eFinanse
finansowy kwartalnik internetowy

e-Finanse : finansowy kwartalnik internetowy

Nr 3/2006

www.e-finanse.com

eFinanse
finansowy kwartalnik internetowy

dr Krzysztof Czubocha
Zakład Nauk Humanistycznych
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Jarosławiu

Finansowanie polityki regionalnej Unii Europejskiej a wyzwania XXI wieku

Wprowadzenie

„Polityka regionalna UE jest tematycznie uporządkowanym, wytyczanym przez ośrodek decyzji, działaniem mającym na celu, przy pomocy zespołu instrumentów prawnych i finansowych, usunięcie dysproporcji w rozwoju gospodarczym i społecznym regionów w UE oraz zapewnienie zrównoważonego wzrostu wszystkich jej obszarów z zachowaniem jej wewnętrznej spójności ekonomicznej i społecznej”[1].

W Unii Europejskiej zawsze istniały regiony o zróżnicowanym poziomie rozwoju gospodarczego. Problem ten dotyczył i dotyczy także najbogatszych państw Wspólnoty. Typowym przykładem takiego państwa są Włochy, gdzie bogata północ kraju przeciwstawiana jest biednemu południu (region Mezzogiorno)[2]. Zróżnicowanie regionalne Unii Europejskiej powiększyło się jeszcze w związku z ostatnim rozszerzeniem Wspólnoty (2004 r.). Władze unijne zawsze uważały, że zróżnicowanie poziomu rozwoju ekonomicznego poszczególnych regionów Europy jest zjawiskiem niekorzystnym, prowadzącym do zmniejszenia spoistości poszczególnych państw oraz Unii jako całości. Ostatecznym rezultatem powyższego zjawiska miałoby być zahamowanie procesów integracyjnych. W związku z tym postanowiono te różnice zniwelować poprzez wprowadzenie w życie polityki regionalnej i powiązanej z nią ściśle polityki strukturalnej. Pojęcia „polityka regionalna” i „polityka strukturalna” używane są często zamiennie, ponieważ ponad 90% środków przeznaczonych na politykę strukturalną jest ściśle powiązane z polityką regionalną.[3]

„Zasadniczym celem wspólnej polityki regionalnej jest zmniejszenie bieżących problemów regionalnych w skali UE, występujących zarówno w tradycyjnie mniej rozwiniętych regionach, jak i w regionach wciągniętych w proces transformacji przemysłowej i agrarnej i zapobieganie nowym zróżnicowaniom regionalnym, czyli innymi słowy, redukcja różnic gospodarczych i społecznych między najbiedniejszymi i najbogatszymi regionami Unii”[4]. Jednocześnie należy dodać, że zmniejszanie różnic w rozwoju społeczno-gospodarczym pomiędzy regionami Unii Europejskiej jest elementem unijnej polityki spójności ekonomicznej i społecznej[5].

Kształtowanie się polityki regionalnej Unii Europejskiej

Traktat rzymski nie obligował członków Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej do prowadzenia polityki regionalnej, ponieważ państwa członkowskie stanowiły względnie homogeniczną grupę. W traktacie stwierdzono jednak, że zmniejszenie różnic między re-

[1] M. Rudnicki, *Polityka regionalna Unii Europejskiej*, Wyd. Wyższej Szkoły Bankowej, Poznań 2000, s. 30.
[2] P. Broussard, V. Luksie, *Mezzogiorno. L'Italie d'en bas*, „L'Express International”, 2006, nr 2857, s. 32-39.
[3] M. Ciepielewska, H. Jahns, *Polityka regionalna i strukturalna*, [w:] *Unia Europejska*, t. I, red. E. Kawecka-Wyrzykowska, E. Synowiec, Instytut Koniunktur i Cen Handlu Zagranicznego, Warszawa 2004, s. 284-285.
[4] J. Witkowska, Z. Wysokińska, *Integracja europejska. Rozwój rynków*, PWN, Warszawa – Łódź 2002, s. 241.
[5] M. Ciepielewska, H. Jahns, *op.cit.*, s. 281.

gionami oraz promowanie regionów najmniej rozwiniętych zapewni harmonijny rozwój Europejskiej Wspólnocie Gospodarczej. Do problemów regionalnych odnosiło się kilka artykułów traktatu rzymskiego (m.in. art. 2., 39., 92., 119.). Ewentualną pomoc przewidziano tylko dla regionów o bardzo wysokim bezrobociu i niskim poziomie życia. Wraz ze wzrostem liczby członków Wspólnoty narastały problemy związane ze zróżnicowaniem stopnia rozwoju poszczególnych jej regionów. W 1964 r. po raz pierwszy przewidziano fundusze na wsparcie regionów w formie Funduszu Rolnego, jednak dopiero od początku lat 70. XX w. zaczęła się kształtować właściwa polityka strukturalna i regionalna Wspólnot. W rezultacie tego w 1975 r. powstał Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego[6].

Jednolity Akt Europejski (JAE) zawiera postanowienia odnoszące się do problemów regionalnych. Stworzył on podstawy traktatowe dla polityki regionalnej. Jest w nim mowa o spójności ekonomicznej i społecznej, która ma być osiągnięta dzięki funduszom strukturalnym. Chodzi o promocję harmonijnego rozwoju Wspólnoty oraz redukowanie dysproporcji rozwojowych pomiędzy regionami. Zgodnie z art. 130b JAE cele te mają być realizowane za pomocą funduszy strukturalnych. Należą do nich: Sekcja Orientacji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej, Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego i Europejski Fundusz Socjalny[7].

Zgodnie z art. 2., 3. i 130. Traktatu o ustanowieniu Wspólnoty Europejskiej państwa członkowskie mają za zadanie prowadzić politykę zmierzającą do niwelowania różnic odnoszących się do stopnia rozwoju poszczególnych regionów Unii Europejskiej. Politykę regionalną realizuje się w Unii Europejskiej za pomocą funduszy strukturalnych[8]. Środki unijne stanowią uzupełnienie działań lokalnych i samorządowych w regionach zgodnie z zasadą subsydiarności[9]. Traktat o Unii Europejskiej powołał Fundusz Spójności służący wspieraniu projektów w biednych państwach członkowskich[10]. Postanowiono wspomagać też regiony w najbogatszych państwach Wspólnoty. Ogólnie można stwierdzić, że wraz z rozwojem polityki regionalnej Wspólnot mamy do czynienia z ciągłym wzrostem znaczenia tej polityki oraz ze wzrostem nakładów finansowych na pomoc zacofanym regionom. Zwrócono przy tym uwagę na fakt, iż pomoc nie zawsze była wykorzystywana efektywnie. W związku z tym już w latach 90. XX w. zaczęto mówić o potrzebie wzmocnienia konkurencyjności regionów jako o jednym z głównych celów polityki regionalnej. W okresie tym nastąpił wzrost znaczenia wspólnej polityki regionalnej oraz regionalizacja polityki strukturalnej Wspólnot. W coraz większym stopniu skupiano się na zmniejszeniu luki rozwojowej pomiędzy regionami najsłabiej rozwiniętymi a najbogatszymi[11].

W sumie polityka regionalna Unii Europejskiej kształtowała się w trzech etapach. Etap I, obejmujący lata 1958-1973/5, charakteryzował się brakiem wspólnotowej polityki regionalnej. W latach 1973/5-1988 (II etap) w związku z rozszerzeniem wspólnoty oraz zwiększeniem rozpiętości stopnia rozwoju poszczególnych regionów problemy regionalne poddane zostały analizie (tzw. raport Thomsona). W rezultacie wzmagała się potrzeba wprowadzenia polityki regionalnej na szczeblu Wspólnoty, co doprowadziło do powołania Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Po roku 1988 (III etap) wprowadzono zasadę

[6] J. Witkowska, Z. Wysokińska, *op.cit.*, s. 239-240; M. Ciepielewska, H. Jahns, *op.cit.*, s. 281-283.
[7] J. Witkowska, Z. Wysokińska, *op.cit.*, s. 239-240.
[8] M. Żurek, *Polityka regionalna*, [w:] *Leksykon integracji europejskiej*, red. E. Górnicz, J. Ruszkowski, M. Żurek, PWN, Warszawa 1998, s. 157.
[9] *Ibidem*, s. 158.
[10] J. Witkowska, Z. Wysokińska, *op.cit.*, s. 240.
[11] M. Ciepielewska, H. Jahns, *op.cit.*, s. 284-285.

spójności gospodarczej i społecznej oraz zreformowano fundusze strukturalne, sformułowano także zasady wspólnej polityki regionalnej[12].

Zasady i cele finansowania polityki regionalnej Unii Europejskiej

Naczelną zasadą finansowania europejskiej polityki regionalnej jest zasada koncentracji. Chodzi o skupienie działań i środków na najważniejszych dla Wspólnoty dziedzinach, które związane są z uzyskaniem politycznej i ekonomicznej spójności w ramach Wspólnoty. Zgodnie z zasadą koncentracji środki finansowe przeznacza się na ograniczoną liczbę celów. Określa się kryteria doboru regionów kwalifikujących się do wsparcia finansowego, a samo finansowanie skoncentrowane jest na najbardziej zacofanych regionach Unii Europejskiej. Praktyczne zastosowanie zasady koncentracji przejawia się w zmniejszaniu liczby ludności Unii Europejskiej objętej polityką regionalną oraz w zmniejszeniu liczby celów realizowanych w ramach tej polityki. Do 2000 r. istniało sześć celów, a w latach 2000-2006 liczbę celów ograniczono do trzech. Zmalało także przejściowe wsparcie finansowe dla byłych regionów objętych celem I oraz dla regionów rekonwersji. Ponadto obowiązuje zasada kierowania zdecydowanej większości środków do regionów najbardziej opóźnionych w rozwoju. Zasada koncentracji zyskała na znaczeniu, ponieważ dotychczasowy podział funduszy unijnych był krytykowany. Pomocą objętych było ponad 50% mieszkańców Unii Europejskiej oraz 75% jej terytorium. Powody zbytniego rozproszenia finansowania to zbyt szeroka interpretacja zasady elastyczności, uwzględnianie przy selekcji regionów kryteriów drugorzędnych oraz względy polityczne. W rezultacie na finansowanie w ramach polityki regionalnej mogły liczyć także centralnie położone regiony Belgii, Francji i Holandii. Od 2000 r. postanowiono zatem bardziej rygorystycznie stosować zasadę koncentracji, a wskaźnik 75% PKB na mieszkańca został uznany za jedyne kryterium selekcji[13].

Zgodnie z zasadą dodawalności fundusze strukturalne nie mogą zastępować narodowych środków publicznych, przeznaczonych na politykę regionalną. Ich zadaniem jest powiększanie tych środków. Zasada ta jest odpowiedzią na prowadzoną przez niektóre państwa członkowskie politykę refinansowania ich wewnętrznych wydatków na politykę regionalną z funduszy unijnych. Polityka regionalna nie może jednak polegać na wspomaganiu budżetów narodowych państw członkowskich[14]. „(…) państwo członkowskie zobowiązane jest w danym okresie planistycznym do utrzymania nakładów na krajową politykę regionalną przynajmniej na poziomie wydatków poniesionych w okresie poprzednim we wszystkich regionach objętych danym celem priorytetowym. Uzasadnieniem dla ewentualnego odstępstwa od tej zasady mogły być uwarunkowania makroekonomiczne oraz specyficzna sytuacja gospodarcza (…)”[15].

Zasada komplementarności polega na uzupełnianiu się działań państw członkowskich oraz Wspólnoty jako całości. Zgodnie z zasadą komplementarności środki unijne mają być uzupełnieniem dla działań władz państwowych i lokalnych. W praktyce oznacza to ustalenie limitów finansowania ze środków wspólnotowych w stosunku do wydatków publicznych. W przypadku celu I udział środków wspólnotowych wynosi co najmniej 50% krajowych wydatków, a w odniesieniu do pozostałych celów – 25%. Dofinansowanie może wynosić 75% kosztów przedsięwzięcia w regionach celu I. Wskaźnik ten może wyjątkowo wynosić

[12] M. Rudnicki, *op.cit.*, s. 30-35; J. Witkowska, Z. Wysokińska, *op.cit.*, s. 240-241; P. Jasiński, *Europa jako szansa: Polityka regionalna Unii Europejskiej i jej instrumenty a władze lokalne i regionalne*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2000, s. 34-39.
[13] I. Pietrzyk, *Polityka regionalna Unii Europejskiej i regiony w państwach członkowskich*, PWN, Warszawa 2001, s. 182-185; Z.J. Pietraś, *Prawo wspólnotowe i integracja europejska*, Wyd. UMCS, Lublin 2006, s. 432-434; Z. Wysokińska, J. Witkowska, *op.cit.*, s. 246.
[14] I. Pietrzyk, *op.cit.*, s. 185-188; Z. M. Pietraś, *op.cit.*, s. 433, Z. Wysokińska, J. Witkowska, *op.cit.*, s. 247-248.
[15] I. Pietrzyk, *op.cit.*, s. 186.

