Magdalena OSAK

ŹRÓDŁA I METODY FINANSOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

Uwagi wprowadzające

W celu przybliżenia pojęcia opieki zdrowotnej warto wyjść od terminu ochrona zdrowia. Ochroną zdrowia nazywa się najczęściej ogół zorganizowanych działań podejmowanych na rzecz zdrowia człowieka przy wykorzystaniu określonych urządzeń, norm prawnych i instytucji[1]. Trzonem ochrony zdrowia jest zaś opieka zdrowotna rozumiana jako zbiór instytucji i świadczonych przez nie usług (świadczeń zdrowotnych), których celem jest umacnianie i poprawa zdrowia jednostek i społeczeństwa poprzez zapobieganie chorobom, wczesne ich wykrywanie, leczenie i rehabilitację. W systemie ochrony zdrowia możemy wyróżnić pion świadczeń indywidualnych, opartych na odpłatności bezpośredniej, ubezpieczeniach lub finansowanych przez państwo oraz pion zdrowia publicznego, realizujący masowe akcje profilaktyczne, nadzór nad środowiskiem zamieszkania, nauki i pracy, żywnością i żywieniem, prowadzący działania przeciwepidemiczne, oświatę zdrowotną i medyczne badania naukowe[2].

W literaturze przedmiotu opiekę zdrowotną postrzega się zatem jako *stricte* związaną z medycyną leczniczą, podkreślając jednocześnie, że zakłady opieki medycznej

---

[1] J. Sobiech, *Warunki wyboru ekonomiczno–finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną*, Zeszyty Naukowe nr 109, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1990, s. 9; U. Prasznic, *Finansowanie ochrony zdrowia*, w: *Opieka zdrowotna, Materiały V Kolokwium Ubezpieczenia Społecznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1989, s. 105.

[2] C. Włodarczyk, S. Sitko, *Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie. Poradnik dla samorządów*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Kraków 1999, s. 33 i n.; J. Leowski, *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, Prawo i Medycyna vol. 2, 2000, nr 6-7, s. 22.

wspólnie ze wszystkimi instytucjami, których celem jest stwarzanie społeczeństwu właściwych warunków zdrowotnych, realizują zadania szeroko rozumianej ochrony zdrowia[3]. Należy jednak zauważyć, że świadczenia medyczne to nie tylko świadczenia w postaci usług, ale także świadczenia o charakterze rzeczowym (np. leki).

Za regulację i organizację ochrony zdrowia odpowiedzialność ponosi państwo. Ono to poprzez szereg ustaw i rozporządzeń deleguje swoje obowiązki i kompetencje – w warunkach polskich przykładowo – na takie jednostki organizacyjne i instytucje jak: samorząd terytorialny, kasy chorych[4], Narodowy Fundusz Zdrowia, Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych[5], Państwowa Inspekcja Pracy czy Państwowa Inspekcja Sanitarna.

Przedmiotem niniejszego opracowania są źródła i metody finansowania opieki zdrowotnej w ujęciu ogólnym ze wskazaniem ich zastosowania szczególnie w polskim systemie opieki zdrowotnej z uwzględnieniem zróżnicowania czasowego, będącego następstwem kolejnych działań reformatorskich. W toku rozważań omówione zostaną dwa aspekty finansowania opieki zdrowotnej. Pierwsza zaprezentowana zostanie problematyka źródeł pozyskiwania środków finansowych dla sektora zdrowotnego. W tej części scharakteryzowane zostanie finansowanie budżetowe, finansowanie poprzez system ubezpieczeń zarówno powszechnych, jak i dobrowolnych oraz indywidualne wydatki na opiekę medyczną, ponoszone w momencie nabywania świadczenia. Drugi obszar finansowania opieki zdrowotnej to metody opłacania wytwórców świadczeń medycznych. W tym obszarze omówione zostanie opłacanie świadczeniodawcy przez „płatnika trzeciej strony" (np. zakład ubezpieczeń) oraz płatności wnoszone bezpośrednio przez pacjenta bez pośrednictwa.

1. Finansowanie budżetowe

Finansowanie budżetowe opieki zdrowotnej wiąże się bezpośrednio z rolą państwa jako organu kształtującego i finansującego system zdrowotny. Finansowanie środkami budżetowymi polega na przekazywaniu instytucjom opieki zdrowot-

[3] J. Leowski, op.cit., s. 22; J. Sobiech, op.cit., s. 10.

[4] Ze względu na to, że opracowanie to zostało przygotowane w czasie zmian systemowych w opiece zdrowotnej przykład kas chorych będzie bardzo często przywoływany z pełną świadomością, że zostały one zlikwidowane na mocy ustawy z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. nr 45, poz. 391 ze zm.) przywoływanej dalej jako „ustawa o NFZ".

[5] Z dniem wejścia w życie „ustawy o NFZ" zadania Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych przejął minister zdrowia. Likwidacja wskazanego urzędu przewidziana była już wcześniej na mocy art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 24 listopada 2002 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 200, poz. 1689) w związku z art. 1 pkt 4j oraz art. 12 pkt 1 ustawy z dnia 20 lipca 2001 roku o zmianie ustawy o powszech-

nej środków finansowych, pochodzących bezpośrednio z wpływów podatkowych o charakterze ogólnym, a nie celowym. W ten sposób zapewniana jest większość środków dla opieki zdrowotnej w systemach, które wzorowane są na tzw. modelu Beveridge'a. Sztandarowym przykładem rozwiązań zgodnych z tą koncepcją jest Narodowa Służba Zdrowia (National Health Service) w Wielkiej Brytanii.

W modelu tym kwestią priorytetową jest zagwarantowanie wszystkim obywatelom możliwości zaspokojenia potrzeb elementarnych, do których zalicza się także potrzeby zdrowotne. Należy jednak podkreślić, że państwo nie dąży do zapewnienia kompleksowej gamy świadczeń, ale gwarantuje i finansuje z podatków świadczenia w zakresie podstawowym. Taki stan rzeczy pozwala zatem na jednoczesne funkcjonowanie dobrowolnych ubezpieczeń uzupełniających jako składowej systemu opieki zdrowotnej[6], co nie było możliwe w tzw. socjalistycznej służbie zdrowia, ujętej modelowo przez Mikołaja Siemiaszkę, a zapewniającej ogółowi społeczeństwa dostęp do pełnego zakresu całkowicie bezpłatnych świadczeń[7].

W ramach finansowania budżetowego można by zatem wyróżnić finansowanie kompleksowe, tzn. takie, które obejmuje całokształt zadań z zakresu opieki zdrowotnej w rozumieniu przytoczonej na wstępie definicji, oraz finansowanie częściowe[8], gdy budżet państwa finansuje jedynie niektóre fragmenty opieki zdrowotnej, pozostawiając pozostały obszar systemu zdrowia finansowaniu z innych źródeł aniżeli podatki ogólne.

Budżetowe finansowanie częściowe jest charakterystyczne dla obecnego systemu opieki zdrowotnej obowiązującego w Polsce (można mówić o systemie mieszanym finansowania – budżetowo-ubezpieczeniowym). Kanałami dopływu strumieni finansowych do sektora zdrowia są zatem oprócz składki na ubezpieczenie zdrowotne, także budżet państwa, budżety samorządów i inne źródła, na przykład w postaci darowizn. Bezpośrednio z kasy budżetu państwa są finansowane wysokospecjalistycz-

---

nym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 88, poz. 961), z tymże w ramach „odchudzania administracji" zadania Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych od 1 stycznia 2004 roku miał przejąć Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, przekształcony w kwietniu 2002 roku w Komisję Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych.

[6] Przykładowo w Wielkiej Brytanii na przełomie lat 2000 i 2001 działało 25 prywatnych firm, oferujących ubezpieczenia zdrowotne, obejmując jakąś formą ubezpieczenia prywatnego 11-15% społeczeństwa – *Insurance and Private Pensions Compendium For Emerging Economies*, OECD 2001, Insurance Committee Secretariat, book 1, part 2, s. 139-141; J. Hohmann, *Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa. Gesellschaftliche Solidarität auf dem Prüfstand*, Verlag Hans Huber 1998, s. 144.

[7] Pełna bezpłatność do ogółu świadczeń ochrony zdrowia jest w tym modelu jedynie założeniem propagandowo-doktrynalnym, które w praktyce uległo całkowitej falsyfikacji, czego przykładem jest chociażby występująca w Polsce, w dobie funkcjonowania modelu Siemiaszki, odpłatność za leki.

[8] Terminy „finansowanie kompleksowe" i „finansowanie częściowe" zostały wprowadzone przez autorkę opracowania.

ne procedury medyczne czy też badania diagnostyczne lub leczenie przeprowadzane za granicą, na które ubezpieczony pacjent został skierowany przez ministra zdrowia z powodu braku świadczenia takich usług przez krajowe placówki służby zdrowia[9]. Ponadto z kasy budżetu państwa dokonywane są zwroty kosztów świadczeń, które zostały udzielone osobom nieuprawnionym (nieubezpieczonym). Dodatkowo w sferze obowiązków ministerstwa zdrowia, a więc władzy centralnej, pozostają podstawowe zadania z obszaru zdrowia publicznego. Jednemu z wiceministrów powierza się sprawowanie funkcji naczelnego inspektora sanitarnego, którego zadaniem jest nadzorowanie bezpieczeństwa zdrowotnego i sanitarnego kraju[10].

Rezygnacja z centralnego finansowania budżetowego nie powinna dotyczyć także sytuacji wyjątkowych, jak kataklizmy spowodowane żywiołami. W takich wypadkach udzielane społeczeństwu świadczenia medyczne powinny być „kupowane" przez rząd ze środków budżetowych, a nie przez instytucje ubezpieczeniowe. Podobnie ma się kwestia finansowania studiów medycznych i medycznych badań naukowych[11]. Tutaj też decydującą rolę odgrywa finansowanie scentralizowane z podatków ogólnych. Można uznać, że sytuacja taka występuje także w Polsce, pomijając wcale nie niskie opłaty wnoszone przez osoby pobierające naukę na wyższych uczelniach medycznych jako tzw. wolni słuchacze.

2. Finansowanie przy wykorzystaniu ubezpieczeń

2.1. Powszechne ubezpieczenia zdrowotne[12]

W Polsce od 1 stycznia 1999 roku uległ zmianie sposób pozyskiwania środków na finansowanie opieki zdrowotnej. Zamiast finansowania z podatków ogólnych wprowadzono system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Określenie „powszechny" oznacza, że państwo dąży do tego, aby ubezpieczeniem objęta została możliwie największa część społeczeństwa, wprowadzając w tym celu przymus ubezpieczenia. Ustawodawca nie przewidział zwolnień z obowiązku ubezpieczenia

[9] Artykuł 48 ust. 2 i 3 „ustawy o NFZ".

[10] S. Golinowska, *Polityka społeczna. Koncepcje – instytucje – koszty*, Poltext, Warszawa 2000, s. 90.

[11] J. Hołówka, *Modele normatywne opieki zdrowotnej*, Prawo i Medycyna vol. 2, 2000, nr 6-7, s. 75.

[12] Powszechne ubezpieczenia zdrowotne zostały szczegółowo uregulowane przez ustawę z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.). Ustawa ta w dalszej części artykułu będzie powoływana jako „ustawa o puz". Niniejsza ustawa straciła moc obowiązującą z dniem wejścia w życie przepisów „ustawy o NFZ", tj. 1 kwietnia 2003 roku, przy czym w Polsce nadal funkcjonują powszechne ubezpieczenia zdrowotne, przy zmienionej organizacji instytucji odpowiedzialnej za ich prowadzenie.

jak to jest na przykład w niemieckim systemie ubezpieczeń zdrowotnych. W Niemczech z obowiązku ubezpieczenia w ramach powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych *(gesetzliche Krankenversicherung – GKV)* zwolnione są[13]:

- wszystkie osoby pracujące na własny rachunek,
- wszyscy pracujący najemnie, których roczne zarobki brutto przekraczają corocznie określany pułap[14],
- wszyscy urzędnicy państwowi i kandydaci na urzędników,
- przedstawiciele wolnych zawodów bez względu na dochody.

W ubezpieczeniach zdrowotnych w Polsce nie wykorzystano także rozwiązania stosowanego w ubezpieczeniach społecznych w odniesieniu do ryzyka emerytalnego i rentowego, kiedy to ubezpieczony po przekroczeniu w danym roku kalendarzowym trzydziestokrotności przeciętnego, prognozowanego miesięcznego wynagrodzenia[15] zwolniony jest z obowiązku opłacania składek na te dwa typy „ryzyka" do końca roku. Uzasadnieniem niewprowadzenia takiego zwolnienia w ubezpieczeniu zdrowotnym jest chociażby fakt, że obejmuje ono swym działaniem nie tylko osobę, z wynagrodzenia której potrącana jest składka, ale także członków jej rodziny w rozumieniu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Ponadto gromadzenie środków emerytalnych ma charakter długookresowy i zindywidualizowany (składki ewidencjonowane na indywidualnym koncie emerytalnym, a w II filarze inwestowane), a składki na ubezpieczenie zdrowotne nie mają charakteru oszczędnościowego i dodatkowo realizują zasadę solidarności i sprawiedliwości społecznej. Szczególnie ta ostatnia jest w systemie niemieckim, który przyjął górną granicę wymiaru składki na obowiązkowe ubezpieczenie (równą granicy obowiązkowej przynależności do GKV), zachwiana lub niekiedy iluzoryczna[16].

