

Opłaty publiczne jako dodatkowe źródło finansowania ochrony zdrowia w Polsce¹

Public fees as an additional source of financing health care in Poland

Abstrakt

Artykuł porusza problematykę wprowadzenia opłat publicznych jako dodatkowego źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce. W opracowaniu dokonano ogólnej charakterystyki instytucji opłat publicznych w systemie danin publicznych oraz modelu ochrony zdrowia w Polsce, w tym zasad jego finansowania. Ustalono również, czy istnieje możliwość wprowadzenie do polskiego systemu ochrony zdrowia nowego źródła finansowania w postaci opłat publicznych, uwzględniając przy tym rozwiązania legislacyjne funkcjonujące w państwach Unii Europejskiej oraz wymogi stawiane przez przepisy Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, opłaty publiczne

Abstract

The article discusses the matter of introducing public fees as an additional source of financing health care in Poland. In the article general characteristics of the institution of fees in the system of public levies and

¹ 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).

the model of health care in Poland, including the principles of its financing, were introduced. It was also established whether there is a possibility to introduce a new source of financing in the form of public fees into the Polish health care system, taking legislative solutions functioning in European Union countries and requirements of the provisions of the Constitution of the Republic of Poland into account.

Keywords: healthcare, public fees

1. Wstęp

W obecnie obowiązującym stanie prawnym system ochrony zdrowia w Polsce nie jest współfinansowany ze środków pochodzących z tytułu poboru opłat publicznych uiszczanych przez pacjentów w związku z udzieleniem określonego rodzaju świadczenia. Polski system ochrony zdrowia jest finansowany ze środków publicznych w wysokości niewystarczającej na zapewnienie prawidłowej realizacji jego zadań. Przykładem tego jest istniejące zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej². Skutkiem tego jest konieczność angażowania przez świadczeniobiorców prywatnych środków w celu zapewnienia sobie ochrony zdrowia na odpowiednim poziomie, mimo że przepisy Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej³ gwarantują świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych niezależnie od ich sytuacji materialnej.

Opłaty z tytułu korzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia powszechnie funkcjonują w państwach Unii Europejskiej⁴. Występują one niezależnie od przyjętego modelu organizacji i finansowania ochrony zdrowia. Opłaty

² Dalej powoływane jako „s.p.z.o.z.” lub „zakłady”. Najwyższa Izba Kontroli (Delegatura w Opolu), *Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych (informacja o wynikach kontroli)*, www.nik.gov.pl [dostęp: 1.11.2017].

³ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.); dalej powoływana jako „Konstytucja RP”.

⁴ Dalej powoływana jako „UE”.

uiszczane w związku z korzystaniem ze świadczeń opieki zdrowotnej są bowiem pobierane w systemach opartych o ubezpieczenie zdrowotne (model Bismarcka) oraz w modelach budżetowych (Beveridge'a). Ma to miejsce m.in. w Niemczech i we Włoszech.

Na gruncie rozważań dotyczących wprowadzenia do polskiego porządku prawnego opłat publicznych z tytułu korzystania ze świadczeń zdrowotnych mogą powstać co najmniej dwa problemy badawcze. Po pierwsze, wątpliwości może budzić ekonomiczne uzasadnienie wprowadzenia tego rodzaju opłat. Trzeba bowiem ustalić wpływ dochodów z nich uzyskiwanych na finanse sektora ochrony zdrowia, a także zakres obciążenia świadczeniobiorców zobowiązanych do uiszczenia opłaty. Należy mieć przy tym na uwadze obowiązek uiszczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne przez osoby ubezpieczone⁵.

Po drugie, wątpliwości może budzić dopuszczalność wprowadzenia opłat publicznych w świetle art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, który stanowi, że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Celem niniejszego opracowania jest zatem ustalenie prawnej możliwości wprowadzenia do polskiego systemu ochrony zdrowia opłat publicznych w oparciu o rozwiązania funkcjonujące w państwach UE.

2. Opłaty publiczne w polskim porządku prawnym

Opłaty publiczne powszechnie występują w polskim systemie daninowym. W literaturze prawa finansowego opłaty są definiowane jako „świadczenie pieniężne pobierane przez podmiot publicznoprawny (państwo lub jednostkę samorządu terytorialnego albo oba jednocześnie) na rzecz gospodarki budżetowej w związku z jego wzajemnym świadczeniem usług jednostek sektora publicznego, oparte na określonej podstawie i pobierane w określonej wysokości z zachowaniem warunków płatności”⁶. Opłaty

⁵ Jest to problem o charakterze ekonomicznym i wykracza poza ramy niniejszego opracowania.

⁶ J. Gliniecka, *Opłaty publiczne w Polsce. Analiza prawna i funkcjonalna*, Bydgoszcz-Gdańsk 2007, s. 12.

publiczne mają charakter świadczeń odpłatnych. Osoba wnosząca opłatę otrzymuje bowiem wzajemne świadczenie od podmiotu publicznego będącego jej beneficjentem. Podmiot wnoszący opłatę publiczną może wystąpić z roszczeniem o ustawowo określone świadczenie wzajemne⁷.