80% dla najbardziej peryferyjnych regionów, a w przypadku najodleglejszych wysp greckich – nawet 85% wydatków. Odnośnie celów II i III finansowanie ze środków unijnych nie może przekroczyć 50% kosztu inwestycji. Dla przedsiębiorstw wsparcie finansowe może wynieść 35% kosztu inwestycji w regionach celu I i 15% w regionach celu II. Ponadto, finansowanie polityki regionalnej powinno służyć następującym celom wspólnotowym: wysokiej konkurencyjności i innowacyjności, wysokiemu poziomowi zatrudnienia, trwałemu rozwojowi oraz równości kobiet i mężczyzn[16].

Finansowanie polityki regionalnej opiera się na określeniu priorytetowych celów finansowania. W latach 1994-1999 istniało sześć celów:

Cel I – wspieranie regionów szczególnie opóźnionych w rozwoju. Na finansowanie w ramach celu I mogły liczyć regiony o sile nabywczej niższej niż 75% średniej wielkości PKB dla Wspólnoty. Cel I objął 26% ludności Wspólnoty.

Cel II – pomoc dla regionów przeżywających trudności gospodarcze wywołane upadkiem niektórych gałęzi przemysłu (np. górnictwa). Kryterium zakwalifikowania było bezrobocie o 15% wyższe od średniej we Wspólnocie. Cel II objął 16% ludności Wspólnoty.

Cel III i IV – zwalczanie bezrobocia, głównie poprzez szkolenia zawodowe.

Cel V – wsparcie reformy wspólnej polityki rolnej.

Cel VI – pomoc dla regionów słabo zaludnionych (nie więcej niż 8 osób na km^2). Regiony te występowały w Szwecji i Finlandii[17].

W latach 2000-2006 liczba priorytetowych celów została ograniczona do trzech. Cel I, podobnie do poprzedniej perspektywy finansowej, to wspieranie regionów szczególnie opóźnionych w rozwoju, tzn. takich, w których PKB na mieszkańca jest niższy od 75% średniej unijnej. Celem I objęto także regiony słabo zaludnione oraz obszary peryferyjne. Wszystkie fundusze strukturalne biorą udział w finansowaniu tego celu. Cel II obejmuje swoim zasięgiem regiony wymagające przemian strukturalnych. Cel III to walka z bezrobociem w regionach szczególnie dotkniętych przez to zjawisko[18]. W latach 2000-2006 podział środków pomiędzy cele wyglądał następująco: cel I – 135,90 mld euro, cel II – 22,50 mld euro, cel III – 24,05 mld euro[19].

Ponadto uproszczono i zracjonalizowano Inicjatywy Wspólnotowe. Ich liczbę zmniejszono do czterech. Wprowadzono także pomoc przejściową na okres do pięciu lat dla regionów, które nie spełniają już kryteriów celu I i II. Ustalono również zasadę, że łączna wartość pomocy unijnej dla państwa członkowskiego nie może przekroczyć 4% PKB[20].

Najważniejsze inicjatywy wspólnotowe, finansowane w ramach polityki regionalnej, to INTERREG (Program Wspierania Regionów i Współpracy Regionalnej), który ma wspomagać rozwój współpracy transgranicznej, URBAN, którego celem jest wspieranie rozwoju ekonomicznego i społecznego miast, EQUAL (międzynarodowa współpraca w dziedzinie przeciwdziałania wszelkim formom dyskryminacji na rynku pracy) oraz LEADER (rozwój obszarów wiejskich)[21].

Finansowanie polityki regionalnej dokonuje się poprzez fundusze. Należą do nich: Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego, Europejski Fundusz Społeczny, Finansowy Instrument Orientacji Rybołówstwa, Europejski Fundusz Orientacji i Gwarancji w Rolnictwie oraz Fundusz Spójności. Wszystkie fundusze strukturalne są elementami polityki regional-

[16] Z. Wysokińska, J. Witkowska, *op.cit.*, s. 248; I. Pietrzyk, *op.cit.*, s. 188-189.
[17] M. Ciepielewska, H. Jahns, *op.cit.*, s. 289-290; P. Jasiński, *op.cit.*, s. 30-31.
[18] M. Ciepielewska, H. Jahns, *op.cit.*, s. 290, 298-301.
[19] J. Kundera, *Jednolity rynek europejski*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003, s. 216.
[20] M. Ciepielewska, H. Jahns, *op.cit.*, s. 301.
[21] Z.M. Doliwa-Klepacki, *Integracja europejska po zakończeniu negocjacji Polski z Unią Europejską*, Wyd. Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim, Białystok 2003, s. 430-431; Z. Wysokińska, J. Witkowska, *op.cit.*, s. 252.

nej[22]. Duże znaczenie polityki regionalnej w funkcjonowaniu Wspólnot znalazło odzwierciedlenie w sumach przeznaczanych na jej finansowanie. W wydatkach budżetu unijnego udział środków przeznaczonych na finansowanie polityki regionalnej stale wzrasta. W 1975 r. wyniósł 4,8% wydatków budżetu, a w 1987 r. już 9,7% budżetu. Jeżeli weźmiemy pod uwagę PKB wszystkich państw Wspólnoty, to udział środków finansowych przeznaczonych na politykę regionalną wzrósł w latach 1989-1999 z 0,27% do 0,46%[23].

Udział finansowania polityki regionalnej w wydatkach budżetu unijnego stale wzrastał, co było efektem przywiązywania przez Wspólnoty dużej wagi do zmniejszenia różnic pomiędzy regionami. Poprzez fundusze strukturalne wydatkuje się obecnie około 35% środków budżetu Unii Europejskiej (około 30 mld euro rocznie). W ciągu ostatniego ćwierćwiecza wydatki te wzrosły siedmiokrotnie. Sam Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego konsumuje 15% całego budżetu. W związku z poszerzeniem Unii Europejskiej o państwa Europy Środkowo-Wschodniej wydatki na finansowanie polityki regionalnej jeszcze wzrosną. Jednocześnie dotychczasowi członkowie wspólnoty otrzymają o kilka mld euro mniej. Łączne wydatki planowane na 2006 r. to 42 mld euro. Największymi beneficjentami pomocy wspólnotowej w II poł. lat 90. były Hiszpania, Niemcy, Włochy, Grecja, Portugalia i Francja[24]. Inaczej prezentują się dane statystyczne, jeżeli przyjętym kryterium będzie pomoc na jednego mieszkańca. Przykładowo, w przypadku finansowania celu I w latach 1994-1999 największymi beneficjentami były Irlandia, Portugalia, Grecja i Hiszpania[25]. Największymi beneficjentami funduszy strukturalnych w latach 2000-2006 były Hiszpania (23,6% całości wydatkowanych środków), Włochy (15,5%), Niemcy (15,3%), Grecja (11,4%) oraz Portugalia (10,4%)[26].

Efekty finansowania polityki regionalnej Unii Europejskiej

Niestety, okazało się, że polityka regionalna nie prowadzi do przewidywanego i planowanego zmniejszenia różnic pomiędzy regionami opóźnionymi w rozwoju a najbogatszymi regionami. Przyczyn tego faktu upatruje się w coraz większym zaawansowaniu procesów integracyjnych, niedostatecznych nakładach finansowych, rozproszeniu dofinansowywanych projektów, braku koordynacji polityki regionalnej na poziomie regionalnym i unijnym. W rezultacie zróżnicowanie regionów pod względem poziomu rozwoju oraz perspektyw rozwoju w przyszłości pomimo zainwestowania poważnych kwot w politykę regionalną nie zmniejszyło się[27]. W skali ogólnopaństwowej odnotowano tylko jeden znaczący sukces (Irlandia). W latach 1973-2001 irlandzki PKB na jednego mieszkańca wzrósł znacząco z 58,1 średniej unijnej do 119% średniej unijnej. W przypadku Grecji, Hiszpanii i Portugalii przyrosty były skromniejsze. W latach 1986-2001 PKB na jednego mieszkańca wzrósł w tych państwach odpowiednio do 67% średniej unijnej w przypadku Grecji, 83% średniej unijnej w przypadku Hiszpanii i 74% średniej unijnej w przypadku Portugalii.[28]

Sytuacja wygląda znacznie gorzej, jeśli porównamy ze sobą mniejsze regiony, okazuje się bowiem, że poszczególne regiony państw opóźnionych w rozwoju mogą rozwijać się w bardzo różnym tempie. Przykładowo, do szybko rozwijających się regionów w państwach biednych należały wschodnie landy Niemiec, Lizbona, północna część Irlandii oraz Burge-

[22] M. Perkowski, *Integracja europejska. Wprowadzenie*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2002, s. 386-387; M. Żurek, *op.cit.*, s. 157-158.
[23] M. Ciepielewska, H. Jahns, *op.cit.*, s. 283, 298.
[24] Z.J. Pietraś, *op.cit.*, s. 431-432.
[25] M. Ciepielewska, H. Jahns, *op.cit.*, s. 295.
[26] Z Wysokińska, J. Witkowska, *op.cit.*, s. 245.
[27] M. Ciepielewska, H. Jahns, *op.cit.*, s. 283-284, 296-298.
[28] T.G. Grosse, *Polityka regionalna Unii Europejskiej. Przykład Grecji, Włoch, Irlandii i Polski*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2004, s. 113-142, 175-200; J. Kundera, *op.cit.*, s. 243.

land i Flevoland. Z drugiej strony, wiele regionów przeżywało stagnację. Należały do nich środkowa Macedonia, środkowa Grecja, Peloponez czy Mezzogiorno[29]. W rezultacie poziom dochodu na jednego mieszkańca w regionach Unii Europejskiej jest bardzo zróżnicowany. W 1998 r. dochód jako procent średniej PKB wszystkich członków Unii przedstawiał się następująco w wybranych regionach: wewnętrzny Londyn (Wielka Brytania) – 243, Hamburg (Niemcy) – 186, Luksemburg – 176, Bruksela (Belgia) – 169, Wiedeń (Austria) – 163, Górna Bawaria (Niemcy) – 161, Paryż (Francja) – 166,4. Odpowiednie dane statystyczne dla wybranych regionów najbiedniejszych przedstawiały się następująco: Epir (Grecja) – 42, Aveiro (Portugalia) – 42, Attyka (Grecja) – 50, Nisia (Grecja) – 45, południowa Grecja – 46, Sycylia (Włochy) – 66,1, Orense (Hiszpania) – 62,7[30].

Szczególnie krytycznie ocenia się przypadek Grecji, gdzie fundusze unijne są panaceum na bieżące problemy gospodarcze i społeczne, a ich osiągalność prowadzi do braku zainteresowania reformowaniem państwa. W 1990 r. Komisja Europejska skrytykowała Grecję za prowadzenie nieskutecznej polityki gospodarczej oraz zleciła korektę tej polityki[31]. Komisja Europejska zwraca też uwagę nowym państwom członkowskim (m.in. Polsce) na to, że fundusze unijne nie są w dostatecznym stopniu wykorzystywane do podnoszenia konkurencyjności gospodarki (często przeznacza się je na takie cele, jak budowa chodników przy drogach). Można jednakże argumentować, że bez pomocy regionalnej rejony zacofane rozwijałyby się jeszcze wolniej, a ich dystans w stosunku do najbogatszych regionów wzrósłby jeszcze bardziej.

Wyzwania dla polityki regionalnej Unii Europejskiej w dobie globalizacji

Na przełomie XX i XXI w. szczególnemu nasileniu uległy procesy globalizacyjne. Globalizacja jest procesem wielopłaszczyznowym, który może wpływać na politykę regionalną Unii Europejskiej na dwa główne sposoby. Po pierwsze, globalizacja oznacza zmianę koncepcji suwerenności państw. Na arenie międzynarodowej pojawiają się i odgrywają coraz większą rolę nowe podmioty. Należą do nich wielonarodowe korporacje, organizacje międzynarodowe, a także regiony suwerennych państw. Państwa narodowe nie mają już monopolu na występowanie w sprawach międzynarodowych[32].