W ramach powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce ubezpieczeni za pośrednictwem płatnika wnoszą do systemu składkę ubezpieczeniową[17] naliczа-

[13] Por. A. Bastiani, *Die private Krankenversicherung in ausgewählten Länder der Europäischen Union. Eine vergleichende Analyse vor und nach der Deregulierung*, VVW, Karlsruhe 1995, s. 19-20; H. Ch. Uleer, *100 Fragen zur Privaten Kranken- und Pflegeversicherung*, VVW, Karlsruhe 2001, s. 1.

[14] Do 2000 roku granica obowiązkowości ubezpieczenia była odmienna dla zachodnich i wschodnich landów niemieckich, co było podyktowane rozbieżnościami w poziomie przeciętnych wynagrodzeń – por. Ch. Sowada, *System społecznego ubezpieczenia zdrowotnego w Niemczech. Czego możemy się nauczyć?* Zdrowie i Zarządzanie 2002, nr 6, s. 81. W 2003 roku roczny pułap dochodów zwalniający z GKV wynosił 41 400 €. Zmiany w poziomie granicy obowiązkowości – patrz: *Die private Krankenversicherung, Zahlenbericht 2001/2002*, Verband der PKV, Köln 2002, s. 13.

[15] Szczegółowo patrz art. 19 ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. nr 137, poz 887 z późn. zm.).

[16] Więcej na ten temat, Ch. Sowada, *Socjalne ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech a sprawiedliwość społeczna*, Polityka Społeczna 1998, nr 1, s. 34 i n.

[17] Z punktu widzenia ubezpieczeń gospodarczych opłata ta nie jest *de facto* składką ubezpieczeniową, gdyż nie jest związana z faktycznie wnoszonym ryzykiem.

ną od podstawy wymiaru, którą dla pracowników najemnych stanowi wynagrodzenie brutto pomniejszone o składki na ubezpieczenie społeczne. Początkowo stawka składki wynosiła 7,5%, jednakże od 2001 roku zaczęto ją podwyższać[18]. W roku 2003 stopa składki wynosiła 8,0%, a obowiązująca „ustawa o NFZ" zakłada plan corocznego jej wzrostu o 0,25% aż do momentu osiągnięcia poziomu 9% podstawy wymiaru, co ma nastąpić od 1 stycznia 2007 roku[19]. Należy jednak podkreślić, że samo zwiększanie poziomu składki nie stanie się lekarstwem na niedobór środków finansowych, jeżeli jednocześnie nie zostaną podjęte działania, zmierzające do efektywnej alokacji. Dodatkowym problemem jest ustalanie wysokości składki przez Sejm. Określanie podstawowego źródła finansowania sektora zdrowotnego uwikłane jest zatem w skomplikowany proces polityczny. Taka sytuacja rodzi pewien konflikt. Mianowicie składka, która powinna być dostosowana do wielkości świadczeń zdrowotnych i ustalana w drodze postępowania aktuarialnego staje się przedmiotem przetargów politycznych i narzędziem w walce o pozyskanie wyborców. Warto jednak zauważyć, że owo upolitycznienie pozyskiwania środków na opiekę zdrowotną jest obecnie „mniejsze" niż w okresie, gdy ich wielkość była efektem corocznych negocjacji, prowadzonych w trakcie ustalania budżetu państwa.

Płacona przez ubezpieczonych składka została wyodrębniona z podatku dochodowego od osób fizycznych. S. Golinowska wskazuje, że pozyskiwane środki „pochodzą z podatków ogólnych i jako takie należą do budżetu państwa. Jednakże kasa chorych (obecnie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia) ma suwerenne prawo do dysponowania tymi środkami"[20].Warto wskazać na pewne elementy, które odróżniają ten sposób finansowania opieki zdrowotnej od finansowania bezpośrednio z podatków ogólnych. Składka ubezpieczeniowa choć wyodrębniona w ramach podatku ogólnego nie może być za takowy uznawana, gdyż nie posiada jednej z cech formalnoprawnych podatku, jaką jest jego nieodpłatność[21]. W zamian za wnoszone środki finansowe ubezpieczonym przysługują określone świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej. Inaczej mówiąc, środki uzyskane ze składek mają z góry określone przeznaczenie – muszą być wydatkowane na opiekę zdrowotną, a tym samym państwo traci swobodę alokacji, jaką daje pozyskiwanie funduszów z podatków ogólnych. Naruszona zatem zostaje zasada ogólności (jedności ma-

[18] Artykuł 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 grudnia 2000 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (i innych ustaw) (Dz.U. nr 122. poz. 1324).

[19] Artykuł 199 w związku z art. 21 ustawy o NFZ. Początkowo zakładano, że stawka składki w wysokości 9% bedzie obowiązywała od 1 stycznia 2006 roku – por. art. 10 ustawy z dnia 20 lipca 2001 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 88, poz. 961).

[20] S. Golinowska, *Polityka społeczna*, s. 95.

[21] Na temat formalnoprawnych cech podatków: E. Denek i in., *Finanse publiczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 122 i n.

terialnej) budżetu[22], jeżeliby ujmować składkę w kategoriach podatku ogólnego. Składkę ubezpieczeniową można by traktować raczej jako konstrukcję zbliżoną do podatku celowego.

Pomimo trudności z jednoznacznym określeniem charakteru składki na ubezpieczenie zdrowotne jedno można stwierdzić bezsprzecznie. Finansowanie opieki zdrowotnej czy to poprzez powszechne ubezpieczenie zdrowotne czy z wpływów z podatków ogólnych jest **finansowaniem opieki zdrowotnej ze środków publicznych**[23]. W literaturze podkreśla się fakt, że możliwości finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych zależą od stopnia rozwoju gospodarczego państwa[24]. Im państwo bogatsze, wykazujące ciągły wzrost gospodarczy, im większe dochody społeczeństwa, tym wyższe powinny być nakłady na opiekę zdrowotną (składka stanowi odsetek od dochodu zatem im wyższy dochód, tym nominalnie wyższa opłata). Dla przykładu można podać, że w krajach rozwijających się nakłady ze środków publicznych stanowią od 20 do 60% wydatków na zdrowie, natomiast w krajach wysokouprzemysłowionych pokrywają od 70 do 90% tych wydatków. Wyjątkową sytuację możemy obserwować w Stanach Zjednoczonych, gdzie udział środków publicznych w wydatkach zdrowotnych wynosi jedynie 45%, choć jest to kraj z grupy państw wysokouprzemysłowionych. Pomimo to nakłady te w wartościach bezwzględnych na jednego mieszkańca przekraczają sumę wszystkich wydatków na zdrowie (ze środków publicznych i prywatnych) w innych krajach rozwiniętych gospodarczo[25]. Należy jednak pamiętać o tym, że nominalny wzrost środków na opiekę zdrowotną nie oznacza faktycznego wzrostu nakładów. Ponadto równolegle do wzrostu nakładów rosną także koszty opieki medycznej, o tempie przyrostu których mówi się, że jest szybsze od rozwoju ekonomicznego[26] i inflacji[27]. Zatem dopiero porównanie tych wszystkich parametrów pozwala stwierdzić, czy fundusze w dyspozycji instytucji opieki zdrowotnej wzrosły, zmalały czy też pozostały na niezmienionym poziomie.

---

[22] Zasady budżetowe patrz: S. Owsiak, *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 108 i n., 133.

[23] Por. S. Golinowska, *System ochrony zdrowia po trzech latach jego reformowania – raport syntetyczny*, w: *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, red. S. Golinowska, CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2002, s. 17; E. Denek i in., op.cit., s. 31-32.

[24] J. Leowski, op.cit., s. 22.

[25] Dane liczbowe podano za: J. Leowski, op.cit., s. 23. Por. także D. Kawiorska, A. Kozierkiewicz, *Wydatki publiczne na ochronę zdrowia – definicje i porównania międzynarodowe*, Zdrowie i Zarządzanie 2003, nr 2, s. 9-25, i przytoczone tam dane wraz z uwagami co do zakresu ich porównywalności.

[26] J. Leowski, op.cit., s. 23.

[27] Na przykład w Niemczech w systemie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wzrost kosztów na ubezpieczonego wyniósł w 1998 roku 2,6% przy inflacji około 1%. – M. Masny, *Dwie reformy. Tło i strategia reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i reformy zabezpieczenia społecznego*, w: *Ubezpieczenia zdrowotne w Europie Środkowo-Wschodniej – Początek drogi*, red. R. Holly, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa 2001, s. 406.

Znaczenie finansowania ze środków publicznych wynika z realizowania przez opiekę zdrowotną zasady solidarności społecznej[28], która w tej dziedzinie oznacza, że wielkość pokrywanych kosztów świadczeń medycznych w odniesieniu do pacjenta nie pozostaje w ścisłym związku z wielkością wnoszonych przez niego wkładów, lecz wynika z potrzeb korzystającego. W trakcie urzeczywistniania tej zasady, w ochronie zdrowia pojawia się przesuwanie środków (redystrybucja) w takich obszarach, jak[29]:

- od bardziej zdrowych do mniej zdrowych,
- od lepiej sytuowanych do gorzej sytuowanych,
- od pracujących do nieaktywnych zawodowo,
- od młodszych do starszych,
- od nieobciążonych rodziną do wielodzietnych i obciążonych,
- od mężczyzn do kobiet,
- od grup etnicznych większościowych do grup mniejszościowych.

Z powyższego wynika, że państwo decydując się na finansowanie opieki zdrowotnej ze środków publicznych (podatki lub ubezpieczenia powszechne), ma możliwość realizacji celów społecznych polityki zdrowotnej. Z drugiej zaś strony wzrastające koszty świadczeń zdrowotnych skłaniają do poszukiwania innych źródeł pozyskiwania funduszów na opiekę zdrowotną. Zarysowuje się tendencja do przerzucania odpowiedzialności za zdrowie na konsumentów usług zdrowotnych. Zatem można mówić o zmianie przynależności zdrowia z kategorii „dobro publiczne" do kategorii „dobro indywidualne"[30]. Przejawem indywidualnej przezorności jest między innymi zakup polisy ubezpieczeniowej, zapewniającej ochronę przed ryzykiem finansowym, zawiązanym z utratą zdrowia czy opłacanie abonamentów w firmach quasi-ubezpieczeniowych typu Medicover, Falck czy Luxmed.

2.2. Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne

W odniesieniu do choroby możemy mówić o dwóch rodzajach ryzyka o wymiarze finansowym. Po pierwsze osoba dotknięta chorobą narażona jest na ryzyko utraty zarobków z tytułu wykonywanej pracy. Po drugie musi liczyć się z koniecznо-

[28] Artykuł 4 ustawy o NFZ (a wcześniej art.1a ustawy o puz) wskazuje, że ubezpieczenie zdrowtne w Polsce oparte jest między innymi na tej zasadzie.

[29] Patrz W. C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Łódź–Kraków–Warszawa 1996, s. 228 i powołana tam literatura. Autor wskazuje, że listę wymiarów solidarności społecznej należy traktować jako otwartą.

[30] J. Leowski, op. cit, s. 26. Należy zauważyć, że zdrowie jest w literaturze klasyfikowane także jako „dobro społeczne", tzn. takie dobro, które ze względu na cechy fizyczne może być dobrem prywatnym, ale ze względu na cele polityki społecznej (zdrowotnej) zostało uznane za dobro publiczne – S. Owsiak, op.cit., s. 27.

ścią ponoszenia wydatków na zakup świadczeń medycznych zarówno w wymiarze usług, jak i świadczeń rzeczowych. W Polsce przyjęto rozwiązanie, które rozdziela te dwa rodzaje ryzyka pomiędzy dwa systemy[31]:

- utratę zarobków w związku z niezdolnością do pracy wywołaną chorobą umieszczono w systemie ubezpieczeń społecznych jako ubezpieczenie chorobowe,
- ponoszenie wydatków na zakup świadczeń medycznych powierzono systemowi powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Wskazany podział w ramach systemu powszechnego został przeprowadzony według kryterium charakteru świadczenia – świadczenia pieniężne (fundusz chorobowy w ramach ZUS) wobec świadczeń w naturze zabezpieczanych przez służbę zdrowia. Zabezpieczenie przed wskazanym ryzykiem przez ubezpieczenia powszechne jest z reguły ograniczone (legislacyjnie lub faktycznie) przedmiotowo bądź podmiotowo. W Polsce zasiłki z ubezpieczenia chorobowego nie rekompensują utraconych zarobków w pełnej wysokości (najczęściej jest to 80% uposażenia[32]), a powszechne ubezpieczenia zdrowotne zapewniają świadczenia medyczne w niepełnym zakresie (na przykład nie gwarantują leczenia za granicą; ubezpieczony zobowiązany jest także do częściowej partycypacji w kosztach niektórych świadczeń). Stwarza to naturalne pole do zagospodarowania przez zakłady ubezpieczeń, oferujące dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne.

Wykorzystując doświadczenia krajów Unii Europejskiej, można wskazać, że ubezpieczenia dobrowolne funkcjonują w stosunku do ubezpieczeń powszechnych w relacji[33]:

- substytucji – z zakresem pokrycia takim, jak w ubezpieczeniach powszechnych z możliwością konkurencji ceną oferowanych ubezpieczeń (np. Niemcy, Belgia, Holandia),
- komplementarności/dopełniania (*complementary*) – zapewniając świadczenia, które w ramach ubezpieczeń powszechnych zostały wyłączone z zakre-

---

[31] K. Łyskawa, *Rozwój produktów ubezpieczeniowych w zakresie ochrony zdrowia*, w: *Ubezpieczenia zdrowotne w Europie Środkowo-Wschodniej*, s. 217.