W literaturze przedmiotu zgodnie twierdzi się, iż opłaty publiczne należą do katalogu danin publicznych, o których mowa w art. 217 ust. 1 Konstytucji RP⁸. Opłaty publiczne nie mogą być jednocześnie utożsamiane z instytucją podatku przede wszystkim ze względu na ich odpłatny charakter⁹.

Istnieje również możliwość podziału opłat publicznych według kryterium ich przedmiotu na opłaty za czynności urzędowe oraz opłaty pobierane z tytułu świadczenia określonego rodzaju usług. W przypadku tych ostatnich w znacznej mierze nabierają one cech świadczeń prywatnoprawnych, stanowiąc cenę lub wynagrodzenie za daną usługę. Wynika to z faktu prywatyzacji zadań publicznych¹⁰. Jako przykłady opłat pobieranych z tytułu świadczenia usług w związku z realizacją zadań publicznych można wskazać opłaty za wodę i odprowadzanie ścieków, a także opłaty za korzystanie z przystanków komunikacyjnych lub dworców.

Do elementów konstrukcyjnych opłat publicznych zalicza się: podmiot opłaty, jej przedmiot, podstawę do określenia wysokości opłaty, stawkę, a także wyłączenia i zwolnienia. Ostatnie z wymienionych determinowane są celami polityki daninowej i mogą mieć charakter przedmiotowy lub podmiotowy, czego przykładem może być stan ubóstwa jako wyłączenie od opłaty ze względów społecznych¹¹. Cechą opłat publicznych jest

⁷ J. Salachna, *Ustawa o dochodach jednostek samorządu terytorialnego. Komentarz*, Warszawa 2004, s. 40.

⁸ D. Antonów, *Oplata skarbowa w polskim porządku prawnym*, Warszawa 2017, s. 36; T. Dębowska-Romanowska, *Prawo finansowe. Część konstytucyjna wraz z częścią ogólną*, Warszawa 2010, s. 137.

⁹ A. Krzywoń, *Podatki i inne daniny publiczne w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2011, s. 45; W. Nykiel, A. Mariański, *Komentarz do art. 217*, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP*, t. 2, *Komentarz: art. 87-243*, Warszawa 2016, s. 1487.

¹⁰ D. Antonów, *op. cit.*, s. 47-48.

¹¹ J. Gliniecka, *Opłaty publiczne*, [w:] L. Etel (red.), *System prawa finansowego*, t. III. *Prawo daninowe*, s. 893-894.

również fakt, iż warunki ich uiszczenia wynikają z przepisów prawnych¹².

Na gruncie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego funkcjonuje obecnie opłata związana z dobrowolnym przystąpieniem danej osoby do tego rodzaju ubezpieczenia. Zgodnie z art. 68 ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹³ objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym uzależnione jest od wniesienia opłaty na rachunek Narodowego Funduszu Zdrowia¹⁴. Wysokość opłaty jest uzależniona od okresu, w którym osoba zgłaszająca się nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym, i jest określona ustawowo.

3. System ochrony zdrowia w Polsce i źródła jego finansowania

Konstrukcja organizacyjno-finansowa polskiego systemu ochrony zdrowia oparta jest o powszechne obowiązkowe lub dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. Na skutek reform przeprowadzonych w drugiej połowie lat 90. XX wieku ustawodawca zrezygnował z budżetowego modelu finansowania i powrócił do rozwiązań opartych o regulacje prawne funkcjonujące w XX-leciu międzywojennym.

Podstawy normatywne konstrukcji obecnego systemu ochrony zdrowia w Polsce wynika przede wszystkim z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podmiotem odpowiedzialnym za zarządzanie funkcjonowaniem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Wskazuje na to katalog nałożonych na NFZ zadań, który wynika z art. 97 u.ś.o.z. Z prawnofinansowego punktu widzenia zasadniczym zadaniem Funduszu jest zarządzanie środkami finansowymi, o których mowa w art. 116. Należą do nich przede wszystkim uzyskiwane przez NFZ przychody z tytułu poboru składki na ubezpieczenie zdrowotne, z których pokrywane są koszty świadczeń opieki zdrowotnej¹⁵. Do pozostałych

¹² *Ibidem*, s. 896.

¹³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.); dalej powoływana jako „u.ś.o.z.”

¹⁴ Dalej powoływany również jako „NFZ” lub „Fundusz”.

¹⁵ Na podstawie art. 97 ust. 2 u.ś.o.z. w zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych

zadań Funduszu należy przede wszystkim określać jakość i dostępność oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie oraz finansowanie świadczeń zdrowotnych świadczeniobiorcom nieposiadającym statusu ubezpieczonego.

Podstawowym źródłem finansowania systemu ochrony zdrowia jest składka na ubezpieczenie zdrowotne. W myśl art. 79 ust. 1 u.ś.o.z. sposób jej obliczenia polega na przemnożeniu podstawy wymiaru przez stawkę składki, która dla większości grup ubezpieczonych wynosi obecnie 9%.