Państwa narodowe nie są też w stanie w związku z procesem liberalizacji międzynarodowych przepływów finansowych kontrolować strumieni pieniędzy przepływających w gospodarce światowej. Uwolniony od kurateli państwowej międzynarodowy kapitał kieruje się zawsze do regionów dających możliwości osiągnięcia najwyższej stopy zwrotu. W praktyce najczęściej oznacza to inwestycje w najbardziej atrakcyjnych regionach, do których zazwyczaj należą regiony najbogatsze. Korporacje transnarodowe inwestują też chętnie w regionach, które mogą zapewnić obniżenie kosztów produkcji w ramach delokalizacji, która obejmuje zatem swoim zasięgiem także biedniejsze państwa Wspólnoty. Problem polega jednak na tym, że najwięcej inwestycji zagranicznych ma miejsce w najbogatszych regionach państw zacofanych. Regiony peryferyjne są pomijane przez kapitał międzynarodowy[33]. Jako przykład może posłużyć chociażby Polska. Inwestowanie w Polsce umożliwia obniżenie kosztów produkcji, co skłania wielu inwestorów zagranicznych do przeniesienia

[29] J. Kundera, *op.cit.*, s. 241-244.
[30] *Ibidem*, s. 246.
[31] I. Pietrzyk, *op.cit.*, s. 181-182.
[32] S. Tierney, *Reframing Sovereignty? Sub-State National Societies and Contemporary Challenges to the Nation-State*, "International And Comparative Law Quarterly" 2005, January, vol.54, cz 1, s. 161-165; W. Żelazny, *Modele integracji europejskiej: nawigacja między Europą państw a Europą regionów*, [w:] *Jaka Europa? Regionalizacja a integracja*, red. K. Bondyra, P. Buczkowski, P. Śliwa, Wyd. Wyższej Szkoły Bankowej, Poznań 1998, s. 40-43.
[33] M. Walikowski, *Problem globalizacji ekonomicznej świata. Istota pojęcia oraz cechy charakterystyczne procesu*, [w:] *Integracja europejska a globalizacja*, red. T. Wallas, Wydawnictwo Naukowe INP i D, Słubice 2003, s. 137-143.

produkcji do Polski. Dane statystyczne wskazują jednak na to, że w 1999 r. prawie 25% zagranicznych inwestycji ulokowanych było w woj. mazowieckim które jest najbogatszym regionem Polski. Biedne województwa mogły tylko w znikomym stopniu skorzystać z inwestycji zagranicznych. Przykładowo w 1999 r. w Województwie Podlaskim skupionych było tylko 1,6% inwestycji zagranicznych w Polsce. Wskaźnik ten dla innych wybranych województw wyniósł odpowiednio: Województwo Lubuskie 2,16%, Województwo Świętokrzyskie 2,26%, Województwo Podkarpackie 2,51%.[34]

W wyniku powyższych procesów wzrasta różnica w rozwoju pomiędzy regionami bogatymi a peryferyjnymi. Unia Europejska oraz państwa narodowe nie są w stanie temu zaradzić. W warunkach Unii Europejskiej prowadzi to do powstania silnych ekonomicznie regionów oraz marginalizacji regionów biednych. Praktyka ostatnich lat wskazuje, że polityka regionalna Unii Europejskiej może tylko częściowo łagodzić powstałe w ten sposób różnice regionalne.

W rezultacie silne ekonomicznie regiony Unii Europejskiej zaczynają wykazywać tendencje separatystyczne, przejawiające się w tym, że żądają one szerokiej autonomii, szczególnie w sprawach ekonomicznych i budżetowych. Ma to na celu odseparowanie się od biednych regionów, które są do pewnego stopnia finansowane przez bogate regiony. Włoska Liga Północna chce separacji od południa Włoch, twierdząc, że ponosi na rzecz biednego południa nieuzasadnione obciążenia finansowe. Niektóre bogate regiony mają już własne parlamenty i budżet (np. hiszpańska Katalonia). Zmierzają one także do uzyskania możliwości ograniczonego występowania w stosunkach międzynarodowych, np. na forum organizacji międzynarodowych[35]. W sumie przedstawione wyżej procesy stanowią zagrożenie dla polityki spójności Unii Europejskiej, w tym także polityki regionalnej.

Po drugie, problemy związane z globalizacją mają także wpływ na sytuację ekonomiczną państw narodowych oraz Unii Europejskiej jako całości. Od kilku lat zwraca się uwagę na pewne zagrożenia, jakie dla gospodarek państw europejskich niesie konkurencja ze strony rozwijających się państw oraz na słabość ekonomiczną Unii Europejskiej w porównaniu z gospodarką Stanów Zjednoczonych. Podkreśla się lukę technologiczną, jaka powstaje pomiędzy państwami Unii Europejskiej a Stanami Zjednoczonymi i Japonią, oraz słabe tempo wzrostu gospodarki Unii Europejskiej jako całości w porównaniu z szybkim tempem wzrostu gospodarki amerykańskiej[36]. Dane statystyczne potwierdzają powyższe obawy. W 2002 r. gospodarka Unii Europejskiej wzrosła o 1,2%, podczas gdy gospodarka amerykańska zanotowała wzrost w wysokości 1,4%. Dla roku 2002 odpowiednie dane wynoszą dla Europy 0,9%, a dla Stanów Zjednoczonych – 4%. W 2004 r. gospodarka europejska wzrosła o 1,6%, a gospodarka amerykańska – o 3,8%. W 2005 r. trend utrzymał się. Europejski PKB wzrósł o 1,7%, a PKB Stanów Zjednoczonych – o 3,2%. Powyższe procesy mogą w ciągu następnych dziesięcioleci skutkować poważnym zapóźnieniem gospodarczym państw Unii w stosunku do gospodarki Stanów Zjednoczonych w zakresie PKB na jednego mieszkańca oraz brakiem konkurencyjności gospodarki Unii Europejskiej. Dalekosiężnymi skutkami takiej sytuacji może być utrata możliwości odgrywania przez Unię Europejską roli jednego z najważniejszych politycznych i gospodarczych centrów świata[37].

---

[34] E. Maliszewska, G. Maliszewski, *Kapitał zagraniczny a rozwój regionu*, [w:] *Finansowe aspekty rozwoju regionalnego*, red. A. Kopczyk, M. Proniewski, Wyd. Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Białymstoku, Białystok 2002, s. 150.
[35] S. Tierney, *op.cit.*, s. 164; A. Kukliński, *Rola regionów w Federalnej Europie w XXI wieku*, [w:] *Jaka Europa?...*, *op.cit.*, s. 58-60.
[36] M. Proczek, *Dochody i wydatki z budżetu ogólnego Wspólnot. Wyzwania dla Polski*, [w:] *Integracja europejska w perspektywie XXI wieku*, red. E. Latoszek, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2003, s. 102-103.
[37] E. Pape, Ch. Dickey, *Rising Barriers*, „Newsweek" 2006, nr 12, s. 19-22.

Finansowania polityki regionalnej Unii Europejskiej a problem sprostania wyzwaniom globalizacji

Mając na uwadze wyżej wskazane zagrożenia, Rada Europy sformułowała w 2000 r. tzw. strategię lizbońską. Zgodnie z jej założeniami należy przedsięwziąć środki zmierzające do uczynienia z Europy najbardziej dynamicznej i konkurencyjnej gospodarki świata, opartej na wiedzy, oraz stworzenia w Europie społeczeństwa informacyjnego. W tym celu należy znacząco zwiększyć nakłady na naukę badania i rozwój (co najmniej 3% PKB do 2010 r.). Fundusze unijne należy rozdzielać i wykorzystywać bardziej efektywnie. Założone cele mają być zrealizowane do 2010 r., jednakże już w roku 2005 zaszła obawa, że cele strategii lizbońskiej nie zostaną zrealizowane w terminie. W związku z tym mówi się o tym, że strategia lizbońska jest zagrożona[38].

Aby sprostać wymogom globalizacji, Komisja Europejska postanowiła promować politykę postępu technologicznego. Oznacza to zwiększenie nakładów na regiony bogate. Nakłady na badania, rozwój i podniesienie konkurencyjności zewnętrznej muszą zatem znacząco wzrosnąć, przy czym nakłady te promować będą w znacznym stopniu regiony wiodące w Unii. Ponieważ wspólna polityka rolna i polityka spójności pochłaniają około 80% wydatków budżetowych wspólnoty, administracja to 5% budżetu, zatem na realizację wyżej wymienionych celów pozostaje niewiele pieniędzy[39]. Problem polega na tym, że dotychczasowa polityka regionalna Unii Europejskiej nie sprzyja podniesieniu konkurencyjności Wspólnoty, ponieważ „(…) pakiet oferowanych przez nią działań odpowiada raczej idei państwa socjalnego, niż wymogom „konkurencyjnego wyścigu"[40]. Mamy tu zatem do czynienia z wykluczającymi się celami. Problem zaostrzył się jeszcze bardziej w związku ze wstąpieniem do Wspólnoty stosunkowo biednych krajów Europy Środkowo-Wschodniej, co będzie oznaczało potrzebę wzmożonego finansowania tych państw w sytuacji zaostrzonych różnic w stopniu rozwoju gospodarczego regionów Unii Europejskiej[41].

Problemem jest przystąpienie do Wspólnoty państw relatywnie biednych, co zaostrzyło jeszcze problemy związane ze zróżnicowaniem rozwoju poszczególnych regionów Unii Europejskiej. Większość nowych członków Unii posiada PNB na mieszkańca poniżej 50% średniej unijnej. Obecnie najbiedniejszym regionem Wspólnoty jest woj. lubelskie (31% średniej unijnej). Sytuacja jeszcze się zaostrzy po wstąpieniu Rumunii i Bułgarii. Finansowanie najbardziej zacofanych regionów będzie realizowane w ramach celu I, natomiast cel II zorientowany będzie na wzrost konkurencyjności i zatrudnienia. Większość dostępnych środków (około 60%) zostanie przeznaczona dla państw bogatych (starzy członkowie Unii). Co prawda podkreśla się ciągle znaczenie strategii lizbońskiej, jednak na realizację celu I przeznaczono 78% środków. Oznacza to, że tylko około 18% środków przeznaczonych na politykę spójności będzie można przeznaczyć na wzrost innowacyjności i konkurencyjności. Cel II będzie znacznie bardziej zorientowany na realizację celów strategii lizbońskiej. Oznacza to, że cel I będzie zorientowany na zmniejszenie różnic regionalnych (kraje biedne), a cel II będzie skierowany do państw bogatych (wzrost konkurencyjności i innowacyjności). Będzie to prowadziło do wzrostu różnic w poziomie PKB na mieszkańca pomiędzy regionami Unii Europejskiej. Kraje biedne będą w coraz większym stopniu uzależnione od

[38] http://en.wikipedia.org/wiki/Lisbon_Strategy.
[39] *'Si L'Europe ne trouve pas d'accord…'. Wywiad z Dalią Grybauskaite, komisarzem Unii Europejskiej do spraw budżetu*, „L'Express International" 2005, nr 2840, s. 55.
[40] M. Rudnicki, *op.cit.*, s. 35-36.
[41] *Ibidem*, s. 35-36; T.G. Grosse, *op.cit.*, s. 94-100.

bogatego centrum, a najbardziej konkurencyjna gospodarka, zdolna sprostać wyzwaniom globalizacji, będzie koncentrować się w nielicznych ośrodkach[42].

Pomimo, jak się wydaje, niewystarczających nakładów finansowych zarysowuje się nowa polityka Unii Europejskiej, ukierunkowana na wzrost konkurencyjności europejskiej gospodarki poprzez inwestycje w nowoczesną gospodarkę i potencjał naukowo-badawczy. Polityka ta będzie odrywać się coraz bardziej od polityki regionalnej. We Wspólnocie dają się zauważyć tendencje do ograniczenia środków przeznaczonych na politykę regionalną. Podkreśla się konieczność inwestycji w konkurencyjność i innowacyjność. Polityka regionalna będzie się prawdopodobnie skupiać na podniesieniu rozwoju ogólnocywilizacyjnego peryferyjnych obszarów. Powyższe tendencje można wiązać ze wzrostem znaczenia w Unii takich państw, jak Wielka Brytania, które promują anglosaski lub neoliberalny model gospodarczy. W rezultacie próbuje się ograniczyć politykę regionalną na rzecz polityki wzrostu, co miałoby się wiązać z uszczupleniem funduszy wydatkowanych w ramach polityki regionalnej[43].

