

Jadwiga Suchecka, Zofia Skrzypczak

Inwestycje w zdrowie publiczne z perspektywy płatnika trzeciej strony

Problemy Zarządzania 11/1 (2), 204-226

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Investycje w zdrowie publiczne z perspektywy płatnika trzeciej strony

Nadesłany: 12.07.12 | Zaakceptowany do druku: 20.11.12

Jadwiga Suchecka*
Zofia Skrzypczak**

Celem niniejszego artykułu jest ogólna analiza możliwości inwestycji w zdrowie publiczne na rzecz jednostki w obecnym systemie zdrowotnym w Polsce. Podstawę analizy stanowiły odpowiednie akty prawne dotyczące zasad ustalania składki ubezpieczenia powszechnego oraz sprawozdania z działalności NFZ za lata 2003–2011. W przeprowadzonej analizie przyjęto założenie, iż możliwości inwestycyjne w zdrowie publiczne mogą być wyrażone poziomem strukturą oraz dynamiką przychodów NFZ, a kierunki tych inwestycji mogą wyrażać poniesione nakłady/koszty na poszczególne kategorie działalności wynikające z przyjętej przez rząd polityki ekonomiczno-społecznej, w tym polityki zdrowotnej i zdrowotnej.

Słowa kluczowe: inwestycje w zdrowie, płatnik trzeciej strony, Narodowy Fundusz Zdrowia.

Investing in public health from the perspective of the third party payer – NFZ (NFH)

Submitted: 12.07.12 | Accepted: 20.11.12

The purpose of this article is the general analysis of investment opportunities for the benefit of public health units in the current health care system in Poland. The basis of the analysis were relevant legislation on the rules for setting insurance premiums, and public statements of operations for the years 2003-2011 National Health Fund. The analysis assumes that the investment opportunities in public health can be expressed by the level of income structure and dynamics of the NFH, and the directions of these investments can express expenditures/expenses for each category of activity resulting from the adoption of the government economic and social policy, including health policy and health care.

Keywords: Investing in health, of the third party payer, National Health Fund

JEL: I18

* **Jadwiga Suchecka** – prof. dr hab., kierownik Katedry Ekonometrii Przestrzennej UŁ oraz Zakładu Finansowania Ochrony Zdrowia.

** **Zofia Skrzypczak** – doc., dr, Katedra Gospodarki Narodowej, Wydział Zarządzania UW.

Adres do korespondencji: Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, ul. Szturmowa 1/3, 00-678 Warszawa, e-mail: suchecka@uni.lodz.pl; skrzypczak@wz.uw.edu.pl.

1. Wprowadzenie

Zdrowie uważane jest powszechnie za wartość indywidualną i społeczną, postrzeganą całościowo przy uwzględnieniu różnych czynników determinujących jego stan. Stąd też w literaturze funkcjonuje wiele definicji zdrowia, a jej wybór zależy przede wszystkim od celu i zakresu podejmowanych badań.

Tradycyjne pojęcie zdrowia wywodzi się z medycyny i definiowane było przez tożsame z nim pojęcie braku choroby. Natomiast we współczesnych definicjach zdrowia i podejściach do choroby zwraca się szczególną uwagę na postawę w stosunku do tych stanów. Należy również podkreślić, iż pojęciowy zakres zdrowia i choroby, a także związany z nim zakres działań podlegają ciągłej ewolucji, powodując wieloaspektowe i dynamiczne ujęcie zdrowia i choroby (Suchecka, 2010, s. 93–95).

W ujęciu dynamicznym zdrowia przyjmuje się, że należy je traktować jako proces przystosowujący organizm do konkretnych warunków biogeograficznych i społeczno-bytowych, pozwalający człowiekowi na optymalne funkcjonowanie przez maksymalnie długi czas (Zdankiewicz, 1983, s. 10). Zgodnie z tą definicją zdrowie można rozpatrywać na poziomie jednostkowym (mikroskalowym) bądź na populacji (makroskalowym).

Zdrowie populacji uważane jest za pojęcie abstrakcyjne i nie jest prostą sumą stanów zdrowia jednostek wchodzących w skład tej populacji. W szerokim znaczeniu zdrowie publiczne obejmuje problemy dotyczące zdrowia populacji, stan zdrowotny zbiorowości, ogólne usługi zdrowotne i administrację zdrowotną (Czupryna, Poździoch, Ryś i Włodarczyk, 1996, s. 49). Wynika stąd, że jednym z celów współczesnej polityki ekonomiczno-społecznej państwa powinno być zapewnienie wszystkim mieszkańcom bezpieczeństwa zdrowotnego gwarantującego poprawę lub utrzymanie dobrego stanu zdrowia ludności. Cel ten jest niezwykle trudny do osiągnięcia, nawet dla krajów wysoko rozwiniętych, inwestujących w zdrowie znaczną część zarówno PKB ogółem jak i PKB *per capita*.

Powszechnie uważa się, że zdrowie jest wartością wysoko cenioną przez jednostki i jego znaczenie nie może być negowane, jest bowiem jedną z możliwości nadających wartość ludzkiemu życiu¹, a dobre zdrowie w różnych światowych rankingach oczekiwani zajmuje wiodącą pozycję zarówno wśród mężczyzn i kobiet (Kofi Annan, 2000).

Należy również zwrócić uwagę, iż dla jednostki i rodziny dobry stan zdrowia stwarza możliwości osobistego rozwoju i bezpieczeństwa ekonomicznego w przyszłości, a więc zdrowie można traktować jako pewnego rodzaju kapitał, w którego utrzymanie i rozwój należy inwestować. Do upowszechnienia się tego poglądu przyczyniły się prace dwóch amerykańskich laureatów Nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii: Theodora Willima Szultza (1979) – za pionierskie badania rozwoju gospodarczego ze szczególnym uwzględnieniem krajów rozwijających się oraz Gary'ego Stanleya Beckera (1992) – za rozszerzanie dziedziny mikroekonomicznej na sprawy związane

z ludzkimi zachowaniami i interakcjami, tym samym przyczynili się wprowadzenia pojęcia inwestycji w człowieka do badań ekonomiczno-społecznych (Tarnowska, 2001).

Przyjmując za Beckerem (1962, s. 9–49) definicję inwestycji w człowieka należy stwierdzić, iż jest to „ogół działań, które wpływają na przyszły pieniężny i fizyczny dochód przez powiększanie zasobów w ludziach”. Wynika stąd, że „cechą charakterystyczną inwestycji w człowieka jest to, że przynoszą zwroty poniesionych nakładów w perspektywie długookresowej” (Domański, 1993, s. 35).

Ugruntowanie się poglądów odnoszących się do inwestycji w człowieka spowodowało, że dopiero od drugiej połowy XX w. zdrowie zaczęto postrzegać jako dobro publiczne, dobro podstawowe lub jako prawo przysługujące każdemu obywatelowi.

Zdrowie, jako prawo zostało przyznane obywatelom przez ustawę o służbie zdrowia wydaną w 1946 roku w Wielkiej Brytanii. Obecnie, ze względu na uciążliwość chorób cywilizacyjnych i przedwczesną śmierć, kontrolę chorób czyni się jednym z głównych kierunków polityki zdrowotnej i motywuje decydentów do włączenia zdrowia do podstawowych praw człowieka, zawartych w prawie międzynarodowym (Attaran, 2001). Natomiast, jako dobro publiczne zostało zaakceptowane w systemach zdrowotnych, w których opieka zdrowotna była bezpośrednio finansowana przez państwo bądź przez system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych.