[32] Artykuł 92 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku – Kodeks pracy (Dz.U. z 1998 r. nr 21, poz. 94 ze zm.) stanowi, że pracownik w czasie choroby ma prawo do 80% wynagrodzenia, chyba że pracodawca przyjmuje wyższy odsetek. Artykuł ten reguluje wysokość wynagrodzenia, które pracodawca zobowiązany jest wypłacać pracownikowi za okres orzeczonej niezdolności do pracy, trwającej łącznie do 33 dni w ciągu roku kalendarzowego. Jeżeli czas trwania choroby jest dłuższy, to pracownikowi przysługuje zasiłek chorobowy (80% podstawy wymiaru) w rozumieniu ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. nr 60, poz. 636 z późn. zm.). Jednocześnie w 2003 roku pracownik nie zachowywał prawa do wynagrodzenia chorobowego za każdy pierwszy dzień choroby, która łącznie nie trwała dłużej niż 6 dni (art. 92 §1[1] kodeksu pracy).

[33] E. Mossialos i in., *Voluntary Health Insurance in the European Union*, Report for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, 2002, s. 46 i n.

su lub których zakres został ograniczony; dodatkowo umożliwiając pokrycie kosztów udziału własnego, wymaganego w systemie powszechnym (np. Francja, Dania, Irlandia),
- „równoległości/dodatkowości" (*supplementary*) – umożliwiając szybszy dostęp i szerszy wybór świadczeniodawców w zakresie świadczeń normalnie dostępnych w ramach systemu powszechnego. W rzeczywistości mamy zatem do czynienia z podwójnym ubezpieczeniem ułatwiającym „przeskoczenie kolejki" w systemie powszechnym (np. Wielka Brytania, Grecja, Portugalia).

Warto podkreślić, że w praktyce relacje te w danym państwie występują zazwyczaj jednocześnie, a wskazuje się ewentualnie na przewagę jednej z nich bądź to w ogóle, bądź w odniesieniu do konkretnego obszaru świadczeń.

W Polsce rolę dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych spełniają między innymi produkty oferowane przez zakłady ubezpieczeń działające zarówno w ramach ubezpieczeń życiowych, jak i pozostałych ubezpieczeń, osobowych. Drugie z nich przejmują odpowiedzialność wypłaty świadczenia bądź odszkodowania w przypadku wystąpienia między innymi:
- kosztów leczenia w kraju i zagranicą,
- kosztów transportu poszkodowanego w wypadku komunikacyjnym,
- kosztów naprawy lub nabycia protez i środków pomocniczych,
- kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- wypadku przy pracy lub choroby,
- niezdolności do pracy będącej skutkiem nieszczęśliwego wypadku[34].

Ubezpieczyciele „życiowi" pokrywają ryzyko wiążące się z chorobą w ramach tzw. opcji, będących uzupełnieniem ochrony podstawowej. I tak zainteresowany może ubezpieczyć między innymi:
- zdiagnozowanie poważnej choroby lub leczenie operacyjne (np. nowotwór, zawał, niewydolność nerek),
- koszty pobytu w szpitalu zarówno przez ubezpieczonego, jak i członków jego rodziny,
- opłacanie składek z tytułu zawartej umowy podstawowej w przypadku wystąpienia inwalidztwa, co gwarantuje ciągłość ubezpieczenia[35].

Przykładowe ubezpieczenia oferowane na polskim rynku przez TUiR CIGNA STU S.A. prezentuje tabela 1.

---

[34] Za słuszne należy uznać umieszczanie ubezpieczeń wypadkowych wśród ubezpieczeń zdrowotnych. Uwzględniając bowiem najczęściej stosowaną, ze względu na ułatwioną operacjonalizację, negatywną definicję zdrowia rozumianego jako brak choroby wydaje się, że każdy nieszczęśliwy wypadek będzie skutkował brakiem zdrowia (czyli chorobą w myśl wskazanej definicji) i będzie jedynie specyficzną/dookreśloną przyczyną choroby, zawężającą jednocześnie zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela.

[35] Za K. Łyskawa, op.cit., s. 218.

Tabela 1. Przykładowe ubezpieczenia choroby w ofercie TUiR CIGNA STU S.A.

Wyszczególnienie	Ubezpieczenie poważnych zachorowań	Ubezpieczenie „Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu"
Ubezpieczający	osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej	osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej
Ubezpieczony	osoba fizyczna (także obcokrajowiec) w wieku od 18 do 65 lat	osoba fizyczna (także obcokrajowiec), która nie ukończyła 65 lat
Przedmiot ubezpieczenia	wypłata świadczenia w związku z wystąpieniem u ubezpieczonego poważnego zachorowania	wypłata świadczenia w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Polski
Zakres ubezpieczenia	choroba nowotworowa (np. białaczka, czerniak złośliwy odpowiadający szczegółowym wytycznym owu), zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, niewydolność nerek	pobyt w szpitalu, który jest wynikiem zachorowania, nieszczęśliwego wypadku lub porodu i trwa co najmniej 24 godziny powyżej 3-4 dnia w zależności od postanowień umowy
Przykładowe wyłączenia odpowiedzialności	nieinwazyjne guzy wykazujące jedynie wczesne zmiany złośliwe, nowotwory towarzyszące AIDS, choroby będące następstwem wad wrodzonych obrażeń i skutków chorobowych związanych ze służbą wojskową lub policyjną, usiłowanie popełnienia samobójstwa	rutynowe badania okresowe lub inne badania medyczne, które nie są związane ze stanem chorobowym i nie wymagają dalszej hospitalizacji, choroby psychiczne, nerwice, łuszczyca, gruźlica, dializy, choroby przenoszone drogą płciową, wywołane wirusem HIV, leczenie wad wrodzonych, bezpłodności, bulimii, anoreksji, leczenie i zabiegi dentystyczne, chyba że są wynikiem obrażeń odniesionych w wypadku, leczenie w zakładach uzdrowiskowych, chyba że jest ono kontynuacją leczenia szpitalnego
Okres ubezpieczenia	12 miesięcy	dla osób krajowych 12 miesięcy, 24 miesiące lub czas nieokreślony, dla osób zagranicznych umowa może być zawierana na okres krótszy niż 12 miesięcy
Warianty ubezpieczenia	ubezpieczenie indywidualne, ubezpieczenie grupowe w formie imiennej lub bezimiennej (tylko w przypadku objęcia umową wszystkich osób zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin i na czas nieokreślony)	ubezpieczenie indywidualne, ubezpieczenie grupowe w formie imiennej lub bezimiennej (tylko w przypadku objęcia umową wszystkich osób zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin i na czas nieokreślony)
Składka ubezpieczeniowa	uzależniona od sumy ubezpieczenia i liczby ubezpieczonych osób	uzależniona od płci i wieku ubezpieczonego, rodzaju wykonywanego zawodu lub uprawianego sportu, wysokości dziennego świadczenia określonego w umowie, dnia od którego wypłacane jest świadczenie

Świadczenia	procent sumy ubezpieczenia: choroba nowotworowa – 50%, zawał mięśnia sercowego – 30%, udar mózgu – 30%, niewydolność nerek – 50%. łączna kwota świadczeń w trakcie rocznego okresu ubezpieczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia	maksymalna wysokość dziennego świadczenia to równowartość 25 euro, przy pobycie w uzdrowisku (patrz wyłączenia) przysługuje 50% umówionego świadczenia dziennego; z tytułu tej samej choroby lub wypadku świadczenie jest wypłacane nie dłużej niż przez 90 dni w ciągu 12 miesięcy ubezpieczenia; jeżeli pobyt w szpitalu jest wynikiem wypadku komunikacyjnego – przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 50% umówionego świadczenia dziennego, a gdy ponadto wymagane jest przeprowadzenie zabiegu operacyjnego – wypłaca się jednorazowe świadczenie w wysokości pięciokrotności dziennego świadczenia szpitalnego
Początek odpowiedzialności	dla poważnych zachorowań po upływie 60 dni od opłacenia składki	dla obrażeń doznanych w wypadku od dnia następnego po opłaceniu składki, w odniesieniu do zachorowań po upływie 30 dni od opłacenia składki, w przypadku porodu lub powikłań ciąży po upływie 10 miesięcy od opłacenia pierwszej składki
Inne uwagi	możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego – jeżeli w poprzednim okresie ubezpieczenia nastąpiła wypłata świadczenia, to stawkę taryfową dla określenia składki podwyższa się o 20%	możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego – jeżeli w poprzednim okresie ubezpieczenia nastąpiła wypłata świadczenia w związku z pobytem w szpitalu za łączny okres przekraczający 30 dni, to stawkę taryfową dla określenia składki podwyższa się o 20%

Źródło: Opracowanie na podstawie ogólnych warunków ubezpieczeń TUiR CIGNA STU S.A.

Wskazując na ubezpieczenie poważnych zachorowań jako jedno z ubezpieczeń pokrywających koszty finansowe związane z wystąpieniem choroby warto przywołać dla przykładu produkt TU na Życie WARTA VITA S.A., które oferuje wskazane ubezpieczenie jako ubezpieczenie dodatkowe do podstawowych umów ubezpieczenia na życie. WARTA VITA prowadzi sprzedaż „Ubezpieczenia wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania" od 1995 roku. Obecnie towarzystwo oferuje jeden z najszerszych na rynku ubezpieczeniowym katalog poważnych zachorowań, obejmujący swym zakresem 17 rodzajów poważnych zachorowań, tj.: nowotwór, zawał serca, udar mózgu, chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass), niewydolność nerek, przeszczep dużych narządów, paraliż, utrata kończyn,

ślepota, głuchota, utrata mowy, oparzenia, łagodny udar mózgu, śpiączka, choroba Creutzfelda-Jakoba, zakażenie wirusem HIV w trakcie transfuzji krwi oraz zakażenie wirusem HIV w związku z wykonywanym zawodem[36].

Produkty scharakteryzowane powyżej związane są w głównej mierze z chorobami pociągającymi za sobą znaczne wydatki na leczenie. Jednak także wystąpienie u danej osoby chorób, które można by nazwać „pospolitymi", może również w znaczny sposób nadszarpnąć domowy budżet. Ewentualność wydatkowania prywatnych środków w celu uzyskania świadczenia medycznego, pomimo legitymowania się uprawnieniami z tytułu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego[37], jest tym większa, im większe jest niezadowolenie społeczeństwa z usług publicznej służby zdrowia. Jak już wcześniej podkreślano, luki w zakresie świadczeń finansowanych przez system ubezpieczeń powszechnych zarówno w odniesieniu do rodzaju usługi, jak i jej jakości, są podstawą ochrony udzielanej przez ubezpieczycieli, działających w ramach systemu ubezpieczeń gospodarczych. Ten segment rynku ubezpieczeń gospodarczych cieszy się w Polsce rosnącym zainteresowaniem zakładów ubezpieczeń, które dążą do poszerzania swojej oferty o produkty zdrowotne ze zróżnicowanym jednak zakresem pokrycia. Tabela 2 prezentuje przykładowe produkty z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych, dostępne na polskim rynku.

W Polsce prawnie niedopuszczalne jest występowanie substytucji ubezpieczeń powszechnych przez ubezpieczenia prywatne, co *de facto* uniemożliwia konkurencję pomiędzy nimi, choć wcześniej czynione były „przymiarki" w kierunku substytucyjności. Artykuł 4a ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w pierwotnym brzmieniu stanowił, że od 1 stycznia 2002 roku osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym będą mogły realizować swój obowiązek nie tylko w publicznych kasach chorych, ale także w innych instytucjach ubezpieczenia zdrowotnego, które miały działać na podstawie odrębnych przepisów o działalności ubezpieczeniowej. Jednocześnie ustawa zakazywała prywatnym kasom chorych różnicowania składek w zależności od prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia (tzw. poziomu ryzyka) czy regionu zamieszkania i zobowiązywała je do zapewnienia świadczeń w zakresie niemniejszym niż gwarantuje ustawa, obejmowania ubezpieczeniem każdą zainteresowaną osobę bez względu na poziom ryzyka oraz członków rodziny osoby opłacającej składkę.

Nad kształtem powołanego przepisu toczyły się burzliwe debaty. Przeciwnicy wprowadzenia prywatnych kas chorych postulowali odroczenie terminu wej-

[36] Infomacje podano za: www.warta-vita.com.pl

[37] Przyczyny korzystania z porad lekarskich (wyłączając porady stomatologiczne) w prywatnym sektorze opieki zdrowotnej (poza systemem powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych – PUZ) to: brak lekarza odpowiedniej specjalności w zakładach działających w PUZ, zbyt odległe terminy wizyt w zakładach działających w PUZ, zbyt odległa lokalizacja zakładów w systemie powszechnym, lepsze wyposażenie w sprzęt i materiały medyczne sektora prywatnego, lepsi specjaliści, lepsze traktowanie pacjentów itp. – por. *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 1999 roku, Informacje i opracowania statystyczne*, GUS, Warszawa 2000, s. 59.

