

ALEKSANDRA BUDZOWSKA
MARIA CURIE SKŁODOWSKA UNIVERSITY IN LUBLIN

ŹRÓDŁA FINANSOWANIA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ORAZ ICH PRZEZNACZENIE

Sources of financing for the National Health Fund and their purpose

ABSTRACT

The thesis of this contribution is the statement that the National Health Fund is mainly financed from health insurance contributions, whereas disbursement of funds accumulated by this entity is limited by the standards included in the Act on healthcare service financed from public funds and from the Public Finance Act. The National Health Fund is a state organization which has legal personality. The main aim of the National Health Fund is the analysis of the costs of healthcare services to the extent, necessary for the proper conclusion of contracts for the provision of healthcare services. The second important task of this fund is reimbursement of the costs of benefit is provided to the insured. The main assumption of the contribution is to present the issue of the functions of the National Health Fund as the entity responsible for financing health care in Poland. Referring to the argument, it can be concluded that the main source of financing for the National Health Fund is the health insurance contribution constituting about ninety-five percent of income. It is strictly connected with the fact, that Polish health care system is the insurance system. In view of these data, it should be recognized that other sources are only marginal. Spending of collected funds is strictly regulated in the Act of healthcare services financed from public funds.

Keywords: healthcare system – financing health care – health law – health insurance contributions

JEL Classification: K32, H51, H75

1. UWAGI WSTĘPNE

Narodowy Fundusz Zdrowia¹ jest państwową jednostką organizacyjną, wyposażoną w osobowość prawną. NFZ zaczął funkcjonować w 2003 r. W chwili obecnej funkcjonuje on na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych² oraz na podstawie nadanego statutu. Głównymi organami NFZ są Rada i Prezes Funduszu, a także rady oddziałów wojewódzkich Funduszu i ich dyrektorzy. Do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia należy przede wszystkim analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacja kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym³.

Prezes Funduszu sporządza corocznie plan finansowy Funduszu zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu

z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określa, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb i kryteria podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych. Budżet Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 r. wynosi siedemdziesiąt siedem i pół miliarda złotych⁴.

Głównym założeniem pracy jest przybliżenie problematyki funkcji NFZ jako podmiotu odpowiedzialnego za finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce. Tezą niniejszej pracy jest stwierdzenie, że Narodowy Fundusz Zdrowia jest finansowany głównie ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Natomiast wydatkowanie środków zgromadzonych przez ten podmiot ograniczone jest normami wynikającymi z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz z ustawy o finansach publicznych⁵.

1 Dalej jako: „NFZ”.

2 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 ze zm.), dalej jako: „u.ś.o.z”.

3 Zob. szerzej A. Hanusz, *Jednostki sektora finansów publicznych*, [w:] *Prawo finansowe. Wybrane zagadnienia*, red. *idem*, Warszawa 2019, s. 78 i n.

4 W drodze porównania budżet na w 2017 r. wynosił około siedemdziesiąt miliardów złotych. Natomiast w 2016 r. sześćdziesiąt dziewięć miliardów złotych.

5 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 869 ze zm.), dalej jako: „u.f.p.”.

2. KATALOG ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA NFZ

Polski system opieki zdrowotnej jest systemem ubezpieczeniowym, w którym prawo do leczenia i korzystania ze świadczeń medycznych mają osoby objęte powszechnym, obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ oraz członkowie ich rodzin. Obecnie system obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje około dziewięćdziesiąt osiem procent społeczeństwa, w tym grupy społeczne, których ubezpieczenie finansowane jest z budżetu państwa. Podstawą finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia jest obowiązkowa składka na ubezpieczenie zdrowotne, stanowiąca dziewięć procent dochodów osobistych. Składka ubezpieczeniowa pobierana jest razem z zobowiązaniami podatkowymi i odprowadzana do NFZ za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Dla osób prowadzących własną działalność gospodarczą wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne jest taka sama, Jednak podstawa wymiaru składki, o której mowa, nie może być mniejsza niż siedemdziesiąt pięć procent przeciętnego, miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw prywatnych w czwartym kwartale poprzedniego roku, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszanego przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Osoby prowadzące prywatną działalność gospodarczą lub ubezpieczające się dobrowolnie, zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego samodzielnie, do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Dla rolników składki na ubezpieczenie społeczne zbierane są w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, następnie część składek odpowiadająca składce na ubezpieczenie zdrowotne przekazywana jest do NFZ. Składka na ubezpieczenie zdrowotne stanowi niewątpliwie główne źródło finansowania funduszu bowiem z wyliczeń wynika, że jest to aż dziewięćdziesiąt pięć procent całego budżetu.⁶