Zasady ustalania wysokości podstawy wymiaru składki zdrowotnej zostały uregulowane w sposób kazuistyczny w art. 80-81 u.ś.o.z. i są uzależnione od tytułu ubezpieczeniowego stanowiącego podstawę do objęcia danej osoby obowiązkiem ubezpieczenia. W stosunku do większości ubezpieczonych podstawa wymiaru składki zdrowotnej została uzależniona zasadniczo od uzyskiwanego przez nich przychodu w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych¹⁶. Dotyczy to przede wszystkim pracowników, osób wykonujących pracę nakładczą, członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych, a także zleceniobiorców. W stosunku do niektórych grup ubezpieczonych podstawa wymiaru składki została uzależniona od wysokości świadczeń przysługujących z tytułu wykonywania określonej działalności lub posiadania statusu prawnego wynikającego z odrębnych przepisów, które ekonomicznie zbliżone są do instytucji przychodu. Do tego rodzaju grup ubezpieczonych można zaliczyć m.in. sędziów, prokuratorów, a także osoby pobierające emeryturę lub rentę, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenie rodzinne, a także osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby.

do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

¹⁶ Z pewnymi modyfikacjami wynikającym z przepisów o ubezpieczeniu społecznych oraz u.ś.o.z.

Podstawa wymiaru składki zdrowotnej niektórych grup ubezpieczonych w żaden sposób nie jest uzależniona od ekonomicznych efektów prowadzonej działalności. Dotyczy to przede wszystkim rolników i osób prowadzących działalność gospodarczą. Składka zdrowotna rolników wynosi bowiem zasadniczo 1 zł za każdy pełny hektar przeliczeniowy użytków rolnych za każdą osobę podlegającą ubezpieczeniu¹⁷.

W przypadku przedsiębiorców oraz osób z nimi współpracujących podstawę wymiaru składki zdrowotnej stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku.

Wprowadzenie w drugiej połowie lat 90. XX wieku do polskiego porządku prawnego składki na ubezpieczenie zdrowotne mogło doprowadzić do znaczącego wzrostu obciążenia daninowego obywateli (przede wszystkim pracowników i zleceniobiorców). Składka zdrowotna od samego początku jej istnienia była bowiem w większości przypadków odprowadzana od przychodów ubezpieczonych. W związku z tym wprowadzono możliwość odliczenia części uiszczony składki na ubezpieczenie zdrowotne od kwoty podatku dochodowego od osób fizycznych. Zgodnie z art. 95 ust. 1 u.ś.o.z. składka podlega odliczeniu od podatku dochodowego od osób fizycznych oraz od ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych, karty podatkowej oraz zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych. Wysokość odliczenia wynosi obecnie nie więcej niż 7,75% podstawy wymiary składki.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne jest daniną publicznoprawną w rozumieniu art. 217 Konstytucji RP stanowiącą przymusowe, bezzwrotne, generalne i powszechne świadczenie pieniężne, nakładane na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego, które przeznaczane jest na realizację zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia¹⁸.

¹⁷ Zgodnie z art. 86 ust. 1 pkt 16 u.ś.o.z. składki zdrowotne rolników w gospodarstwach o powierzchni poniżej 6 ha przeliczeniowych opłacane są przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

¹⁸ P. Lenio, *Charakter prawny składki na ubezpieczenie zdrowotne jako źródła finansowania*

Do pozostałych źródeł finansowania ochrony zdrowia zalicza się przede wszystkim środki publiczne wydatkowane z budżetu państwa oraz z budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Wydatki budżetu państwa przeznaczane są przede wszystkim na finansowanie Państwowego Ratownictwa Medycznego, niektórych świadczeń zdrowotnych udzielanych świadczeniobiorcom w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (np. świadczenia wysokospecjalistyczne, świadczenia udzielane osobom nieposiadającym statusu ubezpieczonego), a także na finansowanie tworzenia i prowadzenia podmiotów leczniczych.

Budżety j.s.t. mogą być natomiast źródłem finansowania gwarantowanych świadczeń zdrowotnych udzielanych wyłącznie dla mieszkańców danej wspólnoty (art. 9a i 9b u.s.o.z.). Z ich środków finansowane jest także tworzenie i prowadzenie podmiotów leczniczych funkcjonujących przede wszystkim w formie spółek kapitałowych oraz s.p.z.o.z.

Samorząd terytorialny ponosi konsekwencje niedofinansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych m.in. przez s.p.z.o.z. Organy j.s.t. są zmuszane przez ustawodawcę do faktycznego partycypowania w kosztach udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Dochodzi zatem do sytuacji, w której j.s.t. pośrednio finansują świadczenia zdrowotne, które powinny być finansowane ze środków pochodzących z tytułu poboru składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Jak to już ustalono, polski system ochrony zdrowia jest systemem niedofinansowanym. Zadłużenie s.p.z.o.z. obecnie około 7-8 mld zł¹⁹. W 2016 r. wydatki na ochronę zdrowia w Polsce wyniosły 6,4% PKB. Były one znacząco niższe niż w pozostałych państwach UE. Przykładowo, wydatki na ochronę zdrowia w Niemczech stanowiły 11,3% PKB, w Szwecji - 11% PKB, w Wielkiej Brytanii - 9,7% PKB. We Włoszech

świadczeń opieki zdrowotnej, Acta Universitatis Wratislaviensis No 3608, „Przegląd Prawa i Administracji” 2014, nr XCVII, s. 104-114.

