

dr Małgorzata Paszkowska

Katedra Prawa
Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce

Wprowadzenie

Opieka zdrowotna jest istotnym, ale bardzo trudnym elementem polityki każdego państwa. Najbardziej drażliwa pozostaje kwestia finansowania systemu ochrony zdrowia. Przyjęty w danym kraju sposób finansowania służby zdrowia związany jest bezpośrednio ze stosowanym w nim modelem systemu zdrowotnego. Zdrowie stanowi wartość nadrzędną dla każdego człowieka, a jego utrata powoduje poważne konsekwencje finansowe nie tylko dla jednostki, ale także społeczeństwa. Przybliżenie źródeł finansowania systemu opieki medycznej w Polsce pozwoli na częściowe zrozumienie obecnej sytuacji służby zdrowia. Celem artykułu jest przedstawienie (poprzedzone prezentacją ewolucji systemu zdrowotnego w Polsce) jednostek organizacyjnych systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim dostępnych zgodnie z prawem źródeł i sposobów finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia oraz analiza udziału jednostek organizacyjnych w finansowaniu poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych.

Z uwagi na rozległy materiał normatywny i dane empiryczne artykuł prezentuje tylko zarys teoretycznych rozważań i podstaw normatywnych.

Podstawowe pojęcia

Problematyka artykułu wymusza to, że niezbędne jest wyjaśnienie tak ważnych pojęć jak system zdrowotny (opieki zdrowotnej) i system finansowy ochrony zdrowia. W literaturze znajdziemy kilka definicji systemu zdrowotnego, w zależności zależnych od podejścia autora do analizowanego pojęcia¹. Przede wszystkim jest on całością złożoną z wielu rozmaitych elementów, między którymi zachodzą różnorodne relacje, i który realizuje cel związany ze zdrowiem. Poza tym system zdrowotny należy rozpatrywać w kontekście odzwierciedlenia rzeczywistości (organizacji i funkcjonowania) określonego państwa. Według WHO, system zdrowotny może być zdefiniowany jako spójna całość, której liczne powiązane między sobą części wspólnie oddziałują pozytywnie na stan zdrowia populacji. Podstawą funkcjonowania każdego rodzaju organizacji jest posiadanie przez nie środków pieniężnych, które są warunkiem ich efektywnej działalności. System finansowy organizacji związany jest z określeniem zasad jej funkcjonowania w sferze pieniężnej. Według definicji S Owsiaaka, system finansowy to zespół powiązanych ze sobą logicznie form organizacyjnych, aktów prawnych, instytucji finansowych i innych elementów umożliwiających podmiotom nawiązywanie stosunków finansowych zarówno w sektorze realnym, jak i w sektorze finansowym². Każdy system składa się z tworzących go wielu elementów, którymi są dla systemu finansowego ochrony zdrowia m.in.: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, jednostki udzielające świadczeń zdrowotnych, producenci farmaceutyków oraz sprzętu medycznego, a także akty prawne. Należy przyjąć, iż system finansowy ochrony zdrowia to wyodrębniona, spójna całość złożona z wielu instytucji o różnorodnych formach organizacyjnych oraz aktów normatywnych, będących podstawą ich tworzenia i funkcjonowania, mających za zadanie realizowanie celów zdrowotnych. System finansowy ochro-

¹ Por. J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Kraków 2004, s. 54–62; C. Włodarczyk, S. Poździejch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wyd. UJ, Kraków 2001, s. 13-19.

² S. Owsiaak, *Podstawy nauki finansów*, PTE, Warszawa 2002, s. 234.

ny zdrowia ma w każdym państwie mniej lub bardziej złożoną strukturę. Sposoby gromadzenia i wydatkowania środków na ochronę zdrowia w danym państwie związane są bezpośrednio z przyjętym w nim modelem systemu zdrowotnego z jednej strony, z drugiej natomiast to właśnie aspekt finansowania ochrony zdrowia przyczynił się do wyodrębnienia poszczególnych, klasycznych modeli systemu zdrowotnego. Do typowych modeli systemu zdrowotnego zaliczamy następujące:

Bismarcka,
Beveridge'a,
rezydualny (rynkowy),
Siemaszki.

W krajach Unii Europejskiej funkcjonuje jeden z dwóch modeli organizacyjnych systemu opieki zdrowotnej: Bismarcka lub Beveridge'a³. Model ubezpieczeniowy Bismarcka jest najstarszym z klasycznych i wywodzi się z rozwiązań przyjętych w ustawie o ubezpieczeniu na wypadek choroby z pakietu ustaw socjalnych zainicjowanych przez kanclerza Rzeszy Niemieckiej, Ottona von Bismarcka⁴. Jest on oparty na ubezpieczeniach, których celem jest ochrona ludzi (pracowników) przed nieprzewidywalnym zdarzeniem (chorobą) i wynikającą z niego utratą bezpieczeństwa materialnego rodziny⁵. Płatnicy (Kasy Chorych) zawierają kontrakty z instytucjami opieki zdrowotnej na świadczenie usług zdrowotnych ubezpieczonej populacji. W ujęciu klasycznym ubezpieczenie jest obowiązkowe tylko dla osób o niższych dochodach (np. w Polsce uczestnictwo w systemie jest obowiązkowe dla wszystkich), natomiast osoby o wyższych dochodach mogą dobrowolnie uczestniczyć w funduszach lub przystąpić do prywatnych programów ubezpieczeniowych. W Polsce od 1999 r. model systemu zdrowotnego z licznymi modyfikacjami oparty jest na systemie Bismarcka

Po II wojnie światowej ukształtował się model angielskiej narodowej (państwowej) służby zdrowia, wprowadzony w 1948 r. w Wielkiej Brytanii przez lorda Beveridge'a. Beveridge wyłączył z systemu ubezpieczeń społecznych opiekę medyczną, tworząc dla niej specjalny fundusz finansowany z podatków ogólnych. Służba zdrowia zyskała także odrębność w sferze zarządzania i organizacji, a powszechne świadczenia zdrowotne finansowane były z budżetu państwa. Charakterystyczne dla tego modelu jest świadczenie usług wszystkim obywatelom, bez względu na status społeczny, oraz monopol państwa w systemie zdrowotnym. Jest ono odpowiedzialne za powszechny dostęp do usług zdrowotnych i realizuje ten obowiązek za pośrednictwem państwowej służby zdrowia. Środki na opiekę zdrowotną pochodzą z podatków ogólnych (centralnych) lub lokalnych. Model Beveridge'a występuje obecnie w klasycznej postaci w Wielkiej Brytanii, natomiast Bismarcka – w Niemczech. Systemy ochrony zdrowia poszczególnych krajów UE różnią się między sobą. Różnice te dotyczą przede wszystkim sposobu finansowania ochrony zdrowia w danym kraju.

