

DOI: 10.19195/1733-5779.23.4

Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce i w Wielkiej Brytanii*

JEL Classification: I10 I13 H27 H75

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, finanse publiczne

Keywords: healthcare, public finance

Abstrakt: Przedmiotem artykułu jest problematyka źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce i Wielkiej Brytanii. System ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii opiera się na działalności jednostek samorządu terytorialnego i jest finansowany z ich budżetów. W Wielkiej Brytanii nie istnieje składka zdrowotna. Polski system ochrony zdrowia jest oparty o działalność narodowego Funduszu Zdrowia, którego przychody stanowią wpływy z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne. Do źródeł finansowania zalicza się także budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego. W artykule wskazano różnice i podobieństwa w badanych systemach finansowania ochrony zdrowia oraz zaproponowano postulaty *de lege ferenda* w zakresie polskich regulacji prawnych.

The sources of the health system funding in Poland and Great Britain

Abstract: The subject of this paper are sources of healthcare financing in Poland and Great Britain. Healthcare system in Great Britain is based on the local government units and it is financed by the budgets of these units. Health insurance contribution does not exist in Great Britain. The financing model currently in place is based primarily on the proceeds of the National Health Fund which are ensured through collection of health insurance contributions. Public sources of healthcare financing also include the state budget and the budgets of local government units. Author have identified differences and similarities in the examined healthcare financing systems and sources. This paper also includes conclusions with a view of the future law in Poland.

* Opracowanie przygotowane w ramach projektu pt. „Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce — aspekty prawne” finansowanego w konkursie PRELUDIUM 8 organizowanym przez Narodowe Centrum Nauki (nr projektu: 2014/15/N/HS5/01735).

Wprowadzenie

Problematyka prawna zasad organizacji i finansowania ochrony zdrowia w państwach Unii Europejskiej (dalej: UE) ma coraz większe znaczenie społeczne. Wynika to przede wszystkim z systematycznego wzrostu środków finansowych przeznaczanych na realizację zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia. W związku z tym państwa europejskie podejmują działania mające na celu optymalizację kosztów funkcjonowania systemów ochrony zdrowia oraz zwiększenie wysokości środków pochodzących ze źródeł ich finansowania.

Rozwiązania legislacyjne w zakresie źródeł i zasad finansowania ochrony zdrowia w państwach UE różnią się od siebie. Większość systemów zdrowotnych opiera się na dwóch przeciwstawnych modelach — model Beveridge’a i model Bismarcka. Istotą pierwszego z nich stanowi pokrywanie kosztów systemu zdrowotnego bezpośrednio ze środków publicznych pochodzących z budżetu państwa lub budżetów samorządowych. Podstawową cechą modelu Bismarcka jest natomiast funkcjonowanie ubezpieczenia zdrowotnego, którego główne źródło finansowania to składka na ubezpieczenie zdrowotne.

Brytyjski system zdrowotny opiera się na pierwotnych założeniach modelu Beveridge’a. Organizacja i finansowanie polskiego systemu ochrony zdrowia są natomiast zbliżone do modelu Bismarcka. W związku z tym badane prawodawstwa w tym zakresie mogą istotnie się różnić. Uzasadnione jest zatem określenie podstawowych rozbieżności, a także podjęcie próby ustalenia podobieństw i sformułowania wniosków *de lege ferenda*.

1. Źródła finansowania ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii

Brytyjski system ochrony zdrowia finansuje budżet centralny. Dlatego model ten nazywany jest również budżetowym modelem ochrony zdrowia. Organizacja ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii opiera się na działalności Narodowej Służby Zdrowia¹. Funkcjonuje ona w Anglii, Walii, Szkocji oraz Irlandii Północnej i jest zarządzana w sposób odrębny. W ostatniej dekadzie pojawiły się nieistotne różnice pomiędzy NHS w wymienionych krajach. W angielskiej literaturze z zakresu ochrony zdrowia twierdzi się jednak, że NHS stanowi jednolity system². Podstawy prawne organizacji i finansowania systemu zdrowotnego znajdują się przede wszystkim w National Health Service Act z 2006 roku³ i Health and Social Care Act z 2012 roku⁴, który znowelizował NHS Act 2006. Za organizację brytyjskiego modelu ochrony zdrowia, w tym utrzymanie, funkcjonowanie oraz rozwój NHS

¹ *National Health Service*, dalej: NHS.

² J. Merrills, J. Fisher, *Pharmacy Law and Practice*, Oxford 2013, s. 11.

³ National Health Service Act 2006, rozdział 41, dalej: NHS Act 2006.

⁴ Health and Social Care Act 2012, rozdział 7, dalej: HSC Act 2012.

odpowiada Sekretarz Stanu do spraw Zdrowia (Secretary of State for Health). Jest on także zobowiązany do zapewnienia środków finansowych Narodowej Służby Zdrowia i odpowiada za negocjowanie poziomu finansowania NHS⁵.

