

**Agnieszka Zemke-Górecka**

Uniwersytet w Białymstoku

---

## **OD BUDŻETOWEGO DO UBEZPIECZENIOWEGO SYSTEMU FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POLSCE**

---

**Streszczenie:** Od 1999 r. ochrona zdrowia zasilana jest z kilku źródeł środków finansowych. Największe z nich to przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, które gromadzone są przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Drugim pod względem wielkości źródłem zasilania jest budżet państwa, a następnie budżety jednostek samorządu terytorialnego, których dochody pochodzą z podatków i opłat lokalnych, z transferów z budżetu państwa oraz pozabudżetowych funduszy celowych oraz w pewnej niewielkiej skali ze środków organizacji społecznych, np. fundacji, które dostarczają środków finansowych systemowi ochrony zdrowia. Wśród prywatnych źródeł finansowania ochrony zdrowia istotne znaczenie mają środki gospodarstw domowych, fundusze zakładów pracy, fundusze prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

**Słowa kluczowe:** system finansowania świadczeń zdrowotnych, system zdrowotny, model budżetowego finansowania świadczeń zdrowotnych, ubezpieczenia zdrowotne.

### **1. Wstęp**

System ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej opierał się na modelu Beveridge'a, tzw. modelu zaopatrzeniowym, nazywanym także systemem Siemaszki. Instytucja, w PRL zwana „służbą zdrowia”, stanowiła zorganizowaną część administracji państwowej. Skarb Państwa, za pośrednictwem swoich funkcjonariuszy, udzielał świadczeń zdrowotnych, jak też ponosił odpowiedzialność za ich działanie. Zgodnie z koncepcją obywatelskiego prawa do ochrony zdrowia zapewniano całej ludności świadczenia zdrowotne, finansowane przez budżet państwa.

W wyniku reform przeprowadzonych w ostatnim dziesięcioleciu w Polsce mamy do czynienia z modelem mieszanym finansowania świadczeń zdrowotnych. Z jednej strony obowiązuje model Bismarcka, jest to tzw. model ubezpieczeniowy, opierający się na składce płaconej przez ubezpieczonego lub budżet państwa, a dodatkowo pewien zakres świadczeń zdrowotnych (np. wysokospecjalistycznych) finansowany jest z budżetu państwa. Od 1999 r. ochrona zdrowia zasilana jest z kilku źródeł środków finansowych. Największe z nich to przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, które gromadzone są przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Drugim pod

względem wielkości źródłem publicznego zasilania w środki jest budżet państwa. Następnie budżety jednostek samorządu terytorialnego, których dochody pochodzą z podatków i opłat lokalnych, z transferów z budżetu państwa oraz pozabudżetowych funduszy celowych oraz w pewnej niewielkiej skali ze środków pozarządowych organizacji społecznych, np. fundacji, które dostarczają środków finansowych systemowi ochrony zdrowia. Wśród prywatnych źródeł finansowania ochrony zdrowia istotne znaczenie mają środki gospodarstw domowych, fundusze zakładów pracy, fundusze prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz fundusze organizacji charytatywnych<sup>1</sup>.

## **2. Konstrukcja systemu zdrowotnego i jego finansowanie w latach 1945-1989**

Po II wojnie światowej rozpoczęto wprowadzanie socjalistycznego systemu służby zdrowia. Już w 1944 r. w manifestie PKWN wskazano, że służba zdrowia ma zdecydowanie zapewnić opiekę lekarską masom pracującym. W okresie powojennym państwo występowało w roli jedyne organizatora opieki zdrowotnej. Skutkiem takiego działania stała się nacjonalizacja wszystkich jednostek opieki zdrowotnej, jak też aptek oraz likwidacja samorządu pracowników medycznych. W 1952 r. włączono lecznictwo pracownicze do państwowej administracji służby zdrowia<sup>2</sup> i od tej chwili budżet państwa finansował opiekę zdrowotną z podatków ogólnych i innych dochodów budżetowych. W świetle przepisu art. 60 Konstytucji z 1952 r.<sup>3</sup> obowiązkiem państwa było podejmowanie wszelkich działań w celu zapobieżenia chorobom i udzielania pomocy w razie choroby.

Scentralizowany charakter władzy państwowej i likwidacja samorządu terytorialnego wywarły negatywne skutki na funkcjonowanie opieki zdrowotnej w Polsce. Stworzone struktury służby zdrowia czerpały środki na swoje funkcjonowanie z budżetu państwa. Gospodarka finansowa w służbie zdrowia oparta była na tzw. planie odcinkowym narodowego planu gospodarczego. Budżety zakładów społecznych służby zdrowia i inne z zakresu lecznictwa i zapobiegania chorobom były opracowywane i ustalane centralnie. Finansowanie opieki zdrowotnej przez pięćdziesiąt lat opierało się na tzw. systemie podmiotowym, określanym również jako podażowy. Polegał on na tym, iż finansowane były koszty utrzymania jednostki służby zdrowia. Wysokość dotacji z budżetu państwa nie miała nic wspólnego z wyliczeniem wielkości kosztów na podstawie rozmiaru, struktury i jakości wykonywanych świadczeń, ponieważ zależna była od wydatków poniesionych w poprzednim roku budżetowym przez zakład. W związku z tym nie ilość wykonywanych zadań stanowiła o wysoko-

---

<sup>1</sup> *Zielona księga finansowania ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2004.

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 15 grudnia 1951 r. o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia, DzU nr 67, poz. 446.

<sup>3</sup> Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, DzU 1952, nr 33, poz. 232.