Tabela 2. Przykładowe produkty dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych oferowane na polskim rynku ubezpieczeniowym

Nazwa zakładu ubezpieczeń	Nazwa produktu
TU Allianz Życie Polska S.A.	Grupowe ubezpieczenie zdrowotne Allianz-Zdrowie
PAPTUnŻiR Amplico Life S.A.	Ubezpieczenie „Nadzieja" na wypadek zachorowania na nowotwór złośliwy Ubezpieczenie „Zdrowie" na wypadek groźnych chorób Ubezpieczenie „Telediagnoza"
TUiR CIGNA STU S.A.	Ubezpieczenie ANTIDOTUM (pięć wariantów: podstawowy, standard, pełny, prestiż, VIP) Pakiet ubezpieczeń „Twoje zdrowie" Ubezpieczenie poważnych zachorowań Ubezpieczenie operacji chirurgicznych Program ubezpieczeniowy zachorowania na raka piersi „Amazonka"
TU COMPENSA S.A.	Program ubezpieczeń zdrowotnych SEGMA-VIP* Program ubezpieczeń zdrowotnych SEGMA-Biznes*
STU Ergo Hestia S.A.	Femina Hestia Konsylium
TU Generali Życie S.A.	Grupowe ubezpieczenie zdrowotne
TU Inter Polska S.A.	Ubezpieczenie zdrowotne Vision (cztery warianty: Basic, Silver, Gold, Diamond)
TU na Życie Nationale-Nederlanden S.A.	„Zdrowie Lwa"
PZU S.A.	Denta Plan – koszty leczenia stomatologicznego
TUW TUW	Prywatne Ubezpieczenie Zdrowotne (trzy pakiety: „Dla przezornych"; „W razie potrzeby"; „Bezpieczeństwo")*
TU na Życie Warta Vita S.A.	Zdrowotny Program Ubezpieczeniowy Vita et Sanitas

* Zakłady ubezpieczeń wycofały się ze sprzedaży tych ubezpieczeń.

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne na podstawie informacji zawartych na stronach www oraz w materiałach informacyjnych towarzystw ubezpieczeniowych.

ścia tych instytucji na rynek obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych nawet do 2005 roku. Rząd zakładał jednak, że rozpoczęcie działalności przez prywatne kasy byłoby możliwe już w 2003 roku. W dyskusji pojawiały się także głosy, domagające się wykreślenia powołanego przepisu, a tym samym wyeliminowania konkurencji dla powszechnych kas chorych. W czasie obowiązywania ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zwyciężyła idea przyświecająca ostatniemu z prezentowanych poglądów[38], bo chociaż przepis dotyczący prywatnych

[38] Argumenty przeciwko otwarciu polskiego rynku dla substytucyjnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dotyczyły przede wszystkim tzw. spijania śmietanki, polegającego na ubezpieczaniu osób mniej obciążonych zdrowotnie.

kas chorych nie został wykreślony, to w ostatnim kształcie odkładał on pojawienie się tych instytucji na daleką, bliżej nieokreśloną przyszłość. Po nowelizacji z listopada 2000 roku artykuł 4a stanowił bowiem enigmatycznie, że „realizację powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez inne niż kasy chorych instytucje ubezpieczeniowe ureguluje odrębna ustawa"[39]. Po uchyleniu przepisów powołanej ustawy i wprowadzeniu Narodowego Funduszu Zdrowia sytuacja w tej materii nie doczekała się uszczegółowienia, a wręcz można by powiedzieć, uległa uwstecznieniu. Nowe ustawodawstwo nie odnosi się bowiem w ogóle do kwestii ewentualnej dopuszczalności substytucji ubezpieczeń powszechnych przez ubezpieczenia prywatne.

Pomimo niepodejmowania przez prawo zagadnień dotyczących powstawania prywatnych kas chorych w Polsce warto wspomnieć o tych instytucjach, korzystając z doświadczeń niemieckich. Prywatne (PKV) i ustawowe (GKV) ubezpieczenia zdrowotne występują w Niemczech równolegle. Z usług ubezpieczycieli prywatnych może jednak skorzystać określony krąg osób, które bądź zostały wyłączone z obowiązku ubezpieczenia[40] bądź też, którym przysługuje prawo uwolnienia się od tego obowiązku pomimo podlegania mu. W pierwszej sytuacji obowiązek ubezpieczenia nie istnieje (*Versicherungsfreiheit*), w drugiej natomiast dana osoba jest zobligowana do przynależności do systemu ubezpieczeń powszechnych, jednakże przy spełnieniu określonych kryteriów może się od tej przynależności uwolnić (*Befreiung von der Versicherungspflicht*). Należy jednak podkreślić, że jeżeli osoba spełniająca wskazane warunki zrezygnuje z ubezpieczenia ustawowego na rzecz usług świadczonych przez prywatnych ubezpieczycieli, to nie może już powrócić do instytucji publicznych[41]. Prywatne kasy chorych oferują ubezpieczonym najczęściej obszerniejszy pakiet świadczeń, a zaletą przynależności do nich jest również możliwość wyboru przez ubezpieczonego preferowanego zakresu ochrony. Pomimo to udział osób posiadających wyłącznie prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Niemczech w odniesieniu do liczby ludności wynosi około 9%, co stanowi odsetek niższy niż udział osób uprawnionych w społeczeństwie do spełnienia obowiązku ubezpieczenia w prywatnych kasach chorych (około 20%)[42]. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać w przywilejach jakie wiążą się z członkostwem w systemie ubezpieczeń powszechnych (między innymi możliwość bezskładkowego objęcia ubezpieczeniem niepracujących członków rodziny). Przykładowe różnice pomiędzy zakresem świadczeń z ubezpieczeń typu PKV i GKV przedstawia tabela 3.

[39] Artykuł 1 pkt 2 ustawy z dnia 30 listopada 2000 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 122, poz. 1311).

[40] Szczegółowo patrz informacje, do których odnosi się przypis nr 14.

[41] A. Bastiani, op.cit., s. 23; Ch. Sowada, *System*, s. 81.

[42] H. Ch. Uleer, op.cit., s. 140; Ch. Sowada, *System*, s. 81; A. Bastiani, op.cit., s. 22.

Tabela 3. Porównanie przykładowego zakresu świadczeń zapewnianych w ramach ustawowych (GKV) i prywatnych (PKV) ubezpieczeń zdrowotnych w Niemczech

Świadczenie	Ubezpieczenie	
	Ustawowe (GKV)	Prywatne (PKV)*
Leczenie ambulatoryjne		
Wybór lekarza	wolny wybór lekarza spośród tych, którzy mają podpisaną umowę z kasą chorych	wolny wybór lekarza spośród wszystkich praktykujących
Leki	dopłata pacjenta w zależności od wielkości opakowania od 4 do 5 €	prawie zawsze całkowite pokrycie kosztów leków; niekiedy udział własny w wysokości 5-10% ceny
Środki pomocnicze	środki pomocnicze w najprostszym wykonaniu; stały limit pokrycia dla szkieł okulistycznych w odniesieniu do najprostszych szkieł dla danego schorzenia; koszty oprawek ponosi ubezpieczony; opłata za szkła kontaktowe jest pokrywana z ubezpieczenia tylko w wyjątkowych wypadkach; 20% udziału własnego przy zakupie bandaży i wkładek ortopedycznych	mogą występować górne limity świadczeń lub tak jak w GKV ograniczenie refundacji do środków o najprostszym standardzie wykonania; szkła okulistyczne (także specjalistyczne) i kontaktowe najczęściej od 50 do 400 € rocznie, albo co dwa lata; w niektórych taryfach brak refundacji
Badania profilaktyczne	przede wszystkim: – od 35 roku życia w odniesieniu do wczesnego wykrywania chorób serca, układu krążenia, chorób nerek lub cukrzycy, – od 20 roku życia dla kobiet i od 45 lat dla mężczyzn w odniesieniu do wczesnego wykrywania chorób nowotworowych	– wszystkie badania niezbędne do wczesnego wykrywania chorób lub – tylko te przejmowane przez GKV bez wprowadzania ograniczeń wiekowych
Medycyna niekonwencjonalna	żadnych świadczeń	zwrot kosztów świadczeń uznanych za medycznie skuteczne
Gimnastyka lecznicza	koszty w 15% ponoszone są przez ubezpieczonych	opłacane są pełne koszty medycznie uzasadnionych zabiegów
Leczenie stacjonarne		
Wybór szpitala	tylko z najbliżej położonych „zakontraktowanych" szpitali, w przeciwnym razie wzrost obciążenia kosztami pacjenta; żadnych prywatnych klinik	wśród wszystkich szpitali i uzdrowisk jednakże po zatwierdzeniu przez kasę chorych
Zakwaterowanie	pokoje wieloosobowe	wolny wybór wielkości pokoju (jedno-, dwu-, wieloosobowy)
Lekarz świadczący	lekarz dyżurny	wolny wybór lekarza oraz lekarza prowadzącego
Współpłacenie	9 € dziennie maksymalnie przez 14 dni w roku	najczęściej brak udziału własnego; czasami dopłata pacjenta w wysokości 15 € za dzień przez pierwszych 7 dni

cd tab. 3

Leczenie stomatologiczne		
Leczenie	całość kosztów dopuszczonych świadczeń (np. wypełnienie amalgamatowe); dodatek do wypełnień porcelanowych w wysokości kosztów normalnego wypełnienia; brak pokrycia dla implantów	50-100% pokrywanych kosztów, czasami górne limity kwotowe w pierwszym roku ubezpieczenia
Protetyka	50% pokrycia kosztów określonych świadczeń; 65% przy regularnym (osoba dorosła raz w roku, dzieci do 18 lat dwa razy do roku) korzystaniu z usług stomatologicznych	od 50 do 90% refundacji, czasami z dodatkowymi limitami świadczeń w odniesieniu do materiałów i kosztów pracy lub w pierwszym roku trwania umowy
Wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy**		
Wysokość	70% przychodów brutto jednakże maksymalnie 90% przychodów netto	świadczenie (ryczałt) dzienny, w rozliczeniu miesięcznym maksymalnie do wysokości przychodów netto
Czas świadczenia	maksymalnie przez 78 tygodni w trzyletnim rozliczeniu	ograniczony czasem trwania niezdolności do pracy
Karencja	świadczenie od 43 dnia niezdolności do pracy	w zależności od umowy

* Zakres świadczeń różni się w zależności od taryfy przyjmowanej przez kasę chorych.

** Ubezpieczenia zdrowotne obejmują łącznie (w przeciwieństwie do Polski) świadczenia opieki zdrowotnej i świadczenia związane z utratą zarobków z pracy na skutek choroby.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie http://private-krakenversicherung.net/vergleich; http://www.private-krankenversicherung-atersvorsorge.de/Krankenkassen/Unterschiede_GKV-PKV.htm; http://www.pkv-select.de/22funtea.php.

2.3. Finansowanie ze środków pracodawcy

Wzrost udziału finansowania opieki zdrowotnej przy wykorzystaniu dobrowolnych ubezpieczeń i innych instrumentów (np. abonamenty) umożliwiających pozyskanie funduszów na opiekę zdrowotną ze źródeł niepublicznych może wynikać z bezpośrednich działań osób, będących beneficjentami ubezpieczenia czy abonamentu, co można łączyć z indywidualną przezornością bądź też być następstwem działania osób trzecich. Chodzi tu przede wszystkim o pracodawców, którzy z jednej strony chcąc zabezpieczyć się przed ponoszeniem kosztów związanych z absencją chorobową swoich pracowników, z drugiej zaś poszerzyć spektrum instrumentów motywacyjnych, względem szczególnie cennych dla firmy pracowników, prowadzą program ubezpieczeń grupowych, obejmujący ryzyko choroby (rzadziej kupują polisy indywidualne) lub nabywają dla wybranych pracowników pakiet świadczeń medycznych w ramach systemu abonamentowego.

Oferowanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych przez pracodawców dla swoich pracowników jest szczególnie popularne w Stanach Zjednoczonych. Początki takiego rozwiązania pojawiły się krótko po II wojnie światowej, kiedy to Stany Zjednoczone „zdobywały" pierwsze doświadczenia w zamrażaniu cen i płac. W związku z tym, że grupowe świadczenia zdrowotne nie były prawnie uregulowane, rozpoczęły się naciski związków zawodowych, domagających się ustanowienia świadczeń zdrowotnych i emerytalnych sposobem rekompensaty dla amerykańskich pracowników. Pracodawcy, którzy konkurowali o wykwalifikowanych pracowników ulegli tym naciskom i zobligowali się do realizacji postulatu[43].