Zasadniczymi dochodami brytyjskiego budżetu są m.in. podatki dochodowe, podatek od wartości dodanej oraz wpływy z podatku akcyzowego⁶. Ponad 75% środków przeznaczanych na finansowanie Narodowej Służby Zdrowia pochodzi z ogólnych dochodów budżetowych. Budżet centralny nie jest jednak jedynym źródłem finansowania ochrony zdrowia. Narodowa Służba Zdrowia finansowana jest w około 20% ze środków pochodzących z tytułu opłacania przez ubezpieczonych i ich pracodawców składek na rzecz systemu ubezpieczeń społecznych. Wydatki publiczne na realizację zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia stanowią 18% całości budżetu rocznie⁷. Środki przeznaczane na finansowanie systemu ochrony zdrowia stanowią drugą największą pozycję wśród całości wydatków publicznych.

Sekretarz Stanu do spraw Zdrowia podejmuje decyzję w przedmiocie podziału otrzymanych zasobów pomiędzy poszczególne jednostki NHS⁸. Następnie są one dzielone między rodzaje działalności Narodowej Służby Zdrowia: świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia specjalistyczne oraz wydatki ze spółów do spraw kontraktowania świadczeń medycznych⁹. Kwota przyznanych środków na dany rok obrotowy nie ma jednak stałej wysokości. Sekretarz Stanu posiada bowiem kompetencję do zmiany wysokości przyznanych poszczególnym organom Narodowej Służby Zdrowia środków pochodzących z budżetu państwowego (art. 227 pkt 5 NHS Act 2006).

Zasady wydatkowania środków publicznych przez NHS oparte są na tzw. płatnościach za wyniki (*payment by results*). Podstawową cechą tego rodzaju wydatków stanowi „podążanie zasobów finansowych za pacjentem”¹⁰. NHS nie zawiera umów ze świadczeniodawcami, których przedmiotem jest nabycie określonej ilości świadczeń. Płatność następuje dopiero po wykonaniu świadczenia. Wysokość wydatkowanych środków zależy zatem od ilości zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej z zastrzeżeniem. Nie może ona jednak przekroczyć limitów ustalonych

⁵ S. Boyle, *Health Systems in Transition. United Kingdom (England)*, „Health System Review” 2011, nr 13, s. 30.

⁶ *Ibidem*, s. 85.

⁷ P. Davies, *The concise NHS handbook 2013/14. The essential guide to the new NHS in England*, London 2013, s. 110.

⁸ Przykładowo w okresie 2013/2014 angielska Narodowa Służba Zdrowia otrzymała przydział środków w wysokości 95 miliardów funtów. Kwota 2,7 miliardów funtów została przekazana na zadania z zakresu ochrony zdrowia realizowane poza strukturą organizacyjną NHS.

⁹ P. Davies, *op. cit.*, s. 113.

¹⁰ T. White, I. Carruthers, *A Guide to the NHS*, Abingdon 2010, s. 132–133.

przez ministerstwo zdrowia¹¹. Ustala ono także taryfy kosztów (cenniki) poszczególnych usług z zakresu opieki zdrowotnej¹².

Obecnie zauważa się wzrost kosztów działalności Narodowej Służby Zdrowia. Jako główne przyczyny wskazuje się przede wszystkim: zwiększone zapotrzebowanie pacjentów na usługi w ramach publicznego systemu zdrowotnego, ich styl życia oraz większe potrzeby dotyczące zdrowia psychicznego, a także opieki społecznej¹³. W ostatnich latach zaledwie 8% podmiotów działających w strukturze organizacyjnej Narodowej Służby Zdrowia osiągnęło deficyt w swoich planach finansowych. Nie przekracza on jednak 500 milionów funtów¹⁴. Liczba podmiotów pozostających w strukturze angielskiej Narodowej Służby Zdrowia, które osiągają deficyt finansowy, ma charakter zmienny. W niektórych latach nie przekraczała nawet 3% liczby wszystkich jednostek organizacyjnych NHS¹⁵. Niewielkie zadłużenie sektora ochrony zdrowia nie oznacza, że funkcjonuje on zgodnie z oczekiwaniami społecznymi i politycznymi. W latach 2016–2017 jej deficyt wynosił około 3,7 miliardów funtów¹⁶. Narodowa Służba Zdrowia jest bowiem poddawana ciągłym reformom, których cel stanowi zwiększenie efektywności oraz wzrost wydatków budżetowych przeznaczanych na funkcjonowanie NHS¹⁷.

Jako drugie źródło finansowania Narodowej Służby Zdrowia w Anglii należy wskazać składkę uiszczaną w ramach systemu ubezpieczenia społecznego¹⁸. Jedynie część składek na ubezpieczenie społeczne przeznaczana jest na finansowanie NHS. Większość wpływów z ich tytułu zasila Narodowy Fundusz Ubezpieczeń (National Health Insurance). Kwota składki na ubezpieczenie społeczne przeznaczanej na finansowanie NHS jest uzależniona od określonej kategorii (klasy) składki. Około 10% wpływów z tytułu całości pobieranych składek przekazuje się Narodowej Służbie Zdrowia. Należy również podkreślić, że uzyskanie świadczenia zdrowotnego nie zależy od uiszczenia składki w określonym terminie i w prawidłowej wysokości¹⁹.