Źródła finansowania NFZ wymienione w dalszej części eseju nie stanowią dużego procentu ogólnego budżetu wobec czego nie zostaną opisane w tak obszerny sposób jak składka ubezpieczeniowa. Następnym źródłem finansowania są przychody wynikające z rozliczeń z krajami członkowskimi UE/EFTA za świadczenia zdrowotne realizowane na terenie polski na rzecz uprawnionych. Ustalona wysokość przychodów wynika z prognozowanych kwot roszczeń Funduszu wobec innych państw członkowskich za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone przez świadczeniodawców z terenu Polski na rzecz ubezpieczonych w tych krajach. Według szacunków Departamentu Współpracy Międzynarodowej Centrali NFZ przychody wynikające z przepisów o koordynacji w 2017 r. mogą wynieść około dwieście tysięcy złotych. Jest to zaledwie dwadzieścia sześć setnych procenta planowanych przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z art. 97 ust. 8 u.ś.o.z., Fundusz otrzymuje dotacje z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 2b, 3, 3b u.ś.o.z. Do zadań finansowanych za pomocą dotacji z budżetu państwa należy zaliczyć przede wszystkim świadczenia opieki zdrowotnej udzielanym osobom innym niż ubezpieczeni, który

6 Por. M. Gawrońska, *Prawo do świadczeń zdrowotnych w prawie polskim*, [w:] P. Szczęśniak et al. (red.), *Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, *passim*.

nie ukończyli osiemnastego roku życia oraz w okresie ciąży, porodu lub połogu. Chodzi tu także o świadczenie usług osobom wymienionym w wymienionych ustawach na przykład o przeciwdziałaniu narkomanii, ochronie zdrowia psychicznego oraz zwalczania chorób zakaźnych. Przychody z tego tytułu stanowią 1,73% planowanych przychodów w 2017 r.⁷

Dotacja budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego na podstawie ustawy o państwowym ratownictwie medycznym⁸ wynosi 2,42% planowanych przychodów. Przychody ze składek z lat ubiegłych stanowią osiemnaście setnych procenta przychodów w 2017 r. Zgodnie z przepisem artykułu 116 ust. 1a u.ś.o.z., przychody zmniejsza się o odpis na taryfikację świadczeń, o którym mowa w artykule 31t ust. 5-8 u.ś.o.z. Odpis na taryfikację świadczeń wynosi pięćdziesiąt dwa tysiące złotych.

Przychody z pozostałej działalności Narodowego Funduszu Zdrowia obejmują w szczególności darowizny i zapisy, w tym kwotę umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikającą z rozliczeń międzyokresowych. Ponad to ujęto przychody z realizacji programu finansowanego ze środków unijnych takich jak: „Instytucje społeczne na rzecz przyszłej Europy”, „Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu” oraz przychody wynikające z przepisów ustawy o refundacji leków, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego. Przychody z tych tytułów wynoszą dwadzieścia 0,04% planowanych przychodów funduszu w 2017 r. Planowane przychody z tytułu osiągniętych odsetek od lokat krótkoterminowych oraz depozytów u Ministra Finansów stanowią siedem setnych procenta przychodów funduszu.

Dotatkowo Prezes Funduszu może zaciągać pożyczki i kredyty, po uzyskaniu zgody ministra właściwego do spraw finansów publicznych i ministra właściwego do spraw zdrowia. Wysokość rat kredytów i pożyczek przypadających do spłaty w danym roku nie może przekroczyć wysokości rezerwy ogólnej przewidzianej w planie finansowym na dany rok.

