

**Agnieszka Parlińska**

*Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie*

**FINANSE SYSTEMU  
PUBLICZNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W POLSCE**

*FINANCES OF THE POLISH COMMON HEALTH INSURANCE SYSTEM*

**Słowa kluczowe: system ubezpieczania zdrowotnego, podstawa wymiaru składki, składka**

*Key words: Health Insurance System, contribution base and rate*

**Synopsis.** Zaprezentowano finansowe aspekty polskiego systemu publicznego ubezpieczenia zdrowotnego. Przedstawiono metody klasyfikacji modeli systemów zdrowia, co wspomogło charakterystykę polskiego systemu ochrony zdrowia. Analizując finanse funduszu starano się uwypuklić źródła przychodów oraz kierunki wydatkowania środków NFZ, wynikające ze źródeł prawa oraz ze sprawozdań finansowych.

**Wstęp**

Systemy ochrony zdrowia stanowiąc integralną część zabezpieczenia społecznego mogą przejawiać publiczny bądź publiczno-prywatny charakter. W historii formowania się systemowych rozwiązań w publicznej ochronie zdrowia widoczne są cztery wzorce systemowe, oparte na różnych formach finansowania świadczeń zdrowotnych, tj.: model Bismarcka, Beveridge'a, Siemaszki i rynkowy.

PolSKI system publicznego ubezpieczenia zdrowotnego przeszedł gruntowną reformę – od systemu scentralizowanego do modelu opartego na założeniach zaczerpniętych z bismarckowskiego systemu ochrony zdrowia. Charakteryzując publiczny system ubezpieczenia zdrowotnego należy zwrócić uwagę na katalog osób podlegających dobrowolnym i obowiązkowym ubezpieczeniom, warunki nabycia praw do ubezpieczenia, zróżnicowanie i poziom składki oraz poziom i strukturę osób ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ). Wyszczególnione czynniki determinują poziom przychodów i kierunki rozdysponowywania środków przez publiczny system opieki zdrowotnej.

**Modele systemu ochrony zdrowotnej**

Niezależnie od swojego charakteru systemy ochrony zdrowia utożsamiane są z tym zakresem funkcji państwa, któremu przypisuje się instrumentalną rolę w realizacji polityki zdrowotnej, tj. stanowią element zabezpieczenia społecznego. W zależności od zakresu funkcji państwa systemy ochrony zdrowia mogą mieć publiczny lub publiczno-prywatny charakter<sup>1</sup>.

Rozpatrując systemy zdrowotne należy odróżnić funkcje finansowe i organizacyjne, jakie zostały przypisane w różnych ujęciach modelowych sektora ochrony zdrowia. Z tego względu wyróżnia się dwa zasadnicze typy: modele syntetyzujące i modele porównawcze. Do modeli syntetyzujących, które uwzględniają przede wszystkim główne źródła finansowania, zalicza się modele oparte na zasadach ubezpieczeniowych, zaopatrzeniowych i pomocowych. Modele porównawcze stanowią narzędzie analizy komparatywnej, której celem jest poszukiwanie cech charakterystycznych systemów zdrowotnych poszczególnych krajów [Suchecka 2010]. Ze względu na sposób partycypacji finansowej w systemie ochrony zdrowia można mówić o różnym mechanizmie przepływu strumieni finansowych, których sposób klasyfikacji i katalog modeli przedstawiono w tabeli 1.

Uwzględnienie aspektu finansowania świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia przyczyniło się do wyodrębnienia czterech wzorców systemowych, a mianowicie: modelu Bismarcka, Beveridge'a, Siemaszki i rynkowego. Systemy ochrony zdrowia krajów Unii Europejskiej

<sup>1</sup> Publiczny system ochrony zdrowia – system, w którym ryzyko związane z chorobą i niezdolnością do pracy traktowane jest jako problem publiczny, za który odpowiedzialność ponosi państwo a jego rozwiązanie jest zadaniem państwa. Publiczno-prywatny system prawny – system, w którym część odpowiedzialności za skutki ryzyka ponosi osoba, której ryzyko dotyczy a rozwiązanie problemu finansowego jest też kwestią indywidualnej przezorności.