ści finansowania, lecz potrzeby administracyjne, lecznicze oraz wszelkie inne, które wykazywała jednostka służby zdrowia. Państwo finansowało zadania inwestycyjne, w tym zakupywało na rzecz szpitali i przychodni sprzęt i aparaturę medyczną. Ówczesny system miał charakter antymotywacyjny. W ustawie o społecznych zakładach służby zdrowia zakładano również, że w przypadku zadań wynikających z realizacji przepisów o służbie zdrowia instytucje utrzymujące zakłady społeczne służby zdrowia będą musiały ponosić wydatki przekraczające ich możliwości finansowe – otrzymają odpowiednią pomoc ze Skarbu Państwa w ramach kredytów przewidzianych na ten cel w budżecie. Zasady udzielania przewidzianej pomocy związkom samorządu terytorialnego ustalano na podstawie art. 4, ust. 2 Ustawy z dnia 9 marca 1948 r. o samorządowym funduszu wyrównawczym<sup>4</sup>, natomiast minister zdrowia w porozumieniu z ministrem skarbu ustalali je w stosunku do innych instytucji.

Powojenny system opieki zdrowotnej zakładał współpłacenie pacjentów za świadczenia im udzielone. Zasady wnoszenia opłat regulowała Ustawa z dnia 7 kwietnia 1949 r. o pokrywaniu opłat w szpitalach, będących zakładami społecznymi służby zdrowia<sup>5</sup>. Stanowiła ona, że leczony ponosi opłaty za leczenie, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej. W ustawie uregulowano kwestię odpłatności za leczenie, określając stawki dopłaty w zależności od ustalonych progów dochodowych. Dotyczyła ona leczenia chorych, którzy trwale nie posiadają dostatecznych środków do zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych i ze względu na wiek bądź stan zdrowia są niezdolni do pracy zarobkowej całkowicie albo w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych, oraz chorych, którzy przejściowo nie posiadają dostatecznych środków do zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych z powodu czasowej niemożności uzyskania zatrudnienia – opłaty ponosiły osoby, na których ciążył obowiązek alimentacyjny z mocy prawa cywilnego. W przypadku braku podmiotów zobowiązanych do poniesienia opłaty pokrywały ją powiatowe związki samorządowe oraz gminy miejskie i wiejskie, w których leczony miał prawo do opieki społecznej w myśl Ustawy z dnia 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej<sup>6</sup>. Ustalono także, że gmina miasta stołecznego Warszawy i miasta Łodzi oraz gminy miejskie miast wydzielonych pokrywają opłaty w całości, natomiast gminy miejskie miast niewydzielonych i gminy wiejskie – 30% opłat należnych za leczenie, resztę ponosiły właściwe terytorialnie dla tych gmin powiatowe związki samorządowe – 70%. W przypadku osób, które nie miały prawa do opieki społecznej w żadnej gminie, należności pokrywał Skarb Państwa. Od opłat szpitalnych zwolniono osoby prowadzące gospodarstwo rolne, a nie posiadające majątku podlegającego podatkowi od nieruchomości ani dochodów lub dodatkowych zajęć podlegających podatkowi obrotowemu bądź dochodowemu, jeżeli przychód

<sup>4</sup> DzU 1948, nr 16, poz. 111, z późn. zm.

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 7 kwietnia 1949 r. o pokrywaniu opłat w szpitalach, będących zakładami społecznymi służby zdrowia, DzU 1949, nr 25, poz. 174, z późn. zm.

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej, DzU RP 1923, nr 92, poz. 726, z późn. zm.

szacunkowy z ich gospodarstwa nie przekracza wartości 10 q żyta z hektara rocznie. W razie konieczności leczenia rolników w szpitalach, w których są ustalone wyższe opłaty za leczenie niż opłaty w szpitalach powiatowych – obowiązek dopłaty do pełnej stawki wyższych opłat ciążył na Skarbie Państwa. Ministrowie administracji publicznej i zdrowia mogli w drodze rozporządzenia, wydanego w porozumieniu z ministrem skarbu i właściwymi ministrami oraz za zgodą Rady Państwa, udzielać ulg w opłatach szpitalnych dla rybaków morskich i rzemieślników oraz członków ich rodzin na obszarze całego państwa bądź na tych obszarach, na których jest to gospodarczo szczególnie uzasadnione, określać warunki przyznawania tych ulg, ich wysokość dla poszczególnych typów szpitali, jak również obszary, na których będą stosowane oraz zasady pokrywania dopłat. Skarb Państwa pokrywał opłaty szpitalne za osoby uprawnione do leczenia na koszt Skarbu Państwa z mocy przepisów szczególnych (np. podlegające leczeniu przymusowemu w przypadku chorób zakaźnych i chorób wenerycznych, chyba że były uprawnione do pomocy leczniczej na podstawie przepisów o ubezpieczeniach społecznych). Osoby objęte ubezpieczeniem społecznym na mocy Ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym<sup>7</sup> nie ponosiły opłat za leczenie. W 1976 r., w wyniku nowelizacji art. 70 Konstytucji, wprowadzono regułę bezpłatnej pomocy lekarskiej dla wszystkich ludzi pracy i ich rodzin. W miarę rozszerzania katalogu osób uprawnionych do bezpłatnego leczenia w ramach ubezpieczenia społecznego na początku lat 90. opieką zdrowotną objęto prawie wszystkich obywateli, a przepisy dotyczące odpłatności za leczenie, pomimo ich uchylecia dopiero w 1997 r., dużo wcześniej stały się martwe. Charakterystycznym elementem powojennej opieki zdrowotnej było tworzenie branżowych zasad opieki nad poszczególnymi grupami zawodowymi (służby mundurowe korzystały z opieki zdrowotnej na zupełnie innych zasadach niż pozostali obywatele, podobnie było z pracownikami kolei państwowych).

### **3. Zmiany instytucjonalno-organizacyjne systemu zdrowotnego po 1989 roku**

W 1989 r., wraz z transformacją systemu politycznego w Polsce, rozpoczęto dyskusję nad reformą ochrony zdrowia. Konieczność podjęcia prac nad zmianą istniejących zasad opieki zdrowotnej nad obywatelami wywołała niewydolność systemu oraz rosnące nań wydatki, które nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Ustalenia Okrągłego Stołu nie były na tyle szczegółowe, aby tworzyć pewien fundament założeń i perspektyw systemu zdrowotnego w Polsce, w związku z tym rozpoczęto dyskusję nad reformą ochrony zdrowia. Powstawały wówczas dwa projekty reformy ochrony zdrowia: społeczny<sup>8</sup> i autorski<sup>9</sup>. Pierwszy z nich zakładał deklarację popar-

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, DzU 1933, nr 51, poz. 396.