3. ROZPORZĄDZANIE ŚRODKAMI PUBLICZNYMI PRZEZ NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia jest główną i największą instytucją odpowiedzialną za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, a w konsekwencji zapewnienie pacjentom równego dostępu do tych świadczeń, w szczególności poprzez racjonalne zarządzanie środkami finansowymi.⁹ Na gruncie polskiego porządku prawnego finansowane ze środków publicznych są jedynie te świadczenia, które zostały udzielone przez podmiot związany stosowną umową z NFZ¹⁰.

Podstawowym aktem prawnym regulującym zagadnienie finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki

7 NFZ, *Projekt planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2017*, Warszawa 2016.

8 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2019 r. poz. 993 ze zm.), dalej jako: „u.p.r.m.”.

9 1. E. D. Lach, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – część 1*, „Monitor Prawa Pracy” 2005 nr 1.

10 M. Kluczyńska, J. Grzywacz, *System finansowania publicznej opieki zdrowotnej w Polsce w świetle doświadczeń niemieckich*, Płock 2015.

zdrowotnej jest ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹. Wspomniana ustawa stanowi, że podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych za środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu¹².

Na leczenie szpitalne trafia co druga złotówka wydawana na świadczenia zdrowotne. Zakres świadczeń refundowanych stale się poszerza czego doskonałym przykładem jest wdrożenie mechanizmu finansowania świadczeń wysokospecjalistycznych takich, jak: przeszczepienie komórek przYTarczyc, ablacja wideotorakoskopowa, operacje wad wrodzonych serca i naczyń dla dzieci poniżej pierwszego roku życia. Ustawodawca poza jednoznaczną regulacją dotyczącą świadczeń gwarantowanych ubezpieczonym zalegalizował też kolejki związane z limitowaniem określonych świadczeń. Ustawa zdrowotna stanowi, że świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności. Szczegółowo uregulowano także tryb prowadzenia „list oczekujących” łącznie z obowiązkiem comiesięcznej aktualizacji, oceny oraz informowania Funduszu.

Jednym z najważniejszych programów refundowanych jest tak zwany pakiet onkologiczny. Pod tym pojęciem kryje się zestaw rozwiązań określonych przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, mający na celu zapewnienie pacjentom z podejrzeniem nowotworu złośliwego szybką diagnostykę i terapię, gwarantującą poprawę jakości i skuteczności postępowania, w ramach nielimitowanego finansowania świadczeń. Szybka terapia onkologiczna ma za cel poprawienie dostępności do diagnostyki i leczenia nowotworów złośliwych i usystematyzowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego¹³.

Jest to możliwe dzięki wprowadzeniu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Realizacja zadań związanych z funkcjonowaniem pakietu onkologicznego uwzględniana jest w następujących zakresach świadczeń: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i leczenie szpitalne. Ponadto dla zapewnienia kontynuacji leczenia onkologicznego po zakończeniu leczenia szpitalnego, w ramach zintegrowanej opieki hospicyjnej i paliatywnej dla pacjentów onkologicznych, planowane jest uwzględnienie zabiegowych metod leczenia bólu. Innym planowanym obszarem zmian jest modyfikacja tzw. pakietów diagnostycznych w AOS, w celu zapewnienia realizacji badań zapewniających podniesienie jakości stawianej diagnozy.

Kolejnym kluczowym zadaniem z zadań, z którym musi się zmierzyć Narodowy Fundusz Zdrowia jest refundacja leków oraz zabezpieczenie pacjentów w wyroby medyczne. Kwestia dostępności do leków refundowanych jest regulowana w przepisach ustawy refundacyjnej i przepisach

11 Por. M. Gawrońska, *Prawo do świadczeń zdrowotnych w prawie polskim*, [w:] P. Szczeńsiak et al. (red.), *Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, s. 15 i n.

12 Zob. art. 132 ust. 1 u.ś.o.z.

13 Narodowy Fundusz Zdrowia, *Realizacja zadań na rzecz pacjentów Podsumowanie działań i wyzwania na przyszłość*, Warszawa 2015.

wykonawczych do tej ustawy. Wejście w życie omawianej ustawy, stworzyło szansę gospodarowania środkami pochodzącymi ze składek ubezpieczonych w sposób zapewniający wszystkim obywatelom, mającym zróżnicowane potrzeby zdrowotne, sprawiedliwy dostęp do skutecznych terapii. Dążąc do zapewnienia dostępności skutecznych i jednocześnie drogich jednostkowo leków Narodowy Fundusz Zdrowia finansował sześćdziesiąt osiem programów lekowych. Decyzję o objęciu refundacją danego leku każdorazowo podejmuje Minister Zdrowia. Z ogólnej liczby programów lekowych dwadzieścia cztery stanowiły programy onkologiczne, a czterdzieści cztery programy nie onkologiczne.