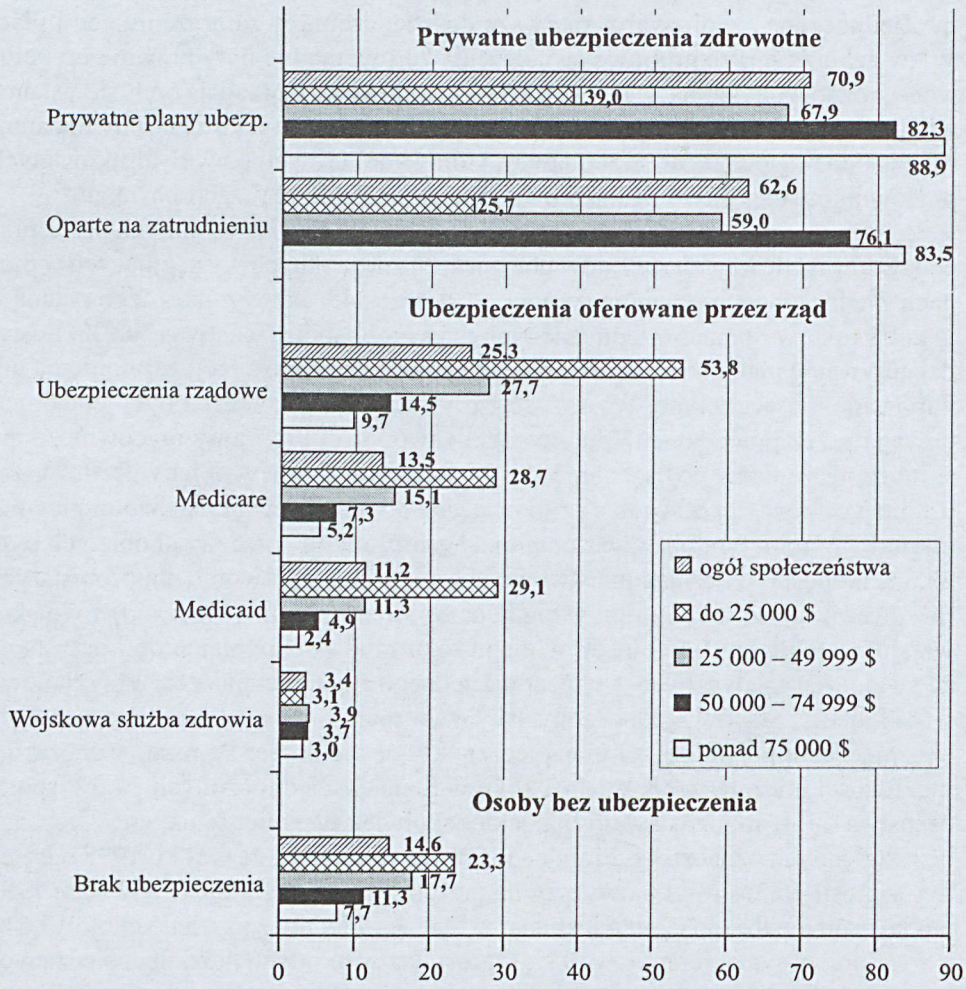
Znaczenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dystrybuowanych przez pracodawców na tle innych rodzajów ubezpieczeń zdrowotnych występujących w Stanach Zjednoczonych obrazuje rysunek na stronie 348. Jak wynika z tego rysunku, w 2001 roku w Stanach Zjednoczonych większość społeczeństwa (70,9%) posiadała prywatne plany ubezpieczeniowe, które są oferowane z racji zatrudnienia lub kupowane indywidualnie. Większość z prywatnych ubezpieczeń była jednak nabywana przez pracodawców lub związki zawodowe. Programy pracownicze nie są ubezpieczeniami powszechnie obowiązującymi, ponieważ jedynie firmy zatrudniające powyżej 50 osób są zobowiązane do ich zapewnienia swoim pracownikom[44]. W roku tym ubezpieczeniami „dostarczanymi" przez rząd objętych było 25,3% ludności, wliczając państwowe ubezpieczenia zdrowotne dla osób starych (Medicare), ubezpieczenie przysługujące osobom ubogim (Medicaid) i wojskową służbę zdrowia. Wiele osób w ciągu roku miało uprawnienia do korzystania ze świadczeń medycznych z więcej niż jednego typu ubezpieczeń. Przykładowo 7,6% ludności Stanów Zjednoczonych było ubezpieczonych jednocześnie w ramach ubezpieczenia prywatnego i ubezpieczenia typu Medicare. Pomimo różnorakich możliwości ubezpieczenia w 2001 roku w Stanach Zjednoczonych 14,6% społeczeństwa ogółem pozostawało bez jakiegokolwiek ubezpieczenia, co w liczbach bezwzględnych oznacza 41,2 mln osób. Warto zaznaczyć, że w roku 1998 odsetek ten wynosił 16,3% i był najwyższy na przestrzeni lat 1987-2001[45]. W roku 1999 udział osób nieubezpieczonych zmalał w Stanach Zjednoczonych do około 15,5%, a do poprawy sytuacji przyczynił się wzrost liczby młodych ludzi ubezpieczanych w ramach federalnego Programu Ubezpieczenia Zdrowotnego Dzieci (Federal Children's Health Insurance Program) oraz oferowanie ubezpieczeń zdrowotnych przez większą liczbę pracodawców, którzy w ten sposób dbają o poprawę swojej marki na rynku pracy[46]. Tendencja spadkowa prezentowanego wskaźnika została

[43] R.E. Compton, N. Schlackman, *The Evolution of Health Insurance in the United States*, The Geneva Papers on Risk and Insurance 1998, nr 86, s. 124.

[44] R. Rzepka, *Model finansowania świadczeń zdrowotnych w USA*, Prawo i Medycyna 2002, nr 4, s. 133.

[45] R.J. Mills, *Health Insurance Coverage: 2001. Current Population Reports*, za: www.census.gov.

[46] *Progress on Health Insurance, Hartford Courant*, 2000 – za: www.proquest.com.



Odsetek* ubezpieczonych według typów ubezpieczeń zdrowotnych i rocznych dochodów ubezpieczonych w Stanach Zjednoczonych w 2001 roku**

* Udziały procentowe nie sumują się do 100%, gdyż część Amerykanów korzystała z więcej niż jednego ubezpieczenia

** Przeciętna roczna płaca wynosiła 34 020 USD – Occupational Employment Statistics (OES) Survey, Bureau of Labor Satistics, Department of Labor, http:/stat.bls.gov/oes/home.htm

Źródło: Opracowanie własne na podstawie R. J. Mills, *Health Insurance Coverage: 2001. Current Population Reports*, za: www.census.gov

zachwiana właśnie w 2001 roku, kiedy to wzrósł on w stosunku do roku ubiegłego o 0,4%, co tłumaczy się ogólnym przyrostem liczby ludności w Stanach Zjednoczonych. Oczywiste jest, że odsetek ubezpieczonych w ramach danego planu różni się w ramach wyodrębnionych grup dochodowych. Ludzie bogatsi częściej niż przeciętnie nabywali prywatne ubezpieczenia zdrowotne korzystając rzadziej z zabezpieczenia państwowego i stanowiąc znacznie mniejszy odsetek wśród osób bez ubezpieczenia. Podobne prawidłowości są obserwowane w Stanach Zjednoczonych w zależności od pochodzenia etnicznego (biali częściej posiadają ubezpieczenie prywatne) i wykształcenia[47].

Analizując sytuację w Stanach Zjednoczonych, należy mieć tylko nadzieję, że także w Polsce pracodawcy będą w większym stopniu wykorzystywali zabezpieczenie swoim pracownikom wyższego standardu świadczeń medycznych i lepszej dostępności do nich, aniżeli jest to w systemie powszechnym, jako instrument motywacyjny w prowadzonej polityce kadrowej. Podobnie twierdzi K. Tymowska, która do czynników sprzyjających rozwojowi dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych zalicza między innymi „uwarunkowania na rynku pracy zachęcające pracodawców do zakładania pracownikom tzw. złotych kajdanków w postaci szczególnego rodzaju korzyści, które utracą, zmieniając pracodawcę"[48]. Ten sam czynnik będzie warunkował także wzrost popytu na zakup świadczeń medycznych w ramach opłat abonamentowych. Łatwo zatem zauważyć, że zakłady ubezpieczeń oferujące ubezpieczenia zdrowotne, są zmuszone konkurować o klientów z instytucjami działającymi w ramach systemu przedpłat. Dodatkowo konkurencją dla ubezpieczeń zdrowotnych jako elementu podnoszącego atrakcyjność zatrudnienia w danym przedsiębiorstwie mogą być pracownicze programy emerytalne (PPE)[49]. Konkurencyjność tych produktów wynika z ograniczonych możliwości finansowych pracodawców, którzy chociażby ze względu na koszty organizacyjne i później administarcyjne nie będą zainteresowani wdrażaniem kilku różnorodnych systemów motywacyjnych jednocześnie.

Współuczestnictwo pracodawców w finansowaniu opieki zdrowotnej może być także związane z opłacaniem przez nich części obowiązkowych składek na powszechne ubezpieczenia zdrowotne. Takie rozwiązanie zostało przyjęte na przykład w Niemczech, gdzie składka na obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne opłacana jest w połowie przez pracownika i w połowie przez pracodawcę.

---

[47] R. J. Mills, op.cit.

[48] K. Tymowska, *Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1999, s. 41.

[49] W literaturze proponuje się pewne rozwiązanie, pozwalające zmniejszyć konkurencję między programami ubezpieczeń zdrowotnych oferowanych przez zakłady pracy a PPE. Chodzi o możliwość oferowania w ramach grupowych inwestycyjnych ubezpieczeń na życie pracowników, jako formy PPE, produktów uzupełnionych o ryzyko pokrycia kosztów leczenia czy zakupu lekarstw – K. Łyskawa, op.cit., s. 230.

Ponadto zakłady pracy wspomagają uzyskanie świadczeń zdrowotnych przez pracowników poprzez organizowanie zakładowej opieki zdrowotnej, co było szczególnie popularne w Polsce w czasach poprzedzających zmiany ustrojowe, a teraz funkcjonuje nadal przykładowo w spółdzielniach inwalidów czy zakładach pracy chronionej.

3. Metody opłacania wytwórców usług zdrowotnych

Istotną kwestią w ramach problematyki finansowania opieki zdrowotnej jest rozróżnienie pomiędzy źródłami finansowania (pozyskiwania funduszy) a **metodami opłacania wytwórców usług zdrowotnych**[50]. Omówione do tej pory sposoby finansowania opieki zdrowotnej, czyli finansowanie z podatków ogólnych, poprzez system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne czy też opłaty abonamentowe zaliczymy do **metod pozyskiwania środków finansowych**[51].

W odniesieniu do metod opłacania jednostek świadczących usługi zdrowotne słuszne wydaje się dwuaspektowe spojrzenie na tę płaszczyznę finansowania opieki zdrowotnej. Rozpatrując kwestię podziału zgromadzonych środków od strony obszaru (obiektu) podlegającego finansowaniu, możemy mówić o **finansowaniu podmiotowym** i **finansowaniu przedmiotowym.** Drugim kryterium podziału będzie podmiot odpowiedzialny za dokonanie płatności (płatnik) i w tym wypadku w ramach metod opłacania wytwórców świadczeń można wyodrębnić: opłaty wnoszone przez płatnika trzeciej strony oraz opłaty wnoszone bezpośrednio przez konsumenta świadczenia zdrowotnego.

3.1. Finansowanie podmiotowe a finansowanie przedmiotowe

W przypadku bezpośredniego finansowania opieki zdrowotnej z budżetu następuje bardzo ścisłe powiązanie jednostek finansowanych z jednostką finansującą (or-

[50] Podział na metody pozyskiwania środków finansowych dla opieki zdrowotnej oraz metody opłacania wytwórców usług zdrowotnych jako dwa aspekty finansowania opieki zdrowotnej został zaczerpnięty z W.C. Włodarczyk, op.cit., s. 342. W pracy tej wyodrębniono jednakże dwa sposoby pozyskiwania funduszy: finansowanie dobrowolne i przymusowe, przyjmując za kryterium podziału akt woli osoby płacącej, a nie organizacyjną formę pozyskiwania środków, jak to jest w niniejszym artykule.

[51] W tej grupie znajduje się także pozyskiwanie środków na opiekę zdrowotną w ramach inicjatyw społecznych (np. Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy, różnego rodzaju fundacje zakładane na rzecz walki z konkretnymi chorobami) oraz bezpośrednie opłacanie przez pacjentów kosztów świadczeń medycznych, w momencie korzystania z nich. Ten drugi sposób finansowania nie został dotąd omówiony, gdyż z jednej strony jest formą pozyskiwania funduszy, z drugiej zaś jedną z metod opłacania świadczeniodawców usług zdrowotnych. Zatem kwestii tej poświęcono uwagę właśnie w ramach metod rozliczeń z wytwórcami.

ganem centralnym). Budżet danej instytucji służby zdrowia jako jednostki budżetowej[52] jest częścią składową budżetu państwa (lub samorządu terytorialnego), co jest równoznaczne z tym, że wydatki i dochody placówki finansowanej są jednocześnie odpowiednimi kategoriami wydatków i dochodów „budżetu nadrzędnego". W takiej sytuacji możemy mówić właśnie o tzw. finansowaniu podmiotowym, kiedy to rząd, przyjmując określony budżet, automatycznie determinuje wielkość i strukturę wydatków jednostek budżetowych[53]. Przy finansowaniu podmiotowym środki finansowe są zatem jakoby rezerwowane dla konkretnej placówki (podmiotu), co nie wiąże się bezpośrednio z ilością świadczonych przez tę jednostkę usług. Mechanizm finansowania podmiotowego, bardzo dobrze oddaje stwierdzenie, że asygnowane środki są zapłatą za funkcjonowanie (istnienie) danej placówki służby zdrowia, a nie zapłatą za dostarczane świadczenia[54], co wydawałoby się zasadne jedynie w odniesieniu do pogotowia ratunkowego, gdzie chodzi właśnie o gotowość świadczenia.