Powyższe zagadnienia miały wpływ na opracowanie i negocjacje budżetu Unii Europejskiej na lata 2007-2013. Państwa o silnym wzroście gospodarczym, zorientowane na wolny rynek i stawienie czoła wyzwaniom globalizacji, dążyły do zmniejszenia wydatków na rolnictwo i przeznaczenia większych funduszy na rozwój istotnych dla gospodarki Unii Europejskiej dziedzin (np. rozwój i badania). Państwom tym przewodziła Wielka Brytania. Uzyskująca największe korzyści ze wspólnej polityki rolnej Francja nie chciała dopuścić do uszczuplenia funduszy przeznaczonych na rolnictwo. Wymogi globalizacji, strategia lizbońska oraz dyskusja w łonie Unii Europejskiej na temat budżetu nie pozostają bez wpływu na problem finansowania polityki regionalnej Unii Europejskiej. Zasady finansowania tej polityki uległy zmianom.

Rada Europejska ustaliła, że pomoc państwa należy obniżyć i lepiej ją ukierunkować, jednakże sama zasada realizowania polityki spójności oraz zasada solidarności i polityki strukturalnej należą nadal do podstawowych zasad rządzących działaniami Unii Europejskiej. Polityka spójności w przyszłości powinna zmierzać do zmniejszenia różnic pomiędzy regionami, promowania polityki pełnego zatrudnienia oraz równych szans. Pomoc regionalna ma być skupiona na najbardziej potrzebujących regionach Unii. Celem tej pomocy ma być poprawa konkurencyjności i złagodzenie problemów związanych z okresem przejściowym. Polityka spójności ma być zatem podporządkowana celom strategii lizbońskiej. Aby strategia ta mogła być zrealizowana, polityka spójności musi koncentrować się w większym stopniu na wiedzy, badaniach i innowacjach oraz inwestowaniu w ludzki kapitał. Proponuje się także wcielenie w życie dwóch nowych inicjatyw, mających umożliwić władzom lokalnym lepsze wykorzystanie zasobów w regionach. Wspomniane inicjatywy to JASPERS, mająca wspomóc projekty w europejskich regionach, i JEREMIE, mająca pomóc małym i średnim przedsiębiorstwom[44]. Zgodnie z dotychczasowymi wytycznymi 52,2% ludności rozszerzonej Unii Europejskiej żyje w regionach kwalifikujących się do objęcia pomocą regionalną. Według nowych wytycznych odsetek ten zmniejszono do 43,1%[45].

Zakończenie

Nasuwa się wniosek, że finansowanie polityki regionalnej Unii Europejskiej pochłania znaczne środki budżetowe, a efekty tej polityki są znacznie skromniejsze od zamierzonych. Główny cel polityki regionalnej, jakim jest zmniejszenie luki rozwojowej pomiędzy regio-

[42] T.G. Grosse, *op.cit.*, s. 95-101.
[43] *Ibidem*, s. 106-108.
[44] http://www.etuc.org/a/1835; http:/www.europa.eu.int/scadplus/leg/en/lvb/134004.htm.
[45] A. Kozłowski, *Pomoc regionalna w latach 2007-2013*, „Monitor Unii Europejskiej" 2006, nr 3(20), s. 58-59.

nami najbogatszymi i najbiedniejszymi Unii Europejskiej, został tylko częściowo zrealizowany. Wymogi globalizacji zmuszają Wspólnotę do ciągłych reform polityki regionalnej. Powstaje zasadniczy dylemat: czy należy nadal znacząco wspierać regiony biedne, czy też należałoby przeznaczyć więcej środków na badania, rozwój i zwiększenie konkurencyjności gospodarki unijnej. Druga możliwość oznacza przeznaczenie większych środków dla najbogatszych regionów Wspólnoty w celu poprawy sytuacji gospodarczej Unii Europejskiej jako całości. Problem ten został już częściowo rozwiązany w projekcie perspektywy finansowej Unii na lata 2007-2013 na korzyść sprostania wyzwaniom XXI w. Łatwo jednak zauważyć, że środki przeznaczone na badania, rozwój i zwiększenie konkurencyjności są zbyt skromne w stosunku do zapowiedzi oraz nowych celów, jakie wyznaczyła sobie Wspólnota. W rezultacie nie doszło do zasadniczego zwrotu w polityce finansowania polityki regionalnej Unii Europejskiej. Finansowanie polityki regionalnej nadal należeć będzie do priorytetowych dziedzin działalności Wspólnoty, przy czym środki pomocowe będą musiały być wykorzystane bardziej efektywnie, ze szczególnym uwzględnieniem zwiększenia konkurencyjności regionów, co umożliwiłoby regionom zacofanym sprostanie wymogom globalizacji.

Literatura

Broussard P., Luksie V., *L'Italie d'eb bas*, „L'Express International" 2006, nr 2857.

Ciepielewska M., Jahns H., *Polityka regionalna i strukturalna*, [w:] *Unia Europejska*, t. I, red. E. Kawecka-Wyrzykowska, E. Synowiec, Instytut Koniunktur i Cen Handlu Zagranicznego, Warszawa 2004.

Doliwa-Klepacki Z.M., *Integracja europejska po zakończeniu negocjacji Polski z Unią Europejską*, Wyd. Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim, Białystok 2003.

Grosse T.G., *Polityka regionalna Unii Europejskiej. Przykład Grecji, Włoch, Irlandii i Polski*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2004.

Jasiński P., *Europa jako szansa: Polityka regionalna Unii Europejskiej i jej instrumenty a władze lokalne i regionalne*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2000.

Kozłowski A., *Pomoc regionalna w latach 2007-2013*, „Monitor Unii Europejskiej" 2006, nr 3(20).

Kukliński A., *Rola regionów w federalnej Europie w XXI wieku*, [w:] *Jaka Europa? Regionalizacja a integracja*, red. K. Bondyra, P. Buczkowski, P. Śliwa, Wyd. Wyższej Szkoły Bankowej, Poznań 1998.

Kundera J., *Jednolity rynek europejski*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003.

Maliszewska E., Maliszewski G., *Kapitał zagraniczny a rozwój regionu*, [w:] *Finansowe aspekty rozwoju regionalnego*, red. A. Kopczyk, M. Proniewski, Wyd. Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Białymstoku, Białystok 2002.

Pape E., Dickey Ch., *Rising Barriers*, „Newsweek" 2006, nr 12.

Perkowski M., *Integracja europejska. Wprowadzenie*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2002.

Pietraś Z.J., *Prawo wspólnotowe i integracja europejska*, Wyd. UMCS, Lublin 2006.

Pietrzyk I., *Polityka regionalna Unii europejskiej i regiony w państwach członkowskich*, PWN, Warszawa 2001.

Proczek M., *Dochody i wydatki z budżetu ogólnego Wspólnot. Wyzwania dla Polski*, [w:] *Integracja europejska w perspektywie XXI wieku*, red. E. Latoszek, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2003.

Rudnicki M., *Polityka regionalna Unii Europejskiej*, Wyd. Wyższej Szkoły Bankowej, Poznań 2000.

Tierney S., *Reframing Sovereignty? Sub-State National Societies and Contemporary Challenges to the Nation-State*, „International And Comparative Law Quarterly" 2005, January, vol. 54, cz. 1.

Walikowski M., *Problem globalizacji ekonomicznej świata. Istota pojęcia oraz cechy charakterystyczne procesu*, [w:] *Integracja europejska a globalizacja*, red. T. Wallas, Wydawnictwo Naukowe INP i D, Słubice 2003.

Witkowska J., Wysokińska Z., *Integracja Europejska. Rozwój rynków*, PWN, Warszawa – Łódź 2002.

Wywiad z Dalią Grybauskaite, komisarzem Unii Europejskiej do spraw budżetu, „L'Express International" 2005, nr 2840.

Żelazny W., *Modele integracji europejskiej: nawigacja pomiędzy Europą państw a Europą regionów*, [w:] *Jaka Europa? Regionalizacja a integracja*, red. K. Bondyra, P. Buczkowski, P. Śliwa, Wyd. Wyższej Szkoły Bankowej, Poznań 1998.

Żurek M., *Polityka regionalna*, [w:] *Leksykon integracji europejskiej*, red. E. Górnicz, J. Ruszkowski, M. Żurek, PWN, Warszawa 1998.

Strony internetowe

http://en.wikipedia.org/wiki/Lisbon_Strategy.
http://www.europa.eu.int/scadplus/leg/en/lvb/134004.htm.
http://www.etuc.org/a/1835.

eFinanse
finansowy kwartalnik internetowy

dr Małgorzata Paszkowska
Katedra Prawa
Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce

Wprowadzenie

Opieka zdrowotna jest istotnym, ale bardzo trudnym elementem polityki każdego państwa. Najbardziej drażliwa pozostaje kwestia finansowania systemu ochrony zdrowia. Przyjęty w danym kraju sposób finansowania służby zdrowia związany jest bezpośrednio ze stosowanym w nim modelem systemu zdrowotnego. Zdrowie stanowi wartość nadrzędną dla każdego człowieka, a jego utrata powoduje poważne konsekwencje finansowe nie tylko dla jednostki, ale także społeczeństwa. Przybliżenie źródeł finansowania systemu opieki medycznej w Polsce pozwoli na częściowe zrozumienie obecnej sytuacji służby zdrowia. Celem artykułu jest przedstawienie (poprzedzone prezentacją ewolucji systemu zdrowotnego w Polsce) jednostek organizacyjnych systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim dostępnych zgodnie z prawem źródeł i sposobów finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia oraz analiza udziału jednostek organizacyjnych w finansowaniu poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych.

Z uwagi na rozległy materiał normatywny i dane empiryczne artykuł prezentuje tylko zarys teoretycznych rozważań i podstaw normatywnych.

Podstawowe pojęcia

Problematyka artykułu wymusza to, że niezbędne jest wyjaśnienie tak ważnych pojęć jak system zdrowotny (opieki zdrowotnej) i system finansowy ochrony zdrowia. W literaturze znajdziemy kilka definicji systemu zdrowotnego, w zależności zależnych od podejścia autora do analizowanego pojęcia[1]. Przede wszystkim jest on całością złożoną z wielu rozmaitych elementów, między którymi zachodzą różnorodne relacje, i który realizuje cel związany ze zdrowiem. Poza tym system zdrowotny należy rozpatrywać w kontekście odzwierciedlenia rzeczywistości (organizacji i funkcjonowania) określonego państwa. Według WHO, system zdrowotny może być zdefiniowany jako spójna całość, której liczne powiązane między sobą części wspólnie oddziałują pozytywnie na stan zdrowia populacji. Podstawą funkcjonowania każdego rodzaju organizacji jest posiadanie przez nie środków pieniężnych, które są warunkiem ich efektywnej działalności. System finansowy organizacji związany jest z określeniem zasad jej funkcjonowania w sferze pieniężnej. Według definicji S Owsiaka, system finansowy to zespół powiązanych ze sobą logicznie form organizacyjnych, aktów prawnych, instytucji finansowych i innych elementów umożliwiających podmiotom nawiązywanie stosunków finansowych zarówno w sektorze realnym, jak i w sektorze finansowym[2]. Każdy system składa się z tworzących go wielu elementów, którymi są dla systemu finansowego ochrony zdrowia m.in.: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, jednostki udzielające świadczeń zdrowotnych, producenci farmaceutyków oraz sprzętu medycznego, a także akty prawne. Należy przyjąć, iż system finansowy ochrony zdrowia to wyodrębniona, spójna całość złożona z wielu instytucji o różnorodnych formach organizacyjnych oraz aktów normatywnych, będących podstawą ich tworzenia i funkcjonowania, mających za zadanie realizowanie celów zdrowotnych. System finansowy ochro-

[1] Por. J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Kraków 2004, s. 54–62; C. W łodarczyk, S. Poździoch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wyd. UJ, Kraków 2001, s. 13-19.
[2] S. Owsiak, *Podstawy nauki finansów*, PTE, Warszawa 2002, s. 234.

ny zdrowia ma w każdym państwie mniej lub bardziej złożoną strukturę. Sposoby gromadzenia i wydatkowania środków na ochronę zdrowia w danym państwie związane są bezpośrednio z przyjętym w nim modelem systemu zdrowotnego z jednej strony, z drugiej natomiast to właśnie aspekt finansowania ochrony zdrowia przyczynił się do wyodrębnienia poszczególnych, klasycznych modeli systemu zdrowotnego. Do typowych modeli systemu zdrowotnego zaliczamy następujące:

Bismarcka,
Beveridge'a,
rezydualny (rynkowy),
Siemaszki.