Ponad to finansowane są usługi z zakresu stomatologii, podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz opieka paliatywna i hospicyjna. Obecnie duży nacisk kładziony jest także na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień. Dowodem tego jest nowopowstałe Centrum Zdrowia Psychicznego, w którym ma być realizowana kompleksowa opieka psychiatryczna. Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnia pacjentom również dostęp do lecznictwa uzdrowiskowego. W związku ze zmianami demograficznymi i starzeniem się społeczeństwa, z tej formy świadczeń korzysta i korzystać będzie coraz większa grupa, szczególnie osób ze starszych grup wiekowych.

Ostatnim zagadnieniem jest Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego i wdrożenie opieki transgranicznej. Przepisy o koordynacji służą zapewnieniu prawidłowej realizacji jednej z naczelnych zasad obowiązujących w zintegrowanej Europie – zasady swobodnego przepływu osób. Na podstawie tych przepisów, od 1 maja 2004 r. osoby objęte polskim publicznym systemem opieki zdrowotnej mają prawo do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w czasie pobytu lub zamieszkiwania w innym państwie członkowskim UE/EFTA.

4. UWAGI KOŃCOWE

Przedstawiona w niniejszej pracy problematyka nie wyczerpuje w całości zagadnienia związanego z finansowaniem opieki zdrowotnej. Odnosząc się do postawionej tezy można stwierdzić, że głównym źródłem finansowania Narodowego Funduszu Zdrowia jest składka na ubezpieczenie zdrowotne stanowiąca około dziewięćdziesiąt pięć procent dochodów. Dzieje się tak, ponieważ polski system opieki zdrowotnej jest systemem ubezpieczeniowym. Wobec tych danych należy uznać, iż pozostałe źródła mają jedynie marginalne znaczenie. Podmiot ten jest również główną instytucją odpowiedzialną za finansowanie opieki zdrowotnej.

Wydatkowanie zgromadzonych środków jest ściśle uregulowane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Chcąc poprawić jakość świadczonych usług należałoby zacząć od reformy tegoż systemu ubezpieczeniowego. Należy wziąć pod uwagę w jak wielu różnych formach technika ubezpieczeniowa jest obecnie realizowana, a także uwzględnić wzrastające wymogi stawiane systemom ubezpieczeniowym, zwłaszcza wobec wzrostu oczekiwań społecznych co do zagwarantowania wysokiego poziomu i szerokiego zakresu świadczeń.

Warto dodać dla porównania skali problemu, iż kraje będące członkami Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju wydają na służbę zdrowia niecałe dziesięć procent produktu krajowego brutto podczas gdy w Polsce jest to jedynie sześć procent. Pozytywną zmianą jest to, że od kilku lat stopniowo rośnie budżet Narodowego Funduszu Zdrowia co może bezpośrednio przełożyć się na jakość świadczonych usług.

BIBLIOGRAFIA

1. Gawrońska M., *Prawo do świadczeń zdrowotnych w prawie polskim*, [w:] P. Szczęśniak et al. (red.), *Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004.
 2. Hanusz A., *Jednostki sektora finansów publicznych*, [w:] *Prawo finansowe. Wybrane zagadnienia*, red. idem, Warszawa 2019.
 3. Kluczyńska M., Grzywacz J., *System finansowania publicznej opieki zdrowotnej w Polsce w świetle doświadczeń niemieckich*, Płock 2015.
 4. Lach E. D., *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – część 1*, „Monitor Prawa Pracy” 2005 nr 1.
 5. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Projekt planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2017*, Warszawa 2016.
 6. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Realizacja zadań na rzecz pacjentów Podsumowanie działań i wyzwania na przyszłość*, Warszawa 2015.
-