W modelu rezydualnym (rynkowym), który obecnie występuje przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych, rezygnuje się z odpowiedzialności państwa za dostęp do opieki zdrowotnej. Jednostka samodzielnie decyduje o przeznaczeniu swoich środków pieniężnych na ochronę zdrowia. Następuje w tym przypadku wyraźne rozgraniczenie między zdrowiem publicznym (gdzie aktywność państwa zostaje zachowana) a indywidualnym.

Model Siemaszki (radziecki) powstał w latach 30. XX w. i stał się podstawą tworzenia systemów zdrowotnych w krajach Europy Środkowej i Wschodniej (w tym w Polsce). Jego założenia zostały oparte na koncepcji narodowej służby zdrowia, finansowanej z podatków za pośrednictwem budżetu, i powszechnym dostępem do szerokiego zakresu świadczeń. W powyższym modelu państwo jest odpowiedzialne za zdrowie społeczeństwa.

Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce

Przed II wojną światową występował w Polsce ubezpieczeniowy model systemu zdrowotnego. Ubezpieczenie zdrowotne było obowiązkowe dla pracowników najemnych, lecz z systemu ubezpie-

³Szerzej modele systemów zdrowotnych UE [w:] M. Paszkowska, *Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w wybranych państwach UE*, „e-Finanse” 2006, nr 1.

⁴M. Balicki, Z. Koronkiewicz, *System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej*, [w:] *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wydawnictwo Medyczne & Urban Partner, Wrocław 2003, s. 134.

⁵Por. M. Kautsch, J. Klich, M. Whitfeld, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wyd. UJ, Kraków 2001, s. 33.

czeń wyłączeni byli chłopci. Działanie kas chorych i mieszana struktura dostawców usług zdrowotnych trwały przez dwadzieścia lat, do wybuchu II wojny światowej. W Polsce międzywojennej przepisy ubezpieczeniowe nie miały charakteru powszechnego. Przywileje otrzymywały tylko niektóre grupy pracowników. Należeli do nich pracownicy umysłowi oraz państwowi. Składki ubezpieczeniowe obciążały zarówno pracowników, jak i pracodawców. Państwo nie uczestniczyło w finansowaniu świadczeń ubezpieczeniowych. Świadczenia na rzecz pracownika uzależnione były od wpłacanych składek.

W Polsce po II wojnie światowej rozwinął się scentralizowany model ochrony zdrowia, który był pochodną rozwiązań radzieckich. Modele wprowadzane w krajach socjalistycznych po II wojnie światowej miały być wzorowane na modelu Siemaszki. Model centralnego planowania, przyjęty dla całości gospodarki, z pełną konsekwencją zastosowano w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej. Zakłady opieki zdrowotnej były finansowane centralnie z budżetu państwa. Po II wojnie światowej rozszerzono wymiar świadczeń, a składkami ubezpieczeniowymi obciążono jedynie podmiot zatrudniający. Wydatki na świadczenia ubezpieczeniowe włączone zostały w ogólny system finansowy państwa, co zagwarantowało otrzymywanie świadczeń wszystkim uprawnionym, niezależnie od wysokości wpływów pochodzących ze składek. Ochrona zdrowia i bezpłatny dostęp do niej dla obywateli polskich były zagwarantowane zapisem konstytucyjnym z 1952 r., który mówił, że „obywatele Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej mają prawo do ochrony zdrowia oraz do pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy”⁶. Nie znaczy to jednak, że wszystkie grupy społeczne miały w istocie zapewnione bezpłatne świadczenia zdrowotne, bo np. rolnicy indywidualni i ich rodziny dopiero po reformach uzyskali prawo do bezpłatnego leczenia, co nastąpiło w 1972 r.

Proces reformowania systemu opieki zdrowotnej został zapoczątkowany w 1989 r. głębokimi zmianami ustroju politycznego i gospodarczego państwa. Zmiany w samym systemie opieki zdrowotnej postępowały wolno⁷. Bardzo ważnym etapem tych przekształceń było uchwalenie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r.⁸. Umożliwiła ona wprowadzenie radykalnych przemian w finansowaniu i organizacyjnym umocowaniu wszystkich instytucji opieki zdrowotnej. Do 1999 r. obowiązywał w polskim systemie zdrowotnym model Siemaszki. Został on zastąpiony przez model ubezpieczeniowy, oparty z modyfikacjami na koncepcji Bismarcka, a wprowadzony ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 6 lutego 1997 r. (weszła w życie 1 stycznia 1999 r.). Podstawą reformy było odejście od budżetowego systemu finansowania opieki zdrowotnej i przejście do systemu mieszanego: budżetowo-ubezpieczeniowego. Z wejściem w życie ustawy w Polsce po ponad sześćdziesięciu latach zaczęły funkcjonować kasy chorych. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wprowadzała do systemu 16 kas regionalnych, podzielonych zgodnie z podziałem administracyjnym kraju i jedną kasą branżową. Kasy chorych zarządzały zgromadzonymi funduszami⁹. Środki finansowe pochodziły przede wszystkim ze składek ubezpieczeniowych, odliczanych od podatku dochodowego od osób fizycznych. Wysokość składki według pierwotnych założeń ustawy z 1997 r. miała wynosić 10% podstawy wymiaru, jednak wskutek licznych poprawek ustawy składka została zmniejszona do 7,5%.