W krajach Unii Europejskiej funkcjonuje jeden z dwóch modeli organizacyjnych systemu opieki zdrowotnej: Bismarcka lub Beveridge'a[3]. Model ubezpieczeniowy Bismarcka jest najstarszym z klasycznych i wywodzi się z rozwiązań przyjętych w ustawie o ubezpieczeniu na wypadek choroby z pakietu ustaw socjalnych zainicjowanych przez kanclerza Rzeszy Niemieckiej, Ottona von Bismarcka [4]. Jest on oparty na ubezpieczeniach, których celem jest ochrona ludzi (pracowników) przed nieprzewidywalnym zdarzeniem (chorobą) i wynikającą z niego utratą bezpieczeństwa materialnego rodziny[5]. Płatnicy (Kasy Chorych) zawierają kontrakty z instytucjami opieki zdrowotnej na świadczenie usług zdrowotnych ubezpieczonej populacji. W ujęciu klasycznym ubezpieczenie jest obowiązkowe tylko dla osób o niższych dochodach (np. w Polsce uczestnictwo w systemie jest obowiązkowe dla wszystkich), natomiast osoby o wyższych dochodach mogą dobrowolnie uczestniczyć w funduszach lub przystąpić do prywatnych programów ubezpieczeniowych. W Polsce od 1999 r. model systemu zdrowotnego z licznymi modyfikacjami oparty jest na systemie Bismarcka

Po II wojnie światowej ukształtował się model angielskiej narodowej (państwowej) służby zdrowia, wprowadzony w 1948 r. w Wielkiej Brytanii przez lorda Beveridge'a. Beveridge wyłączył z systemu ubezpieczeń społecznych opiekę medyczną, tworząc dla niej specjalny fundusz finansowany z podatków ogólnych. Służba zdrowia zyskała także odrębność w sferze zarządzania i organizacji, a powszechne świadczenia zdrowotne finansowane były z budżetu państwa. Charakterystyczne dla tego modelu jest świadczenie usług wszystkim obywatelom, bez względu na status społeczny, oraz monopol państwa w systemie zdrowotnym. Jest ono odpowiedzialne za powszechny dostęp do usług zdrowotnych i realizuje ten obowiązek za pośrednictwem państwowejsłużby zdrowia. Środki na opiekę zdrowotną pochodzą z podatków ogólnych (centralnych) lub lokalnych. Model Beveridge'a występuje obecnie w klasycznej postaci w Wielkiej Brytanii, natomiast Bismarcka – w Niemczech. Systemy ochrony zdrowia poszczególnych krajów UE różnią się między sobą. Różnice te dotyczą przede wszystkim sposobu finansowania ochrony zdrowia w danym kraju.

W modelu rezydualnym (rynkowym), który obecnie występuje przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych, rezygnuje się z odpowiedzialności państwa za dostęp do opieki zdrowotnej. Jednostka samodzielnie decyduje o przeznaczeniu swoich środków pieniężnych na ochronę zdrowia. Następuje w tym przypadku wyraźne rozgraniczenie między zdrowiem publicznym (gdzie aktywność państwa zostaje zachowana) a indywidualnym.

Model Siemaszki (radziecki) powstał w latach 30. XX w. i stał się podstawą tworzenia systemów zdrowotnych w krajach Europy Środkowej i Wschodniej (w tym w Polsce). Jego założenia zostały oparte na koncepcji narodowej służby zdrowia, finansowanej z podatków za pośrednictwem budżetu, i powszechnym dostępie do szerokiego zakresu świadczeń. W powyższym modelu państwo jest odpowiedzialne za zdrowie społeczeństwa.

Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce

Przed II wojną światową występował w Polsce ubezpieczeniowy model systemu zdrowotnego. Ubezpieczenie zdrowotne było obowiązkowe dla pracowników najemnych, lecz z systemu ubezpie-

[3]Szerzej modele systemów zdrowotnych UE [w:] M. Paszkowska, *Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w wybranych państwach UE*, „e-Finanse" 2006, nr 1.
[4] M. Balicki, Z. Koronkiewicz, *System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej*, [w:] *Prawo medyczne*, red. L Kubicki, Wydawnictwo Medyczne & Urban Partner, Wrocław 2003, s. 134.
[5] Por. M. Kautsch, J. Klich, M. Whitfeld, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wyd. UJ, Kraków 2001, s. 33.

czeń wyłączeni byli chłopi. Działanie kas chorych i mieszana struktura dostawców usług zdrowotnych trwały przez dwadzieścia lat, do wybuchu II wojny światowej. W Polsce międzywojennej przepisy ubezpieczeniowe nie miały charakteru powszechnego. Przywileje otrzymywały tylko niektóre grupy pracowników. Należeli do nich pracownicy umysłowi oraz państwowi. Składki ubezpieczeniowe obciążały zarówno pracowników, jak i pracodawców. Państwo nie uczestniczyło w finansowaniu świadczeń ubezpieczeniowych. Świadczenia na rzecz pracownika uzależnione były od wpłacanych składek.

W Polsce po II wojnie światowej rozwinął się scentralizowany model ochrony zdrowia, który był pochodną rozwiązań radzieckich. Modele wprowadzane w krajach socjalistycznych po II wojnie światowej miały być wzorowane na modelu Siemaszki. Model centralnego planowania, przyjęty dla całości gospodarki, z pełną konsekwencją zastosowano w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej. Zakłady opieki zdrowotnej były finansowane centralnie z budżetu państwa. Po II wojnie światowej rozszerzono wymiar świadczeń, a składkami ubezpieczeniowymi obciążono jedynie podmiot zatrudniający. Wydatki na świadczenia ubezpieczeniowe włączone zostały w ogólny system finansowy państwa, co zagwarantowało otrzymywanie świadczeń wszystkim uprawnionym, niezależnie od wysokości wpływów pochodzących ze składek. Ochrona zdrowia i bezpłatny dostęp do niej dla obywateli polskich były zagwarantowane zapisem konstytucyjnym z 1952 r., który mówił, że „obywatele Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej mają prawo do ochrony zdrowia oraz do pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy”[6]. Nie znaczy to jednak, że wszystkie grupy społeczne miały w istocie zapewnione bezpłatne świadczenia zdrowotne, bo np. rolnicy indywidualni i ich rodziny dopiero po reformach uzyskali prawo do bezpłatnego leczenia, co nastąpiło w 1972 r.

Proces reformowania systemu opieki zdrowotnej został zapoczątkowany w 1989 r. głębokimi zmianami ustroju politycznego i gospodarczego państwa. Zmiany w samym systemie opieki zdrowotnej postępowały wolno[7]. Bardzo ważnym etapem tych przekształceń było uchwalenie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r.[8]. Umożliwiła ona wprowadzenie radykalnych przemian w finansowaniu i organizacyjnym umocowaniu wszystkich instytucji opieki zdrowotnej. Do 1999 r. obowiązywał w polskim systemie zdrowotnym model Siemaszki. Został on zastąpiony przez model ubezpieczeniowy, oparty z modyfikacjami na koncepcji Bismarcka, a wprowadzony ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 6 lutego 1997 r. (weszła w życie 1 stycznia 1999 r.). Podstawą reformy było odejście od budżetowego systemu finansowania opieki zdrowotnej i przejście do systemu mieszanego: budżetowo-ubezpieczeniowego. Z wejściem w życie ustawy w Polsce po ponad sześćdziesięciu latach zaczęły funkcjonować kasy chorych. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wprowadzała do systemu 16 kas regionalnych, podzielonych zgodnie z podziałem administracyjnym kraju i jedną kasę branżową. Kasy chorych zarządzały zgromadzonymi funduszami[9]. Środki finansowe pochodziły przede wszystkim ze składek ubezpieczeniowych, odliczanych od podatku dochodowego od osób fizycznych. 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%.

Z jednej strony, ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym kreowała nowy rodzaj ubezpieczenia zdrowotnego, który był oparty na zasadach solidarności społecznej, samorządności, samofinansowania, prawa wolnego wyboru lekarza i kasy chorych, zapewnienia równego dostępu do świadczeń, z drugiej zaś stworzyła placówki nieprzynoszące zyski, które nie potrafiły koordynować swoich działań. Składka na ubezpieczenie zdrowotne ustalana była jednolicie dla wszystkich ubezpieczonych, niezależnie od wieku, stanu zdrowia czy wykonywanego zawodu i wynosiła 7,5% podstawy jej wymiaru. Osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z mocy ustawy, bez jakichkolwiek działań z ich strony,stawały się członkami regionalnej kasy chorych, właściwej dla ich miejsca zamieszkania. Ustawodawca, określając zakres przedmiotowy ubezpieczenia zdrowotnego, wymienił katalog świadczeń przysługujących ubezpieczonemu, finansowanych przez kasę chorych.

---

[6] Art. 60., pkt 1. Konstytucji PRL z 22 lipca 1952 r.
[7] Szerzej reforma polskiej ochrony zdrowia w latach 1997-2002: C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Wyd. UJ, Kraków 2003, s. 169-258.
[8] DzU nr 91, poz. 408 z późn. zm.
[9] Art. 65. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 6 lutego 1997 r.

Działający do 30 marca 2003 r. system kas chorych został zastąpiony Narodowym Funduszem Zdrowia. 1 kwietna 2003 r. weszła w życie ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia. Nowa ustawa wprowadzała zasadnicze zmiany w instytucji płatnika. Polegały one na centralizacji, ponieważ siedemnaście kas chorych zostało zastąpione jednym Narodowym Funduszem Zdrowia (kompetencje kas chorych przejął Narodowy Fundusz Zdrowia z szesnastoma regionalnymi oddziałami i centralną siedzibą w Warszawie). Pozostałe zasady ubezpieczenia zdrowotnego zasadniczo nie różniły się od określonych w poprzednio obowiązującej ustawie. 1 października 2004 r. weszła w życie kolejna reforma opieki zdrowotnej. Ostatnio obowiązujący akt prawny, regulujący zasady funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce (ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ) został uchylony orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego. Powodem uchylenia był m.in. brak jasnego określenia zasad i warunków udzielania świadczeń medycznych. Realizatorem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, jest NFZ, a jego naczelne zasady zakładają równe traktowanie obywateli oraz solidarność społeczną, zapewnienie ubezpieczonemu swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych i wolnego wyboru świadczeniodawców. Ustawa określa prawa i obowiązki ubezpieczonego, zasady, tryb i terminy zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego, ustalenia składek na ubezpieczenie zdrowotne, opłacenia i rozliczenia oraz rewindykacji składek, prowadzenia ewidencji ubezpieczonych, organizacji i zasady działania NFZ, zasadę nadzoru i kontroli.

Z zasady solidarności społecznej wynika, że wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne nie ma wpływu na ilość, jakość i rodzaj otrzymywanych świadczeń. W związku z tą zasadą ubezpieczeni, którzy korzystają ze świadczeń zdrowotnych sporadycznie, finansują opiekę zdrowotną osób chorych i częściej korzystających z pomocy medycznej. Zasada prawa wolnego wyboru świadczeniodawcy wprowadziła zasadniczą zmianę w systemie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, gdyż ubezpieczony ma obecnie możliwość wyboru dowolnego świadczeniodawcy spośród tych, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z NFZ.

Jednostki organizacyjne systemu finansowego ochrony zdrowia RP

Elementami systemu finansowego ochrony zdrowia są m.in. uczestniczące w nim jednostki organizacyjne, do których należy zaliczyć przede wszystkim te udzielające świadczeń zdrowotnych – Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem świadczeń zdrowotnych mogą udzielać następujące jednostki organizacyjne:

- zakłady opieki zdrowotnej (publiczne i niepubliczne),
- indywidualne praktyki (lekarskie, pielęgniarskie, położnych),
- grupowe praktyki (lekarskie, pielęgniarskie, położnych)[10].

Definicja świadczeń zdrowotnych zawarta jest w ustawie z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 2. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej świadczenie zdrowotne to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu, a także poprawie zdrowia i inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub z przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z:

- badaniem i poradą lekarską,
- leczeniem,
- badaniem i terapią psychologiczną,
- rehabilitacją leczniczą,
- opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, połogiem oraz nad noworodkiem,
- opieką nad zdrowym dzieckiem,
- badaniem diagnostycznym,
- pielęgnacją chorych,

[10] Świadczenia zdrowotne mogą być w wyjątkowych przypadkach udzielane przez uprawnione do tego osoby fizyczne, prowadzące działalność gospodarczą (np. gabinet rehabilitacji).

- pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi,
- opieką paliatywno-hospicyjną,
- orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia,
- zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne,
- czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji,
- czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Zakład opieki zdrowotnej (ZOZ) to wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, utworzony i utrzymany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia[11]. Zakładem opieki zdrowotnej jest m.in. szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, pogotowie ratunkowe, pracownia diagnostyczna, żłobek, zakład rehabilitacji leczniczej. Zakłady opieki zdrowotnej dzielą się zależnie od tego, kto jest ich organem założycielskim, na publiczne i niepubliczne[12]. Mogą być tworzone przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę i jednostki samorządu terytorialnego na poziomie województwa, powiatu i gminy. Są to publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Zakłady opieki zdrowotnej mogą być również tworzone przez kościoły, związki wyznaniowe, fundacje, związki zawodowe, samorząd zawodowy, stowarzyszenia, inne krajowe lub zagraniczne osoby prawne lub osoby fizyczne oraz spółki niemające osobowości prawnej (spółki cywilne i spółki osobowe prawa handlowego). Powyższe podmioty tworzą niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. ZOZ udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatność lub odpłatnie. Szczegółową organizację i ustrój ZOZ-u określa statut, który nadaje organ założycielski.