<sup>8</sup> Projekt reformy systemu opieki zdrowotnej, MZiOS Warszawa 1989.

<sup>9</sup> *W interesie zdrowia społeczeństwa (projekt reformy opieki zdrowotnej)*, Biuletyn Instytutu Gospodarki Narodowej 1990.

cia dla pewnego systemu wartości, gdzie fundamentalne znaczenie miała podmiotowość pacjenta i pracownika służby zdrowia<sup>10</sup>. Zgodnie z jego założeniami pacjent miał prawo wyboru lekarza i placówki ochrony zdrowia. Jednocześnie to właśnie on miał być nośnikiem środków finansowych związanych z jego leczeniem. Projekt społeczny przewidywał powołanie Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych, który opierałby się na składce ubezpieczenia zdrowotnego. Celem działania funduszu miało być pokrywanie kosztów świadczeń zdrowotnych. Rozważano również możliwość wprowadzenia minimalnej, zryczałtowanej opłaty pobieranej od pacjenta. Projekt autorski przewidywał wprowadzenie ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze powszechnym, natomiast finansowy udział państwa w kosztach opieki zdrowotnej miał być np. ograniczony do konkretnych programów zdrowotnych.

Istotne znaczenie dla kształtowania nowego systemu zdrowotnego miało uchwalenie Ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej<sup>11</sup> (dalej ustawa o ZOZ), która zerwała z dawnym pojęciem państwowej i społecznej służby zdrowia, wprowadzając nowe nazewnictwo: publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Przedmiotowy akt prawny przekreślił wyłączny monopol państwa na prowadzenie zakładów opieki zdrowotnej. Publiczna służba zdrowia od czasu uchwalenia przedmiotowej ustawy mogła funkcjonować w trzech formach: jednostki budżetowej, zakładu budżetowego lub samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Ustawą o ZOZ poczyniono wyłom w zasadach funkcjonowania jednostek i zakładów budżetowych, określonych ustawą Prawo budżetowe<sup>12</sup>. Zakłady opieki zdrowotnej, w przeciwieństwie do innych jednostek i zakładów budżetowych, mogły pozostawić w swojej dyspozycji 70% środków budżetowych niewykorzystanych w danym roku, jeżeli były prowadzone w formie jednostki budżetowej, oraz 70% wpłaty przeznaczonej dla budżetu, jeżeli były prowadzone w formie zakładu budżetowego lub w innej formie gospodarki pozabudżetowej.

#### **4. Zmiana modelu budżetowego finansowania świadczeń zdrowotnych na ubezpieczenie zdrowotne**

W roku 1994 odbyło się szereg spotkań przedstawicieli różnych ugrupowań parlamentarnych i pozaparlamentarnych z przedstawicielami samorządów zawodowych, związków zawodowych i zaproszonych ekspertów. Powstały tzw. dokumenty z Jachranki, gdzie zalecano przyjęcie ustawy ubezpieczeniowej, przyznającej uprawnienia do świadczeń z gwarancją równego ich dostępu. Świadczenia podzielono na te, które powinny być zapewnione ze środków publicznych, inne miały być udzielone

---

<sup>10</sup> W.C. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce*, Kraków 1988, s. 171.

<sup>11</sup> Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991, nr 9, poz. 408, z późn. zm.

<sup>12</sup> Ustawa z dnia 5 stycznia 1991 r. Prawo budżetowe, tekst jednolity, DzU 1993, nr 72, poz. 344, z późn. zm.

odpłatnie. W związku z tym zasadniczym źródłem finansowania miały stać się składki. Powstał również dokument zwany „Strategią dla zdrowia”<sup>13</sup>, w którym sformułowano cztery cele dotyczące poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, zapewnienia powszechności dostępu do świadczeń zdrowotnych z zachowaniem równych praw co do zakresu i jakości opieki, zwiększenia wydajności systemu opieki zdrowotnej i poprawy jakości udzielanych świadczeń oraz zapewnienia właściwych źródeł finansowania świadczeń.

W grudniu 1994 r. przedstawiono założenia nowego aktu prawnego, który miał zastąpić zaopatrzeniowy system opieki zdrowotnej przez system ubezpieczenia zdrowotnego, finansowany ze składek. Miał on opierać się na: powszechności i obowiązkowości, solidaryzmie społecznym, gwarancjach państwa dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach rynkowych przez wyodrębnione kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. To one miały zapewnić samofinansowanie świadczeń zdrowotnych, z wyjątkiem wydatków inwestycyjnych zakładów, kształcenia i doskonalenia kadr medycznych, finansowania działalności dydaktycznej i naukowo-badawczej.

Podstawą przemian związanych z finansowaniem świadczeń zdrowotnych było uchwalenie dnia 6 lutego 1997 r. Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>14</sup>, w której *vacatio legis* określono prawie na dwa lata. Celem przedmiotowej ustawy było przede wszystkim przejście z budżetowego systemu finansowania opieki zdrowotnej na ubezpieczeniowy. Zwrócić uwagę należy na fakt, że pierwsza wersja ubezpieczenia zdrowotnego nie weszła w życie, ponieważ w wyniku zmiany ekipy rządzącej (po wyborach w 1997 r.) uchwalono obszerną nowelizację, która wprowadziła regionalizację kas chorych. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne oparto na zasadach ogólnych, takich jak: solidaryzm społeczny, samorządność, samofinansowanie, równość dostępu do świadczeń, gospodarność i celowość działania, prawo wolnego wyboru świadczeniodawcy i kasy chorych, działalności kas chorych *non profit*. Ustawa ustalała pobór składek od osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia z przeznaczeniem na zapewnienie świadczeń zdrowotnych okresowych.