¹⁹ Najwyższa Izba Kontroli (Delegatura w Opolu), *Restrukturyzacja wybranych...* [dostęp: 1.11.2017].

natomiast wyniosły one 8,9 PKB²⁰. W świetle kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli wydatkowanie środków przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2016 r. nie było w pełni efektywne. W porównaniu do roku poprzedniego nie stwierdzono poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych²¹.

4. Opłaty pobierane w systemach ochrony zdrowia wybranych państw Unii Europejskiej

Niemiecki system ochrony zdrowia jest oparty o model Bismarcka. Funkcjonuje on na zasadzie ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego (*Gesetzliche Krankenversicherung – GKV*). Podstawy prawne organizacji i finansowania niemieckiego ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego wynikają z Księgi Piątej Kodeksu Socjalnego²². Zasadniczym źródłem finansowania niemieckiego systemu ochrony zdrowia jest składka ubezpieczeniowa opłacana przez lub za członków niemieckich kas chorych. Źródłem finansowania opieki zdrowotnej są także środki pochodzące z budżetu federacyjnego, w tym środki przekazywane Funduszowi Zdrowia na podstawie § 221 ust. 1 i 2 SGB V. Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne nie jest natomiast finansowane z budżetów poszczególnych krajów związkowych²³.

W niemieckim systemie ubezpieczeniowym są pobierane opłaty od pacjentów z tytułu korzystania z niektórych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej. System uiszczania opłat został wprowadzony z dniem 1 stycznia 2004 r. na podstawie § 28 ust 4 i § 61 zd. 2 SGB V. Opłaty

²⁰ Najwyższa Izba Kontroli (Departament Zdrowia), *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r. (Informacja o wynikach kontroli)*, s. 5, www.nik.gov.pl [dostęp 5.12.2017]. Przykładowo czas oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu kolanowego w grudniu 2016 r. wynosił 1263 dni (Najwyższa Izba Kontroli (Departament Zdrowia), *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r. (Informacja o wynikach kontroli) – oczekiwanie na świadczenia w województwach*, www.nik.gov.pl, dostęp 5.12.2017, s. 10).

²¹ Najwyższa Izba Kontroli (Departament Zdrowia), *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia...*, s. 7.

²² Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftesbuch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung vom 20 Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477); dalej powoływany jako „SGB V”.

²³ P. Axer, *Komentarz do § 271*, [w:] W. Eichenhofer, U. Wenner (eds) *Kommentar zum Sozialgesetzbuch V*, Kolonia 2013, s. 1756.

uiszczane przez pacjentów nie mogą być utożsamiane z rodzajem daniny publicznej, jakim jest składka na ubezpieczenie zdrowotne. W literaturze prawa niemieckiego wskazuje się bowiem, że opłaty uiszczane przez pacjentów nie są związane z oskładkowaniem ich wynagrodzenia lub innego uzyskiwanego świadczenia. Dotyczą one faktycznego korzystania ze świadczeń przysługujących w ramach niemieckiego ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego²⁴. Nie stanowią one również przychodów poszczególnych kas chorych ani Funduszu Zdrowia.

System ochrony zdrowia w Szwecji jest oparty o model budżetowy i finansowany przede wszystkim ze środków publicznych pochodzących z budżetów lokalnych oraz z budżetu państwowego²⁵. Jest on oceniany jako jeden z najlepiej funkcjonujących systemów zdrowotnych na świecie²⁶.

Jako główne źródło finansowania szwedzkiego systemu zdrowotnego wskazuje się budżety regionalne. Ich podstawowym źródłem dochodów są podatki lokalne²⁷. Rady regionalne posiadają władztwo daninowe w zakresie ustalania wysokości stawek podatkowych. Wynika to z zasady samorządności funkcjonującej w systemie samorządu terytorialnego Szwecji²⁸.

W szwedzkim systemie ochrony zdrowia pobierane są opłaty od pacjentów w związku z korzystaniem przez nich z określonych ustawowo świadczeń (*out-of-pocket payments*). Z dniem 1 kwietnia 2017 weszła w życie ustawa z dnia 9 lutego 2017 r. o opiece zdrowotnej²⁹. W poprzednio obowiązującym stanie prawnym zasady uiszczania opłat za świadczenia zdrowotne uregulowane były w § 26 i 26a ustawy o opiece zdrowotnej z 1982 r.³⁰ Obecnie wynikają one z § 1-8 rozdziału XVII ustawy z 2017 r.

²⁴ R. Mack, *Komentarz do § 221*, [w:] K. Engelmann, R. Schlegel (eds), *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung*, Saarbrücken 2012, s. 3249.