W państwach o systemach opiekuńczych całość inwestycji w zdrowie przejmuje państwo. Tym samym zdrowie uznaje się za dobro publiczne, które przysługuje każdemu obywatelowi za darmo na równi z edukacją i bezpieczeństwem (Leowski, 2004, s. 111–112).

Zdrowie, jest więc zarówno dobrem publicznym, jak i indywidualnym, a w wyniku wprowadzenia do sektora zdrowia mechanizmów rynkowych staje się w pewnej części towarem. Ta koncepcja postrzegania zdrowia, jako towaru dobrze wkomponowała się w nurt współczesnych badań ekonomicznych (Suhecka, 2010, s. 98) tak z zakresu ekonomii zdrowia, jak i ekonomicznej teorii rozwoju.

Z ekonomicznego punktu widzenia zdrowie i wykształcenie stanowią dwa filary kapitału ludzkiego, który zgodnie z definicją sformułowaną przez Th.W. Szultza „można określić jako zasób wiedzy, umiejętności, zdrowia, siły i energii witalnej zawarty w człowieku. Zasób ten stanowi uwarunkowany genetycznie określony potencjał, który można powiększać drogą inwestycji w człowieka”.

W literaturze przedmiotu wymienianych jest sześć obszarów, w których można prowadzić działania określane mianem inwestycji w człowieka. Należą do nich następujące kategorie wydatków ponoszonych na: szeroko rozumiane usługi i udogodnienia związane z ochroną zdrowia (wydatki na ochronę zwiększającą długość życia oraz podnoszącą poziom zdrowotności oraz, wpływają na żywotność i witalność człowieka), szkolenie w czasie pracy,

formalne kształcenie szkolne na wszystkich szczeblach, programy studiów dla dorosłych, migracje ludności w celu znalezienia lepszej pracy i dostosowywania się do zmieniających się warunków, poszukiwania informacji o sytuacji ekonomicznej firm i perspektywach zawodowych oraz na badania naukowe (Domański, 1993, s. 25).

Inwestycje w człowieka wywierają silny wpływ na indywidualną ekonomiczną produktywność. Ponadto dla jednostki i rodziny zdrowie stanowi podstawę osobistego rozwoju i bezpieczeństwa ekonomicznego w przyszłości oraz jest podstawą wydajności pracy, zdolności do uczenia się, wzrostu intelektualnego i emocjonalnego, stanowiąc dobrobyt gospodarczy indywidualnych gospodarstw domowych oraz przyczyniając się tym samym do zmniejszania ubóstwa, wzrostu gospodarczego i długofalowego rozwoju gospodarczego w skali całych społeczeństw (Sachs, 2001, s. 16–17). Ten punkt widzenia jest powszechnie uznawany przez analityków i decydentów, ale niedoceniany w swoim znaczeniu ilościowym i jakościowym w odniesieniu do alokacji działań inwestycyjnych.

Nowe podejście do działań inwestycyjnych w opiece zdrowotnej przyjmuje, że środki przeznaczone na poprawę stanu zdrowia populacji traktowane są jak inwestycja, a nie jak poniesione koszty. Inwestycje w zdrowie uważane są również za jedną z metod stymulowania rozwoju społeczno-gospodarczego (Laskowska, 2012, s. 18–19).

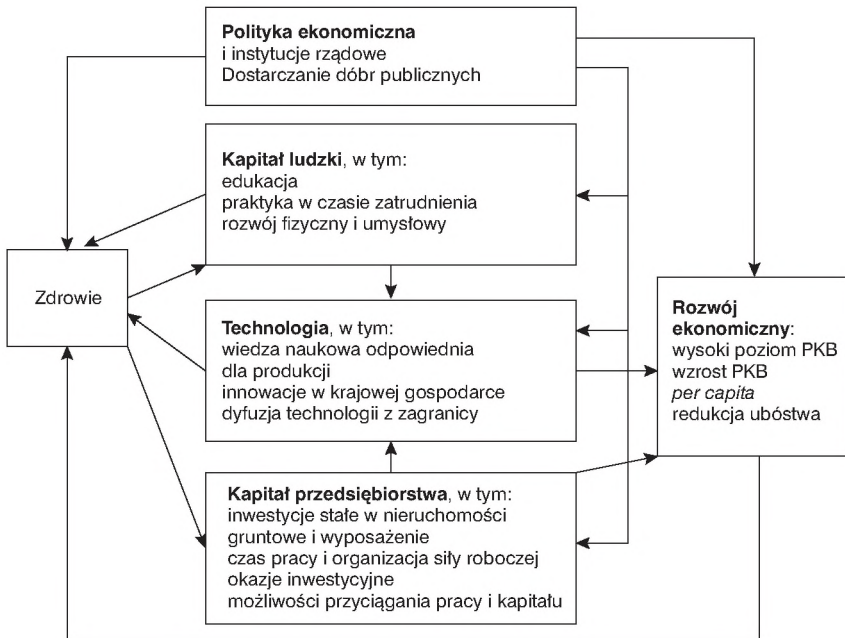
Do rozwoju koncepcji kapitału ludzkiego w obszarze zdrowia przyczyniły się również prace Grossmana (1972, s. 224). Rozwinął on to podejście, tworząc model popytu na dobro zwane „dobrym zdrowiem”. Główne założenie konstrukcji tego modelu koncentrowało się na postrzeganiu zdrowia jako trwałego zasobu kapitałowego przynoszącego efekt określany mianem zdrowego czasu i wskazaniu, że zasób ten ulega deprecjacji w funkcji czasu. Na jego odnowienie lub nawet powiększenie mogą wpłynąć odpowiednie nakłady.

Zaproponowany przez Grossmana model popytu na zdrowie, uwzględniał opiekę medyczną jako jeden z czynników kształtujących stan zdrowia. Wprowadził on rozróżnienie pomiędzy popytem na zdrowie i popytem na opiekę medyczną. Popyt na świadczenia medyczne jest w istocie popytem pochodnym. Świadczenia medyczne nie stanowią waloru samego w sobie, a są pożądane w celu poprawienia stanu zdrowia (Laskowska, 2012, s. 59).

Inwestycje w zdrowie z jednej strony mogą przynosić znaczne korzyści społeczne, zapewniając bezpieczeństwo zdrowotne ludności uboższej oraz wywierać pośredni wpływ na korzyści osiągnięte przez bogatszych członków tego społeczeństwa, z drugiej zaś – mogą rodzić różnego rodzaju problemy w ustalaniu kierunków właściwej polityki zdrowotnej i określeniu zakresu funkcjonowania odpowiednich instytucji w sektorze zdrowia.

Z ekonomicznego punktu widzenia inwestycje w zdrowie powinny stanowić zasadniczą część strategii rozwoju gospodarczego i redukcji ubóstwa oraz wywierać wpływ na jakość kapitału ludzkiego i wielkość kapitału przedsiębiorstw, w tym także podmiotów ochrony zdrowia.

Rozwój gospodarczy kształtowany jest przez wielosektorowy proces, a strategia tego procesu musi również uwzględniać szeroki zakres inwestycji społecznych, w tym inwestycji w zdrowie. Wzajemne powiązania zdrowia z poszczególnymi elementami systemu ekonomicznego przyczyniającymi się do rozwoju gospodarczego prezentuje rys. 1.