Z jednej strony, ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym kreowała nowy rodzaj ubezpieczenia zdrowotnego, który był oparty na zasadach solidarności społecznej, samorządności, samofinansowania, prawa wolnego wyboru lekarza i kasy chorych, zapewnienia równego dostępu do świadczeń, z drugiej zaś stworzyła placówki nieprzynoszące zyski, które nie potrafiły koordynować swoich działań. Składka na ubezpieczenie zdrowotne ustalana była jednolicie dla wszystkich ubezpieczonych, niezależnie od wieku, stanu zdrowia czy wykonywanego zawodu i wynosiła 7,5% podstawy jej wymiaru. Osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z mocy ustawy, bez jakichkolwiek działań z ich strony, stawały się członkami regionalnej kasy chorych, właściwej dla ich miejsca zamieszkania. Ustawodawca, określając zakres przedmiotowy ubezpieczenia zdrowotnego, wymienił katalog świadczeń przysługujących ubezpieczonemu, finansowanych przez kasę chorych.

⁶ Art. 60., pkt 1. Konstytucji PRL z 22 lipca 1952 r.

⁷ Szerzej reforma polskiej ochrony zdrowia w latach 1997-2002: C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Wyd. UJ, Kraków 2003, s. 169-258.

⁸ DzU nr 91, poz. 408 z późn. zm.

⁹ Art. 65. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 6 lutego 1997 r.

Działający do 30 marca 2003 r. system kas chorych został zastąpiony Narodowym Funduszem Zdrowia. 1 kwietnia 2003 r. weszła w życie ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia. Nowa ustawa wprowadzała zasadnicze zmiany w instytucji płatnika. Polegały one na centralizacji, ponieważ siedemnaście kas chorych zostało zastąpione jednym Narodowym Funduszem Zdrowia (kompetencje kas chorych przejął Narodowy Fundusz Zdrowia z szesnastoma regionalnymi oddziałami i centralną siedzibą w Warszawie). Pozostałe zasady ubezpieczenia zdrowotnego zasadniczo nie różniły się od określonych w poprzednio obowiązującej ustawie. 1 października 2004 r. weszła w życie kolejna reforma opieki zdrowotnej. Ostatnio obowiązujący akt prawny, regulujący zasady funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce (ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ) został uchylony orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego. Powodem uchylecia był m.in. brak jasnego określenia zasad i warunków udzielania świadczeń medycznych. Realizatorem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, jest NFZ, a jego naczelne zasady zakładają równe traktowanie obywateli oraz solidarność społeczną, zapewnienie ubezpieczonemu swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych i wolnego wyboru świadczeniodawców. Ustawa określa prawa i obowiązki ubezpieczonego, zasady, tryb i terminy zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego, ustalenia składek na ubezpieczenie zdrowotne, opłacenia i rozliczenia oraz rewindykacji składek, prowadzenia ewidencji ubezpieczonych, organizacji i zasady działania NFZ, zasadę nadzoru i kontroli.

Z zasady solidarności społecznej wynika, że wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne nie ma wpływu na ilość, jakość i rodzaj otrzymywanych świadczeń. W związku z tą zasadą ubezpieczeni, którzy korzystają ze świadczeń zdrowotnych sporadycznie, finansują opiekę zdrowotną osób chorych i częściej korzystających z pomocy medycznej. Zasada prawa wolnego wyboru świadczeniodawcy wprowadziła zasadniczą zmianę w systemie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, gdyż ubezpieczony ma obecnie możliwość wyboru dowolnego świadczeniodawcy spośród tych, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z NFZ.

Jednostki organizacyjne systemu finansowego ochrony zdrowia RP

Elementami systemu finansowego ochrony zdrowia są m.in. uczestniczące w nim jednostki organizacyjne, do których należy zaliczyć przede wszystkim te udzielające świadczeń zdrowotnych – Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem świadczeń zdrowotnych mogą udzielać następujące jednostki organizacyjne:

- zakłady opieki zdrowotnej (publiczne i niepubliczne),
- indywidualne praktyki (lekarskie, pielęgnarskie, położnych),
- grupowe praktyki (lekarskie, pielęgnarskie, położnych)¹⁰.

Definicja świadczeń zdrowotnych zawarta jest w ustawie z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 2. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej świadczenie zdrowotne to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu, a także poprawie zdrowia i inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub z przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z:

- badaniem i poradą lekarską,
- leczeniem,
- badaniem i terapią psychologiczną,
- rehabilitacją leczniczą,
- opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,
- opieką nad zdrowym dzieckiem,
- badaniem diagnostycznym,
- pielęgnacją chorych,

¹⁰ Świadczenia zdrowotne mogą być w wyjątkowych przypadkach udzielane przez uprawnione do tego osoby fizyczne, prowadzące działalność gospodarczą (np. gabinet rehabilitacji).

- pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi,
- opieką paliatywno-hospicyjną,
- orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia,
- zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne,
- czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji,
- czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Zakład opieki zdrowotnej (ZOZ) to wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, utworzony i utrzymany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia¹¹. Zakładem opieki zdrowotnej jest m.in. szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, pogotowie ratunkowe, pracownia diagnostyczna, żłobek, zakład rehabilitacji leczniczej. Zakłady opieki zdrowotnej dzielą się zależnie od tego, kto jest ich organem założycielskim, na publiczne i niepubliczne¹². Mogą być tworzone przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę i jednostki samorządu terytorialnego na poziomie województwa, powiatu i gminy. Są to publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Zakłady opieki zdrowotnej mogą być również tworzone przez kościoły, związki wyznaniowe, fundacje, związki zawodowe, samorząd zawodowy, stowarzyszenia, inne krajowe lub zagraniczne osoby prawne lub osoby fizyczne oraz spółki niemające osobowości prawnej (spółki cywilne i spółki osobowe prawa handlowego). Powyższe podmioty tworzą niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. ZOZ udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatność lub odpłatnie. Szczegółową organizację i ustrój ZOZ-u określa statut, który nadaje organ założycielski.