Na mocy ustawy ubezpieczeniowej powołano 16 regionalnych kas chorych oraz kasę branżową. Kasa chorych miała być instytucją samorządną, reprezentującą ubezpieczonych. Samodzielność kas chorych miała podwójny wymiar, a mianowicie autonomię organizacyjnego tworzenia się oraz niezależnego działania w ramach powierzonej funkcji płatnika. Zgodnie z ogólnymi zasadami porządku konstytucyjnego podstawowe funkcje koordynacyjne i ochronne z zakresu ochrony zdrowia należały do organów władzy ustawodawczej i wykonawczej. W celu ochrony interesu osób ubezpieczonych powołano Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, które-

<sup>13</sup> *Strategia dla zdrowia*, „Antidotum” 1994, nr 9-10, s. 3.

<sup>14</sup> Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU 1997, nr 28, poz. 153.

go celem działania było nadzorowanie kas chorych, a w pewnym stopniu również świadczeniodawców.

Podkreślić należy, iż zanim wprowadzono ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, w 1998 r. usunięto przepis o odpowiedzialności państwa w zakresie wykonania dyspozycji przepisu art. 68 Konstytucji. W związku z tym zaistniał problem dotyczący statusu prawnego kas chorych. Początkowo przeważała tendencja, że kasa chorych nie jest ani państwową jednostką organizacyjną<sup>15</sup>, ani organem administracji publicznej<sup>16</sup>, a środki, którymi dysponuje, nie są środkami publicznymi. Było to bardzo wygodne dla dysponentów tychże zasobów, ponieważ nikt nie musiał tłumaczyć się ze sposobu dysponowania finansami, a ponadto łatwiej było dokonywać korekt i wycofywać się z błędnych decyzji. Dopiero nowelizacja w 2000 r. Ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych<sup>17</sup> jasno określiła, iż kasy chorych, Krajowy Związek Kas Chorych, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej należą do sektora finansów publicznych. Składka na ubezpieczenie zdrowotne jest swoistym parametrem systemu ochrony zdrowia. Mechanizm naliczania składki jest bardzo złożony oraz odbywa się w dynamicznie zmieniającym się środowisku ekonomicznym. Wraz ze wzrostem finansowania ochrony zdrowia ze składki następuje zmniejszenie finansowania z budżetu państwa. Wydatki jednostek samorządu terytorialnego w dziale ochrony zdrowia obejmują trzy obszary aktywności: opiekę zdrowotną, zdrowie publiczne oraz pomoc społeczną. Po wprowadzeniu systemu ubezpieczeń zdrowotnych największą odpowiedzialnością za realizację zadań w dziedzinie ochrony zdrowia obciążone zostały powiaty i województwa samorządowe. Wiąże się to z tym, iż pełnią one funkcje organów założycielskich dla zakładów opieki zdrowotnej.

Założenia reformy systemu finansowania ochrony zdrowia z 1997 r. były bezwzględnie właściwe. Cztery etapy, które wskazywano, pozwalały na przyjęcie tezy, że reforma się powiedzie. W pierwszym etapie – do końca 1998 r. – miało nastąpić usamodzielnienie zakładów opieki zdrowotnej, budowa struktur kas chorych oraz przeprowadzenie operacji kontraktowania świadczeń zdrowotnych na rok 1999. W drugim etapie – do końca 1999 r. – miała nastąpić rozbudowa systemu informatycznego kas chorych oraz monitorowania i rozliczania świadczeń zdrowotnych, wdrażania zastosowania miar produktywności i standaryzowanych zasad oceny kosztów, rozpowszechniania akredytacji zakładów opieki zdrowotnej i stosowania standaryzowanych zasad kontroli jakości usług medycznych, doprowadzenie do konkurencyjności ofert zakładów opieki zdrowotnej. W trzecim etapie – do końca 2001 r. – zakładano umocnienie systemu, w szczególności doprowadzając do powszechnego stosowania miar produktywności i standaryzowanych zasad oceny kosztów, jak też planowano przygotowanie powszechnego ubezpieczenia zdrowot-

<sup>15</sup> Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2001 r., OSNC 2001, nr 11, poz. 161.

<sup>16</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 2001 r., OSNAP 2001, nr 14, poz. 473.

<sup>17</sup> DzU 2000, nr 48, poz. 550.

nego do warunków konkurencyjności instytucji ubezpieczeniowych. W czwartym etapie – od 1 stycznia 2002 r. miało nastąpić otwarcie rynku ubezpieczeń zdrowotnych wraz z umożliwieniem realizacji obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego w innej instytucji niż kasa chorych.

Wejście w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dniem 1 stycznia 1999 r. wiązało się z przyjęciem nowego modelu systemu zdrowotnego, opartego na tzw. systemie ubezpieczeniowym, który wywodzi się z tradycji klasycznego Bismarckowskiego modelu finansowania świadczeń zdrowotnych, związanych z ryzykiem utraty zdrowia, w których środki finansowe pochodzące ze składek płaconych w różnych proporcjach przez pracownika i pracodawcę gromadzone są w kasach chorych – instytucjach niezależnych od administracji publicznej. Przedmiotowa ustawa rozróżniała funkcję płatnika i świadczeniodawcy, natomiast podstawą więzi wewnątrzsystemowych była umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Funkcję płatnika pełniły kasy chorych oraz Ministerstwo Zdrowia; ponadto samorządy mogły udzielać zamówień na świadczenia zdrowotne. Budżet państwa, jako scentralizowany fundusz publiczny, służy gromadzeniu środków pieniężnych w związku z funkcjami realizowanymi przez państwo<sup>18</sup>. W Polsce od 1999 r. z budżetu państwa finansowane są wysokospecjalistyczne procedury medyczne, programy zdrowotne, ratownictwo medyczne, publiczna służba krwi, inspekcja sanitarna. Niektóre z tych wydatków mają charakter transferowy, ponieważ z budżetu państwa finansuje się część składek ubezpieczenia zdrowotnego osób, które nie uzyskują dochodu.