Konstrukcję prawną składek na ubezpieczenie społeczne determinuje przynależność ubezpieczonego do danej kategorii. Zakwalifikowanie do określonej klasy składki ma zasadniczy wpływ na sposób ustalania jej wielkości oraz wysokości

¹¹ A. Talbot-Smith *et al.*, *The New NHS*, London 2007, s. 96 n.

¹² *Introductory guide to NHS Finance in the UK*, red. K. Wood, s. 144–145.

¹³ P. Davies, *op. cit.* s. 117–118.

¹⁴ *Ibidem*, s. 118.

¹⁵ T. White, J. Black, *The Doctor's Handbook*, cz. 2. *Understanding the NHS*, s. 125.

¹⁶ S. Gainsbury, *The bottom line. Understanding the NHS deficit and why it won't go away*, Nuffield Trust 2017, s. 2.

¹⁷ A. Street, *The financial crisis in the National Health Insurance: insufficient funding will derail transformation plans*, „Radical Statistics” 2016, nr 115, s. 52–53.

¹⁸ *National Insurance Contributions*.

¹⁹ J. Cylus *et al.*, *Health Systems in Transition. United Kingdom*, „Health System Review” 2015, nr 5, s. 51.

części przekazywanej NHS. Sposób ustalania wysokości składki oraz zasady jej uiszczania wynikają z części I Social Security Contributions and Benefits Act z 1992 roku²⁰. Zgodnie z sekcją 1 SSCBA, podmioty zobowiązane do uiszczania składek ubezpieczeniowych zostały zakwalifikowane do 7 kategorii (klas) obejmujących przede wszystkim pracowników i inne osoby wykonujące na terenie Wielkiej Brytanii pracę zarobkową, a także osoby prowadzące działalność gospodarczą oraz inne osoby uzyskujące przychody.

Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne w większości przypadków stanowi uzyskany przez ubezpieczonego przychód, np. z tytułu świadczenia pracy bądź z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej. Stawki w brytyjskiej składce ubezpieczeniowej również mają zróżnicowany charakter i wahają się między 12% a 14,25% podstawy. Wysokość stawek zależy od wysokości przychodów oraz przynależności do danej kategorii.

Przekazywanie Narodowej Służbie Zdrowia części wpływów z tytułu składek pobieranych w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego nie świadczy jednak o tym, że angielski system ochrony zdrowia jest modelem ubezpieczeniowym lub modelem opartym na ubezpieczeniowej metodzie finansowania. Narodowa Służba Zdrowia i Narodowy Fundusz Ubezpieczeń stanowią odrębne i niezależne od siebie systemy. Brakuje prawnego obowiązku posiadania statusu osoby ubezpieczonej w ramach ubezpieczenia społecznego, aby być uprawnionym do otrzymania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez NHS.

Trzecie źródło finansowania ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii stanowią opłaty pobierane w związku z udzielaniem niektórych rodzajów świadczeń zdrowotnych, a także innych usług medycznych²¹. Mają one jednak charakter marginalny w porównaniu do całości środków publicznych przeznaczanych na finansowanie Narodowej Służby Zdrowia. Dochody z tytułu opłat stanowią bowiem 2% całości środków, którymi zarządza NHS²².

Opłaty w ramach Narodowej Służby Zdrowia pobierane są m.in. z tytułu wystawienia recepty oraz udzielenia zabiegów dentystycznych²³. Obowiązuje jednak zasada, że opłaty związane z udzielaniem świadczeń w ramach NHS powinny być pobierane wyłącznie od osób, których sytuacja majątkowa pozwala na ich uiszczenie. W związku z tym istnieje szeroki katalog zwolnień z obowiązku ponoszenia części kosztów świadczeń zdrowotnych w postaci uiszczenia opłat (zwolnienia mają głównie charakter podmiotowy i dotyczą m.in. osób osiągających niskie dochody, osób bezrobotnych, a także osób starszych). W angielskim systemie

²⁰ Social Security Contributions and Benefits Act 1992, rozdział 4; dalej: SSCBA.

²¹ A. Oliver, *The English National Health Service: 1979–2005*, „Health Economics” 2005, nr 14, s. 83–86.

²² P. Davies, *op. cit.*, s. 111.

²³ Narodowa Służba Zdrowia w Walii, Szkocji oraz Irlandii Północnej nie pobiera opłat z tytułu wystawiania świadczeniobiorcom recept.

ochrony zdrowia wyklucza się jednocześnie całkowitą rezygnację z pobierania opłat. Ich zniesienie mogłoby zmniejszyć dochody Narodowej Służby Zdrowia o około 450 milionów funtów²⁴.

2. Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce

W wyniku reform przeprowadzonych w drugiej połowie lat 90. XX wieku polski system ochrony zdrowia opiera się na ubezpieczeniowej metodzie finansowania. We wcześniejszym systemie ustrojowym ochrona zdrowia była zorganizowana i finansowana w ramach modelu budżetowego. Wydatki przeznaczane na funkcjonowanie systemu pochodziły bowiem z ogólnych dochodów budżetowych. Wprowadzając model oparty na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, polski ustawodawca powrócił częściowo do rozwiązań prawnych obowiązujących w dwudziestoleciu międzywojennym.