**Tabela 1. Klasyfikacja modeli systemów ochrony zdrowia ze względu na sposób partycypacji finansowej**

Ze względu na dobrowolną partycypację finansową	model budżetowy dobrowolny, model ubezpieczenia dobrowolnego z kontraktowaniem świadczeń, model ubezpieczenia dobrowolnego z refundowaniem świadczeń, model bezpośredniego zakupu świadczeń przez konsumenta.
Ze względu na obowiązkową partycypację finansową	model budżetowy scentralizowany – zapłata bezpośrednia ze środków budżetowych podatkowych dla instytucji dostarczającej świadczenia zdrowotne, model budżetowy zdecentralizowany – zapłata należności za świadczenie ma postać płatności od wyspecjalizowanej instytucji kontraktującej świadczenia z funduszu celowego państwowego, model ubezpieczenia obowiązkowego z refundacją wydatków – zapłata należności za świadczenie ma postać płatności refundowanej konsumentowi z funduszu ubezpieczeniowego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Podstawka 2010.

**Tabela 2. Charakterystyka modeli systemów ochrony zdrowia**

Model	Bismarcka (ubezpieczeniowy)	Beveridge'a (usługowy)	Siemaszki (scentralizowany)	Rynkowy (rezydualny)
Pochodzenie	system niemiecki	system brytyjski	system rosyjski	system amerykański
Uprawnienia	uniwersalne	uniwersalne	uniwersalne	częściowe
Finanse	społeczne ubezpieczenia	podatki	podatki	prywatne ubezpieczenia
Kontrola	mieszana	publiczna	publiczna	indywidualna
Status	uprawnienia społeczne	świadczenia społeczne	świadczenia	ryzyko ubezpieczeniowe
Kraj	Niemcy, Francja, kraje Beneluksu	Wielka Brytania, Irlandia, kraje skandynawskie	do końca lat 80. XXw. we wszystkich krajach bloku socjalistycznego Europy Środkowo-Wschodniej	Stany Zjednoczone

Źródło: opracowanie własne na podstawie Włodarczyk 2001.

funkcjonują na podstawie jednego z dwóch wyszczególnionych modeli, tj. Bismarcka lub Beveridge'a. Syntetyczną charakterystykę tych systemów przedstawia tabela 2.

### System ochrony zdrowia w Polsce

Polski system ubezpieczenia zdrowotnego funkcjonujący na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* i *o zmianie ustawy o Karcie Polaka oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* został stworzony na podstawie założeń systemowych zaczerpniętych z kilku modeli ochrony zdrowia. W ustawie przyjęto zasadę zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej w drodze ubezpieczenia zdrowotnego. Środki gromadzone w postaci składek wpłacanych przez osoby ubezpieczone, podlegają rozdysponowaniu przez powołanego ustawą płatnika na opłacenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej dla osób objętych przepisami ustawy. Równocześnie wspomniana ustawa precyzuje zasady, na jakich oparte a ubezpieczenie zdrowotne, tj. zasadę równego traktowania<sup>2</sup> i zasadę solidarności społecznej<sup>3</sup>. Wynika z nich, iż na ilość i jakość otrzymywanych świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie ma wpływu wysokość opłacanej składki [Podstawka 2010].

Pomimo powszechnego charakteru ubezpieczenia zdrowotnego ustawodawca przewidział dwie formy, tj. ubezpieczenia obowiązkowego i ubezpieczenia dobrowolnego, będącego formą stwarzającą możliwość ubezpieczenia się, osobom które nie objęto obowiązkiem ubezpieczeniowym. [Górski, *Dziennik* 2006] Artykuł 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* przedstawia szczegółowy katalog osób, które podlegają obowiązkowo-

<sup>2</sup> Zasada równego traktowania, która oznacza równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dla wszystkich ubezpieczonych.