Rys. 1. Zdrowie jako czynnik rozwoju ekonomicznego. Źródło: opracowanie własne na podstawie: J.D. Sachs (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of The Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: WHO*, s. 26.

Z rys. 1 wynika, że polityka inwestycyjna w zdrowie uzależniona jest od polityki ekonomicznej (również fiskalnej), prowadzonej przez rząd danego państwa, zasady dostarczania dóbr publicznych oraz instytucji zarządzających zasobami finansowymi.

W obecnie obowiązującym systemie organizacyjnym ochrony zdrowia, opartym na powszechnych, obowiązkowych ubezpieczeniach za inwestycje w zdrowie odpowiedzialny jest w Polsce płatnik trzeciej strony – Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Jego działalność inwestycyjna w kapitał ludzki (w obszarze zdrowia) uzależniona jest przede wszystkim od zgromadzonych funduszy, pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz cen świadczeń medycznych i zasad finansowania świadczeniodawców oraz przyjętej przez rząd polityki społeczno-ekonomicznej, w tym polityki zdrowotnej.

2. Ogólne zasady pozyskiwania funduszy na świadczenia zdrowotne

Newralgicznym momentem w procesie reformowania systemu ochrony zdrowia w Polsce – w aspekcie zmian w finansowaniu – było uchwalenie w 1997 r. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 1999 roku. Zasadniczą zmianą wprowadzoną tym aktem prawnym było odejście od funkcjonującego przez ostatnie dziesięciolecie modelu budżetowego w wersji Siemaszki na rzecz systemu ubezpieczeniowego, opartego na przymusowej składce na ubezpieczenie zdrowotne.

Ustawa z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym miała od 1999 r. wprowadzić system ubezpieczenia społecznego opartego na składce ubezpieczonych. W tytule użyto określenia „powszechne” dla podkreślenia jej szerokiego zakresu podmiotowego, obejmującego nie tylko opłacających składkę, lecz także grupy ludności, za które składka zostaje zapłacona z budżetu państwa (bezrobotni, dzieci, uczniowie, studenci, rolnicy, określone grupy pobierające świadczenia ze źródeł publicznych). Pierwotnie wysokość składki ustalono na poziomie 10% wynagrodzenia, przy założeniu odliczania jej od podatku dochodowego. Oznaczało to wprowadzenie elementu zaopatrzeniowego, ale wymuszonego brakiem możliwości dodatkowego obciążenia płac (dochodów ludności) (Muszalski, 2008, s. 11–12).

Wspomniana ustawa z 1997 r. – przed wejściem jej w życie – została w 1998 r. gruntownie znowelizowana¹. Przykładowo, wysokość składki według pierwotnych założeń ustawy z 1997 r. miała wynosić 10% podstawy wymiaru, jednak wskutek licznych poprawek ustawy składka została zmniejszona do 7,5% (Paskowska, on-line). Składkę obniżono do 7,5% podstawy wymiaru podatku dochodowego, była ona opłacana przez ubezpieczonego (pracownika, osobę samodzielnie pracującą, emeryta, rencistę) w drodze odliczenia od zaliczki na podatek dochodowy. Pozostawiono jej indywidualne rozliczenie. Wskutek opłacania składki do Kasy Chorych przez ubezpieczonych z terenu jej działania powstało zróżnicowanie w dochodach kas. Ten system organizacji wykazał brak niezbędnego nadzoru i zainteresowania ze strony organów samorządu terytorialnego, co sprzyjało powstawaniu ogromnego zadłużania się kas posiadających osobowość prawną, a w gruncie rzeczy stanowiących pozabudżetowe zadłużenie państwa (Muszalski, 2008, s. 13).

1 kwietnia 2003 r. weszła w życie ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) (Dz.U. Nr 45, poz. 391), która zastąpiła ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Nowo powstały Narodowy Fundusz Zdrowia przejął prawa i obowiązki Kas Chorych. Do zakresu NFZ należało w szczególności zapewnienie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia. NFZ stał się odpowiedzialny za przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzie-

lanie świadczeń zdrowotnych, a także określanie ich jakości i dostępności oraz analizę kosztów świadczeń zdrowotnych w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów. Składkę docelowo podniesiono do 9%.

Ustawa została zaskarżona do Trybunału Konstytucyjnego, który orzekł, że „w związku z przepisami tej ustawy dotyczącymi organizacji i zasad działania Narodowego Funduszu Zdrowia (rozdziały 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 uniemożliwiającym 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” (Orzeczenie TK, 07.01.2004 r., sygn. akt K14/03).

Nr 4 poz. 37. (tamże) Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego spowodowało konieczność opracowania nowej regulacji. Z dniem 1 października 2004 r. weszła w życie ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135). Miała ona uregulować w sposób kompleksowy zakres i warunki korzystania przez osoby uprawnione ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz kwestie opłacania składki za osoby nieubezpieczone z tytułu pracy oraz rent lub emerytur, za które odpowiedzialność przejął budżet państwa.

3. Składki na ubezpieczenie zdrowotne – główne źródło przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia

Składki na ubezpieczenie zdrowotne są – w efekcie reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce – od 1999 r. głównym źródłem dopływu środków do sektora ochrony zdrowia. Składki są uznawane za najbardziej elastyczny, a więc decyzyjny parametr całego systemu; wpływają decydująco na przychodową stronę sektora ochrony zdrowia (MZ, 2004, s. 14).

Każdy przejaw trudności finansowych w ochronie zdrowia skutkuje wskazaniem rozwiązań prowadzących do zwiększenia składki. Stopie składki przypisuje się rolę czynnika dostosowującego stronę przychodową do stosunkowo sztywnych ograniczeń systemu po stronie wydatków. Stopa składki przejmuje główną odpowiedzialność za równowagę w systemie.

Przeciwny pogląd zakłada znaczną sztywność stopy składki, co prowadzi do wniosku, że równowaga wymaga dostosowania innych źródeł zasilania systemu, a przede wszystkim dostosowania po stronie wydatków.

Składka uniezależnia sektor od arbitralnych, doraźnych decyzji o podziale środków w budżecie państwa i innych funduszach publicznych; daje gwarancję dopływu środków na poziomie, który jest przewidywalny w horyzoncie kilku lat (MZ, 2004, s. 15).

Przewidując nacisk sektora ochrony zdrowia na wzrost składki, przyjęto zasadę ochrony finansów publicznych przed ewentualnym wzrostem składki. Po drobnych zmianach zasada ta zaczęła praktycznie działać od 2003 roku – od tej chwili każdy wzrost stopy składki powyżej 7,75% jest finansowany z dochodów netto podatnika.

Rok	Składka ogółem (%)	Składka odliczana od PIT (%)
1999	7,50	7,50
2000	7,50	7,50
2001	7,75	7,75
2002	7,75	7,75
2003	8,00	7,75
2004	8,25	7,75
2005	8,50	7,75
2006	8,75	7,75
2007 i następne	9,00	7,75

Tab. 1. Podstawowa stopa składki na ubezpieczenie zdrowotne. Źródło: MZ. (2004). *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga I*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia, s. 16.