Poza ZOZ-em świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, pielęgniarские i położnicze. Zgodnie z artykułem 50. ustawy o zawodzie lekarza lekarz ma prawo wykonywać indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, (jeśli posiada specjalizację w dziedzinie medycyny odpowiadającej wykonywanej praktyce), po uzyskaniu zezwolenia i wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich we właściwej okręgowej izbie lekarskiej. Lekarze w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mogą prowadzić grupową praktykę prywatną w formie spółki cywilnej lub spółki partnerskiej¹³. Także pielęgniarki i położne mogą zakładać indywidualne praktyki po uzyskaniu zezwolenia okręgowej rady pielęgniarek i położnych, właściwej ze względu na miejsce jej wykonywania. Grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych może być wykonywana w formie spółki prawa cywilnego albo spółki partnerskiej.

Działem administracji rządowej – zdrowie – kieruje minister właściwy do spraw zdrowia, który ponadto:

1. jest dysponentem części 46 budżetu państwa,
2. koordynuje działania w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa żywności,
3. koordynuje działania w zakresie zapobiegania wystąpieniu zagrożeń biologicznych, zwłaszcza spowodowanych działalnością o charakterze terrorystycznym.

Dział zdrowie obejmuje sprawy:

- ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej,
- nadzoru nad produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi i produktami biobójczymi oraz nad kosmetykami w zakresie bezpieczeństwa zdrowia ludzi,
- organizacji i nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne,
- zawodów medycznych,
- warunków sanitarnych i nadzoru sanitarnego,
- lecznictwa uzdrowiskowego,
- koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych.

¹¹ Art. 1. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

¹² Por. art. 8. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

¹³ S. Poździej, *Prawo zdrowia publicznego. Zarys problematyki*, Wyd. Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2004, s. 117.

Minister Zdrowia w zakresie swoich kompetencji sprawuje kontrolę, a także nadzór nad organami i jednostkami podległymi oraz nadzorowanymi¹⁴. Wśród jednostek podległych lub nadzorowanych znajdują się m.in. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), akademie medyczne, instytuty naukowo-badawcze, szpitale kliniczne, Regionalne Centra Krwiodawstwa. Do najważniejszych zadań postawionych sobie przez obecnego Ministra Zdrowia, prof. Zbigniewa Religię, w zakresie systemu finansowego należą: utrzymanie dotychczasowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, dofinansowanie służby zdrowia z budżetu państwa, ustabilizowanie poziomu składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Realizatorem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest NFZ. Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwową jednostką organizacyjną, posiadającą osobowość prawną, której siedzibą jest miasto stołeczne Warszawa. Działa on na podstawie ustawy i statutu, który nadaje Prezes Rady Ministrów w drodze rozporządzenia, uwzględniając w szczególności strukturę organizacyjną Funduszu i jego oddziałów wojewódzkich, a także kwoty, do wysokości których Zarząd Funduszu jest uprawniony podejmować samodzielne decyzje dotyczące nabywania praw i zaciągania zobowiązań. Fundusz, działając w celu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym, zarządza środkami finansowymi, pozyskiwanymi na podstawie ustawy, oraz zawiera umowy ze świadczeniodawcami. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia zdrowotne oraz zapewnia refundację leków w ramach posiadanych środków finansowych. W skład Funduszu wchodzi centrala Funduszu oraz oddziały wojewódzkie, tworzone zgodnie z podziałem terytorialnym państwa. Narodowy Fundusz Zdrowia nie prowadzi działalności gospodarczej¹⁵, zakładów opieki zdrowotnej, nie może być ich właścicielem, ani nie może posiadać w jakiegokolwiek formie praw własności w stosunku do podmiotów prowadzących zakłady opieki zdrowotnej lub apteki, a w szczególności nie może być udziałowcem lub akcjonariuszem ZOZ-u i aptek. Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu, który reprezentuje go na zewnątrz¹⁶. Jest on powoływany przez Prezesa Rady Ministrów. Dysponując środkami ze składek ubezpieczeniowych, Fundusz działa na rzecz uprawnionych do świadczeń zdrowotnych, finansując różnego rodzaju usługi medyczne.

Do zadań NFZ należy ponadto:

- określanie jakości i dostępności, a także analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w formie niezbędnej dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie,
- opracowywanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych,
- wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizowanie programów zdrowotnych,
- monitorowanie ordynacji lekarskich,
- promocja zdrowia¹⁷.

Źródła finansowania polskiego systemu zdrowotnego

W polskim systemie zdrowotnym można wyróżnić następujące źródła finansowania ochrony zdrowia:

- ubezpieczenie zdrowotne (obowiązkowe i dobrowolne),
- budżet państwa,
- środki własne pacjentów (płacone bezpośrednio przez korzystających z usług medycznych).

¹⁴ Wykaz organów podległych i nadzorowanych zawiera rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z 11 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (DzU nr 134, poz. 1439).

¹⁵ Por. art. 97. ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹⁶ Por. art. 102. ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹⁷ Art. 97. ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ubezpieczenie zdrowotne ma podstawowy i dominujący udział w polskim systemie finansowym ochrony zdrowia. Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa prawa i obowiązki ubezpieczonego, zasady, tryb i terminy zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego, ustalenia składek na ubezpieczenie zdrowotne, opłacenia i rozliczenia oraz rewindykacji składek, prowadzenia ewidencji ubezpieczonych, organizacji i zasady działania NFZ, zasadę nadzoru i kontroli. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie. Zgłoszenia kierowane są do ZUS-u lub KRUS-u¹⁸. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do Funduszu uzyskuje prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego. Ubezpieczony w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej w ramach posiadanych przez Fundusz środków finansowych. Bez wykładania własnych środków pacjent otrzyma pomoc medyczną w ZOZ-ach i gabinetach, które mają podpisany kontrakt na świadczenie usług zdrowotnych. Świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie:

1. badania diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną,
2. świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne,
3. podstawową opiekę zdrowotną,
4. świadczenia w środowisku nauczania i wychowania,
5. ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne,
6. rehabilitację leczniczą,
7. świadczenia stomatologiczne,
8. leczenie szpitalne,
9. świadczenia wysoko specjalistyczne,
10. leczenie w domu chorego,
11. badanie i terapię psychologiczną,
12. badanie i terapię logopedyczną,
13. świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną,
14. pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi,
15. opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu,
16. opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią,
17. opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia,
18. opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18,
19. leczenie uzdrowiskowe,
20. zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze,
21. transport sanitarny oraz ratownictwo medyczne¹⁹.