<sup>3</sup> Zasada solidarności społecznej, która oznacza, że każda osoba ubezpieczona ma zapewnione prawo do świadczeń zdrowotnych na tych samych warunkach – bez względu na wysokość odprowadzanej składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz okres podlegania temu ubezpieczeniu.

wemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, m.in.: osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników i służby mundurowe<sup>4</sup>. Osoby te podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu, pod warunkiem, iż nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. Jednocześnie ubezpieczeniem zdrowotnym, wraz z osobą ubezpieczoną będącą członkiem jednej z wymienionych w ustawie grup, objęci są także członkowie rodzin tych osób, jeśli nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.

Dodatkowo w artykule 68 ustawy wyszczególniono osoby, które nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego i nie spełniają kryteriów do zgłoszenia ich jako członków rodziny. Jednakże mogą ubezpieczyć się dobrowolnie, dzięki czemu uzyskują prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)<sup>5</sup>.

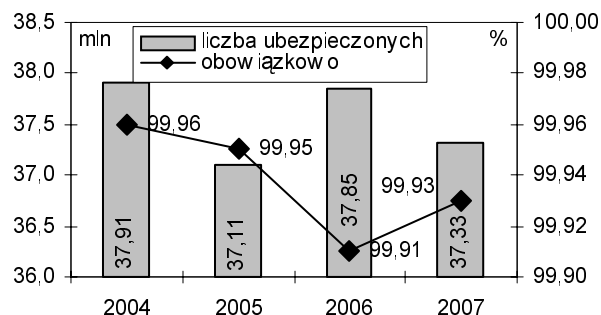
Dobrowolne przystąpienie do ubezpieczenia zdrowotnego jest możliwe wtedy, gdy osoba chcąc się ubezpieczyć ma miejsce zamieszkania na terenie Polski. Jednak ustawa przewiduje wyjątki od tej reguły (Artykuł 3 ust.2 pkt 1-4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*).

Z danych Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (CWU) prowadzanego przez NFZ wynika, iż ponad 99,9% ubezpieczonych stanowią osoby podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (rys. 1). Równocześnie w latach 2004-2005 odnotowano spadek liczby osób zgłoszonych do ubezpieczenia. W roku 2006 zauważalna była dodatnia dynamika zmian danych o osobach zgłoszonych do ubezpieczenia. W 2007 roku zaznaczył się ponowny spadek liczby osób ubezpieczonych, a równocześnie odnotowano prawie 20% spadek liczby osób ubezpieczających się dobrowolnie. Ogólna liczba osób ubezpieczonych spadła o 1,37% w skali całego kraju.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej nabywa osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia dopiero po spełnieniu łącznie dwóch warunków podanych przez ustawodawcę, tj. zgłoszenia osoby podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia do funduszu, oraz opłacenie składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie (Artykuł 67 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach*).

Członkowie rodziny osób, które podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dopiero po zgłoszeniu przez ubezpieczonych. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osób zgłoszonych do ubezpieczenia ustaje po 30 dniach od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia<sup>6</sup> [Nowak-Kubiak, Łukasza 2006].

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej związane jest z opłacaniem składki, której wysokość określona jest stopą procentową podstawy wymiaru składki (Artykuł 79 i 80 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*).



Rysunek 1. Liczba i rodzaj ubezpieczonych w NFZ w latach 2004-2007

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdań z działalności... 2004-2007.

<sup>4</sup> tj.: poborowi żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową, policjanci, funkcjonariusze agencji rządowych (Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Wywiadu; Biura Ochrony Rządu Straży Granicznej, Służby Celnej, Służby Więziennej i Państwowej Straży Pożarnej, posłowie pobierający uposażenia poselskie, sędziowie i prokuratorzy).