²⁵ A. Anell, A. Glengard, S. Merkur, *Sweden. Health System Review*, „Systems in Transition” 2012, s. 56.

²⁶ M. Dziubińska-Michalewicz, *Kierunki zmian systemu ochrony zdrowia w Szwecji*, Kancelaria Sejmu Biuro Studiów i Analiz 2005 r., Informacja nr 1125, s. 1.

²⁷ L. Rönnerberg, *Hälsa- och sjukvårdsrätt*, Lund 2011, s. 19.

²⁸ *Ibidem*, s. 21.

²⁹ Hälsa- och sjukvårdsrätt (2017:30) z dnia 9 lutego 2017 r., www.riksdagen.se [dostęp: 10.05.2017]; dalej powoływana jako „ustawa z 2017 r.”.

³⁰ Hälsa- och sjukvårdsrätt (1982:763) z dnia 30 czerwca 1982. Ustawa weszła w życie 1 stycznia

W świetle przepisów rozdziału XVII ustawy z 2017 r. pacjenci mogą być zobowiązani do uiszczania opłat. Ich warunki określone są przez rady okręgowe lub rady gmin. Opłaty zależą od rodzaju otrzymywanego przez pacjenta świadczenia. W konstrukcji szwedzkich opłat zdrowotnych występują zwolnienia o charakterze podmiotowym. Opłaty nie mogą być bowiem pobierane od świadczeniobiorców, którzy osiągnęli 85 rok życia albo nie ukończyli 18 roku życia³¹.

Ustawa o opiece zdrowotnej z 2017 r. utrzymała również zasady dotyczące ograniczania wysokości opłat ponoszonych. W przypadku przekroczenia ustawowo określonej kwoty dokonanych w danym roku opłat, pacjent zostaje zwolniony z obowiązku dalszego ich uiszczania w związku z korzystaniem ze świadczeń opieki zdrowotnej (§ 6 w rozdziale XVII ustawy z 2017 r.). Istnieje zatem maksymalny ustawowy limit wysokości opłat w skali roku, do których uiszczenia zobowiązani są pacjenci³².

W szwedzkim systemie ochrony zdrowia istnieje także obowiązek współpłacenia, który dotyczy niektórych świadczeń zdrowotnych związanych z udzielaniem porad lekarskich³³. Przyjęto bowiem zasadę udziału pacjenta w finansowaniu przysługujących mu świadczeń³⁴. Jako zasadniczy cel funkcjonowania opłat w szwedzkim systemie zdrowia wskazuje się ograniczenie korzystania ze świadczeń udzielanych w ramach publicznego systemu w sytuacjach, gdy stan zdrowia pacjenta tego nie wymaga³⁵.

Brytyjski system zdrowotny jest budżetowym modelem organizacji i finansowania ochrony zdrowia opartym o funkcjonowanie Narodowej Służby Zdrowia (*National Health Service*)³⁶. Jest on finansowany z ogólnych dochodów budżetowych, do których zalicza się podatki dochodowe,

1983 r., www.riksdagen.se [dostęp: 10.02.2017]; dalej powoływana jako „ustawa z 1982 r.”.

³¹ W sytuacji, gdy pacjent przed ukończeniem 18 roku życia nie stawi się w określonym terminie w celu udzielenia świadczenia, jego opiekunowie prawni mogą być obciążeni opłatą.

³² A. Anell, A. Glengard, S. Merkur, *op. cit.*, s. 63.

³³ M. Dziubińska-Michalewicz, *op. cit.*, s. 3.

³⁴ G. Ciura, *Opieka zdrowotna w Szwecji*, Kancelaria Sejmu Biuro Studiów i Ekspertyz, Informacja nr 143, listopad 1993, s. 4.

³⁵ M. Dziubińska-Michalewicz, *op. cit.*, s. 3.

³⁶ Dalej powoływana jako „NHS”.

podatek od wartości dodanej, a także wpływy z podatku akcyzowego³⁷. Ponad 75% środków wydatkowanych na rzecz Narodowej Służby Zdrowia pochodzi z budżetu centralnego. Brytyjski system ochrony zdrowia jest także finansowany ze składek pobieranych w ramach ubezpieczenia społecznego (w około 20%). Szacuje się, że 10% wpływów z tytułu całości pobieranych składek ubezpieczeniowych jest przekazywane na rzecz NHS. Uiszczenie składki w ustawowym terminie oraz wysokości nie stanowi warunku uzyskania świadczeń zdrowotnych w ramach publicznego służby zdrowia³⁸.

W brytyjskim systemie ochrony zdrowia również funkcjonują opłaty pobierane w związku z korzystaniem przez pacjentów z niektórych świadczeń zdrowotnych³⁹. Dochody uzyskiwane z tego tytułu nie mają jednak istotnego znaczenia w porównaniu do wysokości środków publicznych przeznaczanych na wydatki z zakresu ochrony zdrowia. Obecnie wpływy z tytułu opłat stanowią około 2% całości dochodów NHS⁴⁰.