W Polsce podmiotowy sposób finansowania ochrony zdrowia był stosowany jeszcze w początkach lat dziewięćdziesiątych[55]. Brak powiązania między asygnowanymi środkami a faktycznym zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne, jakie można by określić, analizując przykładowo stan zdrowia ludności zamieszkującej teren działania placówki zdrowia (obowiązywała przecież rejonizacja), wynikał przede wszystkim z określania wydatków placówki służby zdrowia przy wykorzystaniu metody retrospektywnej[56]. Istotne było zatem spojrzenie na historyczny przebieg, zwykle rosnącego, zapotrzebowania na fundusze. Taka procedura przyznawania środków finansowych umożliwiała między innymi finansowanie na szeroką skalę inwestycji infrastrukturalnych, które w danym rejonie kraju nie zawsze były konieczne. Doprowadziło to do znacznych dysproporcji w ilości i jakości infrastruktury służby zdrowia, na korzyść rejonów bogatszych, które rozpoczynając pewne inwestycje długoterminowe automatycznie mogły metodą retrospektywną przewidywać wysokie wydatki w kolejnych latach, związane czy to z kontynuacją inwestycji, czy też z rosnącymi kosztami bieżącego utrzymania powiększo-

---

[52] Jednostka budżetowa to oprócz zakładu budżetowego podstawowy podmiot gospodarki budżetowej; na ten temat patrz więcej: S. Owsiak, op. cit, s. 326 i n.

[53] Por. J. Sobiech, op.cit., s. 55.

[54] J. Kukurba, *Powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Analiza systemu, jego ewolucji i propozycji zmian*, Zdrowie i Zarządzanie 2002, nr 6, s. 48.

[55] W. Stylo, *Sposoby kontraktowania usług medycznych a interesy stron: płatnik, świadczeniodawca, ubezpieczony*, w: *Materiały z konferencji „Ubezpieczenia komercyjne w reformowanym systemie ochrony zdrowia", sesja I, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Jabłonna, maj 2000.*

[56] Ibidem. Por. także M. M. Smoleń, *Uzasadnienia dla zmian w alokacji środków finansowych w opiece zdrowotnej i możliwości jej realizacji w Polsce*, w: *Finansowanie opieki zdrowotnej. Dylematy wyborów (materiały konferencyjne)*, red. K. Tymowska, Warszawa 1992, s. 78, gdzie autor mówi o metodzie „ekstrapolacji trendu" przy planowniu wielkości środków przekazywanych na opiekę zdrowotną.

nej bazy materialnej. Należy zatem podkreślić wadliwość takiego dystrybuowania zasobów pieniężnych, które w konsekwencji doprowadzało do nierównomiernej i nieracjonalnej alokacji środków, dodatkowo wzmacnianej poprzez silne upolitycznienie corocznych „negocjacji budżetowych"[57]. Nie można także zapominać o wmontowaniu w procedurę finansowania bodźca antyefektywnościowego, jakim było karanie za niewykorzystanie przyznanych w danym roku środków ich zmniejszeniem na rok przyszły.

W celu poprawy efektywności centralnego finansowania budżetowego w Polsce zaczęto podejmować kroki w kierunku decentralizacji. Pojęcie decentralizacji nie jest w literaturze jednoznacznie zdefiniowane. Wskazuje się jednak, że nasilone podejmowanie procedur decentralizacyjnych łączy się zawsze nierozerwalnie z wdrażaniem struktur samorządu terytorialnego[58]. Intuicyjnie decentralizacja kojarzy się z procesem, w wyniku którego następuje cedowanie uprawnień decyzyjnych w dół hierarchii władzy systemu (odchodzenie od centrum)[59]. Rozbudowując proceduralne rozumienie decentralizacji, dodaje się niekiedy, że występuje ona, gdy niższe szczeble, którym zostały delegowane kompetencje, nie odpowiadają już przed centrum, ale przed ubezpieczonymi[60]. W. C. Włodarczyk wyodrębia trzy wymiary decentralizacji, tj.[61]:

- dekoncentrację (przekazanie uprawnień na niższe szczeble tego samego systemu organizacyjnego),
- dewolucję (przekazanie uprawnień w ramach administracji publicznej, wykraczające poza sferę bezpośredniej kontroli organów centralnych),
- delegację (przekazanie uprawnień decyzyjnych poza sferę administracji publicznej).

Proces decentralizacji w opiece zdrowotnej w Polsce został zapoczątkowany w 1990 roku wraz z powołaniem do życia gmin samorządowych, które na mocy różnorakich przepisów w sposób nieskoordynowany zaczęły przejmować prowa-

[57] M. M. Smoleń, op.cit., s. 78 i n.

[58] E. Kornberger-Sokołowska, *Decentralizacja finansów publicznych a samodzielność finansowa jednostek samorządu terytorialnego*, LIBER, Warszawa 2001, s. 11; Z. Gilowska, *Decentralizacja*, Zeszyty Centrum im. Adama Smitha 1995, nr 2, s. 4. W Polsce przywrócenie samorządu terytorialnego nastąpiło w 1990 roku przez zmiany dokonane w Konstytucji RP i uchwalenie ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie terytorialnym (Dz.U. nr 16, poz. 95) nazywanej obecnie ustawą o samorządzie gminnym. Wyznaczyła ona jako zadania własne gminy między innymi ochronę zdrowia. Rozbudowa systemu samorządowego nastąpiła w 1999 roku wraz z wprowadzeniem reformy administracji państwowej. Od tej pory oprócz gmin funkcjonują powiaty i województwa samorządowe.

[59] W. C. Włodarczyk, op.cit., s. 324.

[60] W. Jack, *Decentralization and Health Care: Issues and Some Country Studies*, Georgetown University 2001 (maszynopis), za: S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, Ch. Sowada, *Kasy chorych*, w: *Opieka zdrowotna w Polsce*, s. 74.

[61] W. C. Włodarczyk, op. cit, s. 325.

dzenie zakładów opieki zdrowotnej[62]. W momencie wprowadzenia trójszczeblowego samorządu terytorialnego odpowiedzialność za sprawy zdrowia zaczęła spoczywać nie tylko na administracji rządowej, ale także na samorządach gminnych, powiatowych i wojewódzkich. W stosunku do polskiego systemu ochrony zdrowia funkcjonujacego w latach 1999-2003 (do kwietnia, czyli do czasu zlikwidowania kas chorych) można wskazać przykłady decentralizacji w każdym z zaproponowanych przez W. C. Włodarczyka wymiarów: 1) uprawnienia kontrolne i zarządcze wojewodów oraz prawo do dysponowania przyznanymi z budżetu środkami finansowymi w ramach sektora zdrowotnego stanowią przykład dekoncentracji, 2) zaangażowanie powiatów i gmin, pełnione przez te organa funkcje właścicielskie wobec zakładów opieki zdrowotnej to przykład dewolucji, 3) powołanie kas chorych potwierdza dokonanie delegacji uprawnień.

Z formalnego punktu widzenia zdecentralizowane zagospodarowywanie środków publicznych powinno prowadzić do zwiększania efektywności wydatków, co wynika z faktu, że „dysponenci środków i realizatorzy zadań publicznych są bliżej społeczeństwa, na rzecz którego działają"[63]. Jednocześnie sama społeczność lokalna może czuć się zmotywowana do podejmowania inicjatyw i działań w obrębie określonej sfery usług publicznych (np. ochrona zdrowia), gdyż z wszelkich efektów takich działań będzie mogła sama korzystać.

Decentralizacja nie jest jednak rozwiązaniem wolnym od mankamentów. Może bowiem prowadzić do zróżnicowania sytuacji w zakresie opieki zdrowotnej[64] w zależności przykładowo od wielkości jednostki samorządowej czy możliwości pozyskiwania tzw. dochodów własnych przez jednostki gminne[65]. Daje ona możliwość formalnego uwolnienia się przez centrum od rozwiązywania trudnych problemów, dotyczących na przykład zadłużenia placówek zdrowia. Rezygnacja władz centralnych z pełnej odpowiedzialności za organizację i finansowanie opieki zdrowotnej na rzecz podziału kompetencji decyzyjnych w sektorze zdrowia może prowadzić zatem do zaniku wyraźnych sfer odpowiedzialności poszczególnych podmiotów („odpowiedzialność rozmyta")[66].

Wskazane powyżej słabe strony zdecentralizowanych rozwiązań w systemie opieki zdrowotnej legły u podstaw – przynajmniej w aspekcie formalnym uzasadnianych zmian – usankcjonowania działań reformatorskich wprowadzających Narodowy Fundusz Zdrowia, które są powrotem do scentralizowanych struktur organizacyjnych i władzy w systemie. Legislator nie ugiął się pod opiniami ekspertów,

---

[62] Szczegółowiej C. Włodarczyk, S. Sitko, op.cit., s. 11; o procesach decentralizacyjnych w polskiej opiece zdrowotnej przed 1990 rokiem patrz J. Sobiech, op.cit., s. 39-42.

[63] S. Owsiak, op.cit., s. 112.

[64] Por. J. Sobiech, op.cit., s. 143; W. C. Włodarczyk, op.cit., s. 328.

[65] Na przykład gminy o większym stopniu industrializacji i urbanizacji uzyskują wyższe wpływy z tytułu podatku od nieruchomości.

[66] Patrz: S. Golinowska, *Polityka społeczna*, s. 101 i powołana tam literatura.

negujących centralizację, którzy wskazują na nieracjonalność alokacji środków i polityczne niebezpieczeństwo dla stabilności systemu opieki zdrowotnej[67]. Dążenia do zwiększania wpływu władz centralnych ujawniły się już w czerwcu 2002 roku, kiedy to zmianie uległ tryb powoływania rad kas chorych odpowiedzialnych między innymi za mianowanie dyrektora kasy czy uchwalanie planu finansowego. Po czerwcowej nowelizacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym rada nie była już w całości powoływana przez sejmik województwa, lecz sejmik mógł wskazywać jedynie trzech z siedmiu kandydatów na członków rady. Przedstawienie pozostałych kandydatur łącznie z powołaniem całej rady spoczęło w rękach ministra zdrowia. W obecnej sytuacji potwierdzeniem centralizmu jest chociażby status płatnika oraz uprawnienia nadzorcze. Kasy chorych były instytucjami samorządnymi, reprezentującymi ubezpieczonych. Tymczasem Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwową jednostką organizacyjną, którego (tym razem trzynastoosobowa) rada powoływana jest przez prezesa Rady Ministrów na wniosek właściwych ministrów i instytucji, przy czym najwięcej kandydatur na członków przedstawia minister zdrowia. Jeżeli chodzi o nadzór, to tak jak już sygnalizowano, spoczywa on w pełni w rękach jednej osoby, a mianowicie ministra zdrowia. Posługując się przytoczonymi definicjami decentralizacji jako przeciwieństwa centralizacji można by skonstatować, że w myśl definicji W. Jacka mamy do czynienia z pełnym centralizmem, jako że choć część uprawnień w ramach Funduszu jest delegowana na niższe szczeble (do oddziałów wojewódzkich Funduszu)[68], to odpowiadają one *de facto* przed swoim „centralnym" mocodawcą, a nie przed ubezpieczonymi.

Innym sposobem podnoszenia ekonomicznej racjonalności finansowania opieki zdrowotnej jest odchodzenie od podmiotowej metody finansowania na rzecz zasilania przedmiotowego. Próby takiego rozdzielania zasobów pieniężnych były podejmowane w Polsce już od 1996 roku, kiedy to pojawieniu się samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej towarzyszył wzrost zainteresowania kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych. Na dobre system kontraktowy zaistniał w Polsce wraz z wprowadzeniem instytucji kas chorych i ubezpieczeniowego modelu opieki zdrowotnej.

Zaletą finansowania przedmiotowego jest połączenie wielkości przekazywanych środków z rozmiarami działalności usługowej jednostki. Świadczeniodawcy powinni dążyć zatem do możliwie najpełniejszego wykorzystania zdolności usługowych, aby w ten sposób maksymalizować przychód. Jednocześnie w ich interesie jest minimalizowanie kosztów w odniesieniu do jednostkowej usługi, tak aby móc konkurować na „wewnętrznym rynku" świadczeń medycznych. Przy wysokiej cenie nie znajdzie się bowiem nabywca (płatnik trzeciej strony), który będzie skłonny do podpisania z tą jednostką umowy o dostarczanie świadczeń medycznych.

---

[67] Por. na przykład S. Golinowska, *System ochrony zdrowia*, s. 31.

[68] Wydaje się, że według przytoczonego ujęcia decentralizacji zaczerpniętego od W.C. Włodarczyka można mówić w tym wypadku o dekoncetracji.

Wprowadzenie finansowania przedmiotowego nie jest jednak pozbawione problemów. Przede wszystkim pojawia się konieczność ustalenia cen rozliczeniowych, a to wiąże się z problemem doboru mierników, określających koszty świadczonej usługi, konieczność wyboru podmiotu odpowiedzialnego za ustalenie ceny tak, aby charakteryzowała się ona możliwie najwyższym stopniem obiektywizmu[69]. W tabeli 4 zaprezentowano możliwe do wykorzystania mechanizmy płacenia za usługi medyczne w systemie kontraktowym.