Wszystkie składki dopływają do sektora zdrowia poprzez dwie instytucje pośredniczące: ZUS oraz KRUS. Ponadto NFZ, podobnie jak kiedyś Kasy Chorych, ma ustawowy obowiązek kroczącego prognozowania składek na następne trzy lata. Występuje zatem kompletny system informacji finansowej w odniesieniu do przeszłości, system bieżącego (comiesięcznego) monitorowania dopływu składek oraz system ciągłego prognozowania z trzyletnim horyzontem. Sprawa się jednak istotnie komplikuje, jeśli analizie poddamy mechanizm kreowania przychodów ze składek.

Po pierwsze, mechanizm naliczania składek jest bardzo złożony. Uregulowania dotyczące składki zdrowotnej przejmują główne zasady stosowane w ubezpieczeniu społecznym, jednak dążenie do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym całej populacji kraju nieuchronnie prowadzi do uszczegółowienia zasad naliczania składki. Ustawa wyróżnia kilkadziesiąt kategorii osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia, kilkanaście źródeł przychodów zaliczanych do podstawy wymiaru składki oraz kilka umownych, ryczałtowych przychodów tworzących w szczególnych przypadkach podstawę wymiaru składki (np. cena połowy kwintala żyta na hektar przeliczeniowy w przypadku rolników, wartość świadczenia opiekuńczego lub kwota minimalnego wynagrodzenia dla wielu innych kategorii osób).

Składa się na skomplikowany i nieprzejrzysty system obciążania dochodów poszczególnych osób składką na ubezpieczenie zdrowotne.

Po drugie, pobór składki na ubezpieczenie zdrowotne odbywa się w dynamicznie zmieniającym się środowisku ekonomicznym. Przychody ze składek zależą w sensie ogólnym od wzrostu gospodarczego, decydujące znaczenie ma jednak dynamika poszczególnych kategorii składających się produkt krajowy brutto (przychody z wynagrodzeń, emerytur i rent z działalności na własny rachunek itp.), zmiany w aktywności zawodowej ludności (bezrobotni z zasiłkiem i bez, różne formy aktywności zawodowej w rolnictwie i poza rolnictwem), a nawet zmiany statusu podatkowego osób (osoby płacące podatki PIT na zasadzie ogólnej, w formie ryczałtu, w formie karty podatkowej). Przypis składki jest więc efektem działania wielowymiarowego układu gospodarczo-społecznego, znajdującego się w nieustannym ruchu.

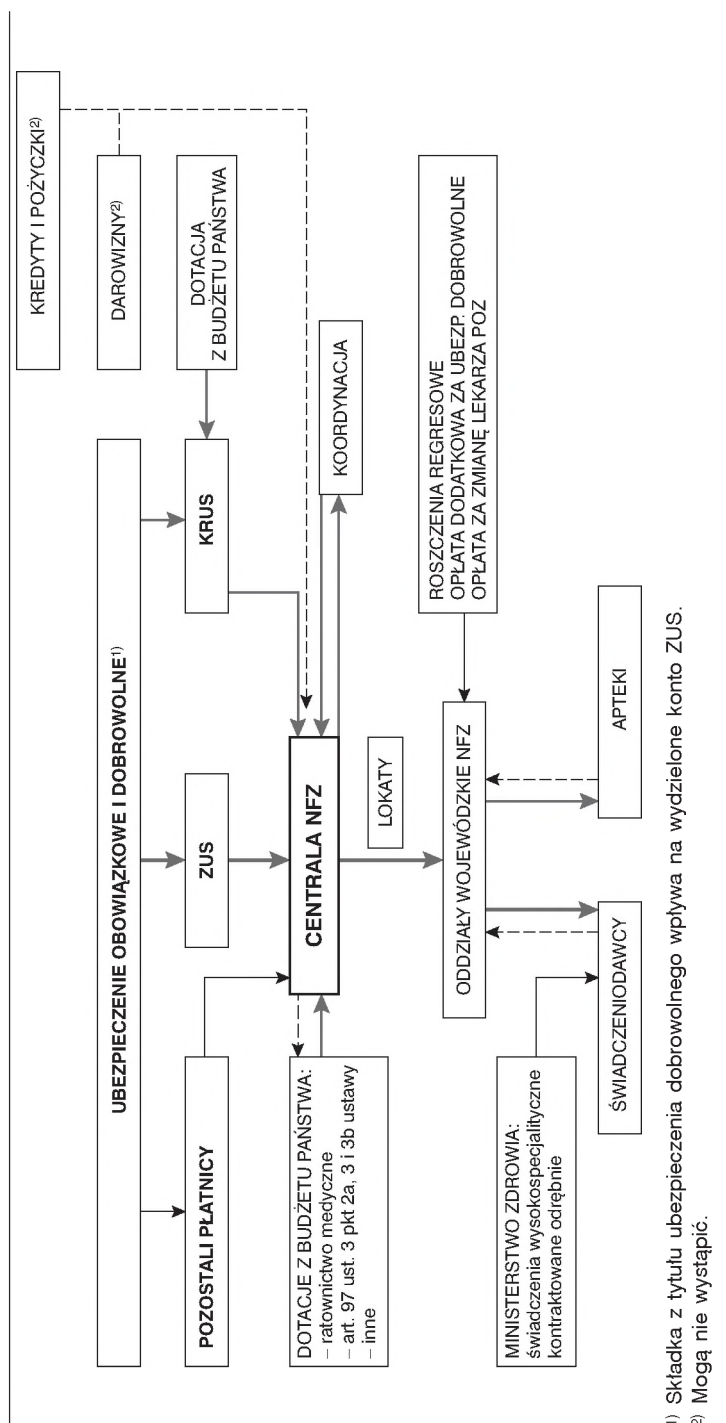
Po trzecie, zmieniała się w pewnym okresie sama stopa składki, a więc stopa obciążeń przychodu składką na ubezpieczenie zdrowotne. Wraz z nią zmienia się również możliwość odliczania składki od należnego podatku dochodowego. Podstawowa stopa składki na ubezpieczenie zdrowotne systematycznie rosła od 1999 r., aż do przewidzianego w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ pułapu 9% w 2007 roku. Jednocześnie od 2003 roku koszt finansowania składki zaczął w większym stopniu obciążać dochody osobiste ludności.

Ustawa przewidziała również wzrost składki dla tych kategorii ubezpieczonych, dla których podstawą wymiaru jest kwota świadczenia pielęgnacyjnego (m.in. bezrobotni bez zasiłku i bez ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu) – wzrost od 40% świadczenia pielęgnacyjnego w 2004 r. do 80% w 2008 r. Zmiany te, będące również prawnym uwarunkowaniem inwestycji w zdrowie publiczne, obciążają budżet państwa i będą mieć mniejszy wpływ na przychody NFZ ze składek (MZ, 2004, s. 15–16).

Rysunek 2 przedstawia strumień przepływu środków pochodzących z różnych tytułów. „Wielkość przychodów z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego jest determinowana poziomem trzech głównych zmiennych: stopy składki, podstawy wymiaru naliczania składki oraz liczby osób opłacających składkę” (Jaworzyńska, 2010, s. 18).

Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniem społecznym lub ubezpieczeniem społecznym rolników. Szczegółowo opisane grupy osób podlegające temu obowiązkowi zostały wymienione enumeratywnie w art. 66 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Do najliczniejszych grup należy zaliczyć pracowników w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, rolników lub ich domowników w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, osoby prowadzące działalność pozarolniczą lub osoby z nimi współpracujące, bezrobotnych niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, funkcjonariuszy służb oraz osoby pobierające emeryturę lub rentę, a także osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenie rodzinne.