Zasady organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia zostały określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁵. Podmiotem zarządzającym powszechnym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym jest Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: Fundusz lub NFZ), będący państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną. Zgodnie z art. 97 u.ś.o.z. do jego zadań należy przede wszystkim zarządzanie środkami publicznymi pochodzącymi głównie ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie, finansowanie medycznych czynności ratunków oraz świadczeń zdrowotnych dla innych niż ubezpieczeni świadczeniobiorcy.

Zasadniczy przychód NFZ stanowi składka na ubezpieczenie zdrowotne. Jest ona również głównym źródłem finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce²⁶. Prognozowana kwota przychodów Funduszu z tytułu składki zdrowotnej w 2018 roku ma wynieść ponad 79 miliardów złotych²⁷. Jej konstrukcja prawna zależy od zakresu podmiotowego powszechnego dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

W myśl art. 66 ust. 1 u.ś.o.z. ubezpieczeniu temu podlegają przede wszystkim pracownicy oraz osoby pozostające w pozapracowniczych stosunkach zatrudnie-

²⁴ P. Davies, *op. cit.*, s. 111.

²⁵ Dz.U. z 2017 r. poz. 1938, dalej: u.ś.o.z.

²⁶ Składka zdrowotna została przedstawiona m.in. w opracowaniach P. Lenio, *Charakter prawny składki na ubezpieczenie zdrowotne jako źródła finansowania świadczeń opieki zdrowotnej*, „Przegląd Prawa i Administracji” 2014, nr 97, s. 99–115; *idem*, *Składka w polskim i niemieckim systemie ubezpieczenia zdrowotnego*, „Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu” 2017, nr 5, s. 6–82.

²⁷ Projekt planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2018, www.nfz.gov.pl (dostęp: 16.09.2017).

nia. Jest to najszersza podmiotowo grupa społeczna. Ponadto ubezpieczeniem objęci są rolnicy, osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, emeryci i renciści, osoby pobierające określony rodzaj świadczenia z zakresu zabezpieczenia społecznego, a także funkcjonariusze służb mundurowych²⁸. Skutkiem posiadania tytułu ubezpieczeniowego jest powstanie obowiązku uiszczenia składki. Obowiązkiem opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne objęty jest, co do zasady, każdy ubezpieczony.

Zgodnie z art. 79 ust. 1 u.s.o.z. składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi obecnie 9% podstawy jej wymiaru. Zasady ustalania podstawy wymiaru składki wynikają przede wszystkim z art. 81 u.s.o.z. W większości wypadków podstawę wymiaru składki zdrowotnej stanowi uzyskiwany przez ubezpieczonego przychód pochodzący z tytułów ubezpieczeniowych powodujących powstanie obowiązku ubezpieczeniowego. Dotyczy to w szczególności pracowników, zleceniobiorców i osób wykonujących pracę nakładczą. W stosunku do niektórych grup ubezpieczonych podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne określona została przez wskazanie świadczeń przysługujących danym osobom z tytułu wykonywania przez nich działalności lub posiadania określonego statusu prawnego wynikającego z odrębnych przepisów²⁹. W stosunku do niektórych grup ubezpieczonych sposób obliczania podstawy wymiaru składki nie zależy od uzyskiwanego przychodu bądź innego świadczenia o podobnym charakterze. W przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą podstawę opodatkowania stanowi zadeklarowana kwota pieniężna, która nie może być niższa niż 75% wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku³⁰.

Kolejnym istotnym źródłem finansowania ochrony zdrowia w Polsce jest budżet państwa. Z jego środków pokrywane są przede wszystkim wydatki na: niektóre świadczenia opieki zdrowotnej, tworzenie i przekształcanie oraz oddłużanie podmiotów leczniczych, finansowanie niektórych rodzajów zadań podmiotów prowadzących działalność leczniczą, a także finansowanie Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Niektóre świadczenia zdrowotne enumeratywnie wymienione w przepisach u.s.o.z. nie są finansowane z przychodów NFZ pochodzących z tytułu składki na

²⁸ Ubezpieczenie zdrowotne, co do zasady, obejmuje także członków rodzin wymienionych podmiotów.

²⁹ Do katalogu tych ubezpieczonych zaliczono przede wszystkim osoby pobierające emeryturę lub rentę.