3.2. Płatnik trzeciej strony a opłaty w momencie korzystania

Płatnik trzeciej strony to instytucja, która nie będąc świadczeniobiorcą, dokonuje rozliczenia należności, jaka powstała po stronie dostarczyciela usługi medycznej. Jest to zatem, oprócz świadczeniodawcy i konsumenta (pacjenta), trzecia strona w układzie organizacyjnym świadczenia opieki zdrowotnej. Wprowadzenie płatnika trzeciej strony w stosunkach między pacjentem a lekarzem eliminuje niepewność pacjenta co do możliwości pokrycia w przyszłości pełnych kosztów usługi, na którą pacjent zgłasza zapotrzebowanie[70]. W tej sytuacji osoba korzystająca z opieki zdrowotnej nie ponosi bezpośrednich kosztów w chwili nabywania świadczenia, choć nie oznacza to, że nie ponosi ona żadnych kosztów. Wcześniej bowiem opłacone zostały przez tę osobę czy to podatki, z których finansuje się opiekę zdrowotną, czy też składki ubezpieczeniowe lub opłaty abonamentowe. Istotny jest jednak fakt, że przy takim sposobie opłacania wytwórców świadczeń, pacjent nie jest świadomy rzeczywistego kosztu usługi, z której korzysta. Może zatem ulec złudnemu przekonaniu, że dostarczane świadczenia są darmowe. Podobne zapatrywanie może wystąpić także po stronie dostawcy świadczenia. Dla niego pacjent faktycznie nie wydatkuje pieniędzy w momencie korzystania ze świadczenia, a osoba opłacająca składkę ubezpieczeniową czy podatek, czyli obecny pacjent, „jawi się jako podmiot anonimowy"[71]. Obie strony uznają zatem zgodnie, że krańcowy koszt prywatny opieki zdrowotnej wynosi zero, pomijając fakt pojawiającego się dodatniego kosztu społecznego[72]. Wprowadzenie do układu rozliczeń płatnika trzeciej strony jest zatem obarczone występowaniem zjawiska moralnego hazardu[73].

---

[69] Szerzej na ten temat: J. Sobiech, op.cit., s. 68 i n.; U. Prasznic, op.cit., s. 107; E. Denek i in., op.cit., s. 116 i n.

[70] E. Aksman, *Przekształcenia sektora publicznego i prywatnego w brytyjskiej i w polskiej opiece zdrowotnej*, Uniwersytet Warszawski, Wydział Nauk Ekonomicznych, Warszawa 2000, s. 19.

[71] W.C. Włodarczyk, *Ubezpieczenie zdrowotne: twarze moralnego hazardu*, w: *Ubezpieczenia zdrowotne w Europie Środkowo-Wschodniej*, s. 76.

[72] N. Barr, *Ekonomika polityki społecznej*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1993, s. 138.

[73] K. Tymowska moralny hazard definiuje jako „zachowania, w wyniku których powstaje ryzyko wydatków czy strat, za które nie płaci osoba, powodująca zaistnienie tego ryzyka, po-

Tabela 4. Przykładowe mechanizmy przedmiotowego finansowania świadczeniodawców w opiece zdrowotnej

Wyszczególnienie	Charakterystyka	Wady i zalety
Kontrakty blokowe uśredniona opłata za usługę określona na podstawie przyjętych mierników		
Osobodzień leczenia	płaci się stałą stawkę za każdy dzień pobytu w szpitalu przez pacjenta; można różnicować stawki w zależności od oddziału, wprowadzać limit osobodni na jednego hospitalizowanego; stosowana w lecznictwie zamkniętym i oddziałach dziennego pobytu	wydłużanie czasu leczenia pacjenta; niechęć do leczenia ciężko chorych pacjentów (wyższy koszt aniżeli przyjęta średnia); łatwa w stosowaniu zarówno dla płatnika, jak i wytwórcy
Hospitalizowany pacjent	płaci się stałą stawkę za każdą hospitalizację, możliwość różnicowania ze względu na oddział szpitala czy leczone schorzenie; stosowana w lecznictwie zamkniętym i środowiskowym	przyjmując płacenie za hospitalizację w odniesieniu do oddziału płatnik kieruje się tylko nazwą oddziału, a to powoduje dążenie wytwórców do zmian nazwy oddziału; chętnie przyjmowani są pacjenci, którzy nie wymagają bezwzględnej hospitalizacji, a odsyłani pacjenci z poważnymi chorobami; ryzyko marnotrawienia środków
Udzielona porada	płaci się stałą stawkę za każdą udzieloną poradę, można różnicować ze względu na rodzaj poradni; cena obejmuje najczęściej średni koszt porady wraz ze średnimi kosztami badań diagnostycznych przypadających na jednostkową poradę (czasami diagnostyka wliczana jest tylko częściowo, a w pozostałej części finansowana oddzielnie); stosowana w lecznictwie otwartym	zwiększanie liczby udzielanych porad; rezygnacja z koniecznych badań diagnostycznych; w przypadku osobnego finansowania diagnostyki tendencja do zwiększania ilości zarówno porad jak i zlecanych badań – może przyczynić się w dłuższym czasie do spadku kosztów lecznictwa zamkniętego
Leczona jednostka chorobowa	płaci się stawkę za leczoną jednostkę chorobową; dla zwiększenia adekwatności stawki do faktycznych kosztów można dokonywać rozróżnienia na pacjenta wymagającego zabiegów i pacjenta niezabiegowego; stosowana w lecznictwie otwartym i zamkniętym	najwyższa współmierność kosztu leczenia i przekazywanych środków (można mówić o najmniejszej rozbieżności kosztów w ramach tej samej jednostki chorobowej); wymaga prowadzenia dokładnej kalkulacji kosztów poszczególnych jednostek chorobowych, do czego niezbędne jest posiadanie odpowiednich informacji

Potencjalny pacjent/opłata kapitacyjna	w Polsce najczęściej stosowana w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej realizowanej przez lekarzy rodzinnych; wyznacza się stawkę niezbędną do zapewnienia podstawowej opieki zdrowotnej i zakup niezbędnych porad u lekarzy specjalistów dla potencjalnego pacjenta „przypadającego" na jednego lekarza rodzinnego i przydziela się pulę środków odpowiadającą iloczynowi stawki i liczby podległych lekarzowi pacjentów	następuje przerzucenie odpowiedzialności z płatnika na świadczeniodawcę (lekarza rodzinnego, pielęgniarkę środowiskową), który musi w ramach uzyskanej puli środków opłacić własne świadczenia i zakupić niezbędne porady specjalistyczne; lekarze rodzinni racjonalizują korzystanie z pomocy specjalistów, co z jednej strony może przyczynić się do spadku kosztów w lecznictwie otwartym, z drugiej strony może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie pacjenta, który nie został skierowany do lekarza specjalisty
Odmiany kontraktów blokowych		
Płacenie za tzw. przypadki mieszane (*case mixy*)	wyleczeni pacjenci są agregowani według określonych algorytmów w pewne grupy (najczęściej zróżnicowane diagnostycznie, a jednorodne kosztowo); każda wydzielona grupa (najczęściej jest ich kilkaset) ma przypisaną liczbę punktów, a punkt ma określoną wartość w rozliczeniach z płatnikiem; przydzielenie pacjenta do danej grupy odbywa się etapowo (przykładowo najpierw bierze się pod uwagę powód hospitalizacji, potem wymóg zabiegu operacyjnego, kosztochłonność zabiegu, w dalszej kolejności można uwzględniać czynniki demograficzno-społeczne)	bardzo trudny do stworzenia (niezbędne informacje o standardowym przebiegu leczenia, kosztach poszczególnych świadczeń zdrowotnych w trakcie całego procesu leczenia danego pacjenta); potrzeba wyposażenia placówki służby zdrowia w precyzyjny system informatyczny dokonujący automatycznej klasyfikacji pacjenta na podstawie dostarczonych informacji, tak aby wyeliminować subiektywność tego procesu (jest to możliwe przy dokonywaniu szeregowania przez personel)
Odmiany wskaźnikowe kontraktów blokowych	najczęściej stosowane, gdy koszty stałe zakładów opieki zdrowotnej przekraczają 80% kosztów świadczenia; w umowie płatnik gwarantuje pokrycie niezbędnych kosztów stałych i kontraktuje określoną ilość świadczeń; ostateczne rozliczenie następuje jednak po upływie umowy; odchylenia od zakontraktowanej ilości są jednak rozliczane nie po pełnej stawce, ale po stawce zbliżonej do jednostkowego kosztu zmiennego przyjętego miernika świadczenia (koszty stałe są już opłacone) – ustala się zatem pewien wskaźnik stawki podstawowej (np. 20%)	w sytuacji zwiększonego zapotrzebowania na świadczenia medyczne (np. wzrost zachorowalności, epidemia) metoda korzystna dla płatnika; zapewnione zostają środki dla zakładu opieki zdrowotnej zarówno w sytuacji przekroczenia zakontraktowanej ilości działalności, jak i niewykonania zakładanej ilości świadczeń; można wprowadzić pewne ograniczenia dotyczące ilości świadczeń rozliczanych po niższej stawce (np. 15% ilości zakontraktowanej) zakładając, że wyższe odchylenia wynikają z błędnego planowania, a to daje możliwość renegocjowania umowy

Źródło: Opracowano na podstawie: W. Stylo, *Sposoby kontraktowania usług medycznych a interesy stron: płatnik, świadczeniodawca, ubezpieczony*, w: *Materiały z konferencji „Ubezpieczenia komercyjne w reformowanym systemie ochrony zdrowia", sesja I*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Jabłonna, maj 2000.

Płatnikiem trzeciej strony może być państwo (zarówno organy władzy centralnej, jak i samorządowej), instytucja ubezpieczeń społecznych czy zakład ubezpieczeń. Rozliczenia pomiędzy płatnikiem a świadczeniodawcą mogą następować w dwojaki sposób. Po pierwsze przepływ środków finansowych pomiędzy stronami następuje poprzez system budżetów i wynagrodzeń, ustalanych w ramach zatrudnienia etatowego. Może to nastąpić zarówno przy dobrowolnym, jak i przymusowym pozyskiwaniu funduszy na opiekę zdrowotną[74]. W tej sytuacji świadczeniodawca otrzymuje stałe wynagrodzenie (pensję) niezwiązane z ilością i jakością wytworzonych usług, liczbą podlegających mu pacjentów lecz zależne w głównej mierze od umówionego czasu pracy (liczby roboczogodzin), w którym lekarz pozostaje do dyspozycji pacjenta. Taki sposób rozliczeń jest bardzo często wykorzystywany przy wynagradzaniu personelu zatrudnionego w publicznej służbie zdrowia czy placówkach medycznych, zakładanych przez firmy działające za zasadzie opłat abonamentowych. W tej sytuacji rodzi się pewna wątpliwość, czy nadal mamy do czynienia z płatnikiem trzeciej strony? Na przykład jeśli funkcje założycielskie w czystym sektorze publicznej opieki zdrowotnej, gdy pacjenci nie wnoszą żadnych opłat przy korzystaniu, pełnione są przez organa władzy publicznej, to tenże podmiot staje się jednocześnie stroną finansującą (wynagradza swoich pracowników) i świadczeniodawcą – następuje integracja funkcji finansowania i funkcji wytwórcy świadczeń[75]. Podobnie ma się rzecz w zintegrowanej opiece zdrowotnej, gdzie jednym z wymiarów owej integracji może być łączenie roli płatnika (finansującego) i świadczeniodawcy[76]. Z punktu widzenia pacjenta nadal istnieje jednak „trzecia" strona, czyli podmiot, który przejął na siebie obowiązek opłacania usługodawcy, uwalniając tym samym konsumenta od ryzyka niemożliwości ponoszenia pełnych kosztów w momencie korzystania ze świadczenia zdrowotnego.

Drugim sposobem rozrachunków pomiędzy płatnikiem trzeciej strony a wytwórcami świadczeń jest wnoszenie opłat przez płatnika, w ramach zawartych wcześniej pomiędzy stronami umów o świadczenie usług zdrowotnych[77]. W tej sytuacji płatnik, który gromadzi środki i dysponuje nimi, nie angażuje się w samodzielne organizowanie systemu świadczeń, ale poprzez odpowiednie umowy nabywa je u wyspecjalizowanych jednostek zewnętrznych (system kontraktowy). W Polsce od momentu wprowadzenia systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych obowiązuje właśnie taki sposób opłacania wytwórców świadczeń zdrowotnych. Narodo-

---

nieważ zaprojektowano istnienie innego, znanego tej osobie płatnika" – K. Tymowska, *Sektor prywatny*, s. 22.

[74] W. C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna*, s. 342 i n.

[75] E. Aksman, op. cit, s. 26-31.

[76] Na temat wymiarów integracji systemów zdrowotnych patrz: C. Włodarczyk, S. Paździoch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 69-72.

[77] Przykładowe mechanizmy rozliczeń w ramach umów kontraktowych zostały zaprezentowane w tabeli 4.

wy Fundusz Zdrowia (wcześniej kasy chorych) są odpowiedzialne za gromadzenie środków finansowych, zarządzanie nimi oraz zawieranie umów z uprawnionymi świadczeniodawcami. Jednocześnie ustawodawca zakazał płatnikom prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej lub legitymowania się jakimkolwiek prawem własności w stosunku do nich[78].