Rys. 2. Strumień środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce. Źródło: B. Tyska (2011). Gospodarka finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kosztów świadczeń zdrowotnych w 2009 roku. Niepublikowana praca magisterska, Wydział Zarządzania UW, Warszawa, s. 39.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu oraz opłaceniu składki. Co do zasady podstawę wymiaru składki stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu. Do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne pracowników w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych stosuje się przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe tych osób. Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób prowadzących działalność pozarolniczą stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Składki na ubezpieczenie zdrowotne rolników lub ich domowników w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, bezrobotnych niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, są finansowane z budżetu państwa w formie dotacji³. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru składki. Składka jest miesięczna i niepodzielna⁴.

W przypadku, gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu uprawniającego do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego pracowników w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, osób prowadzących działalność pozarolniczą lub osób z nimi współpracujących, powstaje i wygasa w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniach społecznych. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób pobierających emeryturę lub rentę powstaje od dnia, od którego przysługuje wypłata emerytury lub renty i wygasa z dniem zaprzestania pobierania świadczenia. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego rolników lub ich domowników w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników powstaje od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia w trybie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, a ustaje z ostatnim dniem miesiąca, w którym ustały okoliczności uzasadniające podleganie ubezpieczeniu. Po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego każda osoba może ubezpieczyć się na zasadach określonych dla ubezpieczeń dobrowolnych⁵.

Składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu. W zależności czy dana osoba podlega przepisom o ubezpieczeniach społecznych lub przepisom ubezpieczeniach społecznych rolników, opłacona składka trafia na właściwe rachunki bankowe ZUS lub odpowiednio KRUS. W przypadku rolników lub ich domowników, przekazywana składka pochodzi z dotacji celowej otrzymywanej przez KRUS z budżetu państwa. W wyniku zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z dnia 1 stycznia 2011 r. dotacja na pokrycie składki za tę grupę osób, zgodnie z art. 86 ust. 2a tej ustawy, wynosi 1.806.006,00 tys. zł rocznie.

Za osobę pobierającą emeryturę lub rentę składkę jako płatnik oblicza, pobiera z kwoty emerytury lub renty i odprowadza jednostka organizacyjna ZUS lub KRUS. Do wymienionej w schemacie grupy pozostałych płatników zalicza się płatników składki z tytułu tzw. obronności. Które są wpłacane za funkcjonariuszy służb, z wyjątkiem policji, wojska i straży pożarnej. Są to między innymi następujące instytucje: Centralne Biuro Antykorupcyjne, Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Służba Wywiadu Wojskowego. Składka na ubezpieczenie zdrowotne przekazywana jest przez powyższe instytucje na rachunek bankowy Centrali NFZ w terminie do 3 dni roboczych od dnia jej wpływu na właściwy rachunek płatnika⁶.

Dodatkowo Fundusz otrzymuje dotacje: na finansowanie państwowego ratownictwa medycznego oraz na finansowanie świadczeń osobom, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b, tj. odpowiednio za osoby, którym zgodnie z punktem 2a świadczenia udzielane są bezpłatnie na podstawie przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, o przeciwdziałaniu narkomanii, o ochronie zdrowia psychicznego, o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – w przypadku świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób, zakażeń i chorób zakaźnych, a także przepisów o Karcie Polaka oraz osobom posiadającym obywatelstwo polskie i posiadającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie ukończyły 18. roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu. Punkt 3 stanowi o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Punkt 3b natomiast określa podstawę finansowania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 26 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, czyli dotyczących przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie dokonuje się w Polsce.

4. Poziom i struktura przychodów NFZ w latach 2003–2011

Szczegółowe zasady prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Na wstępie podkreśla się, że środki finansowe NFZ są środkami publicznymi, czyli podlegają reżimowi ustawy o finansach publicznych i decydują o możliwościach inwestycji w zdrowie publiczne dla zdrowia jednostki.

Przychody funduszu pochodzą z następujących tytułów⁷:

- należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne,
- odsetek od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne,
- darowizn i zapisów,
- środków przekazanych na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie,

- dotacji, w tym dotacji celowej przeznaczonej na finansowanie zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy,
- roszczeń regresowych,
- przychodów z lokat,
- oraz innych.

Środki finansowe NFZ mogą pochodzić również z kredytów i pożyczek. Mając na uwadze, iż nadzór w zakresie gospodarki finansowej funduszu sprawuje minister właściwy do spraw finansów publicznych, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności, Fundusz może zaciągnąć kredyt dopiero po uprzedniej akceptacji właściwego ministra.

W tab. 2 przedstawiono poziom i strukturę przychodów NFZ w latach 2003–2011.

Analiza struktury składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki (tab. 2) pozwala stwierdzić, że w analizowanym okresie zdecydowanie dominowała składka doprowadzana do NFZ za pośrednictwem ZUS – jej udział przekraczał 90%. Składka doprowadzana za pośrednictwem KRUS stanowiła w latach 2003–2005 ok. 9% ogółu składki należnej brutto; w kolejnych latach udział ten systematycznie się zmniejszał i w latach 2010–2011 stanowił już jedynie ponad 5% ogółu składki. Wynika stąd, że ciężar inwestycji w zdrowie publiczne przez NFZ spoczywa prawie w całości na składce otrzymywanej za pośrednictwem ZUS.

W tab. 3 i na rys. 3 przedstawiono dynamikę zmian składki należnej brutto, wpływów za pośrednictwem ZUS i KRUS oraz łącznych przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2004–2011, przyjmując jako punkt odniesienia stan z roku ubiegłego.

Analiza rys. 3 pozwala stwierdzić, iż dynamika zmian wpływów do NFZ dokonujących się za pośrednictwem KRUS odbiegała w sposób znaczący od dynamiki wpływów za pośrednictwem ZUS.

W kilku latach objętych analizą – tj. w roku 2006 oraz w latach 2009–2011 wpływy za pośrednictwem KRUS zmniejszyły się w porównaniu z rokiem ubiegłym (szczególnie silnie w roku 2010), podczas gdy wpływy za pośrednictwem ZUS systematycznie (w mniejszym lub większym tempie) rosły. Wyjątek stanowi rok 2008, w którym odnotowano prawie 50% wzrost wpływów do NFZ dokonywanych za pośrednictwem KRUS.

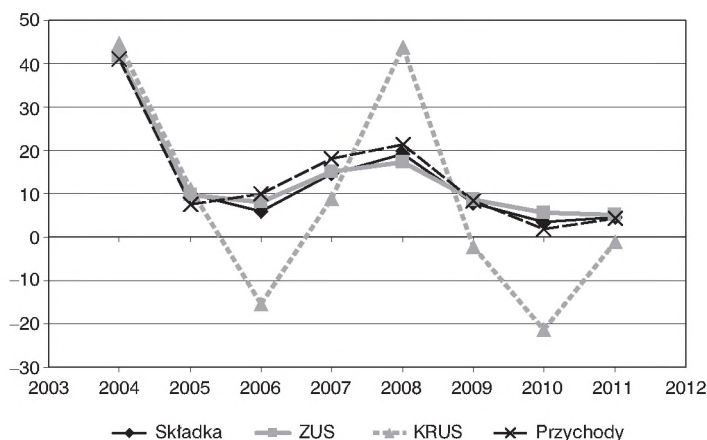
W tab. 3 i na rys. 4 przedstawiono dynamikę zmian składki należnej brutto, wpływów za pośrednictwem ZUS i KRUS oraz łącznych przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2004–2011, przyjmując jako punkt odniesienia stan z pierwszego roku objętego analizą, tj. roku 2003.