Oprócz możliwości swobodnego wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarki pacjent ma prawo do swobodnego wyboru specjalisty spośród zakontraktowanych przez NFZ. Może dowolnie wybierać szpital mający umowę z NFZ-em. Skierowanie do szpitala wydaje lekarz, dentysta lub felczer, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. W razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodujących zagrożenie życia, pomocy udziela bezpłatnie pogotowie ratunkowe. Ze środków publicznych nie są finansowane zgodnie z ustawą bez względu na zakres ich zastosowania:

1. szczepienia ochronne niewchodzące w zakres obowiązkowych szczepień ochronnych,

¹⁸ Art. 77. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹⁹ Art. 15., pkt. 2. ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach niebędących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia,
3. operacje zmiany płci,
4. świadczenia z zakresu akupunktury, z wyjątkiem świadczeń udzielanych w leczeniu przewlekłego bólu,
5. zabiegi przyrodolecznicze i rehabilitacyjne w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach uzdrowiskowych i ambulatoryjnym lecznictwie uzdrowiskowym, niezwiązane z chorobą podstawową, będącą bezpośrednią przyczyną skierowania na leczenie uzdrowiskowe,
6. poradnictwo psychoanalityczne.

Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w omawianej ustawie mają prawo:

1. osoby objęte powszechnym, obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (ubezpieczeni),
2. osoby inne niż ubezpieczeni, posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art.8. ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej²⁰.

Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają w szczególności:

- osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników (pracownicy, rolnicy, zleceniobiorcy itd.),
- żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową, zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową,
- policjanci, funkcjonariusze ABW, BOR, SG, SW, PSP.
- sędziowie i prokuratorzy²¹.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do Funduszu uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Osoba niewymieniona w art. 66. powoływanej ustawy może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi docelowo 9% podstawy wymiaru składki (w 2006 r. jest to 8,75% podstawy wymiaru). Docelowo stawka procentowa składki ma wynieść 9%, co nastąpi od 1 stycznia 2007 r. Zgodnie z przepisami w ostatnich latach w Polsce stawka składki ulegała stopniowemu wzrostowi o 0,25% rocznie. Składka jest miesięczna i niepodzielna. Składka na ubezpieczenie zdrowotne rolnika podlegającego ubezpieczeniu społecznemu rolników jest równa kwocie odpowiadającej cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie rolnym, ustalonej dla celów wymiaru podatku rolnego. W przypadku, gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie. Podlega ona odliczeniu od:

1. podatku dochodowego od osób fizycznych,
2. ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych, karty podatkowej oraz zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych .

Świadczenia lekarza dentyisty i materiały stomatologiczne to dziedziny świadczeń zdrowotnych, gdzie występuje mieszane źródło finansowania. Z jednej strony, obowiązuje ubezpieczenie zdrowotne, a z drugiej – bezpośrednie opłaty wnoszone przez pacjenta. Zakres świadczeń stomatologicznych gwarantowanych (opłacanych ze środków publicznych) określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 listopada 2004 r. w sprawie wykazu gwarantowanych świadczeń lekarza dentyisty i materiałów

²⁰ DzU nr 64, poz. 593 i nr 99, poz. 1001.

²¹ Por. art. 66. ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

stomatologicznych oraz rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń²².
Powyższe rozporządzenia ustala:

1. wykaz świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia,
2. wykaz dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty, przysługujących dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia,
3. wykaz dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty, przysługujących kobietom w ciąży i w okresie połogu, trwającego 42 dni od dnia porodu, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia,
4. wykazy „podstawowych” i dodatkowych materiałów stomatologicznych.

Wykaz niektórych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane

Lp.	Świadczenie lekarskie dentystyczne
1	Badanie, orzeczenia, czynności szczegółowe
Np.	Badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy z wprowadzeniem zapisów w dokumentacji (obejmuje instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej)
2	Badanie lekarskie kontrolne 3 razy w okresie 12 miesięcy
3	Rentgenodiagnostyka – do 2 zdjęć wewnątrzustnych w okresie 12 miesięcy z wpisaniem opisu do dokumentacji (przysługuje wyłącznie w połączeniu ze świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych)
4	Znieczulenie (przysługuje w powiązaniu ze świadczeniami stomatologicznymi finansowanymi ze środków publicznych)
5	Leczenie choroby próchnicowej zębów
6	Leczenie endodontyczne zębów z wyłączeniem zębów przedtrzonowych i trzonowych
7	Zapobieganie i leczenie chorób przyzębia
8	Usunięcie zęba
9	Leczenie protetyczne z zastosowaniem ruchomych częściowych i całkowitych protez akrylowych w szczęce i żuchwie raz na 5 lat oraz odtworzenie funkcji żucia przez naprawę protez ruchomych częściowych i całkowitych w szczęce i żuchwie raz na 2 lata

Źródło: Załącznik nr 1 do rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 listopada 2004 r. w sprawie wykazu gwarantowanych świadczeń lekarza dentysty i materiałów stomatologicznych oraz rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń²³.

W niejednolity sposób finansowane są również leki. Zaopatrzenie w nie i inne wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Leki podstawowe, uzupełniające oraz recepturowe są wydawane świadczeniobiorcy na podstawie recepty, za odpłatnością ryczałtową za leki podstawowe i recepturowe oraz w wysokości 30% albo 50% ceny leku za leki uzupełniające.