Opłaty od pacjentów pobierane są głównie z następujących tytułów: wystawienie recepty, zabiegi dentystyczne, a także badanie wzroku⁴¹. Obowiązuje jednak zasada, że tego rodzaju opłaty powinny być pobierane jedynie od osób, których sytuacja majątkowa pozwala na ich uiszczenie. W konstrukcji prawnej brytyjskich opłat istnieje zatem szeroki katalog zwolnień z obowiązku ich ponoszenia (zwolnienia mają przede wszystkim charakter podmiotowy i dotyczą m.in. osób bezrobotnych, osób osiągających niskie dochody oraz osób starszych). Obowiązywanie wskazanych zwolnień powoduje, że około połowa pacjentów nie jest zobowiązana do uiszczania opłat. Wyklucza się jednocześnie rezygnację

³⁷ S. Boyle, *Health Systems in Transition. United Kingdom (England)*, „Health System Review” 2011, s. 85.

³⁸ J. Cylus, E. Richardson, L. Findley, M. Longley, C. O’Neill, D. Steel, *Health Systems in Transition. United Kingdom*, „Health System Review” 2015, Nr 5, s. 51.

³⁹ A. Oliver, *The English National Health Service: 1979 – 2005*, „Health Economics” 2005, nr 14, s. 83-86.

⁴⁰ P. Davies, *The concise NHS handbook 2013/14. The essential guide to the new NHS in England*, London 2013, s. 111.

⁴¹ Narodowa Służba Zdrowia w Walii, Szkocji oraz Irlandii Północnej nie pobiera opłat z tytułu wystawiania świadczeniobiorcom recept.

poboru opłat od pacjentów. Doszłoby bowiem do zmniejszenia dochodów NHS o 450 mln funtów⁴².

Włoski system zdrowotny również jest budżetowym modelem organizacji i finansowania ochrony zdrowia opartym o funkcjonowanie Narodowej Służby Zdrowia (*Servizio Sanitario Nazionale – SSN*). Jest on finansowany przede wszystkim z budżetu centralnego oraz budżetów poszczególnych regionów.

Podstawowe znaczenie dla finansowania włoskiego systemu ochrony zdrowia mają środki publiczne ustawowo przekazane do dyspozycji regionom włoskim, do których zalicza się głównie dochody z tytułu: podatku regionalnego od działalności produkcyjnej, dodatku regionalnego do podatku dochodowego od osób fizycznych, a także część środków pochodzących z wpływów z podatku od wartości dodanej⁴³. W większości przypadków organy stanowiące włoskich regionów zostały pozbawione wpływu na konstrukcję prawną źródeł finansowania ochrony zdrowia. Regiony dysponują jedynie wpływami z poszczególnych danin publicznych.

Istotne znaczenie ma także udział pacjentów w finansowaniu przysługujących im świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Narodowej Służby Zdrowia. Są oni obciążeni obowiązkiem uiszczania opłat za niektóre rodzaje udzielanych świadczeń⁴⁴. Wysokość środków prywatnych przeznaczanych na płatności świadczeniobiorców związane z ochroną zdrowia wynosi ok. 17,8% całości wydatków systemu⁴⁵.

5. Wnioski

Zgodnie z art. 167 ust. 1 Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej⁴⁶ działanie UE uzupełniają jedynie polityki krajowe w zakresie ochrony

⁴² P. Davies, *op. cit.*, s. 111.

⁴³ F. Ferre, A.G. de Belvis, L. Veriano, S. Longhi, A. Lazzari, G. Fattore, W. Ricciardi, A. Maresso, *Italy. Health system review*, „Health System in Transition” 2014, nr 16, poz. 4, s. 51; M. Urbaniak, *Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej*, Toruń 2014, s. 307.

⁴⁴ F. Reviglio, *Health Care and Its Financing in Italy: Issues and Reform Options*, „IMF Working Paper” 2000, s. 6.

⁴⁵ F. Ferre (et al.), *op. cit.*, s. 41.

⁴⁶ Dz. Urz. UE C z 2012 r. nr 326, poz. 47; dalej powoływany jako TFUE.

zdrowia. W myśl art. 168 ust. 7 TFUE 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, jak również podział przeznaczonych na nie zasobów. W świetle orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości UE prawo wspólnotowe nie narusza kompetencji państw członkowskich w zakresie organizacji systemów zabezpieczenia społecznego⁴⁷. W związku z tym przepisy prawa UE nie wyłączają możliwości wprowadzania przez państwa członkowskie rozwiązań prawnych skutkujących nałożeniem obowiązku wnoszenia opłat za korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej bez względu na przyjęty model organizacji i finansowania ochrony zdrowia. Na podstawie art. 4 ust. 2 lit. k TFUE jedynie wspólne problemy bezpieczeństwa w zakresie zdrowia publicznego w odniesieniu do aspektów określonych w Traktacie o funkcjonowaniu UE stanowią kompetencje dzielone między UE a państwami członkowskimi.

Z dokonanych ustaleń wynika, iż obowiązek partycypowania w kosztach funkcjonowania publicznej opieki zdrowotnej w postaci uiszczania opłat przez pacjentów występuje w europejskich systemach ochrony zdrowia opartych o model budżetowy (model Beveridge'a) lub model ubezpieczeniowy (model Bismarcka).