Rok	Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki, w tym:		Od ZUS		Od KRUS		Przychody ze składek z lat ubiegłych		Przychody netto z działalności		Pozostałe przychody		Przychody finansowe		Przychody	
	składka	zus	zus	krus	krus	przub	prznet	przyroz	przyfin	razem						
2003	21955485	20033434	1922051	2778383	60424	21850578	42833	18000	21971835							
2004	31176563	28398180	2778383	30865630	0	30865630	136055	18982	31020667							
2005	34284984	31198398	3086586	33241942	0	33241942	95353	23776	33361071							
2006	36304999	33694006	2610993	36318397	0	36318397	344152	34121	36696670							
2007	41628934	38784900	2844034	42746803	200000	42746803	263585	129286	43339674							
2008	49635517	45544535	4090982	52006795	200000	52006795	2800	340623	52550218							
2009	53513449	49505456	4007993	55560509	200000	55560509	936449	208496	56905454							
2010	55406734	52251850	3154884	57508006	200000	57508006	133180	146852	57988038							
2011	58019854	54900086	3119768	60136445	125000	60136445	90517	131791	60483753							

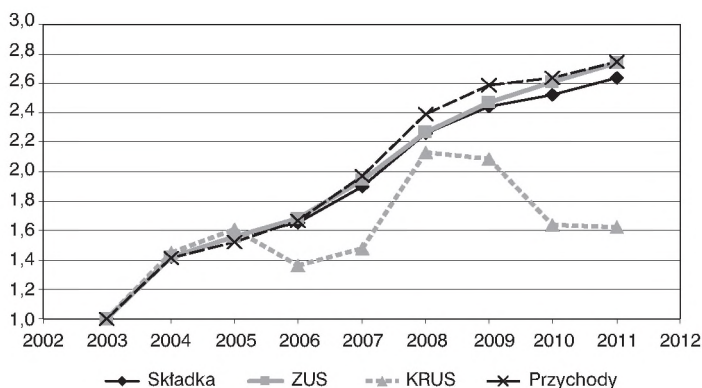
Tab. 2. Składka należna brutto od ZUS i od KRUS oraz poziom i struktura przychodów NFZ w latach 2003–2011 (tys. zł). Źródło: zestawienie własne na podstawie: odpowiednich sprawozdań NFZ za lata 2003–2011. Pozymano z: <http://niz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzilnr10>.

Lata	Udziały (%)		Tempo zmian (%)			Indeksy jednopodstawowe (2003=1)				
	zuz	krus	składka	zuz	krus	przychody	składka	zuz	krus	przychody
2003	91.25	8.75					1.00	1.00	1.00	1.00
2004	91.09	8.91	42.00	41.75	44.55	41.18	1.42	1.42	1.45	1.41
2005	91.00	9.00	9.97	9.86	11.09	7.54	1.56	1.56	1.61	1.52
2006	92.81	7.19	5.89	8.00	-15.41	10.00	1.65	1.68	1.36	1.67
2007	93.17	6.83	14.66	15.11	8.93	18.10	1.90	1.94	1.48	1.97
2008	91.76	8.24	19.23	17.43	43.84	21.25	2.26	2.27	2.13	2.39
2009	92.51	7.49	7.81	8.70	-2.03	8.29	2.44	2.47	2.09	2.59
2010	94.31	5.69	3.54	5.55	-21.29	1.90	2.52	2.61	1.64	2.64
2011	94.62	5.38	4.72	5.07	-1.11	4.30	2.64	2.74	1.62	2.75

Tab. 3. Struktura składki należnej brutto oraz dynamika zmian podstawowych rodzajów przychodów NFZ w latach 2003-2011. Źródło: obliczenia własne na podstawie: tab. 2.



Rys. 3. Dynamika zmian składowej należnej brutto, wpływów za pośrednictwem ZUS i KRUS oraz łącznych przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2004–2011 (indeksy łańcuchowe rok poprzedni = 100). Źródło: opracowanie własne na podstawie: tab. 2.



Rys. 4. Dynamika zmian składowej należnej brutto, wpływów za pośrednictwem ZUS i KRUS oraz łącznych przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2004–2011 (rok 2003 = 1). Źródło: opracowanie własne na podstawie: tab. 2.

O ile w latach 2003–2011 wpływy do NFZ, dokonujące się za pośrednictwem ZUS wzrosły prawie 2,8-krotnie, o tyle w tym samym okresie wpływy na pośrednictwem KRUS zwiększyły się tylko 1,6-krotnie. Bardziej szczegółowa analiza pozwala stwierdzić, iż był okres, w którym wzrost wpływów za pośrednictwem KRUS był już ponad 2-krotny – były to lata 2008–2009; w roku 2010 odnotowano znaczny spadek, a minimalna tendencja spadkowa utrzymała się także w roku 2011.

5. Struktura i dynamika zmian nakładów (kosztów) poniesionych przez NFZ w latach 2003–2011

Statystyczny obraz inwestycji NFZ w zdrowie publiczne może stanowić analiza struktury i dynamiki zmian poniesionych kosztów w latach 2003–2011.

Z prezentowanych w tab. 4 danych liczbowych wynika, iż Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczają coraz wyższe kwoty na szeroko rozumiane inwestowanie w zdrowie publiczne i o ile łączna kwota poniesionych nakładów w roku 2003 wynosiła około 22 mld zł, o tyle w roku końcowym analizy, tj. 2011, kwota poniesionych kosztów przekroczyła już 61 mld zł, a więc zanotowano prawie 3-krotny wzrost wydatków.

W wartościach bezwzględnych NFZ przeznaczał najwyższe kwoty na finansowanie świadczeń zdrowotnych dla osób ubezpieczonych. W tym przypadku w roku 2011 zanotowano prawie trzykrotny wzrost poniesionych nakładów: z około 22 mld zł w roku 2003 do ponad 58 mld zł w roku 2011. Kolejną inwestycją w zdrowie było na mocy odpowiedniej ustawy finansowanie przez NFZ realizacji zadań ratownictwa medycznego (Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym – Dz.U. z 2006r. Nr 191, poz. 1410): w roku 2006 kwota poniesionych kosztów na ten rodzaj świadczeń medycznych wynosiła ponad 1,15 mld zł, a w roku 2011 – 1,79 mld zł.

Z prezentowanych danych wynika, że rosną również koszty związane z zarządzaniem finansami i administrowaniem. Za niekorzystne zjawisko należy uznać rosnące koszty administracji (w analizowanym okresie prawie 3-krotnie) oraz koszty poboru i ewidencjonowania składek, zwłaszcza przy wykonywaniu analogicznych czynności przez inne instytucje (Urzędy Skarbowe, ZUS i KRUS). Bardzo znaczną dynamikę wzrostu kosztów wykazuje kategoria „koszty pozostałe” oraz „koszty finansowe”.