Oplata ryczałtowa nie może przekraczać 0,5% minimalnego wynagrodzenia w przypadku leku podstawowego oraz 1,5% minimalnego wynagrodzenia w przypadku leku recepturowego. Szczegółowe zasady finansowania leków określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 grudnia 2004 r. w sprawie wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające. Określono w nim wykaz leków podstawowych, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia oraz wykaz leków uzupełniających wydawanych za odpłatnością w wysokości:

²² DzU nr 261, poz. 2601.

²³ DzU nr 261, poz. 2601.

- 30% ceny leku, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia,
- 50% ceny leku, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia²⁴.

Kolejnym aktem prawnym, regulującym kwestię finansowania leków w Polsce, jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 grudnia 2004 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością²⁵. Stanowi ono, że niektóre leki i wyroby medyczne przepisuje się bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością osobom chorującym na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorującym na określone w nim choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte (np. astmę, cukrzycę, jaskrę, gruźlicę, nowotwory złośliwe, miastenie, stwardnienie rozsiane).

Ubezpieczenie zdrowotne stanowi podstawowe źródło finansowania ochrony zdrowia w Polsce i zapewnia pacjentom szeroki zakres świadczeń zdrowotnych. Z niego finansowana jest podstawowa opieka zdrowotna, świadczenia specjalistyczne, ambulatoryjne i stacjonarne. Poza zakresem świadczeń zdrowotnych, objętych refundacją NFZ-u, pozostają częściowo lub całkowicie zasadniczo tylko świadczenia stomatologiczne i leki oraz medycyna pracy. Należy pamiętać, że za świadczenia zdrowotne udzielone osobie znajdującej się w stanie nietrzeźwości publiczny zakład opieki zdrowotnej pobiera opłatę niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, jeżeli jedyną i bezpośrednią przyczyną udzielonego świadczenia było zdarzenie spowodowane stanem nietrzeźwości tej osoby²⁶. Także osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania²⁷.

Jak z ubezpieczenia zdrowotnego NFZ finansuje leczenie pacjenta Kowalskiego(i wszystkie inne świadczenia zdrowotne przysługujące ubezpieczonym zgodnie z ustawą), który złamie nogę? Jeżeli tylko Kowalski jest ubezpieczony (jak zdecydowana większość Polaków) w NFZ, to instytucja ta finansuje koszty jego leczenia pod warunkiem, że zostało ono przeprowadzone w placówce ochrony zdrowia (świadczeniodawcy) mającej podpisany tzw. kontrakt (umowę) na udzielanie świadczeń zdrowotnych z instytucją ubezpieczenia zdrowotnego (czyli NFZ). Refundacja kosztów leczenia z ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje tylko leczenie prowadzone przez lekarzy, zakłady opieki zdrowotnej, z którymi Fundusz zawarł odpowiednie umowy. Przy pomocy tych podmiotów państwo realizuje konstytucyjny obowiązek zapewnienia ochrony zdrowia swym obywatelom. Fundusz zaspokaja potrzeby ubezpieczonych, zapewniając pacjentom dostęp do świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia poprzez zawieranie kontraktów ze świadczeniodawcami²⁸. Szczegółowe zasady kontraktowania przez NFZ świadczeń zdrowotnych reguluje ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art. 132-161. NFZ stosuje wobec świadczeniodawców zasadniczo dwie podstawowe formy płatności za świadczenia zdrowotne:

- płatność za usługę (np. poradę lekarza specjalisty),
- stawkę kapitacyjną (np. podstawowa opieka zdrowotna).

Większość ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowana jest w oparciu o przypisaną im przez instytucję ubezpieczenia wartość punktową (np. konsultacja okulisty może być za 1 lub 4 pkt, zależnie od typu porady). Natomiast z zawartego z konkretnym świadczeniodawcą kontraktu wynika kwestia wyceny punktów poszczególnych świadczeń (np. 5,50 zł = 1 pkt w okulistyce). Lekarz rodzinny (podstawowej opieki zdrowotnej) nie otrzymuje płatności za swoje poszczególne usługi medyczne, tylko globalną kwotę (ok. 60-80 zł) na jednego zapisanego do niego pacjenta na rok (stawka kapitacyjna). W rezultacie powyższych uregulowań systemowych zakład opieki zdrowotnej oraz prywatne praktyki lekarskie, jeżeli mają kontrakt zawarty z NFZ, mają prawo do refundacji kosztów leczenia ubezpieczonych.

²⁴ DzU nr 274, poz.2725.

²⁵ DzU nr 275, poz. 2730.

²⁶ Por. art. 33. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

²⁷ Zgodnie z art. 34a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że nie może być ona wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoby przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym.

²⁸ T. Zimna, *Zawieranie umów na świadczenia medyczne*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2004, s. 25.

Należy podkreślić, iż większość przychodów NFZ pochodzi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, a procentowo jest to liczba około 98%, (w 2004 r. wyniosła niemal 98,5% wszystkich przychodów NFZ). Pozostałe 1,5% przychodów to przychody ze składek z lat ubiegłych, przychody finansowe oraz środki otrzymane na profilaktyczne programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej realizowane na zlecenie Ministra Zdrowia²⁹.

Poza ubezpieczeniem zdrowotnym kolejnym źródłem finansowania polskiego systemu zdrowotnego jest budżet państwa, szczególnie w zakresie tzw. świadczeń wysoko specjalistycznych. Finansowanie świadczeń zdrowotnych z budżetu państwa uregulowane zostało w rozporządzeniu z 13 grudnia 2004 r. w sprawie świadczeń wysoko specjalistycznych, finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia³⁰. Rozporządzenie określa wykaz i zakres udzielania świadczeń wysoko specjalistycznych, finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, tryb przekazywania środków publicznych na realizację tych świadczeń oraz sposób ustalania ceny świadczeń i sposób ich finansowania. Wykaz świadczeń wysoko specjalistycznych określa załącznik nr 1 do rozporządzenia, natomiast zakres tych świadczeń – załącznik nr 2. Środki publiczne są przekazywane świadczeniodawcom, z którymi minister właściwy do spraw zdrowia zawarł umowę o udzielanie tych świadczeń. Ceny świadczeń ustala się, biorąc pod uwagę ceny proponowane przez świadczeniodawcę oraz średnie koszty poszczególnych świadczeń określone przez ministra. Przekazanie środków publicznych świadczeniodawcy następuje na podstawie umowy. Środki publiczne świadczeniodawca przeznacza wyłącznie na pokrycie kosztów związanych z realizacją umowy.