Poza ZOZ-em świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, pielęgniarskie i położnicze. Zgodnie z artykułem 50. ustawy o zawodzie lekarza lekarz ma prawo wykonywać indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, (jeśli posiada specjalizację w dziedzinie medycyny odpowiadającej wykonywanej praktyce), po uzyskaniu zezwolenia i wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich we właściwej okręgowej izbie lekarskiej. Lekarze w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mogą prowadzić grupową praktykę prywatną w formie spółki cywilnej lub spółki partnerskiej[13]. Także pielęgniarki i położne mogą zakładać indywidualne praktyki po uzyskaniu zezwolenia okręgowej rady pielęgniarek i położnych, właściwej ze względu na miejsce jej wykonywania. Grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych może być wykonywana w formie spółki prawa cywilnego albo spółki partnerskiej.

Działem administracji rządowej – zdrowie – kieruje minister właściwy do spraw zdrowia, który ponadto:

1. jest dysponentem części 46 budżetu państwa,
2. koordynuje działania w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa żywności,
3. koordynuje działania w zakresie zapobiegania wystąpieniu zagrożeń biologicznych, zwłaszcza spowodowanych działalnością o charakterze terrorystycznym.

Dział zdrowie obejmuje sprawy:

- ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej,
- nadzoru nad produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi i produktami biobójczymi oraz nad kosmetykami w zakresie bezpieczeństwa zdrowia ludzi,
- organizacji i nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne,
- zawodów medycznych,
- warunków sanitarnych i nadzoru sanitarnego,
- lecznictwa uzdrowiskowego,
- koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych.

[11] Art. 1. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.
[12] Por. art. 8. ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.
[13] S. Poździoch, *Prawo zdrowia publicznego. Zarys problematyki*, Wyd. Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2004, s. 117.

Minister Zdrowia w zakresie swoich kompetencji sprawuje kontrolę, a także nadzór nad organami i jednostkami podległymi oraz nadzorowanymi[14]. Wśród jednostek podległych lub nadzorowanych znajdują się m.in. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), akademie medyczne, instytuty naukowo-badawcze, szpitale kliniczne, Regionalne Centra Krwiodawstwa. Do najważniejszych zadań postawionych sobie przez obecnego Ministra Zdrowia, prof. Zbigniewa Religię, w zakresie sytemu finansowego należą: utrzymanie dotychczasowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, dofinansowanie służby zdrowia z budżetu państwa, ustabilizowanie poziomu składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Realizatorem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest NFZ. Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwową jednostką organizacyjną, posiadającą osobowość prawną, której siedzibą jest miasto stołeczne Warszawa. Działa on na podstawie ustawy i statutu, który nadaje Prezes Rady Ministrów w drodze rozporządzenia, uwzględniając w szczególności strukturę organizacyjną Funduszu i jego oddziałów wojewódzkich, a także kwoty, do wysokości których Zarząd Funduszu jest uprawniony podejmować samodzielne decyzje dotyczące nabywania praw i zaciągania zobowiązań. Fundusz, działając w celu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym, zarządza środkami finansowymi, pozyskiwanymi na podstawie ustawy, oraz zawiera umowy ze świadczeniodawcami. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia zdrowotne oraz zapewnia refundację leków w ramach posiadanych środków finansowych. W skład Funduszu wchodzą centrala Funduszu oraz oddziały wojewódzkie, tworzone zgodnie z podziałem terytorialnym państwa. Narodowy Fundusz Zdrowia nie prowadzi działalności gospodarczej[15], zakładów opieki zdrowotnej, nie może być ich właścicielem, ani nie może posiadać w jakiejkolwiek formie praw własności w stosunku do podmiotów prowadzących zakłady opieki zdrowotnej lub apteki, a w szczególności nie może być udziałowcem lub akcjonariuszem ZOZ-u i aptek. Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu, który reprezentuje go na zewnątrz[16]. Jest on powoływany przez Prezesa Rady Ministrów. Dysponując środkami ze składek ubezpieczeniowych, Fundusz działa na rzecz uprawnionych do świadczeń zdrowotnych, finansując różnego rodzaju usługi medyczne.

Do zadań NFZ należy ponadto:

- określanie jakości i dostępności, a także analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w formie niezbędnej dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie,
- opracowywanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych,
- wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizowanie programów zdrowotnych,
- monitorowanie ordynacji lekarskich,
- promocja zdrowia[17].

Źródła finansowania polskiego systemu zdrowotnego

W polskim systemie zdrowotnym można wyróżnić następujące źródła finansowania ochrony zdrowia:

- ubezpieczenie zdrowotne (obowiązkowe i dobrowolne),
- budżet państwa,
- środki własne pacjentów (płacone bezpośrednio przez korzystających z usług medycznych).

[14] Wykaz organów podległych i nadzorowanych zawiera rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z 11 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (DzU nr 134, poz. 1439).
[15] Por. art. 97. ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
[16] Por. art. 102. ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
[17] Art. 97. ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ubezpieczenie zdrowotne ma podstawowy i dominujący udział w polskim systemie finansowym ochrony zdrowia. Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa prawa i obowiązki ubezpieczonego, zasady, tryb i terminy zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego, ustalenia składek na ubezpieczenie zdrowotne, opłacenia i rozliczenia oraz rewindykacji składek, prowadzenia ewidencji ubezpieczonych, organizacji i zasady działania NFZ, zasadę nadzoru i kontroli. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie. Zgłoszenia kierowane są do ZUS-u lub KRUS-u[18]. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do Funduszu uzyskuje prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego. Ubezpieczony w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej w ramach posiadanych przez Fundusz środków finansowych. Bez wykładania własnych środków pacjent otrzyma pomoc medyczną w ZOZ-ach i gabinetach, które mają podpisany kontrakt na świadczenie usług zdrowotnych. Świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie:

1. badania diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną,
2. świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne,
3. podstawową opiekę zdrowotną,
4. świadczenia w środowisku nauczania i wychowania,
5. ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne,
6. rehabilitację leczniczą,
7. świadczenia stomatologiczne,
8. leczenie szpitalne,
9. świadczenia wysoko specjalistyczne,
10. leczenie w domu chorego,
11. badanie i terapię psychologiczną,
12. badanie i terapię logopedyczną,
13. świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną,
14. pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi,
15. opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu,
16. opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią,
17. opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia,
18. opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18,
19. leczenie uzdrowiskowe,
20. zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze,
21. transport sanitarny oraz ratownictwo medyczne[19].

Oprócz możliwości swobodnego wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarki pacjent ma prawo do swobodnego wyboru specjalisty spośród zakontraktowanych przez NFZ. Może dowolnie wybierać szpital mający umowę z NFZ-em. Skierowanie do szpitala wydaje lekarz, dentysta lub felczer, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. W razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodujących zagrożenie życia, pomocy udziela bezpłatnie pogotowie ratunkowe. Ze środków publicznych nie są finansowane zgodnie z ustawą bez względu na zakres ich zastosowania:

1. szczepienia ochronne niewchodzące w zakres obowiązkowych szczepień ochronnych,

[18] Art. 77. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
[19] Art. 15., pkt. 2. ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach niebędących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia,
3. operacje zmiany płci,
4. świadczenia z zakresu akupunktury, z wyjątkiem świadczeń udzielanych w leczeniu przewlekłego bólu,
5. zabiegi przyrodolecznicze i rehabilitacyjne w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach uzdrowiskowych i ambulatoryjnym lecznictwie uzdrowiskowym, niezwiązane z chorobą podstawową, będącą bezpośrednią przyczyną skierowania na leczenie uzdrowiskowe,
6. poradnictwo psychoanalityczne.

Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w omawianej ustawie mają prawo:

1. osoby objęte powszechnym, obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (ubezpieczeni),
2. osoby inne niż ubezpieczeni, posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art.8. ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej[20].

Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają w szczególności:

- osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników (pracownicy, rolnicy, zleceniobiorcy itd.),
- żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową, zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową,
- policjanci, funkcjonariusze ABW, BOR, SG, SW, PSP.
- sędziowie i prokuratorzy[21].

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do Funduszu uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Osoba niewymieniona w art. 66. powoływanej ustawy może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi docelowo 9% podstawy wymiaru składki (w 2006 r. jest to 8,75% podstawy wymiaru). Docelowo stawka procentowa składki ma wynieść 9%, co nastąpi od 1 stycznia 2007 r. Zgodnie z przepisami w ostatnich latach w Polsce stawka składki ulegała stopniowemu wzrostowi o 0,25% rocznie. Składka jest miesięczna i niepodzielna. Składka na ubezpieczenie zdrowotne rolnika podlegającego ubezpieczeniu społecznemu rolników jest równa kwocie odpowiadającej cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie rolnym, ustalonej dla celów wymiaru podatku rolnego. W przypadku, gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie. Podlega ona odliczeniu od:

1. podatku dochodowego od osób fizycznych,
2. ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych, karty podatkowej oraz zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych .

Świadczenia lekarza dentysty i materiały stomatologiczne to dziedziny świadczeń zdrowotnych, gdzie występuje mieszane źródło finansowania. Z jednej strony, obowiązuje ubezpieczenie zdrowotne, a z drugiej – bezpośrednie opłaty wnoszone przez pacjenta. Zakres świadczeń stomatologicznych gwarantowanych (opłacanych ze środków publicznych) określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 listopada 2004 r. w sprawie wykazu gwarantowanych świadczeń lekarza dentysty i materiałów

[20] DzU nr 64, poz. 593 i nr 99, poz. 1001.
[21] Por. art. 66. ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

stomatologicznych oraz rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń[22]. Powyższe rozporządzenia ustala:

1. wykaz świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia,
2. wykaz dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty, przysługujących dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia,
3. wykaz dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty, przysługujących kobietom w ciąży i w okresie połogu, trwającego 42 dni od dnia porodu, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia,
4. wykazy „podstawowych" i dodatkowych materiałów stomatologicznych.

Wykaz niektórych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane

Lp.	Świadczenie lekarskie dentystyczne
1	Badanie, orzeczenia, czynności szczegółowe
Np.	Badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 raz w okresie 12 miesięcy z wprowadzeniem zapisów w dokumentacji (obejmuje instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej)
2	Badanie lekarskie kontrolne 3 razy w okresie 12 miesięcy
3	Rentgenodiagnostyka – do 2 zdjęć wewnątrzustnych w okresie 12 miesięcy z wpisaniem opisu do dokumentacji (przysługuje wyłącznie w połączeniu ze świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych)
4	Znieczulenie (przysługuje w powiązaniu ze świadczeniami stomatologicznymi finansowanymi ze środków publicznych)
5	Leczenie choroby próchnicowej zębów
6	Leczenie endodontyczne zębów z wyłączeniem zębów przedtrzonowych i trzonowych
7	Zapobieganie i leczenie chorób przyzębia
8	Usunięcie zęba
9	Leczenie protetyczne z zastosowaniem ruchomych częściowych i całkowitych protez akrylowych w szczęce i żuchwie raz na 5 lat oraz odtworzenie funkcji żucia przez naprawę protez ruchomych częściowych i całkowitych w szczęce i żuchwie raz na 2 lata

Źródło: Załącznik nr 1 do rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 listopada 2004 r. w sprawie wykazu gwarantowanych świadczeń lekarza dentysty i materiałów stomatologicznych oraz rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń[23].

W niejednolity sposób finansowane są również leki. Zaopatrzenie w nie i inne wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Leki podstawowe, uzupełniające oraz recepturowe są wydawane świadczeniobiorcy na podstawie recepty, za odpłatnościąryczałtową za leki podstawowe i receptu-rowe oraz w wysokości 30% albo 50% ceny leku za leki uzupełniające.