O problemach NFZ z zachowaniem płynności finansowej może świadczyć fakt osiągnięcia przez centralnego płatnika od roku 2007 ujemnego wyniku finansowego. Występowanie tej niekorzystnej sytuacji wpływa na znaczne ograniczenie zaspokojenia potrzeb zdrowotnych pacjentów, wydłużające się kolejki do lekarzy specjalistów oraz ograniczenie dostępności do nowoczesnych technologii (zob. Pinkosz, 2012, s. 16–18).

W tab. 5 przedstawiono strukturę kosztów ponoszonych przez NFZ w latach 2003–2011.

Analiza tab. 5 wskazuje, iż zdecydowanie dominującą pozycją w strukturze kosztów były koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych – ich udział w kosztach ogółem kształtował się w 2003 roku na poziomie ponad 98,5% i w kolejnych latach wykazywał minimalną tendencję spadkową. Spadek do poziomu poniżej 95% odnotowano w 2007 roku i utrzymuje się on do roku 2011; powodem owego spadku udziału było pojawienie się – w wyniku zmian w ustawodawstwie (Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym – Dz.U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410)

Koszty w tys. zł	Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych, w tym:		Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie		Koszty realizacji zadań ratownictwa medycznego		Koszty administracyjne		Koszt poboru i ewidencjonowania składek		Pozostałe koszty	Koszty finansowe		Suma	WYNIK NA DZIAŁALNOŚCI
		kswub	kprof	kratow	kadimin	kpobew	kpoz	kfin								
2003	0	21632062	46000	0	229327	41803	2034	1927	21953153	172516						
2004	590	30514475	65000	0	334873	66635	102000	3729	31087302	285565						
2005	342850	32500079	19500	0	350900	71824	138535	9207	33432895	379513						
2006	0	36167427	18268	0	387618	65870	113701	9656	36762540	132702						
2007	0	41617429	11475	1147504	453785	74803	561370	47020	43913386	-39641						
2008	0	52359434	11133	1471283	539951	98360	617049	84614	55181824	-1835055						
2009	0	55523114	629	1730500	609182	106037	352105	158923	58480490	-1693734						
2010	0	57161002	0	1730500	647031	109769	448790	134689	60231781	-1383496						
2011	0	58399651	0	1787607	647814	111283	274271	106307	61326933	-50813						

Tab. 4. Struktura kosztów poniesionych przez NFZ w latach 2003–2011 (w tys. zł). Źródło: sprawozdania NFZ za lata 2003–2010.

– nowej kategorii: kosztów ratownictwa medycznego, których udział kształtuje się na poziomie niespełna 3%.

Koszty związane z funkcjonowaniem administracji stanowią w całym analizowanym okresie nieco ponad 1% kosztów ogółem.

Struktura kosztów	odpis	kswub	kprof	kratow	kadmin	kpobew	kpoz	kfin
2003	0,00	98,54	0,21	0,00	1,04	0,19	0,01	0,01
2004	0,00	98,16	0,21	0,00	1,08	0,21	0,33	0,01
2005	1,03	97,21	0,06	0,00	1,05	0,21	0,41	0,03
2006	0,00	98,38	0,05	0,00	1,05	0,18	0,31	0,03
2007	0,00	94,77	0,03	2,61	1,03	0,17	1,28	0,11
2008	0,00	94,89	0,02	2,67	0,98	0,18	1,12	0,15
2009	0,00	94,94	0,00	2,96	1,04	0,18	0,60	0,27
2010	0,00	94,90	0,00	2,87	1,07	0,18	0,75	0,22
2011	0,00	95,23	0,00	2,91	1,06	0,18	0,45	0,17

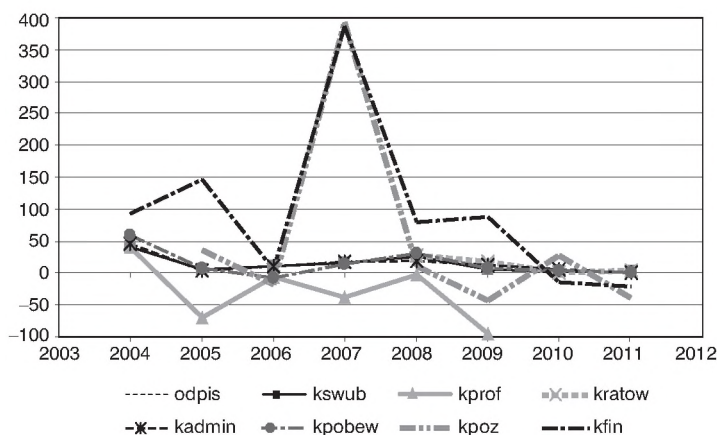
Tab. 5. Struktura kosztów poniesionych przez NFZ w latach 2003–2011 (w %). Źródło: na podstawie danych zawartych w tab. 4.

W tab. 6 i na rys. 5 przedstawiono dynamikę zmian wyróżnionych kategorii kosztów NFZ w latach 2003–2011.

	odpis	kswub	kprof	kratow	kadmin	kpobew	kpoz	kfin
2003								
2004		41,06	41,30		46,02	59,40	4915,24	93,55
2005		6,51	-70,00		4,79	7,79	35,82	146,90
2006		11,28	-6,32		10,46	-8,29	-17,93	4,88
2007		15,07	-37,19		17,07	13,56	393,72	386,95
2008		25,81	-2,98	28,22	18,99	31,49	9,92	79,95
2009		6,04	-94,35	17,62	12,82	7,81	-42,94	87,82
2010		2,95		0,00	6,21	3,52	27,46	-15,25
2011		2,17		3,30	0,12	1,38	-38,89	-21,07

Tab. 6. Tempo zmian poszczególnych kategorii kosztów poniesionych przez NFZ w latach 2003–2011 (w %). Źródło: na podstawie danych zawartych w tab. 4.

Zdecydowana dominująca pozycja kosztów – tj. koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych rosła w analizowanym okresie w tempie zawierającym się w przedziale: 2–40%. Ostatnie lata, tj. 2008–2011, charakteryzowało malejące tempo wzrostu: z poziomu ponad 25% w roku 2008 do ok. 3% w roku 2010 i ok. 2% w roku 2011. Największy wzrost odnotowano w roku 2007 w odniesieniu do kosztów finansowych i pozostałych kosztów – był to wzrost prawie 5-krotny.



Rys. 5. Tempo zmian poszczególnych kategorii kosztów poniesionych przez NFZ w latach 2003–2011 (w %). Źródło: na podstawie danych zawartych w tab. 4.

Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie wykazywały w latach 2003–2009 stałą tendencję spadkową (w latach 2010–2011 już się nie pojawiają). Istniały okresy, w których odnotowywano tendencję spadkową części poniesionych nakładów; szczególny charakter miała sytuacja w ostatnich 2 latach – większość rodzajów kosztów wykazywała niewielką tendencję wzrostową (o kilka procent), koszty finansowe – wykazywały spadek.

W tab. 7 przedstawiono dynamikę zmian poszczególnych kategorii kosztów, przyjmując za podstawę poziom tych kosztów w roku 2003.

	odpis	kswub	kprof	kratow	kadmin	kpobew	kpoz	kfin
2003		1,00	1,00		1,00	1,00	1,00	1,00
2004		1,41	1,41		1,46	1,59	50,15	1,94
2005		1,50	0,42		1,53	1,72	68,12	4,78
2006		1,67	0,40		1,69	1,58	55,91	5,01
2007		1,92	0,25		1,98	1,79	276,02	24,41
2008		2,42	0,24		2,35	2,35	303,40	43,92
2009		2,57	0,01		2,66	2,54	173,13	82,49
2010		2,64	0,00		2,82	2,63	220,67	69,91
2011		2,70	0,00		2,82	2,66	134,86	55,18

Tab. 7. Dynamika zmian poszczególnych kategorii kosztów poniesionych przez NFZ w latach 2003–2011 (rok 2003 = 1). Źródło: na podstawie danych zawartych w tab. 4.