<sup>5</sup> tj.: twórcy i artyści (jeżeli nie są objęci ubezpieczeniami społecznymi), osoby które czerpią dochody z wynajmu lokalu lub wykonują umowy o dzieło (jeżeli nie są one zawierane w ramach prowadzonej pozarolniczej działalności), osoby utrzymujące się jedynie ze zgromadzonych oszczędności (tzw. rentierzy) osoby, które np. w związku z utratą pracy i z trwającym powyżej 30 dni urlopem bezpłatnym, bądź z powodu rezygnacji z prowadzenia pozarolniczej działalności (i braku możliwości zgłoszenia do ubezpieczenia jako członkowie rodziny) pozostają poza systemem obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego (bo np. nie podejmują nowej pracy lub też nie zgłaszają się do urzędu pracy w celu uzyskania statusu bezrobotnego).

<sup>6</sup> Do wyjątków od tej zasady należą absolwenci szkoły średniej i wyższej. W ich przypadku prawo do świadczeń opieki zdrowotnej wygasa po upływie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów, bądź studentów.

Tabela 2. Charakterystyka modeli systemów ochrony zdrowia

Model	Bismarcka (ubezpieczeniowy)	Beverodg'e'a (usługowy)	Siemaszki (scentralizowany)	Rynkowy (rezydualny)
Pochodzenie	system niemiecki	system brytyjski	system rosyjski	system amerykański
Uprawnienia	uniwersalne	uniwersalne	uniwersalne	częściowe
Finanse	społeczne ubezpieczenia	podatki	podatki	prywatne ubezpieczenia
Kontrola	mieszana	publiczna	publiczna	indywidualna
Status	uprawnienia społeczne	świadczenia społeczne	świadczenia	ryzyko ubezpieczeniowe
Kraj	Niemcy, Francja, kraje Beneluksu	Wielka Brytania, Irlandia, kraje skandynawskie	do końca lat 80. XXw. we wszystkich krajach bloku socjalistycznego Europy Środkowo-Wschodniej	Stany Zjednoczone

Źródło: opracowanie własne na podstawie Włodarczyk 2001.

Od 1998 roku wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie zdrowotne ulegała systematycznemu zwiększeniu o 0,25% podstawy wymiaru rocznie aż do roku 2007, w którym osiągnęła maksymalną wartość 9% podstawy wymiaru (tab. 2). W myśl ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych składka na ubezpieczenie zdrowotne podlega odliczeniu od podatku dochodowego od osób fizycznych w wysokości 7,75% podstawy wymiaru składki.

Równocześnie wprowadzono odrębne uregulowania dla rolników podlegających ubezpieczeniu społecznemu w ramach Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) a niebędących płatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne dla tych ubezpieczonych ustalono, jako kwota odpowiadająca cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie rolnym, ustalonej dla celów podatku rolnego (Artykuł 80 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) (tab. 3).

Składka na ubezpieczenie zdrowotne jest miesięczna i niepodzielna. Niepodzielność składki na ubezpieczenie zdrowotne sprawia, że podstawa wymiaru składki na przedmiotowe ubezpieczenie nie może być proporcjonalnie zmniejszona w tych przypadkach, w których zezwalają na to przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych w odniesieniu do podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (np. za okres pobierania zasiłku chorobowego) (Dz.U. z 1998 r., Nr 137 poz. 887 z późn zm).

Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dokładnie określają podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne poszczególnych grup ubezpieczonych. Dla pracowników podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi, tak jak w przypadku podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, przychód ze stosunku pracy w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. Równocześnie dla żołnierzy zawodowych, policjantów i funkcjonariuszy różnych służb podstawę wymiaru składek stanowi kwota uposażenia. Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenia zdrowotne pomniejsza się o kwoty składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe. Podstawą wyliczenia składki dla emerytów i rencistów jest wysokość emerytury lub renty [Dziubińska-Lechnio 2008].