Przesłanką o charakterze faktycznym uzasadniającą konieczność wprowadzenia do polskiego porządku prawnego opłat publicznych z tytułu korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej jest przede wszystkim przedstawiony w niniejszym opracowaniu problem niedofinansowania publicznego systemu. Dodatkowym uzasadnieniem jest również fakt, że udział wydatków bezpośrednich ponoszonych przez pacjentów w wydatkach na ochronę zdrowia ogółem był wysoki i w 2015 r. wynosił 23,2%, podczas gdy przykładowo we Francji – 6,8%, Niemczech – 12,5%,

⁴⁷ Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 11 września 2008 r. (C-141/07), Legalis nr 105290.

w Czechach – 13,7%, a w Słowacji – 18,4%. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli taki stan pogłębia nierówności społeczne w dostępie do świadczeń⁴⁸.

Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Przy czym w myśl zd. 2 powołanego przepisu warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Po pierwsze, art. 68 ust. 2 Konstytucji RP wyraża zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jako prawo obywatela. Po drugie, wskazuje on, iż podstawą finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia powinny być środki publiczne. W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego wskazuje się jednocześnie, że art. 68 Konstytucji RP nie przesądza w sposób jednoznaczny o formie finansowania systemu zdrowotnego⁴⁹. W związku z tym w literaturze przedmiotu podkreśla się, że przepisy Konstytucji RP nie wyłączają możliwości wprowadzenia odpłatności lub częściowej odpłatności niektórych świadczeń zdrowotnych⁵⁰. Podstawa prawna do ewentualnego obciążenia świadczeniobiorców opłatami publicznymi wynika z art. 68 ust. 2 zd. 2 Konstytucji RP, bowiem pozostawia on swobodę ustawodawcy w przedmiocie kształtowania zakresu świadczeń zdrowotnych. W ocenie Trybunału Konstytucyjnego „Zamieszczona w zd. 2 ust. 2 art. 68 ustawy zasadniczej wzmianka, iż nie tylko warunki, ale i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych określać ma ustawa, otwiera możliwość kompilowania przez ustawodawcę modelu ochrony zdrowia zasadzającego się środkach publicznych z innymi znanymi we współczesnych systemach sposobami finansowania (czy raczej dofinansowania) kosztów tych świadczeń (udział własny, dodatkowe ubezpieczenie)”⁵¹.

⁴⁸ Najwyższa Izba Kontroli (Departament Zdrowia), *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r. (Informacja o wynikach kontroli)*, s. 5, www.nik.gov.pl [dostęp: 5.12.2017].

⁴⁹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, OTK-A 2004, Nr 1, poz. 1.

⁵⁰ L. Bosek, *Komentarz do art. 68*, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP*, t. I. *Komentarz do art. 1 – 86*, Warszawa 2016, s. 1560.

⁵¹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, OTK-A 2004, Nr 1, poz. 1.

W ocenie autora opracowania wprowadzenie opłat za korzystanie z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących przychód Narodowego Funduszu Zdrowia nie może jednak dotyczyć większości ich rodzajów. Doszłoby bowiem do sytuacji, w której korzystanie z publicznego systemu ochrony zdrowia uzależniono by od sytuacji materialnej świadczeniobiorcy. Jest to niezgodne z zasadą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ewentualny zakres przedmiotowy opłat musi być determinowany katalogiem wyłączeń. Niektóre rodzaje świadczeń zdrowotnych nie mogą być bowiem uzależnione od obowiązku wniesienia opłaty. Dotyczy to przede wszystkim świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego udzielanych w przypadkach stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego⁵². To samo należy odnieść do świadczeń zdrowotnych udzielanych w trybie art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵³. Zgodnie z nim podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. W przypadku wprowadzenia opłat publicznych z tytułu korzystania ze świadczeń zdrowotnych wymienione wyżej świadczenia nie powinny być objęte ich zakresem.

W literaturze przedmiotu wskazuje się również, że „w świetle art. 68 ust. 2 sytuacja materialna obywatela nie może być podstawą formalną ani faktyczną do wykluczenia go z kręgu osób korzystających z systemu opieki zdrowotnej, w szczególności finansowanej ze środków publicznych”⁵⁴. W związku z powyższym koniecznym wydaje się także wprowadzenie zwolnień albo wyłączeń o charakterze podmiotowym funkcjonujących

⁵² Zgodnie z art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195) stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

⁵³ Ustawa z dnia z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160 ze zm.).

⁵⁴ L. Bosek, *op. cit.*, s. 1560.

w europejskich systemach ochrony zdrowia (np. w Szwecji i w Wielkiej Brytanii). Tego rodzaju wyłączenia (zwolnienia) powinny być przede wszystkim uzależnione od zdolności opłatowej świadczeniobiorcy. Dotyczy to przede wszystkim sytuacji, w których uiszczenie opłaty z tytułu korzystania z określonego rodzaju świadczenia miałyby istotny wpływ na sytuację finansową pacjenta. W ocenie autora pracy zwolnienie z obowiązku opłaty powinno być także oparte m.in. o kryterium wieku na wzór rozwiązań funkcjonujących w krajach UE.