Dominujące koszty – tj. koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych wzrosły w latach 2003–2011 prawie 3-krotnie; w zbliżonym tempie rosły też koszty administracji oraz koszty poboru i ewidencjonowania składek. Natomiast koszty finansowe wzrosły w tym okresie 55-razy, a pozostałe koszty aż prawie 135 razy.

Podsumowanie

Inwestycje w zdrowie można rozpatrywać z różnych punktów widzenia – jednostki dbającej o swoje zdrowie, podmiotów ochrony zdrowia gwarantujących społeczeństwu bezpieczeństwo zdrowotne, założeń polityki zdrowotnej oraz poziomu rozwoju gospodarczego kraju.

W niniejszym opracowaniu skoncentrowano się jedynie na szeroko rozumianych inwestycjach w zdrowie, za które odpowiedzialny jest w polskim systemie zdrowia płatnik trzeciej strony – Narodowy Fundusz Zdrowia.

W przeprowadzonej ogólnej analizie, obejmującej lata 2003–2011, przyjęto założenie, że możliwości inwestycyjne w zdrowie publiczne mogą być wyrażone poziomem i strukturą osiąganych przychodów, natomiast inwestycje można utożsamiać z wysokością poniesionych nakładów na wyróżnione kategorie działalności. Przyjęcie takich założeń wynikało z faktu, iż środki finansowe NFZ są środkami publicznymi, czyli podlegają ustawie o finansach publicznych i decydują o możliwościach inwestycji w zdrowie publiczne dla zdrowia jednostki.

Na podstawie przeprowadzonej analizy danych pochodzących ze sprawozdań NFZ za lata 2003–2011 można sformułować, wymienione poniżej, wnioski.

1. W strukturze składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki dominującą była składka odprowadzana za pośrednictwem ZUS, co oznacza, że ciężar inwestycji w zdrowie przez NFZ w analizowanym okresie spoczywał prawie w całości na składce otrzymywanej za pośrednictwem ZUS. Natomiast udział składki należnej brutto latach systematycznie się zmniejszał i w latach 2010–2011 stanowił już niewiele ponad 5% ogółu składki.
2. Dynamika zmian wpływów do NFZ dokonywanych za pośrednictwem KRUS odbiegała w sposób znaczący od dynamiki wpływów za pośrednictwem ZUS (wyjątek stanowi rok 2008, w którym odnotowana prawie 50% wzrost wpływów do NFZ), wykazując systematyczną tendencję spadkową.
3. W strukturze kosztów poniesionych przez NFZ w wartościach bezwzględnych dominującą kategorię stanowiły koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych, których udział w kolejnych latach wykazywał tendencję malejącą (98,54% w roku 2003 i 95,23% w roku 2011). Natomiast od 2007 roku tendencję rosnącą wykazują wydzielone na mocy odpowiedniej ustawy koszty ratownictwa medycznego, których udział w ogólnych kosztach kształtuje się na poziomie niespełna 3%.

4. Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie wykazywały w latach 2003–2009 stałą tendencję spadkową, w latach 2010–2011 już nie występują.
5. W analizowanym okresie prawie 3-krotnie wzrosły koszty administracji oraz koszty poboru i ewidencjonowania składek. Udział tych ostatnich pozostaje na niezmiennym poziomie od roku 2008.
6. Kategoriami kosztów, które wykazywały najwyższą dynamikę zmian (w stosunku do roku 2003) były koszty finansowe oraz koszty pozostałe.
7. O niekorzystnej obecnie sytuacji finansowej NFZ może świadczyć fakt osiągnięcia przez centralnego płatnika od roku 2007 ujemnego wyniku na działalności.

Występowanie w ostatnich czterech latach niekorzystnej sytuacji wpływa na znaczne ograniczenie inwestycji w zdrowie publiczne, co znajduje wyraz w znacznym ograniczeniu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych pacjentów, wydłużające się kolejki do lekarzy specjalistów oraz ograniczenie dostępności do nowoczesnych technologii. Wnikliwa analiza szczegółowych informacji tkwiących w sprawozdaniach NFZ mogłaby przyczynić się do wskazania kierunków nieuniknionych zmian w działalności NFZ.

Przypisy

- ¹ Sen Armarya Kumar – nagroda Nabla (1998) za pracę nad ekonomią dobrobytu. Opracował Wskaźnik Rozwoju Społecznego (HDI), który określa poziom dostępności towarów i usług w danym kraju w porównaniu z innym krajem.
- ² Przede wszystkim nowelizacją dokonaną ustawą z 18.07.1998 r. (Dz.U. Nr 117, poz. 756).
- ³ Art. 81 i 86 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).
- ⁴ Art. 79 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).
- ⁵ Art. 69 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).
- ⁶ Art. 87 ust. 5 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).
- ⁷ Art. 116 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

Bibliografia

- Attaran, A. (2001). Health as a Human Right. *CMH Policy Memorandum*, 3. Pozyskano z: <http://www.cid.harvard.edu>.
- Becker, G.S. (1962). Investment in Human Capital: A Theoretical Analysis. *The Journal of Political Economy*, 70(5), 9–49.
- Czupryna, A., Poździuch, S., Ryś, A. i Włodarczyk, W.C. (1996). *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”.

- Domański, S.R. (1993). *Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- MZ. (2004). *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga I*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.
- MZ. (2008). *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Healty Capital and Demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), marzec/kwiecień, 224.
- Jaworzyńska, M. (2010). *Planowanie finansowe w zakładach opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu.
- Kofi Annan. (2000). *Millenium Poll*. USA: United Nations.
- Laskowska, I. (2012). *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Laskowska, I. (2000). *Równość w finansowaniu i dostępności świadczeń medycznych*. Łódź: Wydawnictwo ABSOLWENT.
- Leowski, J. (2004). *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*. Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu.
- Muszalski, W. (2008). Organizacyjne fazy reformy ochrony zdrowia w Polsce. W: K. Ryć i Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW.
- Paszowska, M. Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce. *Finanse*, 56. Pozyskano z: www.e-finanse.com.
- Pinkosz, K. (2012). Rewolucja czy koronkowe zmiany. *Świat lekarza*, 3(20).
- Sachs, J.D. (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Report of The Commission on Macroeconomics and Health. Genewa: WHO.
- Suchecka, J. (2010). *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Tarnowska, B. (2001). *Nagrody Nobla. Leksykon*. Warszawa: PWN.
- Tysza, B. (2011). *Gospodarka finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kosztów świadczeń zdrowotnych w 2009 roku*. Niepublikowana praca magisterska, Wydział Zarządzania UW, Warszawa.
- Zdankiewicz, L. (1983). Pojęcie zdrowia. W: N. Wolański (red.), *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*, wyd. II, Warszawa: PWN.

Akty prawne

- Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K14/03, Dz.U. z 2004 r. Nr 4 poz. 37.
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410).