## 5. Nowa wersja ubezpieczenia zdrowotnego

Okazało się, że następny etap reform nie będzie przebiegał zgodnie z wcześniejszymi założeniami. W latach 2001-2002 ekipa rządowa uznała, iż należy zerwać z przeszłością i doprowadzić do likwidacji kas chorych, a na ich miejsce powołać Narodowy Fundusz Zdrowia. Instytucja ta powstała na mocy Ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia<sup>19</sup>.

Narodowy Fundusz Zdrowia został powołany do naprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dotychczas istniejące kasy chorych zostały przekształcone w jeden ogólnopolski fundusz z centralą w Warszawie z 16 oddziałami wojewódzkimi, a w miejsce branżowej kasy chorych powstał w centrali funduszu departament do spraw służb mundurowych, reprezentowany w poszczególnych oddziałach przez wydziały do służb mundurowych. Automatycznie, na mocy ustawy, pacjenci ubez-

---

<sup>18</sup> S. Owsiak, *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Warszawa 2005, s. 102 i n.; K. Piotrowska-Marczak, *Obciążenia finansów publicznych z perspektywy ochrony zdrowia*, [w:] A. Pomorska, J. Szołno-Koguc, J. Głuchowski, H. Dzwonkowski (red.), *W kregu prawa finansowego i finansów publicznych*, Księga dedykowana profesorowi Cezaremu Kosikowskiemu w 40-lecie pracy naukowej, Lublin 2005, s. 293-300.

<sup>19</sup> Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU 2003, nr 45, poz. 349.



pieczeni w kasach chorych zachowali status ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Zdrowia. Propagandowo zakładano, iż jednolity fundusz stanowić będzie rozwiązanie efektywniejsze ekonomicznie od istniejących kas chorych. Fundusz przejął od kas funkcję płatnika w systemie finansowania świadczeń zdrowotnych. Stał się jedynym dysponentem składek na ubezpieczenie zdrowotne, przekazywanych za pośrednictwem ZUS i KRUS, a w związku z tym został monopolistą kontraktującym usługi medyczne i świadczenia zdrowotne u podmiotów je wykonujących. Nie wpłynęło to jednak na ujednoczenie stawek.

## **6. System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego K. 14/03**

Uregulowania prawne zawarte w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia budziły niezadowolenie społeczne, co doprowadziło do złożenia skarg konstytucyjnych. Zarzucano, iż w ustawie nie wprowadzono żadnej, nawet pośredniej, możliwości sprawowania kontroli wydatkowania publicznych pieniędzy sprawowanej przez ubezpieczonych. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne potraktowano jak daninę publiczną o charakterze opłaty, co jest niezgodne z istotą ubezpieczenia zdrowotnego, mającego charakter ubezpieczeniowy. Skarżący nazwali środki publiczne uzyskiwane z ubezpieczenia – pozabudżetowym funduszem celowym. Podkreślali, iż odebranie obywatelom prawa kontroli nad pieniędzmi ze składki narusza tzw. zasadę ochrony praw nabytych, wynikającą z art. 2 Konstytucji. Ustawa o Narodowym Funduszu Zdrowia czyniła Fundusz całkowicie zależnym od Ministra Zdrowia. Trybunał Konstytucyjny, mocą orzeczenia z dnia 7 stycznia 2004 r. K 14/03<sup>20</sup> orzekł, iż art. 36, ust. 1 Ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, w związku z przepisami tej ustawy dotyczącymi organizacji i zasad działania Narodowego Funduszu Zdrowia (rozdział 1 i 4), zasad zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych i organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych (rozdziały 5, 6, 7 i 8), gospodarki finansowej (rozdział 9), zasad nadzoru i kontroli wykonywania zadań Narodowego Funduszu Zdrowia (rozdział 13) są niezgodne z art. 68 w związku z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej „przez to, że tworząc instytucję publiczną w kształcie uniemożliwiającej jej rzetelne i sprawne działanie, naruszają zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”<sup>21</sup>. Wskazane przepisy, a praktycznie ujmując – prawie cała ustawa, straciłyby moc z dniem 31 grudnia 2004 r. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego, stwierdzający niekonstytucyjność ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, spowodował

<sup>20</sup> Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r. K 14/03, OTK ZU 2004, nr 1A, poz. 1.

<sup>21</sup> Trybunał Konstytucyjny uznał, iż konstrukcja prawna Narodowego Funduszu Zdrowia całkowicie nie poddaje się żadnym klasyfikacjom prawnym.

konieczność opracowania nowej całościowej regulacji określającej warunki i zakres korzystania przez obywateli z opieki zdrowotnej.

Trybunał Konstytucyjny uznał, iż ustawa nie może się ostać co najmniej z dwóch przyczyn: po pierwsze, z powodu niejasności i wieloznaczności podstawowych pojęć, co stanowi złamanie zasady przyzwoitej legislacji oraz po drugie, z powodu braku ustawowego określenia zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych, do których każdy obywatel ma prawo. Trybunał przyznał również, iż konstrukcja składki ubezpieczenia zdrowotnego faktycznie oznacza, iż jest to rodzaj daniny publicznej i w związku z tym przyjęty w tej postaci model funduszu celowego wywołuje negatywne następstwa w postaci ograniczenia czy wręcz wyeliminowania kontroli władzy prawodawczej nad środkami publicznymi.

Trybunał ponadto podniósł, iż fundamentalne znaczenie w rozpatrywanej sprawie ma również art. 30 Konstytucji, który wskazuje na ochronę godności ludzkiej jako zasady fundamentalnej i art. 38, zgodnie z którym „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”. Jak podkreśla w literaturze J. Boć<sup>22</sup>, dotyczy ona ochrony życia, rozumianej jako ochrona biologicznej egzystencji człowieka, gdzie na organach państwa spoczywa obowiązek stanowienia takiego prawa, by chroniło ono życie każdego człowieka niezależnie od tego, w jakiej sytuacji on się znajduje, tzn. niedopuszczalne jest różnicowanie wartości ludzkiego życia w zależności od pozycji społecznej albo wieku człowieka. Autor podkreśla również, iż w procesie stanowienia prawa należy stosować dyrektywę interpretacyjną, zgodnie z którą wszelkie wątpliwości co do ochrony życia ludzkiego powinny być rozstrzygane na rzecz tej ochrony (*in dubio pro vita humana*)<sup>23</sup>.