Tabela 3. Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne w latach 2000-2010

Rodzaj ubezpieczenia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dla ubezpieczonych w ZUS [% podstawy wymiaru]	7,50	7,75	7,75	8,00	8,25	8,50	8,75	9,00			
Dla rolnika ubezpieczonego w KRUS [zł/1ha]	14,56	17,91	18,60	16,73	17,29	18,84	13,94	17,76	29,15	27,90	17,05

Źródło: opracowanie własne podstawie Komunikatów Prezesa... 1999-2009.

Jednocześnie, w zależności od rodzaju grupy ubezpieczonych, ustawa określa podmioty, będące płatnikami składek. Pracodawca jest płatnikiem, który pobiera składkę z dochodu ubezpieczonego i odprowadza za osobę pozostającą w stosunku pracy lub w stosunku służbowym. Za bezrobotnego pobierającego zasiłek, składkę z kwoty tego zasiłku pobiera i odprowadza powiatowy urząd pracy. Natomiast za osobę pobierającą emeryturę lub rentę składkę pobiera i odprowadza jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [Górski, Dzienis 2006].

Składki na ubezpieczenie zdrowotne osób ubezpieczonych podlegają ewidencji odpowiednio: w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz dla rolników w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). ZUS i KRUS są zobowiązane do przekazania pobranych składek w terminie 3 dni od ich wpływu, na rachunek Narodowego Funduszu Zdrowia. Dodatkowo przekazywane są także dane o ubezpieczonych i opłacanych przez nich składkach (Artykuł 87 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

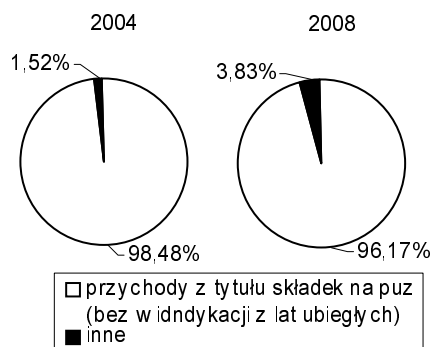
ZUS oraz KRUS potrącają koszty związane z poborem i ewidencjonowaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 0,20% kwoty tej części składek przekazanych do centrali funduszu, które zostały zidentyfikowane (przypisane do konkretnego ubezpieczonego) (Artykuł 88 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Podstawka 2010].

### Finanse systemu publicznego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce

Zasadnicze zmiany w systemie ubezpieczeń zdrowotnych wprowadziła ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Wspomniana ustawa pomogła ujednoczyć również zasady finansowania świadczeń zdrowotnych oraz stworzyć warunki zapewniające równy dostęp do świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych na terenie całego kraju. W tej chwili NFZ funkcjonuje w oparciu o ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.). Fundusz ma zarządzać środkami pochodzącymi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, organizować i finansować udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Równocześnie NFZ nie może prowadzić działalności gospodarczej, jak również nie może być właścicielem zakładów opieki zdrowotnej (Artykuł 97 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) [Jończyk 2006].

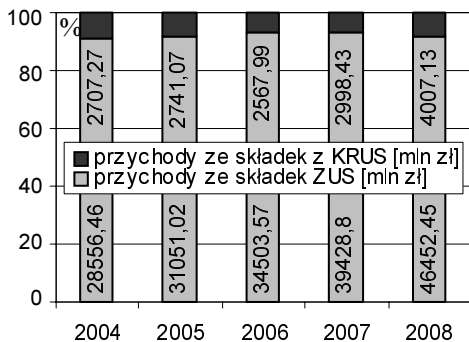
Z mocy ustawy wśród przychodów NFZ można wyróżnić: składki na ubezpieczenie zdrowotne (bieżące i z lat ubiegłych), przychody wynikające z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, dotyczące rzeczowych świadczeń leczniczych wykonanych dla obywateli Unii Europejskiej (UE) i Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, przychody z tytułu realizacji zadań zleconych, dotacje z budżetu państwa na realizację zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotacje z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, pozostałe przychody oraz przychody finansowe (Artykuł 116 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Największy udział w przychodach Funduszu stanowią przychody z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne, których wartość wynosiła ponad 31 263,73 mln zł i stanowiła 98,48% ogółu przychodów NFZ w roku 2004. Równocześnie w kolejnych latach obserwowano tendencję wzrostową wpływów z opłacanych składek. W roku 2008 poziom przychodów z tego tytułu, który wzrósł o 61,40% w stosunku do poziomu z roku 2004, osiągnął wartość 50 459,59 mln zł i stanowił 96,17% ogółu przychodów NFZ (rys. 2). Na uwagę zasługuje wzrost udziału innych przychodów funduszu, na który bezpośredni wpływ miało uwzględnienie od roku 2007 w przychodach NFZ,