³⁰ Przedstawione zasady obliczania składki zdrowotnej nie dotyczą jednak rolników. Sposób ich oskładkowania został uregulowany odmiennie od pozostałych grup zawodowych i społecznych. W wypadku rolników nieprowadzących działalności z zakresu działów specjalnych produkcji rolnej wysokość składki zdrowotnej za każdą osobę podlegającą ubezpieczeniu obliczana jest jako iloczyn hektarów przeliczeniowych prowadzonego gospodarstwa rolnego i stawki wyrażonej kwotowo. W myśl art. 80 ust. 1a u.s.o.z. wysokość miesięcznej składki na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 1 zł za każdy pełny hektar przeliczeniowy użytków rolnych w gospodarstwie rolnym.

ubezpieczenie zdrowotne. Jednym ze sposobów finansowania świadczeń zdrowotnych z budżetu państwa jest udzielenie NFZ dotacji celowej na podstawie art. 97 ust. 8 u.ś.o.z. Środki pochodzące ze wskazanej dotacji celowej przeznaczone są na finansowanie świadczeń zdrowotnych świadczeniobiorcom nieposiadającym statusu osoby ubezpieczonej. Uzasadnieniem dla finansowania tego rodzaju świadczeń ze środków publicznych jest brak tytułu ubezpieczeniowego skutkującego objęciem obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym i koniecznością opłacania składki zdrowotnej. Środki pochodzące z budżetu państwa mają zatem zastępować wpływy z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne. Sposób udzielania dotacji na finansowanie wymienionych świadczeń wynika obecnie z ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018³¹.

Ponadto, dotacja celowa jest także udzielana na finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 u.ś.o.z., medycznych czynności ratunkowych oraz świadczeń z zakresu transgranicznej opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 42j u.ś.o.z. W podobny sposób są także finansowane świadczenia przysługujące na podstawie art. 10 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego³², art. 26 ust. 5 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii³³ i art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy o Karcie Polaka³⁴. Ze środków pochodzących z budżetu państwa finansowane są także świadczenia zdrowotne udzielane na podstawie art. 415 ust. 1 pkt 5 ustawy o cudzoziemcach³⁵ (z części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw wewnętrznych); świadczenia udzielane na podstawie art. 16 ust. 1 i art. 25 ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób³⁶ (z części budżetu państwa, której dysponentem jest minister zdrowia).

Budżet państwa jest także głównym źródłem finansowania Państwowego Ratownictwa Medycznego. Zasady finansowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce zostały uregulowane w rozdziale VI u.p.r.m. (art. 46–50). W myśl art. 46 ust. 1 u.p.r.m. zadania zespołów ratownictwa medycznego, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie. Jako cechę

³¹ Ustawa z dnia 25 września 2015 roku o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018 (Dz.U. poz. 1770).

³² Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2016 r. poz. 546 ze zm.).

³³ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2016 r. poz. 224 ze zm.).

³⁴ Ustawa z dnia 7 września 2007 roku o Karcie Polaka (Dz.U. z 2014 r. poz. 1187 ze zm.).

³⁵ Ustawa z dnia 12 grudnia 2013 roku o cudzoziemcach (Dz.U. poz. 1650 ze zm.).

³⁶ Ustawa z dnia 22 listopada 2013 roku o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, stwarzającymi zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz.U. z 2014 r. poz. 24 ze zm.).

charakterystyczną zasad finansowania zespołów ratownictwa medycznego należy wskazać pozbawienie wojewodów kompetencji do bezpośredniego wydatkowania środków publicznych. Zgodnie z art. 49 ust. 1 u.p.r.m. wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umowy z dysponentem zespołu ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, rozliczanie i kontrolę wykonania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, który zawiera umowy w ramach środków przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu oraz w budżecie państwa (w części, której dysponentem jest wojewoda). Środki na finansowanie wskazanych umów wojewodowie przekazują Funduszowi w formie dotacji celowej z zamiarem zapewnienia finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego na terenie oddziału wojewódzkiego NFZ³⁷.

Trzeci rodzaj wydatków pochodzących z budżetu państwa, przeznaczanych na ochronę zdrowia dotyczy finansowania podmiotów leczniczych, dla których Skarb Państwa jest podmiotem tworzącym lub posiada co najmniej 51% akcji bądź udziałów w kapitale zakładowym. Skarb Państwa jest zobowiązany przede wszystkim do oddłużania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (dalej: s.p.z.o.z. lub zakłady) w postaci pokrycia występującej na koniec roku obrotowego straty netto (dawniej ujemnego wyniku finansowego) na podstawie art. 59 ustawy o działalności leczniczej³⁸. Skarb Państwa będzie również zobowiązany do przejęcia zobowiązań w wypadku likwidacji zadłużonego zakładu w trybie art. 61 u.d.l.³⁹ Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę może także tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze w formie spółki akcyjnej lub spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. W związku z tym z budżetu państwa dokonywane są również wydatki majątkowe na zakup i objęcie akcji bądź udziałów.

Poza wskazanymi formami wydatków z budżetu państwa mogą być także przekazywane środki na zasadach określonych w dziale V u.d.l. Zgodnie z art. 114–115 u.d.l. możliwe jest przekazywanie środków z budżetu państwa w formie dotacji

³⁷ Z budżetu państwa jest także finansowana działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. W tym przypadku inny jest jednak dysponent środków budżetowych oraz tryb ich finansowania. Zadania lotniczych zespołów ratownictwa medycznego są bowiem finansowane z części budżetu państwa, której dysponentem jest minister zdrowia (art. 48 ust. 1 u.p.r.m.). W porównaniu z zadaniami zespołów ratownictwa medycznego finansowanie zadań zespołów lotniczych nie odbywa się w formie dotacji celowej. Obowiązki z zakresu zawierania umów w przedmiocie wykonywania zadań tych zespołów również nie są powierzane organom NFZ.