Świadczeniodawcy oprócz wynagradzania za pośrednictwem płatnika trzeciej strony mogą także otrzymywać wynagrodzenie **bezpośrednio od korzystającego z usługi pacjenta.** Świadczeniobiorca może płacić za usługi medyczne w całości, finansując je z własnych środków (*out-of-pocket*), lub dokonywać opłaty z jednoczesną możliwością późniejszej refundacji przez ubezpieczyciela, całości lub części wydatkowanych kwot[79]. W ten sposób próbuje się przeciwdziałać nadkonsumpcji i nadprodukcji świadczeń medycznych, które nie jawią się już jako kategoria nieobciążona żadnymi kosztami. Lekarz musi liczyć się z możliwościami finansowymi pacjenta, co skłania go do weryfikacji zalecanych badań pod kątem ich faktycznej użyteczności i efektywności dla poprawy zdrowia[80]. Usługobiorca z kolei racjonalizuje korzystanie ze świadczeń zdrowotnych, rezygnując między innymi ze zgłaszania popytu na świadczenia, które nie przynoszą efektu zdrowotnego współmiernego do ponoszonych nakładów (przykładowo nie wywiera nacisku na lekarza, aby ten skierował go na różnorakie badania, tylko dlatego, że pacjent dawno z nich nie korzystał). Jak wynika z praktyki, efektywną zaporą przeciwdziałającą nadużywaniu usług medycznych i korzystaniu z kosztownych form opieki, na przykad jedynie dla wygody i poprawy odczuć estetycznych, jest dwudziestoprocentowy udział pacjenta w kosztach świadczenia[81]. Dodatkowo konieczność współudziału w kosztach nabywanych usług może wywołać po stronie świadczeniobiorcy większą troskę o swoje zdrowie, skłonić go do podejmowania działań prozdrowotnych, które mogą przełożyć się w przyszłości na wymierne oszczędności z tytułu zmniejszonej częstotliwości korzystania ze świadczeń medycznych.

W Polsce padają propozycje wprowadzenia współfinansowania (udziału własnego) przez pacjentów niektórych świadczeń w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń (np. niewielka opłata za każdy dzień hospitalizacji). W ten sposób można by zwiększyć zasób środków finansowych na opiekę zdrowotną oraz zachęcić usługobiorców do racjonalnego korzystania z usług medycznych. Wydaje się jednak, że w centrum uwagi nie leży tylko wzrost świadomości pacjenta co do faktycznej kosztochłonności usług medycznych (na to pozwala system bezpośredniego płacenia przez pacjenta z prawem zwrotu poniesionych wydatków przez ubez-

[78] Artykuł 4 ust. 8 ustawy o puz; art. 39 ust. 3 ustawy o NFZ.

[79] W. C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna*, s. 342.

[80] Należy jednak pamiętać, że świadczenia medyczne charakteryzują się tym, że to strona podażowa odgrywa istotną rolę w kreowaniu popytu, „ułatwiając" świadczeniobiorcom uświadomienie sobie potrzeby skorzystania z danej usługi.

[81] J. Hołówka, op.cit., s. 73.

pieczyciela), ale przede wszystkim zredukowanie obciążenia finansowego płatnika i przerzucenie niektórych wydatków na ubezpieczonych. Takie działanie może być celowe, ale tylko pod warunkiem dążenia do ekonomicznej racjonalności, a nie jedynie uwolnienia części środków w budżecie instytucji opłacajacej świadczenia, które następnie nie będą wydatkowane za zakup świadczeń medycznych, ale zostaną pochłonięte przykładowo przez koszty administracyjne.

Nabywanie usług medycznych z funduszy prywatnych (*out-of-pocket*) to nie tylko sposób opłacania wytwórców świadczeń, ale także źródło pozyskiwania środków na finansowanie opieki zdrowotnej. Państwo w dążeniu do wzrostu udziału bezpośrednich wydatków prywatnych ponoszonych na ochronę zdrowia przez gospodarstwa domowe, może wykorzystywać instrumenty podatkowe. Przyznając ulgi podatkowe z tytułu ponoszenia kosztów świadczeń nabywanych w niepublicznych jednostkach opieki zdrowotnej (poza systemem powszechnym) rząd może stymulować zmiany w strukturze popytu, tak aby osoby zamożniejsze korzystały z odpłatnych świadczeń prywatnych (oczywiście jednocześnie płacąc składkę na powszechne ubezpieczenie zdrowotne) uwalniając tym samym pewną pulę środków w ramach systemu publicznego. Niestety polska władza ustawodawcza jakby nie dostrzegając znaczenia „podatkowej ulgi zdrowotnej" zadecydowała o likwidacji ulgi z dniem 1 stycznia 2001 roku [82].

Zakończenie

Finansowanie opieki zdrowotnej należy rozumieć wieloaspektowo. Choć najczęściej działania podejmowane w tym obszarze utożsamiane są z gromadzeniem i wydatkowaniem środków na świadczenia medyczne, to nie można zapominać o drugiej płaszczyźnie, jaką jest finansowanie inicjatyw z obszaru zdrowia publicznego (akcje profilaktyczne, przeciwdziałanie degradacji środowiska, troska o bezpieczeństwo w miejscu pracy itp.). Efektywność podejmowanych działań oraz wielkość strumienia środków pozostających w dyspozycji instytucji szerokorozumianej ochrony zdrowia znajduje odzwierciedlenie w stanie zdrowia społeczeństwa. Oczywiście ilość funduszy powinna iść w parze z racjonalnym ich wydatkowaniem. Celowe jest jednak, aby ekonomizacja w zakresie opieki zdrowotnej, szczególnie w obszarze działań medycznych, była połączona z troską o zapewnienie realizacji potrzeb jednostki, niezbędnych z medycznego punktu widzenia do utrzymania dobrego stanu zdrowia.

[82] Artykuł 1 pkt 28a ustawy z dnia 9 listopada 2000 roku o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 104, poz. 1104) w związku z art. 27a ust.1 pkt 3d ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jednolity Dz.U. z 2000 r., nr 14, poz. 176).

W opiece zdrowotnej istnieje ciągła presja na zwiększanie nakładów finansowych. Związane jest to przede wszystkim z rosnącymi kosztami usług medycznych, to z kolei wynika z pojawiania się nowoczesnych (kosztownych) technologii leczenia, poszerzania listy dostępnych leków, wydłużania oczekiwanej długości życia przy jednoczesnym spadku dzietności czego efektem jest starzenie się społeczeństw. To wszystko spowodowało, że państwo odpowiedzialne w znacznej mierze za organizację i finansowanie opieki zdrowotnej zaczęło poszukiwać różnych źródeł pozyskiwania środków na cele zdrowotne. Należy podkreślić, że decyzja co do wyboru sposobu finansowania opieki zdrowotnej (podatki ogólne, podatki celowe, ubezpieczenia powszechne, ubezpieczenia dobrowolne czy bezpośrednie wnoszenie opłat przez pacjenta) jest procesem politycznym[83]. Wynika to z faktu, że „rola systemu finansowania polega nie tylko na zasilaniu ochrony zdrowia w środki finansowe, ale także na realizacji, niejako po drodze różnych celów i wartości, takich jak sprawiedliwość czy solidarność"[84]. Warto jednak pamiętać o tym, że finansowanie opieki zdrowotnej nie musi polegać na wyborze tylko jednego sposobu pozyskiwania środków czy opłacania wytwórców świadczeń zdrowotnych. Mechanizm ten nie musi zatem charakteryzować się jednorodnością. Najistotniejsza jest jego spójność i podporządkowanie realizacji celów, stawianych przez państwo w ramach polityki zdrowotnej[85].

Literatura

1. Aksman E., *Przekształcenia sektora publicznego i prywatnego w brytyjskiej i w polskiej opiece zdrowotnej*, Uniwersytet Warszawski, Wydział Nauk Ekonomicznych, Warszawa 2000
2. Barr N., *Ekonomika polityki społecznej*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1993
3. Bastiani A., *Die private Krankenversicherung in ausgewählten Länder der Europäischen Union. Eine vergleichende Analyse vor und nach der Deregulierung*, VVW, Karlsruhe 1995
4. Compton R. E., Schlackman N., *The Evolution of Health Insurance in the United States*, The Geneva Papers on Risk and Insurance 1998, nr 86
5. Denek E. i in., *Finanse publiczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001
6. *Die private Krankenversicherung, Zahlenbericht 2001/2002*, Verband der PKV, Köln 2002

[83] Por. K. Tymowska, *Źródła finansowania opieki zdrowotnej – dylematy wyborów*, w: *Finansowanie opieki zdrowotnej*, s. 67.

[84] C.Włodarczyk, *Mechanizm finansowania ochrony zdrowia jako problem polityki zdrowotnej*, w: *Finansowanie opieki zdrowotnej*, s. 12.

[85] Ibidem, s. 28 i n.

7. *Finansowanie opieki zdrowotnej. Dylematy wyborów* (*materiały konferencyjne*), red. K. Tymowska, Warszawa 1992
8. Gilowska Z., *Decentralizacja*, Zeszyty Centrum im. Adama Smitha 1995, nr 2
9. Golinowska S., *Polityka społeczna. Koncepcje – instytucje – koszty*, Poltext, Warszawa 2000
10. Hohmann J., *Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa. Gesellschaftliche Solidarität auf dem Prüfstand*, Verlag Hans Huber 1998
11. Hołówka J., *Modele normatywne opieki zdrowotnej*, Prawo i Medycyna vol. 2, 2000, nr 6-7
12. *Insurance and Private Pensions Compendium For Emerging Economies, OECD 2001*, Insurance Committee Secretariat, book 1, part 2
13. Kawiorska D., Kozierkiewicz A., *Wydatki publiczne na ochronę zdrowia – definicje i porównania międzynarodowe*, Zdrowie i Zarządzanie 2003, nr 2
14. Kornberger-Sokołowska E., *Decentralizacja finansów publicznych a samodzielność finansowa jednostek samorządu terytorialnego*, LIBER, Warszawa 2001
15. Kukurba J., *Powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Analiza systemu, jego ewolucji i propozycji zmian*, Zdrowie i Zarządzanie 2002, nr 6
16. Leowski J., *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, Prawo i Medycyna vol. 2, 2000, nr 6-7
17. Mills R.J., *Health Insurance Coverage: 2001. Current Population Reports* za: www.census.gov.
18. Mossialos E. i in., *Voluntary Health Insurance in the European Union*, Report for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, 2002
19. *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 1999 roku, Informacje i opracowania statystyczne*, GUS, Warszawa 2000
20. *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, red. S. Golinowska, CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2002
21. *Opieka zdrowotna, Materiały V Kolokwium Ubezpieczenia Społecznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1989
22. Owsiak S., *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000
23. *Progress on Health Insurance, Hartford Courant*, 2000 – za: www.proquest.com
24. Rzepka R., *Model finansowania świadczeń zdrowotnych w USA*, Prawo i Medycyna 2002, nr 4
25. Sobiech J., *Warunki wyboru ekonomiczno–finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną*, Zeszyty Naukowe nr 109, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1990
26. Sowada Ch., *Socjalne ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech a sprawiedliwość społeczna*, Polityka Społeczna 1998, nr 1
27. Sowada Ch., *System społecznego ubezpieczenia zdrowotnego w Niemczech. Czego możemy się nauczyć?* Zdrowie i Zarządzanie 2002, nr 6
28. Tymowska K., *Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1999

29. *Ubezpieczenia komercyjne w reformowanym systemie ochrony zdrowia, materiały konferencyjne*, sesja I, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Jabłonna, maj 2000
30. *Ubezpieczenia zdrowotne w Europie Środkowo-Wschodniej – Początek drogi*, red. R. Holly, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa 2001
31. Uleer H. Ch., *100 Fragen zur Privaten Kranken- und Pflegeversicherung*, VVW, Karlsruhe 2001
32. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku – Kodeks Pracy (Dz.U. z 1998 r. nr 21, poz. 94 ze zm.)
33. Ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie terytorialnym (Dz.U. nr 16, poz. 95)
34. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jednolity Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176)
35. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.)
36. Ustawa z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. nr 137, poz. 887 z późn. zm.)
37. Ustawa z dnia 20 lipca 2001 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 88, poz. 961)
38. Ustawa z dnia 9 listopada 2000 roku o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 104, poz. 1104)
39. Ustawa z dnia 30 listopada 2000 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 122, poz. 1311)
40. Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (i innych ustaw) (Dz.U. nr 122, poz. 1324).
41. Ustawa z dnia 24 listopada 2002 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 200, poz. 1689)
42. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. nr 45, poz. 391 ze zm.)
43. Włodarczyk W. C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Łódź–Kraków–Warszawa 1996
44. Włodarczyk C., Paździoch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001
45. Włodarczyk C., Sitko S., *Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie. Poradnik dla samorządów*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Kraków 1999

SOURCES AND METHODS OF FINANCING HEALTH CARE

Summary

Financing health care should be considered in many aspects. Activities most frequently taken up in this area are identified with accumulating and spending the means on medical

care (both services and material benefits). However, one should not forget the other sphere, i.e. financing initiatives from the sphere of public health (prophylactic activities, environmental protection, health and safety at work and the like).

The article presents sources and methods of health care financing in a general approach, indicating their particular application in the Polish system of health care and taking into account the time difference which is a result of successive reformatory activities. The article shows two planes of the health care financing: determination of the sources of obtaining financial means and selection of the way to remunerate medical services providers. The first part of the article characterizes financing from the budget, financing through the system of both mass and voluntary insurance as well as costs of medical care incurred individually. The second plane of health care financing distinguishes remunerating the service provider by a "third party payer" (e.g. an insurance company) and payments made directly by a patient (without intermediaries).

tłum. *Ewa Kotkowska*