Wykaz świadczeń wysokospecjalistycznych, które są finansowane z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia

Lp.	Świadczenie wysokospecjalistyczne
1	Przeszczepienie autologicznego szpiku
2	Przeszczepienie allogenicznego szpiku od rodzeństwa identycznego w HLA
3	Przeszczepienie allogenicznego szpiku od dawcy alternatywnego
4	Przeszczepienie wątroby
5	Przeszczepienie nerki
6	Przeszczepienie nerki i trzustki
7	Przeszczepienie serca
8	Przeszczepienie płuca
9	Przeszczepienie serca i płuca
10	Przeszczepienie rogówki
11	Immunoablacja w leczeniu aplazji szpiku
12	Radioterapia przy zastosowaniu specjalnej techniki naświetlania: stereotaktyczna konformalna, niekoplanarna
13	Brachyterapia ze sterotaksją mózgową
14	Operacje wad wrodzonych serca u niemowląt
15	Operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym
16	Diagnostyczne cewnikowanie serca, biopsja mięśnia sercowego u dzieci do lat 18
17	Kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przeszskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających

Źródło: Załącznik nr 1 do rozporządzenia z 13 grudnia 2004 r. w sprawie świadczeń wysoko specjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

Należy podkreślić, iż z budżetu będącego w dyspozycji Ministra Zdrowia finansowane są tylko świadczenia wysoko specjalistyczne. Ponadto zgodnie z art. 55. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może otrzymywać dotacje budżetowe na:

²⁹ Raport NFZ za 2004 rok, Warszawa 2006, s. 74.

³⁰ DzU nr 267, poz. 2661.

- realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia,
- pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne,
- inwestycje, w tym zakup wysoko specjalistycznych aparatury i sprzętu medycznego,
- cele określone w art. 67a³¹,
- cele szczególne, przyznawane na podstawie odrębnych przepisów.

Świadczenia zdrowotne, udzielane pacjentom przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej (ale nie SPZOZ), są finansowane z budżetu państwa, jednak to źródło finansowania systemu ma znaczenia marginalne, gdyż takich placówek z uwagi na likwidacje lub przekształcenia w SPZOZ jest już bardzo mało.

Trzecim poza ubezpieczeniem zdrowotnym i budżetem państwa źródłem finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia jest bezpośrednie płacenie za świadczenia medyczne przez pacjenta. Należy jednak rozróżnić dwie sytuacje: płacenie przez pacjenta za usługi medyczne niepodlegające finansowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego czy budżetu państwa (ze środków publicznych), płacenie przez pacjenta za usługi medyczne podlegające refundacji z ubezpieczenia zdrowotnego.

Pierwsza z wyodrębnionych sytuacji wynika z założeń systemowych i ma miejsce wtedy, gdy ubezpieczony korzysta ze świadczenia zdrowotnego, które nie jest lub jest tylko częściowo finansowane ze środków publicznych (np. wypełnienie światłoutwardzalną zębą). Druga sytuacja ma charakter bardziej złożony i może wynikać z co najmniej z trzech przyczyn:

- braku statusu ubezpieczonego przez pacjenta – wtedy musi on w całości płacić za udzielone mu świadczenia zdrowotne (również te finansowane ze środków publicznych),
- udzielenia świadczenia przez świadczeniodawcę niemającego podpisanego kontraktu z NFZ (korzystania z prywatnej służby zdrowia),
- udzielenia świadczenia przez świadczeniodawcę mającego kontrakt z NFZ, jednakże poza limitem, kolejką itp. (np. ubezpieczony płaci w publicznym szpitalu za wcześniejszą operację lub sam kupuje endoprotezę).

W obecnym stanie prawnym rola pacjenta w bezpośrednim współfinansowaniu systemu zdrowotnego nie ma fundamentalnego znaczenia, jednakże w przyszłości udział finansowy pacjenta może się zwiększyć. Analizując system finansowania ochrony zdrowia w Polsce, autorka zajęła się przede wszystkim źródłami jego finansowania, abstrahując częściowo od kwestii charakteru prawnego świadczeniodawcy (publiczny czy prywatny), która wymaga odrębnego rozpatrzenia. Należy jedynie wspomnieć, że przynależność świadczeniodawcy do sfery publicznej lub prywatnej ma wpływ na źródła jego finansowania³².

Podsumowanie

Z przyjętego modelu systemu zdrowotnego w danym kraju wynika bezpośrednio metoda finansowania opieki zdrowotnej, dlatego też można wyróżnić dwa główne źródła finansowania, tj. podatki i ubezpieczenia. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym przesądziła na dłuższy czas (przynajmniej do chwili obecnej) o sposobie finansowania usług medycznych w Polsce. Wprowadzenie ustawy o NFZ zmieniło tylko strukturę płatnika, ale nie zmieniło reguły fundamentalnej – oddzielenia funkcji płatnika od funkcji świadczeniodawcy³³. Na skutek reform ochrony zdrowia w latach 90. XX w. do systemu zdrowotnego wprowadzono rachunek ekonomiczny w miejsce zasady wykonywania przydzielonego budżetu.

³¹ Podmiot sprawujący nadzór może nałożyć na zakład opieki zdrowotnej obowiązek wykonania dodatkowego zadania, jeżeli jest to niezbędne ze względu na potrzeby systemu opieki zdrowotnej, w przypadku klęski żywiołowej lub w celu wykonania zobowiązań międzynarodowych.

³² Por. A. Sieńko, *Prawo ochrony zdrowia*, Dom Wyd. ABC, Warszawa 2006, rozdział 4.

³³ E. Hibner, *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyd. WSH-E, Łódź 2003, s. 175.

