaczenie ubezpieczeń dodatkowych jako ubezpieczeń uzupełniających uwidoczni się przede wszystkim w związkach pomiędzy tymi ubezpieczeniami a powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Rozwój ubezpieczeń dodatkowych ograniczy możliwość gromadzenia publicznych zasobów pieniężnych przeznaczanych na opiekę zdrowotną, a to z tego względu, iż

⁹ Ch. Sowa da, *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Wyzwania dla Polski w świetle doświadczeń krajów Unii Europejskiej*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia – Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2003, nr 1.

trzeba będzie stworzyć, poprzez system odpowiednich bodźców podatkowych, miejsce na składkę na dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne w zdolności płatniczej gospodarstw domowych. Jeżeli zmiany w preferencjach gospodarstw domowych okażą się nie wystarczające, to może pojawić się konieczność zmniejszenia zakresu świadczeń gwarantowanych w systemie publicznej opieki zdrowotnej w związku z rozwojem dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Samo istnienie ubezpieczeń dodatkowych może jednak uruchomić mechanizmy proefektywnościowe w opiece zdrowotnej hamujące wzrost składki tak w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, jak i w ubezpieczeniach dobrowolnych.

Dobrowolne, prywatne ubezpieczenia zdrowotne szczególnie wrażliwe są na impulsy rynkowe, co powoduje w pierwszej kolejności rozwój takich działów tych ubezpieczeń, jak ubezpieczenia szpitalne i ubezpieczenia dla starszych grup ludności. Zapewnienie trwałości istnienia ubezpieczeń dobrowolnych wymagałoby stworzenia nie tylko bodźców podatkowych, ale nawet subsydiowania tych ubezpieczeń z funduszy publicznych, co ma oczywiste znaczenie redystrybucyjne. Trwałość istnienia ubezpieczeń dobrowolnych wzrasta w miarę przechodzenia od ubezpieczeń krótko- i średnioterminowych do ubezpieczeń długoterminowych, umożliwiających tworzenie w okresie ubezpieczenia rezerw na świadczenia na starość osób ubezpieczonych. Trwałości ubezpieczeń dobrowolnych służą też ubezpieczenia grupowe wydatnie rozszerzające wspólnotę ryzyka.

W dobrowolnych, prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych szczególnie wyraźny jest związek pomiędzy składką a świadczeniem. Składka kalkulowana jest z uwzględnieniem indywidualnego ryzyka i zastosowaniem narzędzi selekcji ryzyka. Różnicowanie poziomu składki ogranicza dostępność do dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w zależności od siły dochodowej gospodarstw domowych. Występująca na rynku dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych konkurencja wywiera wpływ na cenę ubezpieczenia. Rynek dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych jest rynkiem regulowanym, a rola nadzoru ubezpieczeniowego jest tu znacząca. Im silniejszy jest związek pomiędzy składką a świadczeniem, tym węższy jest zakres redystrybucji w dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych. Występowanie wyraźnego związku pomiędzy składką a świadczeniem w dobrowolnych, dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych uzasadnia możliwość przenoszenia rezerw zgromadzonych na starość w przypadku zmiany ubezpieczyciela. Istotne jest także wprowadzenie reasekuracji rezerw zgromadzonych na starość w celu zmniejszenia ryzyka w dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Redystrybucyjne znaczenie składki i świadczenia w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i w ubezpieczeniach dobrowolnych powinno być rozpatrywane łącznie ze względu na koegzystencję sektora publicznego i sektora prywatnego w opiece zdrowotnej.

*Jan Sobiech***REDISTRIBUTION IMPORTANCE OF PREMIUM AND SERVICE
IN HEALTH INSURANCE**

The aim of the paper is to present the redistribution importance of premium and service in the health insurance. In the paper, the particular relationship between the health insurance and the public finance was shown. The redistribution importance of premium and service in the obligatory public health insurance and in the voluntary private health insurance was discussed separately. The structure and importance of premium in the obligatory public health insurance was presented in the connection with the structure and importance of personal income tax. The structure and importance of service in the obligatory public health insurance was shown in the connection with methods of health care rationing (ensured services). The redistribution importance of premium and service in the voluntary private health insurance was presented as the consequence of inefficiency of obligatory public health insurance.