Rysunek 2. Struktura przychodów NFZ w roku 2004 i 2008

Źródło: jak na rys. 1.

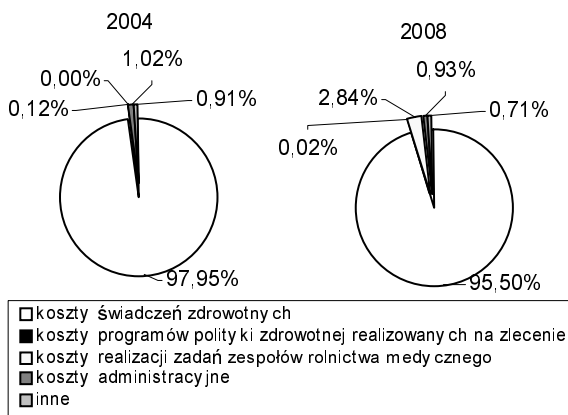


**Rysunek 3. Poziom i struktura przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne w latach 2004-2008 (bez windykacji z lat ubiegłych)**  
Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdań z działalności... 2004-2008.

pieczenie zdrowotne (rys. 3).

W art. 117 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przedstawiono kierunki wydatkowania środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Wśród kosztów funduszu wlicza się m.in.: koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, koszty refundacji cen leków, wyrobów medycznych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, koszty zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie, koszty działalności funduszu, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwroty kosztów podróży, koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz koszt wypłaty odszkodowań. Środki finansowe funduszu mogą być przeznaczone również na spłatę kredytów i pożyczek.

W 2008 roku poziom kosztów NFZ wzrósł o 66,09% w stosunku do poziomu z roku 2004, osiągnął wartość 51 636,85 mln zł. Strukturę wydatków funduszu w roku 2004 i 2008 przedstawiono na rysunku 4.



**Rysunek 4. Poziom i struktura wydatków NFZ w latach 2004 i 2008**

Źródło: jak na rys. 1.

dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego. W roku 2008 wpływy z tego tytułu wyniosły ponad 1468,87 mln zł i stanowiły 2,8% ogółu przychodów NFZ.

W strukturze przychodów NFZ z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne zauważalna jest tendencja przewagi wpływów tych składek od osób podlegających ubezpieczeniom społecznym w ZUS. W latach 2004-2006 zauważalna jest tendencja wzrostowa udziału składek tej grupy ubezpieczonych w ogólnych przychodach z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, co było bezpośrednim wynikiem wzrostu poziomu składek do 9% w roku 2007. W kolejnych latach poziom tego wskaźnika spada. W roku 2008 udział przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne osób ubezpieczanych w ZUS wyniósł ponad 46 452,45 mln zł i stanowił 88,54% ogółu przychodów z tytułu składek na ubez-

W badanych latach największy udział w kosztach funduszu stanowiły koszty świadczeń zdrowotnych, których wartość w ostatnim z badanych lat stanowiła 95,52% ogółu kosztów NFZ. Najbardziej kapitałochłonną grupę świadczeń stanowiły wydatki na leczenie szpitalne, refundacja cen leków oraz podstawową opiekę zdrowotną (odpowiednio stanowiły: 48,26, 14,94 i 11,83% ogółu kosztów świadczeń zdrowotnych NFZ w roku 2008). Równocześnie na odnotowany spadek udziału kosztów świadczeń zdrowotnych w ogóle kosztów funduszu miały wpływ koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego. Od roku 2007 NFZ otrzymuje dotację z budżetu państwa na realizację zadań z tego zakresu.