Trybunał Konstytucyjny upatrywał również nierozzerwalności art. 30, 38 i 68 Konstytucji, bowiem „ochrona zdrowia jest ściśle związana z ochroną życia, a prawo do życia z godnością człowieka”<sup>24</sup>. Zgodnie z wymogami Konstytucji ustawodawca winien stworzyć normatywny układ odniesienia, który pozwoli dookreślić treść prawa do ochrony zdrowia, a to łączy się z koniecznością określenia warunków i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych. Jest on wolny w wyborze formy systemu, pod warunkiem jednak, iż zachowa wartości konstytucyjne określone w art. 1 i 30 Konstytucji oraz założenia wynikającego z art. 68, ust. 1 Konstytucji, zgodnie z którym treścią prawa do ochrony zdrowia jest stan zdrowia poszczególnych jednostek oraz możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności. Trybunał Konstytucyjny uznał, iż z art. 68, ust. 2 Konstytucji wynikają konsekwencje, na podstawie których niezbędne jest funkcjonowanie odpowiednich mechanizmów pozwalających na gromadzenie i wydatkowanie środków publicznych w ramach systemu

---

<sup>22</sup> J. Boć, *Konstytucje Rzeczypospolitej oraz Komentarz do Konstytucji z 1997 r.*, Wrocław 1998, s. 78.

<sup>23</sup> Tamże.

<sup>24</sup> Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 K 14/2003, OTK ZU 2004, nr 1A, poz. 1.

opieki zdrowotnej. Świadczenia z wyżej wymienionych środków muszą być faktycznie, a nie tylko formalnie, dostępne na równych zasadach dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej z zachowaniem zasady solidaryzmu społecznego, a władze publiczne zobowiązane są do zapewnienia czytelnego dostępu do świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych. W związku z powyższym ustawodawca winien określić „sferę organizacyjną związaną z precyzyjnym, jednoznacznym i funkcjonalnym skonstruowaniem systemu ochrony zdrowia, co wiąże się ściśle z właściwym rozdziałem kompetencji przyznawanym instytucjom realizującym zadania publiczne w sferze ochrony zdrowia”<sup>25</sup>. Trybunał podkreślił, że ustawodawca zwykły, realizując własne cele polityczne i społeczne, uprawniony jest do swobodnego kształtowania modelu ochrony zdrowia pod warunkiem jednak, iż nie dopuści do całkowitego jego urynkowania, polegającego na samofinansowaniu się pacjenta.

Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego nie przesądzało, który model organizacyjno-prawny powinien zostać wprowadzony w przyszłości. Winien być on jednak oparty na równości i dostępności do świadczeń zdrowotnych, natomiast ustawa powinna być oparta na zasadach prawidłowej legislacji przy określaniu kompetencji i zadań podmiotu dysponującego środkami publicznymi na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych.

27 sierpnia 2004 r. uchwalono ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>26</sup>. Akt prawny powstał na tak zwanej szybkiej ścieżce legislacyjnej. Wskazywana ustawa nawiązuje do ubezpieczeniowego modelu ochrony zdrowia. Jednakże budzi ona szereg zastrzeżeń. Ustawodawca, modyfikując system ubezpieczeniowy, włączył w jego zakres mechanizmy administracyjne, które stoją w rażącej sprzeczności z zobowiązaniową naturą stosunku prawnego, który powinien opierać się na autonomii podmiotów, wolności wyboru i wolności umów<sup>27</sup>. Ustawa jest wynikiem politycznych uwarunkowań związanych z koniecznością utrzymania konstrukcji ubezpieczenia zdrowotnego z uwagi na ograniczone zasoby środków finansowych, które mogą być przeznaczone na ochronę zdrowia, a jednocześnie model ten został zawikłany w układ zależności biorących swe źródło z prawa administracyjnego, w którym wiodącą rolę odgrywa administracja rządowa, gdzie podstawowym instrumentem zarządzania jest: decyzja, polecenie służbowe, nadzór. Ponadto, ustawa zawiera liczne niespójności oraz precyzyjnie nie określa zadań i idącej za nimi odpowiedzialności.

---

<sup>25</sup> Tamże.

<sup>26</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU nr 213, poz. 2161.

<sup>27</sup> J. Jończyk, *Czwarta wersja powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, „Prawo i Zabezpieczenie Społeczne” 2004, nr 11, s. 3.

## 7. Wnioski

Zorganizowany w 1948 r. system funkcjonował w niezmiennej formie do początku okresu transformacji ustrojowej w Polsce. Pacjenci ponosili ewentualnie częściową odpłatność za leki. Jak się szacuje, wydatki ponoszone przez gospodarstwa domowe na opiekę zdrowotną stanowiły wówczas 12-14% wszystkich źródeł finansowania<sup>28</sup>. Podkreślenia wymaga fakt, iż zgodnie z art. 70 ówczesnie obowiązującej konstytucji obywatelom przysługiwało prawo do korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej. Przejście z systemu budżetowo-ubezpieczeniowo-samorządowego, który istniał w latach 40., do systemu budżetowego w latach 70. miało płynny charakter dzięki objęciu ubezpieczeniem społecznym coraz szerszych grup ludności.