Opłata ryczałtowa nie może przekraczać 0,5% minimalnego wynagrodzenia w przypadku leku podstawowego oraz 1,5% minimalnego wynagrodzenia w przypadku leku recepturowego. Szczegółowe zasady finansowania leków określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 grudnia 2004 r. w sprawie wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające. Określono w nim wykaz leków podstawowych, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia oraz wykaz leków uzupełniających wydawanych za odpłatnością w wysokości:

[22] DzU nr 261, poz. 2601.
[23] DzU nr 261, poz. 2601.

- 30% ceny leku, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia,
- 50% ceny leku, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia[24].

Kolejnym aktem prawnym, regulującym kwestię finansowania leków w Polsce, jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 grudnia 2004 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością[25]. Stanowi ono, że niektóre leki i wyroby medyczne przepisuje się bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością osobom chorującym na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorującym na określone w nim choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte (np. astmę, cukrzycę, jaskrę, gruźlicę, nowotwory złośliwe, miastenię, stwardnienie rozsiane).

Ubezpieczenie zdrowotne stanowi podstawowe źródło finansowania ochrony zdrowia w Polsce i zapewnia pacjentom szeroki zakres świadczeń zdrowotnych. Z niego finansowana jest podstawowa opieka zdrowotna, świadczenia specjalistyczne, ambulatoryjne i stacjonarne. Poza zakresem świadczeń zdrowotnych, objętych refundacją NFZ-u, pozostają częściowo lub całkowicie zasadniczo tylko świadczenia stomatologiczne i leki oraz medycyna pracy. Należy pamiętać, że za świadczenia zdrowotne udzielone osobie znajdującej się w stanie nietrzeźwości publiczny zakład opieki zdrowotnej pobiera opłatę niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, jeżeli jedyną i bezpośrednią przyczyną udzielonego świadczenia było zdarzenie spowodowane stanem nietrzeźwości tej osoby[26]. Także osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania[27].

Jak z ubezpieczenia zdrowotnego NFZ finansuje leczenie pacjenta Kowalskiego(i wszystkie inne świadczenia zdrowotne przysługujące ubezpieczonym zgodnie z ustawą), który złamie nogę? Jeżeli tylko Kowalski jest ubezpieczony (jak zdecydowana większość Polaków) w NFZ, to instytucja ta finansuje koszty jego leczenia pod warunkiem, że zostało ono przeprowadzone w placówce ochrony zdrowia (świadczeniodawcy) mającej podpisany tzw. kontrakt (umowę) na udzielanie świadczeń zdrowotnych z instytucją ubezpieczenia zdrowotnego (czyli NFZ). Refundacja kosztów leczenia z ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje tylko leczenie prowadzone przez lekarzy, zakłady opieki zdrowotnej, z którymi Fundusz zawarł odpowiednie umowy. Przy pomocy tych podmiotów państwo realizuje konstytucyjny obowiązek zapewnienia ochrony zdrowia swym obywatelom. Fundusz zaspokaja potrzeby ubezpieczonych, zapewniając pacjentom dostęp do świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia poprzez zawieranie kontraktów ze świadczeniodawcami[28]. Szczegółowe zasady kontraktowania przez NFZ świadczeń zdrowotnych reguluje ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art. 132-161. NFZ stosuje wobec świadczeniodawców zasadniczo dwie podstawowe formy płatności za świadczenia zdrowotne:

- płatność za usługę (np. poradę lekarza specjalisty),
- stawkę kapitacyjną (np. podstawowa opieka zdrowotna).

Większość ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowana jest w oparciu o przypisaną im przez instytucję ubezpieczenia wartość punktową (np. konsultacja okulisty może być za 1 lub 4 pkt, zależnie od typu porady). Natomiast z zawartego z konkretnym świadczenodawcą kontraktu wynika kwestia wyceny punktów poszczególnych świadczeń (np. 5,50 zł = 1 pkt w okulistyce). Lekarz rodzinny (podstawowej opieki zdrowotnej) nie otrzymuje płatności za swoje poszczególne usługi medyczne, tylko globalną kwotę (ok. 60-80 zł) na jednego zapisanego do niego pacjenta na rok (stawka kapitacyjna).W rezultacie powyższych uregulowań systemowych zakład opieki zdrowotnej oraz prywatne praktyki lekarskie, jeżeli mają kontrakt zawarty z NFZ, mają prawo do refundacji kosztów leczenia ubezpieczonych.

---

[24] DzU nr 274, poz.2725.
[25] DzU nr 275, poz, 2730.
[26] Por. art. 33. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.
[27] Zgodnie z art. 34a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że nie może być ona wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoby przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym.
[28] T. Zimna, *Zawieranie umów na świadczenia medyczne*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2004, s. 25.

Należy podkreślić, iż większość przychodów NFZ pochodzi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, a procentowo jest to liczba około 98%, (w 2004 r. wyniosła niemal 98,5% wszystkich przychodów NFZ). Pozostałe 1,5% przychodów to przychody ze składek z lat ubiegłych, przychody finansowe oraz środki otrzymane na profilaktyczne programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej realizowane na zlecenie Ministra Zdrowia[29].

Poza ubezpieczeniem zdrowotnym kolejnym źródłem finansowania polskiego systemu zdrowotnego jest budżet państwa, szczególnie w zakresie tzw. świadczeń wysoko specjalistycznych. Finansowanie świadczeń zdrowotnych z budżetu państwa uregulowane zostało w rozporządzeniu z 13 grudnia 2004 r. w sprawie świadczeń wysoko specjalistycznych, finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia[30]. Rozporządzenie określa wykaz i zakres udzielania świadczeń wysoko specjalistycznych, finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, tryb przekazywania środków publicznych na realizację tych świadczeń oraz sposób ustalania ceny świadczeń i sposób ich finansowania. Wykaz świadczeń wysoko specjalistycznych określa załącznik nr 1 do rozporządzenia, natomiast zakres tych świadczeń – załącznik nr 2. Środki publiczne są przekazywane świadczeniodawcom, z którymi minister właściwy do spraw zdrowia zawarł umowę o udzielanie tych świadczeń. Ceny świadczeń ustala się, biorąc pod uwagę ceny proponowane przez świadczeniodawcę oraz średnie koszty poszczególnych świadczeń określone przez ministra. Przekazanie środków publicznych świadczeniodawcy następuje na podstawie umowy. Środki publiczne świadczeniodawca przeznacza wyłącznie na pokrycie kosztów związanych z realizacją umowy.

Wykaz świadczeń wysokospecjalistycznych, które są finansowane z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia

Lp.	Świadczenie wysokospecjalistyczne
1	Przeszczepienie autologicznego szpiku
2	Przeszczepienie allogenicznego szpiku od rodzeństwa identycznego w HLA
3	Przeszczepienie allogenicznego szpiku od dawcy alternatywnego
4	Przeszczepienie wątroby
5	Przeszczepienie nerki
6	Przeszczepienie nerki i trzustki
7	Przeszczepienie serca
8	Przeszczepienie płuca
9	Przeszczepienie serca i płuca
10	Przeszczepienie rogówki
11	Immunoablacja w leczeniu aplazji szpiku
12	Radioterapia przy zastosowaniu specjalnej techniki naświetlania: stereotaktyczna konformalna, niekoplanarna
13	Brachyterapia ze sterotaksją mózgową
14	Operacje wad wrodzonych serca u niemowląt
15	Operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym
16	Diagnostyczne cewnikowanie serca, biopsja mięśnia sercowego u dzieci do lat 18
17	Kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przezskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających

Źródło: Załącznik nr 1 do rozporządzeniu z 13 grudnia 2004 r. w sprawie świadczeń wysoko specjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

Należy podkreślić, iż z budżetu będącego w dyspozycji Ministra Zdrowia finansowane są tylko świadczenia wysoko specjalistyczne. Ponadto zgodnie z art. 55. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może otrzymywać dotacje budżetowe na:

[29] *Raport NFZ za 2004 rok*, Warszawa 2006, s. 74.
[30] DzU nr 267, poz. 2661.

- realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia,
- pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne,
- inwestycje, w tym zakup wysoko specjalistycznych aparatury i sprzętu medycznego,
- cele określone w art. 67a[31],
- cele szczególne, przyznawane na podstawie odrębnych przepisów.

Świadczenia zdrowotne, udzielane pacjentom przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej (ale nie SPZOZ), są finansowane z budżetu państwa, jednak to źródło finansowania systemu ma znaczenia marginalne, gdyż takich placówek z uwagi na likwidacje lub przekształcenia w SPZOZ jest już bardzo mało.

Trzecim poza ubezpieczeniem zdrowotnym i budżetem państwa źródłem finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia jest bezpośrednie płacenie za świadczenia medyczne przez pacjenta. Należy jednak rozróżnić dwie sytuacje: płacenie przez pacjenta za usługi medyczne niepodlegające finansowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego czy budżetu państwa (ze środków publicznych),płacenie przez pacjenta za usługi medyczne podlegające refundacji z ubezpieczenia zdrowotnego.

Pierwsza z wyodrębnionych sytuacji wynika z założeń systemowych i ma miejsce wtedy, gdy ubezpieczony korzysta ze świadczenia zdrowotnego, które nie jest lub jest tylko częściowo finansowane ze środków publicznych (np. wypełnienie światłoutwardzalne zęba). Druga sytuacja ma charakter bardziej złożony i może wynikać z co najmniej z trzech przyczyn:

- braku statusu ubezpieczonego przez pacjenta – wtedy musi on w całości płacić za udzielone mu świadczenia zdrowotne (również te finansowane ze środków publicznych),
- udzielenia świadczenia przez świadczeniodawcę niemającego podpisanego kontraktu z NFZ (korzystania z prywatnej służby zdrowia),
- udzielenia świadczenia przez świadczeniodawcę mającego kontrakt z NFZ, jednakże poza limitem, kolejką itp.(np. ubezpieczony płaci w publicznym szpitalu za wcześniejszą operację lub sam kupuje endoprotezę).

W obecnym stanie prawnym rola pacjenta w bezpośrednim współfinansowaniu systemu zdrowotnego nie ma fundamentalnego znaczenia, jednakże w przyszłości udział finansowy pacjenta może się zwiększyć. Analizując system finansowania ochrony zdrowia w Polsce, autorka zajęła się przede wszystkim źródłami jego finansowania, abstrahując częściowo od kwestii charakteru prawnego świadczeniodawcy (publiczny czy prywatny), która wymaga odrębnego rozpatrzenia. Należy jedynie wspomnieć, że przynależność świadczeniodawcy do sfery publicznej lub prywatnej ma wpływ na źródła jego finansowania[32].

Podsumowanie

Z przyjętego modelu systemu zdrowotnego w danym kraju wynika bezpośrednio metoda finansowania opieki zdrowotnej, dlatego też można wyróżnić dwa główne źródła finansowania, tj. podatki i ubezpieczenia. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym przesądziła na dłuższy czas (przynajmniej do chwili obecnej) o sposobie finansowania usług medycznych w Polsce. Wprowadzenie ustawy o NFZ zmieniło tylko strukturę płatnika, ale nie zmieniło reguły fundamentalnej – oddzielenia funkcji płatnika od funkcji świadczeniodawcy[33]. Na skutek reform ochrony zdrowia w latach 90. XX w. do systemu zdrowotnego wprowadzono rachunek ekonomiczny w miejsce zasady wykonywania przydzielonego budżetu.

---

[31] Podmiot sprawujący nadzór może nałożyć na zakład opieki zdrowotnej obowiązek wykonania dodatkowego zadania, jeżeli jest to niezbędne ze względu na potrzeby systemu opieki zdrowotnej, w przypadku klęski żywiołowej lub w celu wykonania zobowiązań międzynarodowych.
[32] Por. A. Sieńko, *Prawo ochrony zdrowia*, Dom Wyd. ABC, Warszawa 2006, rozdział 4.
[33] E. Hibner, *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyd. WSH-E, Łódź 2003, s. 175.

Finansowanie polskiej służby zdrowia ma kilka źródeł. Podstawowym źródłem finansowania systemu jest Narodowy Fundusz Zdrowia, który z kolei większość swoich wpływów otrzymuje ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Jeżeli chodzi o wydatki publiczne na służbę zdrowia w Polsce, to udział w nich NFZ-u wynosi więcej niż 80% ogółu wydatków. Można przyjąć założenie, że finansowanie służby zdrowia przez NFZ to inaczej finansowanie jej ze składek płaconych przez ubezpieczonych. Kolejną opcją finansowania opieki zdrowotnej w Polsce jest budżet państwa, który co prawda nie zasila jej w stopniu porównywalnym do NFZ, jednak mimo malejących wpływów wciąż ma dla służby zdrowia w Polsce duże znaczenie. W roku 2004 wydatki z budżetu na ten cel wyniosły około 3,8 mld zł. Niewątpliwie w ostatnich latach udział budżetu państwa w finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce spada[34]. W roku 2005 wydatki były jeszcze niższe niż w roku poprzednim i wyniosły około 3 mld zł.