³⁸ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638 ze zm.), dalej: u.d.l.

³⁹ Przejęcie zobowiązań i należności s.p.z.o.z. nastąpi także w przypadku jego przekształcenia, jeżeli relacja sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe do sumy przychodów przekształcanego zakładu przekroczy wartości określone w art. 72 u.d.l.

celowych lub na podstawie zawartej umowy, o której mowa w art. 116 u.d.l., podmiotom prowadzącym działalność leczniczą na enumeratywnie wymienione zadania⁴⁰. Są nimi m.in. programy polityki zdrowotnej, programy zdrowotne, w tym zakup w ich ramach aparatury sprzętu medycznego oraz wykonanie inwestycji koniecznych do ich realizacji, remonty, inwestycje, realizacja programów wieloletnich, a także projektów finansowanych ze środków europejskich.

Ostatnim, zasadniczym źródłem finansowania ochrony zdrowia są środki pochodzące z budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Zadaniem własnym j.s.t. każdego szczebla jest bowiem ochrona zdrowia. Od 15 lipca 2016 roku z budżetów samorządowych mogą być finansowane gwarantowane świadczenia zdrowotne. W myśl art. 9a u.s.o.z. w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, j.s.t. uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Finansowanie tego rodzaju świadczeń z budżetów samorządowych ma charakter fakultatywny. Zwiększanie zadań samorządu w sektorze ochrony zdrowia stanowi przykład ustawowego poszukiwania nowych rozwiązań w zakresie źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych, których celem miałyby być zmniejszenie zakresu obciążeń budżetu państwa oraz finansów NFZ⁴¹.

Jednostki samorządu terytorialnego mogą tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze działające głównie w formie spółek kapitałowych oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (art. 6 ust. 2 u.d.l.). Dlatego muszą ponosić nakłady finansowe w tym zakresie. W przypadku tworzenia spółek kapitałowych są to wydatki majątkowe, o których mowa w art. 236 ust. 4 u.f.p., przeznaczane na zakup i objęcia akcji bądź udziałów w tych spółkach. Drugim rodzajem wydatków budżetowych związanych z tworzeniem i prowadzeniem przez j.s.t. podmiotów leczniczych są nakłady finansowe przeznaczane przede wszystkim na oddłużenie s.p.z.o.z.⁴²

⁴⁰ Art. 115 ust. 4 u.d.l. ogranicza jednak zakres podmiotowy beneficjentów dotacji celowych z budżetu państwa udzielanych z przeznaczaniem na remonty i inwestycje w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego. Na tego rodzaju zadania dotację mogą otrzymać zasadniczo spółki kapitałowe, w których Skarb Państwa lub uczelnia medyczna posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego, a także samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których Skarb Państwa lub uczelnia medyczna są podmiotami tworzącymi.

⁴¹ Z budżetów j.s.t. mogą być udzielane dotacje celowe na realizację zadań wykonywanych przez podmioty prowadzące działalność leczniczą. Podstawę prawną ich udzielania stanowią art. 114 i 115 u.d.l.

⁴² J.s.t. mają bowiem obowiązek pokrywania wygenerowanej przez s.p.z.o.z. straty netto, tak jak w przypadku zakładów, dla których podmiotem tworzącym są organy administracji rządowej.

Wnioski

Przedstawione w niniejszym opracowaniu systemy finansowania ochrony zdrowia w zasadniczy sposób różnią się od siebie. Możliwość odmiennego kształtowania zasad organizacji i finansowania ochrony zdrowia przez państwa członkowskie UE wynika bowiem z jej prawa pierwotnego. Zgodnie z art. 167 ust. 7 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej⁴³ działania Unii są prowadzone w poszanowaniu obowiązków państw członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej. Obowiązki państw członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną oraz podział przeznaczonych na nie zasobów. Państwa UE posiadają zatem autonomię w zakresie kształtowania własnych modeli ochrony zdrowia.

Zasadniczą różnicą między polskim a brytyjskim systemem ochrony zdrowia jest brak w tym drugim odrębnego źródła finansowania, które w całości byłoby przekazywane na pokrycie nakładów przeznaczanych na opiekę zdrowotną. Zdecydowana większość wydatków przeznaczona na funkcjonowanie Narodowej Służby Zdrowia jest bowiem finansowana z ogólnych dochodów budżetowych. W brytyjskim systemie zdrowotnym nie istnieje obowiązek opłacania składki ubezpieczeniowej. Jedynie część wpływów z tytułu składki na ubezpieczenie społeczne przeznacza się na finansowanie ochrony zdrowia.