Pierwsze oznaki kryzysu budżetowania służby zdrowia pojawiły się w połowie lat 80. Podstawowymi przyczynami rozkładu ówczesnego systemu opieki zdrowotnej była z pewnością zbyt rozbudowana infrastruktura jednostek służby zdrowia. Ewidentnie istniał brak racjonalnej gospodarki jej zasobami. W Polsce nie widziano potrzeby scalania systemu opieki zdrowotnej funkcjonującego w ramach 49 województw w jeden organizm, w ramach którego można byłoby uzupełniać braki bazy medycznej jednego województwa infrastrukturą innego. W funkcjonujących przed rokiem 1990 rozwiązaniach dochodziło do sytuacji, w których nierównomierny podział środków płynących na ochronę zdrowia z budżetu państwa spowodował nadmierne rozbudowanie infrastruktury w jednych województwach, najczęściej najbardziej uprzemysłowionych i zaniedbania w innych.

Reasumując, w Polsce powojennej do roku 1999 istniał państwowy monopol służby zdrowia. Przez wiele lat w polskim systemie przeważała ideologizacja służby zdrowia poprzez utrwalanie przekonania o bezpłatności opieki, możliwości zaspokojenia wszystkich potrzeb i bezwzględnego udziału państwa zarówno jako organizatora, jak i płatnika świadczeń zdrowotnych. Na monopol państwowy patrzeć można było z dwóch stron, a mianowicie poprzez:

- monopol finansowania służby zdrowia przez wydatki z budżetu państwa;
- monopol organizacji ochrony zdrowia w formie publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Główne cechy państwowego finansowania opieki zdrowotnej to „zerowa cena dla pacjenta w momencie nabywania usługi, brak bezpośredniej współzależności między rozmiarem płaconych przez pacjenta podatków i ilością nabywanych przez niego usług zdrowotnych, nadmiar popytu nad podażą usług zdrowotnych powoduje długie oczekiwanie na usługi medyczne i potrzebę ich racjonowania”<sup>29</sup>. Model ten przewiduje, iż głównym źródłem finansowania jest budżet państwa, zintegrowany

---

<sup>28</sup> A. Windak, *Podstawowa opieka zdrowotna, stan obecny i perspektywy reform w Polsce*, [w:] S. Poździuch, A. Ryś (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, Kraków 1996, s. 282.

<sup>29</sup> K. Kissimova-Skarbek, *Finansowanie ochrony zdrowia* [w:] S. Poździuch, A. Ryś (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, Kraków 1996, s. 155.

regionalnie (źródła finansowe bowiem pozostają w dyspozycji terytorialnego administratora opieki zdrowotnej, np. lekarza wojewódzkiego, który zawiera kontrakty z jednostkami opieki zdrowotnej).

W latach 1999-2004 reformę ochrony zdrowia przeprowadzono na poziomie świadczeniodawców oraz płatnika usług medycznych. Fundamentem przekształceń w systemie zdrowotnym było oddzielenie organu tworzącego zakład – właściciela – od dysponenta środków finansowych. Nastąpiło przekształcenie struktur jednostek budżetowych w zakłady samodzielne, wprowadzono prywatyzację świadczeń, na nieznaną dotychczas skalę tworzone praktyki lekarzy rodzinnych i praktyki grupowe lekarzy specjalistów. Drugą płaszczyzną zmian była sfera finansowania nowych podmiotów za pomocą kontraktów w miejsce dotychczasowego, budżetowego sposobu finansowania. W roli płatnika pozostawiono administrację rządową jedynie w zakresie wysokospecjalistycznych usług zdrowotnych. Jednostki samorządu terytorialnego zobowiązane są do finansowania świadczeń zdrowotnych w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych. Zgodnie z ustawą o służbie medycyny pracy<sup>30</sup> pracodawcy zapewniają pracownikom określone tam świadczenia zdrowotne. Powstały również firmy ubezpieczeniowe, które w ramach ubezpieczenia na życie bądź też komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego wykupują ubezpieczenia zdrowotne, ubezpieczając swoich klientów poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego. Rozsądny system opieki zdrowotnej powinien gwarantować ograniczony pakiet wysokiej jakości świadczeń dla każdego, a jednocześnie umożliwiać dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne dla tych, których na to stać, natomiast w stosunku do pozostałych osób powinny zostać jasno określone zasady udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wskazywać kryteria dostępu.

Obowiązujące ustawodawstwo wprowadza mieszany system publicznego finansowania świadczeń zdrowotnych, niezależnie od dopuszczalnego udziału własnego pacjenta. Obok instytucji powołanych wyłącznie w celu takiego finansowania w postaci kas chorych – obecnie NFZ, działającej w oparciu o składki ubezpieczeniowych, niektóre świadczenia zdrowotne opłacane są wprost z budżetu państwa. Są to przede wszystkim świadczenia wysokospecjalistyczne. Ponadto można wskazać także świadczenia związane z chorobami zakaźnymi, leczeniem odwykowym (całodobowe zakłady leczenia odwykowego ma organizować zarząd województwa, a pozostałe zakłady starosta powiatowy). Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce wykazuje dość istotne odrębności, w zależności od tego czy świadczeniodawca usług medycznych należy do sfery publicznej, czy też niepublicznej. W odniesieniu do jednostek publicznych obserwuje się niekorzystną polaryzację źródeł finansowania w odróżnieniu od dywersyfikacji przychodów niepublicznego sektora<sup>31</sup>. W Polsce fundusze publiczne są bardzo zróżnicowanym zbiorem źródeł finansowania usług opieki zdrowotnej, a największą rolę obecnie odgrywa centralny fundusz

<sup>30</sup> Tekst jednolity, DzU 2004, nr 125, poz. 1317.