Wprowadzenie do konstrukcji opłaty zwolnień albo wyłączeń o charakterze podmiotowym determinowane jest preferencjami ustawodawcy w zakresie kształtowania obciążeń publicznoprawnych poszczególnych grup obywateli oraz dbałością o stan finansów podmiotu publicznego będącego jej beneficjentem. Wydaje się jednak, iż uzasadnione byłoby także ograniczenie obowiązku opłatowego poprzez wprowadzenie maksymalnej wysokości łącznie uiszczonych opłat w skali roku przez jednego świadczeniodawcę na wzór rozwiązań funkcjonujących w szwedzkim systemie ochrony zdrowia.

Uiszczając składkę zdrowotną jako daninę o charakterze celowym, ubezpieczony partycypuje w kosztach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W aspekcie możliwości wprowadzenia opłat publicznych jako źródła finansowania polskiego systemu zdrowotnego wątpliwości może zatem budzić sytuacja podwójnego obciążenia daniną publiczną, tj. opłatą i składką zdrowotną jako świadczeniem o charakterze celowym. W związku z tym świadczenia zdrowotne objęte obowiązkiem opłatowym powinny być wyłączone ze świadczeń przysługujących w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (z uwzględnieniem zwolnień o charakterze podmiotowym). Nie zachodziłyby wówczas wątpliwości w zakresie podwójnego ponoszenia kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych.

BIBLIOGRAFIA

Anell A., Glengard A., Merkur S., Sweden. Health System Review, „Systems in Transition” 2012.

Antonów D., Opłata skarbową w polskim porządku prawnym, Warszawa 2017.

Axer P., Komentarz do § 271, [w:] W. Eichenhofer, U. Wenner (eds), Kommentar zum Sozialgesetzbuch V, Kolonia 2013.

Bosek L., Komentarz do art. 68, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), Konstytucja RP, t. I. Komentarz do art. 1 – 86, Warszawa 2016.

Boyle S., Health Systems in Transition. United Kingdom (England), „Health System Review” 2011.

Ciura G., Opieka zdrowotna w Szwecji, Kancelaria Sejmu Biuro Studiów i Ekspertyz, Informacja nr 143, listopad 1993.

Cylus J., Richardson E., Findley L., Longley M., O'Neill C., Steel D., 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.

Dębowska-Romanowska T., Prawo finansowe. Część konstytucyjna wraz z częścią ogólną, Warszawa 2010.

Dziubińska-Michalewicz M., Kierunki zmian systemu ochrony zdrowia w Szwecji, Kancelaria Sejmu Biuro Studiów i Analiz 2005 r., Informacja nr 1125.

Ferre F., de Belvis A.G., Veriano L., Longhi S., Lazzari A., Fattore G., W. Ricciardi W., Maresso A., Italy. Health system review, „Health System in Transition” 2014, nr 16.

Gliniecka J., Opłaty publiczne w Polsce. Analiza prawna i funkcjonalna, Bydgoszcz-Gdańsk 2007.

Gliniecka J., Opłaty publiczne, [w:] L. Etel (red.), System prawa finansowego, t. III, Prawo daninowe, Warszawa 2010

Krzywoń A., Podatki i inne daniny publiczne w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2011.

Lenio P., Charakter prawny składki na ubezpieczenie zdrowotne jako

źródła finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, Acta Universitatis Wratislaviensis No 3608, „Przegląd Prawa i Administracji” 2014, nr XCVII.

Mack R., Komentarz do § 221, [w:] K. Engelmann, R. Schlegel (eds), Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung, Saarbrücken 2012.

Najwyższa Izba Kontroli (Departament Zdrowia), Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r. (Informacja o wynikach kontroli), www.nik.gov.pl. [

Najwyższa Izba Kontroli (Departament Zdrowia), Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r. (Informacja o wynikach kontroli) – oczekiwanie na świadczenia w województwach, www.nik.gov.pl.

Najwyższa Izba Kontroli (Delegatura w Opolu), Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych (informacja o wynikach kontroli), www.nik.gov.pl.

Nykiel W., Mariański A., Komentarz do art. 217, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), Konstytucja RP, t. 2, Komentarz: art. 87-243, Warszawa 2016.

Oliver A., The English National Health Service: 1979 – 2005, „Health Economics” 2005, nr 14.

Reviglio F., Health Care and Its Financing in Italy: Issues and Reform Options, „IMF Working Paper” 2000.

Rönnerberg L., Hälso- och sjukvårdsrätt, Lund 2011.

Salachna J., Ustawa o dochodach jednostek samorządu terytorialnego. Komentarz, Warszawa 2004.

Urbaniak M., Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej, Toruń 2014.

WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.);

Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE C z 2012 r. nr 326, poz. 47);

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.);
Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195);
Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftesbuch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung vom 20 Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477);
Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) z dnia 9 lutego 2017 r.;
Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) z dnia 30 czerwca 1982;
Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160 ze zm.).