W polskim systemie ochrony zdrowia zasadnicze źródło finansowania stanowi natomiast składka na ubezpieczenie zdrowotne jako niepodatkowa danina publiczna o charakterze celowym. Wpływy z jej tytułu mogą być przeznaczane wyłącznie na finansowanie zadań realizowanych przez NFZ. Polski model ochrony zdrowia opiera się na ubezpieczeniowej metodzie finansowania. W związku z tym nie jest on finansowany z ogólnych dochodów budżetowych. Wydatki z budżetu państwa są przeznaczane jedynie na finansowanie niektórych zadań z zakresu ochrony zdrowia. To w zasadniczy sposób odróżnia polski model ochrony zdrowia od brytyjskiego.

W świetle obowiązujących przepisów determinujących zasady finansowania ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii nie istnieją instytucje prawne gwarantujące otrzymanie przez Narodową Służbę Zdrowia środków w wysokości zapewniającej jej pokrycie planowanych wydatków. Mimo tego brytyjska NHS otrzymuje z budżetu centralnego dochody wystarczające na zapewnienie prawidłowego funkcjonowania zarządzanego przez nią systemu. Oznacza to, że organy NHS mają możliwość racjonalnego kształtowania kosztów organizacji świadczeń zdrowotnych. Może to również oznaczać, że wydatki budżetowe przeznaczone na ochronę

⁴³ Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej z dnia 26 października 2012 roku (Dz.Urz. UE C Nr 326, s. 47).

zdrowia w sposób efektywny konkurując z innymi nakładami finansowymi dokonywanymi w celu realizacji pozostałych zadań publicznych.

W poprzednio obowiązującym w Polsce budżetowym modelu finansowania ochrony zdrowia wydatki przeznaczane na ten cel również musiały konkurować z pozostałymi wydatkami państwa. Skutkiem tego było ciągłe niedofinansowanie polskiego systemu zdrowotnego. Bez instrumentów prawnych gwarantujących przeznaczanie środków publicznych na realizację zadań państwa z zakresu opieki zdrowotnej na poziomie zapewniającym prawidłową ich realizację organy administracji rządowej nie były w stanie zaplanować wydatków budżetowych w kwocie wystarczającej do pokrycia tego rodzaju zadań.

Konieczna była zatem reforma systemu finansowania ochrony zdrowia poprzez wprowadzenie do katalogu danin publicznych składki na ubezpieczenie zdrowotne, z której dochody przeznacza się wyłącznie na ściśle określony cel, tj. funkcjonowanie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Skutkiem tego jest pomniejszenie dochodów budżetu państwa z tytułu podatku dochodowego od osób na rzecz przekazania środków publicznych NFZ. Wysokość nakładów finansowych przeznaczanych na organizację powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie zależy zatem od uznaniowej decyzji organów administracji rządowej.

W ocenie autora opracowania, *de lege ferenda*, nie jest zatem możliwy i uzasadniony powrót do rozwiązań normatywnych determinujących kształt publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony obowiązujących do końca lat 90. XX wieku, opartych na modelu budżetowym. Nie zapewniały one bowiem samodzielności finansowanej systemu zdrowotnego w aspekcie pozyskiwania środków publicznych przeznaczanych na pokrycie jego głównych zadań.

Ustawowe zagwarantowanie określonej wysokości środków publicznych przeznaczanych z budżetu państwa na funkcjonowanie opieki zdrowotnej (np. ustalony normatywnie procent produktu krajowego brutto) również nie stanowi skutecznej ochrony interesów finansowych systemu ochrony zdrowia. Istnieje bowiem możliwość zniesienia tego rodzaju gwarancji bez konieczności ingerowania w organizację całego systemu. Przykładem jest zawieszenie stosowania, a w dalszej kolejności uchylenie przez ustawodawcę art. 86 ust. 1 pkt 1 ustawy o finansach publicznych⁴⁴ stanowiącego tzw. pierwszy próg ostrożnościowy ze względu na skutki spowodowane spowolnieniem gospodarczym.

Jako różnicę między polskim a brytyjskim katalogiem źródeł finansowania systemu zdrowotnego należy wskazać konieczność finansowania przez pacjentów niektórych kosztów funkcjonowania Narodowej Służby Zdrowia poprzez wnoszenie opłat z tytułu uzyskania określonego rodzaju świadczeń. Dwa główne źródła finansowania NHS mają charakter publicznoprawny. W Polsce nie ma obowiązku finansowania ani współfinansowania przez świadczeniobiorców świadczeń

⁴⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 2077).

przysługujących w ramach publicznej opieki zdrowotnej. Opłaty w większości przypadków dotyczą sytuacji, w których świadczenia udzielane są poza systemem publicznym. Stanowią one zatem wynagrodzenie za świadczoną usługę i mają charakter prywatnoprawny.

Problematiczne może być wprowadzenie opłat pobieranych od świadczeniobiorców na wzór rozwiązań obowiązujących obecnie w Wielkiej Brytanii. Konstytucja RP gwarantuje dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Indywidualny udział obywateli w finansowaniu świadczeń zdrowotnych sprowadzałby się do konieczności wprowadzenia daniny publicznej w postaci opłaty za korzystanie z danej usługi medycznej. Doszłoby zatem do sytuacji, w której na ubezpieczonym ciążyłby obowiązek ponoszenia podwójnego ciężaru publicznoprawnego w tym samym celu (składka na ubezpieczenie zdrowotne oraz opłata publiczna udzielana w zamian za otrzymanie usługi medycznej). Szersza analiza tej problematyki wykracza jednak poza zakres przedmiotowy niniejszego opracowania.