Finansowanie polskiej służby zdrowia ma kilka źródeł. Podstawowym źródłem finansowania systemu jest Narodowy Fundusz Zdrowia, który z kolei większość swoich wpływów otrzymuje ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Jeżeli chodzi o wydatki publiczne na służbę zdrowia w Polsce, to udział w nich NFZ-u wynosi więcej niż 80% ogółu wydatków. Można przyjąć założenie, że finansowanie służby zdrowia przez NFZ to inaczej finansowanie jej ze składek płaconych przez ubezpieczonych. Kolejną opcją finansowania opieki zdrowotnej w Polsce jest budżet państwa, który co prawda nie zasila jej w stopniu porównywalnym do NFZ, jednak mimo malejących wpływów wciąż ma dla służby zdrowia w Polsce duże znaczenie. W roku 2004 wydatki z budżetu na ten cel wyniosły około 3,8 mld zł. Niewątpliwie w ostatnich latach udział budżetu państwa w finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce spada³⁴. W roku 2005 wydatki były jeszcze niższe niż w roku poprzednim i wyniosły około 3 mld zł.

Kolejne źródła finansowania nie pochodzą już ze środków publicznych, ale z dochodów własnych ludności, które szacuje się oficjalnie na jakieś 20-25% wszystkich wydatków na służbę zdrowia. Większość z tego dość pokaźnego źródła stanowią opłaty pacjentów za leki, pozostałe to opłaty za usługi medyczne. Polska jest w tej chwili krajem, który pod względem odsetka wydatków prywatnych na służbę zdrowia wyprzedza wiele innych państw. Poziom prywatnych wydatków jest wyższy niż np. w Niemczech i Francji, a z krajów nowo przyjętych do Unii przewyższa m.in. Czechy i Węgry³⁵. W dużej mierze taki obraz rzeczy jest spowodowany słabością publicznej służby zdrowia oraz bardzo ograniczoną możliwością zwiększania nakładów publicznych na opiekę zdrowotną, co jest z kolei rekompensowane przez powiększające się nakłady środków prywatnych.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych nie wprowadziła mechanizmów jasnego określenia maksymalnego czasu oczekiwania na deficytowe badania czy zabiegi, ani też nie zawiera tzw. koszyka świadczeń, za które pacjent nie będzie musiał płacić. Fakt ten niewątpliwie może przyczynić się do większego zainteresowania prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi w towarzystwach ubezpieczeniowych oraz ofertą powstających coraz częściej prywatnych klinik i gabinetów. Ubezpieczenia dodatkowe odciążą system powszechnych ubezpieczeń i staną się dodatkowym źródłem dochodów dla niedofinansowanych szpitali, a więc będą sprzyjać podwyższeniu jakości usług w publicznym sektorze ochrony zdrowia, na czym skorzystają właśnie mniej zamożni pacjenci.

W Polsce głównym źródłem finansowania systemu zdrowotnego jest powszechne ubezpieczenie zdrowotne. W praktyce występuje również współpłatność pacjenta za usługi medyczne, jednakże nie jest to źródło o dominującym ekonomicznym znaczeniu (niewiele pieniędzy wpływa w ten sposób do systemu). W Polsce zgodnie z zapisem Konstytucji każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Świadczenia opieki zdrowotnej przysługują wszystkim obywatelom Rzeczypospolitej na zasadach określonych w ustawie. Osoby podlegające obowiązkowemu i dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w Polsce stanowią niemal 99% społeczeństwa. Zgodnie ze stanem na 28 grudnia 2004 r. w Narodowym Funduszu Zdrowia ubezpieczonych było 37 909 915 osób. Z tej ogromnej liczby ubezpieczonych zaledwie niewielki odsetek osób stanowią dobrowolnie ubezpieczeni w NFZ. Zgodnie z danymi przedstawionymi przez Fundusz za rok 2004 takich osób było jedynie 16560. Wśród ubezpieczonych w NFZ nieco ponad 28 mln osób to członkowie opłacający składkę na ubezpieczenie zdrowotne, natomiast około 9,5 mln osób stanowią członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia³⁶. W przypadku osób ubezpieczonych za świadczenia zdrowotne płaci NFZ, a osób innych niż ubezpieczone – budżet państwa.

Finansowanie systemu opieki zdrowotnej było i będzie dla wielu krajów jednym z podstawowych problemów ekonomiczno-społecznych. Rozwiązanie konfliktu społecznego, wynikającego z możliwości finansowych państwa i oczekiwań pacjentów, wymaga systemowego uregulowania zasad funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce. Niewątpliwie szansą racjonalizacji systemu finansowania ochrony zdrowia są ubezpieczenia prywatne, współpłatność za niektóre usługi przez pacjenta oraz efektywne zarządzanie posiadanymi środkami przez NFZ świadczeniodawców.

³⁴ *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004, s. 15-25.

³⁵ EMC Instytut Medyczny, *Raport analityczny*, s. 7-8.

³⁶ *Raport NFZ za 2004 rok*, s. 59.

Literatura

- Balicki M., Koronkiewicz Z., *System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej*, [w:] *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wydawnictwo Medyczne § Urban Partner, Wrocław 2003.
- EMC Instytut Medyczny SA, *Raport analityczny*.
- Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, Zielona Księga*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004.
- Hibner E., *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyd. WSH-E, Łódź 2003.
- Kautsch M., Klich J., Whitfeld M., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wyd. UJ, Kraków 2001.
- Niżnik J., *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Kraków 2004.
- Owsiak S., *Podstawy nauki finansów*, PTE, Warszawa 2002.
- Paszkowska M., *Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w wybranych państwach UE*, „e-Finanse”, 2006, nr 1.
- Poździoch S., *Prawo zdrowia publicznego. Zarys problematyki*, Wyd. Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2004.
- Raport NFZ za 2004 rok*, Warszawa 2006.
- Sieńko A., *Prawo ochrony zdrowia*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006.
- Włodarczyk C., *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Wyd. UJ, Kraków 2003.
- Włodarczyk C., Poździoch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wyd. UJ, Kraków 2001.
- Zimna T., *Zawieranie umów na świadczenia medyczne*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2004.