### Podsumowanie

System ubezpieczeń zdrowotnych funkcjonuje w Polsce od 10 lat. W tym okresie nastąpiła dwukrotna reorganizacja jego struktury. Na początku funkcjonowały regionalne kasy chorych mające znaczny stopień autonomii, także finansowej. Następnie nastąpiło scentralizowanie systemu w ramach administracji rządowej, które wprowadziło ujednoczone zasady finansowania. Znaczącym źródłem przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia są i będą przychody z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne, w szczególności płacone przez osoby podlegające ubezpieczeniom społecznym w ZUS. Głównym kierunkiem wydatkowania środków pieniężnych Narodowego Funduszu Zdrowia są koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych, wśród których największą grupę stanowią koszty leczenia szpitalnego i refundacja cen leków.

Wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych umożliwiło partycypację w świadczeniach opieki zdrowotnej, zarówno podmiotów publicznych, jak i niepublicznych, co doprowadziło do konkurencji między nimi. Jednakże opieka szpitalna jest zapewniana nadal w znaczącym stopniu przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Na uwagę zasługują: źródło finansowania NFZ w postaci składek na ubezpieczenie, a ich redystrybucja o charakterze budżetowym, brak algorytmu precyzyjnego podziału środków pieniężnych NFZ oraz brak systemu identyfikacji ubezpieczonych i płatności składek, co doprowadza do braku możliwości racjonalizacji wydatkowanych środków. Pozwala to na stwierdzenie, że polski system ubezpieczeń zdrowotnych jako bazujący na wielu modelach ubezpieczeń zdrowotnych charakteryzuje się dysfunkcjonalnością ekonomiczną.

### Literatura

- Dziubińska-Lechnio E.** 2008: Ubezpieczenia społeczne 2008. Wyd. ABC & Wolters Kluwer Business, Warszawa, s. 215.
- Górski A., Dzień P.** (red.) 2006: Regulacje prawne ochrony zdrowia. Wyższa Szkoła Administracji Publicznej im. Stanisława Staszica, Białystok, s. 155-157.
- Jończyk J.** 2006: Prawo zabezpieczenia społecznego. Zakamycze, Kraków, s. 252-254.
- Komunikat Prezesa GUS-u o średniej cenie skupu żyta za okres pierwszych trzech kwartałów w latach 1999-2009.
- Nowak-Kubiak J., Łukasa B.** 2006: Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz. Wyd. ABC & Wolters Kluwer Business, Kraków, s. 133.
- Podstawka M.** 2010: Finanse. Instytucje, instrumenty, podmioty, rynki, regulacje. PWN, Warszawa, s. 430-440.
- Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2004-2007.
- Suhecka J.** 2010: Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej. Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa, s. 47-51.
- Ustawa o zmianie ustawy o Karcie Polaka oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 29 lutego 2008 r. Dz. U. z 2008 r., Nr 52, poz. 305.
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 roku. Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.
- Włodarczyk C., Poździej S.** 2001: Systemy zdrowotne. Zarys problematyki. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków s. 82.

### Summary

*The article presents the main knowledge about Polish System of Public Health Insurance. The methods of classification of health systems were introduced, which supported to profile of Polish System of Health Insurance. Also it describes the organization of National Health Fund (NFZ) through analysis the structure of the sources of financing and the policy of spending money which were entrusted to it.*

#### Adres do korespondencji:

dr inż. Parlińska Agnieszka  
Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie  
Katedra Polityki Europejskiej, Finansów Publicznych i Marketingu  
Zakład Prawa i Finansów  
ul. Nowoursynowska 166  
02-787 Warszawa  
tel. (22) 593 41 94  
e-mail: agnieszka\_parlinska@sggw.pl