Oparcie polskiego modelu ochrony zdrowia na ubezpieczeniowej metodzie finansowania powoduje zmniejszony zakres przedmiotowy wydatków j.s.t. dokonywanych w celu zapewnienia jego funkcjonowania. Budżety samorządowe w polskim systemie ochrony zdrowia nie pełnią zatem najistotniejszej roli. Wydatki pochodzące z budżetów polskich j.s.t. przeznaczane są głównie na tworzenie i prowadzenie podmiotów leczniczych, a także na finansowanie gwarantowanych świadczeń zdrowotnych wyłącznie dla mieszkańców danej jednostki.

Istotną różnicę między badanymi systemami stanowi również brak wydatkowania środków publicznych pochodzących z budżetów brytyjskich jednostek samorządu terytorialnego. Oznacza to, że kształt obecnie funkcjonujących w Wielkiej Brytanii źródeł finansowania ochrony zdrowia nie powoduje konieczności angażowania budżetów samorządowych w celu finansowania zadań publicznych z zakresu opieki zdrowotnej.

De lege ferenda istnieje możliwość rozważenia zmniejszenia zakresu wydatków budżetów samorządowych przeznaczanych na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia na wzór rozwiązań brytyjskich. W polskim systemie środki pochodzące z wymienionych zasobów publicznych mają wspierać system, którego głównym źródłem finansowania jest wyodrębniona danina publiczna. Wielka Brytania to przykład państwa, w którym ograniczane są wydatki poszczególnych samorządów na ochronę zdrowia bez uszczerbku dla finansowania całości systemu. W polskim systemie opieki zdrowotnej wydatki te są systematycznie zwiększane, mimo że ochrona zdrowia jest finansowana także z budżetu państwa. W ocenie autora opracowania uzasadnione wydaje się zmniejszenie nakładów finansowych pochodzących z budżetów polskich j.s.t. przeznaczanych na pokrycie straty netto s.p.z.o.z. oraz spłatę ich zobowiązań w przypadku likwidacji bądź przekształcenia. Skoro zadłużenie zakładów w większości przypadków nie jest spowodowane

działaniem lub zaniechaniem organów j.s.t., to uzasadnione wydaje się twierdzenie o zwolnieniu budżetów samorządowych z finansowania tego rodzaju zadań.

Powyższe nie może jednak oznaczać, że zasadne jest ograniczenie finansowania ochrony zdrowia tylko do środków pochodzących z jednego publicznoprawnego źródła. Rozwiązania organizacyjnoprawne obowiązujące w Polsce i w Wielkiej Brytanii są bowiem przykładem na to, że jeden zasób środków publicznych jest niewystarczający do zapewnienia prawidłowej realizacji zadań państwa z zakresu ochrony zdrowia. Konieczne są dodatkowe źródła jego finansowania.

Bibliografia

- Boyle S., *Health Systems in Transition. United Kingdom (England)*, „Health System Review” 2011, nr 13.
- Cylus J. *et al.*, *Health Systems in Transition. United Kingdom*, „Health System Review” 2015, nr 5.
- Davies P., *The concise NHS handbook 2013/14. The essential guide to the new NHS in England*, London 2013.
- Gainsbury S., *The bottom line. Understanding the NHS deficit and why it won't go away*, Nuffield Trust 2017.
- Introductory guide to NHS Finance in the UK*, red. K. Wood, Bristol 2011.
- Lenio P., *Charakter prawny składki na ubezpieczenie zdrowotne jako źródła finansowania świadczeń opieki zdrowotnej*, „Przegląd Prawa i Administracji” 2014, nr 97.
- Lenio P., *Składka w polskim i niemieckim systemie ubezpieczenia zdrowotnego*, „Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu” 2017, nr 5.
- Merrills J., Fisher J., *Pharmacy Law and Practice*, Oxford 2013.
- Oliver A., *The English National Health Service: 1979–2005*, „Health Economics” 2005, nr 14.
- Street A., *The financial crisis in the National Health Insurance: insufficient funding will derail transformation plans*, „Radical Statistics” 2016, nr 115.
- Talbot-Smith A. *et al.*, *The New NHS*, London 2007.
- White T., Black J., *The Doctor's Handbook*, cz. 2. *Understanding the NHS*, Abingdon 2010.
- White T., Carruthers I., *A Guide to the NHS*, Abingdon 2010.

The sources of the health system funding in Poland and Great Britain

Summary

The study examined the primary sources of public health funding in Poland and Great Britain. Moreover, the article presents the basic organizational principles of the health system in these countries. The Polish healthcare system does not have a single source of financing. The financing model currently in place is based primarily on the proceeds of the National Health Fund which are ensured through collection of health insurance contributions. Public sources of healthcare financing also include the state budget and the budgets of local government units. Healthcare system in Great Britain is based on the state budget. Author identified differences and similarities in the examined healthcare financing systems. This paper also includes conclusions with a view of the future law in Poland.