<sup>31</sup> A. Sieńko, *Prawo ochrony zdrowia*, Warszawa 2006, s. 74.

celowy – Narodowy Fundusz Zdrowia<sup>32</sup>. Instrumentem pozyskiwania przychodów funduszu jest składka na ubezpieczenie zdrowotne. Następnym ważnym źródłem publicznym jest budżet państwa, jak też budżet jednostek samorządu terytorialnego oraz pewną rolę w finansowaniu opieki zdrowotnej odgrywają także pozabudżetowe fundusze celowe, np. fundusz pracy<sup>33</sup>. Wzrasta udział funduszy prywatnych, nie tylko pochodzących z gospodarstw domowych, ale także z funduszy pracodawców poprzez tzw. abonamenty medyczne. W rozwiązaniu wprowadzonym Ustawą z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz w rozwiązaniach wprowadzonych Ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia nastąpiło połączenie „powszechnego ubezpieczyciela – ściślej biorąc składki w tym ubezpieczeniu – z podatkiem dochodowym od osób fizycznych. W związku z tym tego rodzaju podejście nawiązuje do tradycji ubezpieczenia zdrowotnego jako ubezpieczenia społecznego oraz zakłada powszechność osobistego podatku dochodowego<sup>34</sup>”. J. Sobiech zakłada, że w związku z tym ubezpieczenie zdrowotne nie ma charakteru powszechnego, dlatego że zależne jest od zatrudnienia. Składki na ubezpieczenie zdrowotne gromadzone są przez ZUS i KRUS, a przychody ze składek nie podlegają repartycji pomiędzy oddziały NFZ, a zatem przekreśla to możliwość wiązania dochodów i wydatków<sup>35</sup>. Składka (podatek celowy) na ubezpieczenie zdrowotne ma znaczenie fiskalne, redystrybucyjne i alokacyjne. Z pewnością podstawowe znaczenie należy przypisać funkcji fiskalnej, gdyż wydajność w tym zakresie zależy od zdolności podatkowej gospodarstw domowych (bezpośrednio) i przedsiębiorców (pośrednio) oraz od konstrukcji składki na ubezpieczenie zdrowotne. J. Sobiech wskazuje, że zdolność fiskalna składki na ubezpieczenie zdrowotne zależy od ciężaru finansowego ogółem, jak również od struktury opodatkowania, a także od stanu gospodarki (w tym finansów publicznych)<sup>36</sup>. Trudno jest mówić o znaczeniu redystrybucyjnym wówczas, gdy jedynym uprawnionym do składek jest Narodowy Fundusz Zdrowia, a brakuje w systemie prywatnych ubezpieczycieli, którzy mogliby korzystać ze składki. Funkcja alokacyjna jest także zachwiana, ponieważ relacja pomiędzy składką a świadczeniem w obecnym systemie nie istnieje.

Przeprowadzone reformy w dalszym ciągu nie zdecydowały o zasadniczej kwestii dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Brak jest jasnych kryteriów podziału świadczeń na podstawowe, finansowane ze środków publicznych (ubezpieczeń zdrowotnych) i ponadpodstawowe – finansowane ze środków prywatnych).

---

<sup>32</sup> J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie finansami szpitala*, Warszawa 2006, s. 38.

<sup>33</sup> Tamże.

<sup>34</sup> Tamże, s. 39.

<sup>35</sup> Tamże, s. 40.

<sup>36</sup> Tamże.

## Literatura

- Boć J., *Konstytucje Rzeczypospolitej oraz Komentarz do Konstytucji z 1997 r.*, Wrocław 1998.
- Jończyk J., *Czwarta wersja powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, „Prawo i Zabezpieczenie Społeczne” 2004, nr 11, s. 3.
- Kissimova-Skarbek K., *Finansowanie ochrony zdrowia*, [w:] S. Poździech, A. Ryś (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, Kraków 1996.
- Owsiak S., *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Warszawa 2005.
- Piotrowska-Marczak K., *Obciążenia finansów publicznych z perspektywy ochrony zdrowia*, [w:] A. Pomorska, J. Szolno-Koguc, J. Głuchowski, H. Dzwonkowski (red.), *W kręgu prawa finansowego i finansów publicznych*, Księga dedykowana profesorowi Cezaremu Kosikowskiemu w 40-lecie pracy naukowej, Lublin 2005.
- Projekt reformy systemu opieki zdrowotnej*, MZiOS, Warszawa 1989.
- Rój J., Sobiech J., *Zarządzanie finansami szpitala*, Warszawa 2006.
- Sieńko A., *Prawo ochrony zdrowia*, Warszawa 2006.
- Strategia dla zdrowia*, „Antidotum” 1994, nr 9-10, s. 3.
- Windak A., *Podstawowa opieka zdrowotna, stan obecny i perspektywy reform w Polsce*, [w:] S. Poździech, A. Ryś (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, Kraków 1996.
- W interesie zdrowia społeczeństwa (projekt reformy opieki zdrowotnej)*, Biuletyn Instytutu Gospodarki Narodowej 1990.
- Włodarczyk W.C., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce*, Kraków 1988.
- Zielona księga finansowania ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2004.

## Akty prawne

- Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, DzU 1952, nr 33, poz. 232.
- Ustawa z dnia 16 sierpnia 1923 roku o opiece społecznej, DzU RP 1923, nr 92, poz. 726, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, DzU 1933, nr 51, poz. 396.
- Ustawa z dnia 7 kwietnia 1949 r. o pokrywaniu opłat w szpitalach, będących zakładami społecznymi służby zdrowia, DzU 1949, nr 25, poz. 174, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 15 grudnia 1951 r. o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia, DzU nr 67, poz. 446.
- Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991, nr 9, poz. 408, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 stycznia 1991 r. Prawo budżetowe, tekst jednolity DzU 1993, nr 72, poz. 344, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU 1997, nr 28, poz. 153.
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU 2003, nr 45, poz. 349.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU nr 213, poz. 2161.

## FROM BUDGETARY TO ACTUARIAL SYSTEM OF FINANCING HEALTH SERVICES IN POLAND

**Summary:** Since 1999 health care has been supported by several sources of finance. The largest revenue thereof comes from health insurance premiums which are collected by the Na-

tional Health Fund. The state budget is the second largest source of public finance followed by the budgets of local self-government units whose income comes from taxes and local charges, state budget transfers and out-of-budget target funds, and, to a certain minor extent, from social organizations' resources, e.g. foundations which supply the system of health care with financial means. Households' incomes, working places' funds, private health insurance funds and charitable organizations' funds play an important role among private sources of financing health care. A problem of financial resources is a key element of all and any considerations connected with the health care reform.