Kolejne źródła finansowania nie pochodzą już ze środków publicznych, ale z dochodów własnych ludności, które szacuje się oficjalnie na jakieś 20-25% wszystkich wydatków na służbę zdrowia. Większość z tego dość pokaźnego źródła stanowią opłaty pacjentów za leki, pozostałe to opłaty za usługi medyczne. Polska jest w tej chwili krajem, który pod względem odsetka wydatków prywatnych na służbę zdrowia wyprzedza wiele innych państw. Poziom prywatnych wydatków jest wyższy niż np. w Niemczech i Francji, a z krajów nowo przyjętych do Unii przewyższa m.in. Czechy i Węgry[35]. W dużej mierze taki obraz rzeczy jest spowodowany słabością publicznej służby zdrowia oraz bardzo ograniczoną możliwością zwiększania nakładów publicznych na opiekę zdrowotną, co jest z kolei rekompensowane przez powiększające się nakłady środków prywatnych.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych nie wprowadziła mechanizmów jasnego określenia maksymalnego czasu oczekiwania na deficytowe badania czy zabiegi, ani też nie zawiera tzw. koszyka świadczeń, za które pacjent nie będzie musiał płacić. Fakt ten niewątpliwie może przyczynić się do większego zainteresowania prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi w towarzystwach ubezpieczeniowych oraz ofertą powstających coraz częściej prywatnych klinik i gabinetów. Ubezpieczenia dodatkowe odciążą system powszechnych ubezpieczeń i staną się dodatkowym źródłem dochodów dla niedofinansowanych szpitali, a więc będą sprzyjać podwyższeniu jakości usług w publicznym sektorze ochrony zdrowia, na czym skorzystają właśnie mniej zamożni pacjenci.

W Polsce głównym źródłem finansowania systemu zdrowotnego est powszechne ubezpieczenie zdrowotne. W praktyce występuje również współpłatność pacjenta za usługi medyczne, jednakże nie jest to źródło o dominujący ekonomicznie znaczeniu (niewiele pieniędzy wpływa w ten sposób do systemu). W Polsce zgodnie z zapisem Konstytucji każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Świadczenia opieki zdrowotnej przysługują wszystkim obywatelom Rzeczypospolitej na zasadach określonych w ustawie. Osoby podlegające obowiązkowemu i dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w Polsce stanowią niemal 99% społeczeństwa. Zgodnie ze stanem na 28 grudnia 2004 r. w Narodowym Funduszu Zdrowia ubezpieczonych było 37 909 915 osób. Z tej ogromnej liczby ubezpieczonych zaledwie niewielki odsetek osób stanowią dobrowolnie ubezpieczeni w NFZ. Zgodnie z danymi przedstawionymi przez Fundusz za rok 2004 takich osób było jedynie 16560. Wśród ubezpieczonych w NFZ nieco ponad 28 mln osób to członkowie opłacający składkę na ubezpieczenie zdrowotne, natomiast około 9,5 mln osób stanowią członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia[36]. W przypadku osób ubezpieczonych za świadczenia zdrowotne płaci NFZ, a osób innych niż ubezpieczone – budżet państwa.

Finansowanie systemu opieki zdrowotnej było i będzie dla wielu krajów jednym z podstawowych problemów ekonomiczno-społecznych. Rozwiązanie konfliktu społecznego, wynikającego z możliwości finansowych państwa i oczekiwań pacjentów, wymaga systemowego uregulowania zasad funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce. Niewątpliwie szansą racjonalizacji systemu finansowania ochrony zdrowia są ubezpieczenia prywatne, współpłatność za niektóre usługi przez pacjenta oraz efektywne zarządzanie posiadanymi środkami przez NFZ świadczeniodawców.

---

[34] *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004, s. 15-25.
[35] EMC Instytut Medyczny, *Raport analityczny*, s. 7-8.
[36] *Raport NFZ za 2004 rok*, s. 59.

Literatura

Balicki M., Koronkiewicz Z., *System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej*, [w:] *Prawo medyczne*,red. L. Kubicki, Wydawnictwo Medyczne § Urban Partner, Wrocław 2003.

EMC Instytut Medyczny SA, *Raport analityczny.*

Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, Zielona Księga, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004.

Hibner E., *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyd. WSH-E, Łódź 2003.

Kautsch M., Klich J., Whitfeld M., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wyd. UJ, Kraków 2001.

Niżnik J., *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Kraków 2004.

Owsiak S., *Podstawy nauki finansów*, PTE ,Warszawa 2002.

Paszkowska M., *Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w wybranych państwach UE*, „e-Finanse", 2006, nr 1.

Poździoch S., *Prawo zdrowia publicznego. Zarys problematyki*, Wyd. Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2004.

Raport NFZ za 2004 rok, Warszawa 2006.

Sieńko A., *Prawo ochrony zdrowia*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006.

Włodarczyk C., *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Wyd. UJ, Kraków 2003.

Włodarczyk C., Poździoch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wyd. UJ, Kraków 2001.

Zimna T., *Zawieranie umów na świadczenia medyczne*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2004.

eFinanse
finansowy kwartalnik internetowy

prof. WSIiZ, dr Dariusz Tworzydło
Kierownik Zakładu Public Relations
Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

Budżetowanie projektów public relations

Na poziomie akademickim i w praktyce gospodarczej stale poszukuje się nowych metod public relations. Ale nie tylko nowe metody odgrywają istotne znaczenie w komunikacji. Równie istotny jest proces budżetowania, bowiem od niego często zależy to, czy dany projekt zostanie wdrożony, czy też nie dojdzie do jego realizacji. Budżet, który niejednokrotnie w przypadku działań public relations jest ograniczany lub zmniejszany, w sytuacji, gdy ogólnie w firmie dokonuje się redukcji kosztów, jest często punktem newralgicznym negocjacji i rozmów prowadzonych pomiędzy pracownikami PR i zarządem firmy.

Proces budżetowania projektów jest jednym z najtrudniejszych działań, przed jakim staje twórca projektu czy kampanii. Budżetowanie jest ważne przede wszystkim ze względu na konieczność poznania kosztów, które trzeba będzie ponieść, organizując program PR, ze względu na zatwierdzenie programu i wprowadzenie dyscypliny wydatków, które są konieczne do poniesienia w związku z ustalonym planem, i w końcu do przynajmniej prowizorycznego oszacowania relacji nakładów do efektów[1]. W Polsce dominuje błędny kierunek przy planowaniu budżetów, rozpoczyna się bowiem od drugiej strony, od podawania wartości, jakie maksymalnie zarząd firmy chce przeznaczyć na działania PR[2]. Kolejność powinna być w tym przypadku odwrotny, a najważniejszy winien być cel i oczekiwania względem poziomu skuteczności oraz efektywności jego osiągnięcia. Warto spojrzeć na proces budżetowania z punktu widzenia innych, możliwych do zaistnienia błędów, które mogą wpłynąć negatywnie zarówno na realizację przyjętych celów, zaburzenia w dyscyplinie zarządzania projektami, jak i osiągnięcie zamierzonych rezultatów. Budżetowanie, czyli proces ustalania celów z uwzględnieniem kwestii kosztów i przychodów projektów, może być zatem procesem błędnym, jeżeli nastąpią takie błędy, jak niedoszacowanie kosztów, wynikające z braku wiedzy lub ignorancji osoby przygotowującej budżet, błędy wynikające ze złej estymacji czasu pracy poszczególnych pracowników agencji i inne.

W praktyce PR wykorzystuje się metody ustalania budżetu przejęte w wielu przypadkach z marketingu, co słusznie, jako niezbyt trafne rozwiązanie, określa jeden z największych polskich autorytetów w dziedzinie teorii public relations, Krystyna Wojcik[3]. Rzadko jednak w firmach przyjmuje się zasadę proponowaną przez znakomitego praktyka polskiej sceny komunikacyjnej. Pawła Trochimiuka, która zakłada, że w budżetowaniu projektów PR powinno się rozpoczynać od postawienia celów i określenia efektów, a następnie pod zaplanowane działania przygotowywany jest budżet. Przyjmując błędną, aczkolwiek stosowaną regułę, w myśl której od wykonawcy (np. agencji public relations) żąda się oszacowania budżetów, zanim jeszcze zostanie wybrany konkretny wykonawca, może dochodzić i dochodzi do zaniżania składników budżetu kosztem efektów. Firmy same w ten sposób zmniejszają szanse powodzenia konkretnej kampanii.

---

[1] F. Jefkins, D. Yardin, *Public relations*, M & E Pitman Publishing, London 1998, s. 116.

[2] P. Trochimiuk, *Praktyka public relations. Budżetowanie kampanii public relations*, [w:] *Public relations. Znaczenie społeczne i kierunki rozwoju*, red. J. Olędzki, D. Tworzydło, PWN, Warszawa 2006, s. 335-336.

[3] K. Wojcik, *Public relations. Wiarygodny dialog z otoczeniem*, Placet, Warszawa 2005, s. 344.

Wśród najczęściej stosowanych metod ustalania budżetu na kampanie i projekty public relations w przedsiębiorstwach należy wymienić[4]:

- metodę ustalania budżetu na podstawie i w relacji do osiąganych przez firmę wyników sprzedaży – przyjmuje się ją na poziomie 0,5-7%, w zależności od branży, rynku czy też fazy cyklu życia, w jakiej znajduje się produkt,
- metodę „kopiowania", polegającą na przeznaczaniu na działania PR takiej samej lub porównywalnej wielkości środków, jak w okresie poprzedzającym lub zaplanowanym przy podobnym projekcie,
- metodę „naśladownictwa" konkurencji, najczęściej nietrafionego z uwagi na to, iż firmy nie upubliczniają budżetów, jakie przeznaczają na działania komunikacyjne. Ukrywanie wielkości budżetów prowadzi do niedoszacowania lub przeszacowania budżetów, jakie ustala się na bazie powyższej metody.

Jednym z optymalnych rozwiązań wydaje się propozycja przedstawiona w cytowanej książce prof. Krystyny Wojcik[5]. Powołując się na autorów metody, firmę Texas Instruments Incorporated, przytaczając również przykłady firm, które rozwiązanie wdrożyły i stosują, autorka analizuje możliwość wykorzystania metody *zero base budgeting* w planowaniu budżetu na działania PR. Wydaje się sensownym planowanie od zera przy założeniu posiadania planu z precyzyjnie określonymi celami i wytycznymi, zarówno na poziomie strategicznym, jak i operacyjnym. Tak przygotowany budżet pozwala nie tylko określić to, o jakie wielkości może być pomniejszony, ale przede wszystkim, jakich efektów się nie osiągnie w związku z eliminacją określonych zadań. Metoda ta ma szczególną zaletę, która polega na określeniu rangi poszczególnych zadań, i stwarza możliwość przejęcia odpowiedzialności za niepowodzenia kampanii lub jej części.

Różnorodność podejścia do budżetowania, a także poszukiwanie optymalnych rozwiązań jest czynnikiem podkreślającym znaczenie samego planowania budżetu w procesie przygotowywania oraz realizacji projektów i kampanii public relations. Niestety, nie jest możliwe wskazanie jednej, optymalnej metody ustalania budżetu, aczkolwiek dobry strateg PR potrafi poprzez kompilację ww. sposobów szacowania wydatków wybrać najlepsze cechy i dokonać ich połączenia, w efekcie doprowadzając do zaproponowania odpowiednich rozwiązań. Warto jednak wskazać cztery elementy, jakie powinien posiadać budżet działań public relations[6]:

- *Koszty pracowników*. Do tego obszaru zaliczyć należy nie tylko koszty osób zajmujących się bezpośrednio PR, ale również pozostałych osób, które stanowią siły wspomagające.
- *Koszty biurowe*. Do tego obszaru zaliczamy takie koszty, jak wynajem lokalu, ubezpieczenie, ogrzewanie, elektryczność i inne.
- *Materiały*. W tym obszarze znajdują się takie koszty, jak zdjęcia, druk, pomoce wizualne i inne.
- *Dodatkowe wydatki*. Wynikają one z bieżącej działalności komórki PR, np. przy organizacji określonego eventu, catering, koszty wynajmu urządzeń i rzeczy, które mają być wykorzystane w procesie kształtowania określonego projektu.

W podsumowaniu warto wskazać na jeszcze jedną metodę, stosowaną głównie w małych i średnich przedsiębiorstwach, która nie opiera się na żadnym logicznym wyjaśnieniu, ale polega na wydatkowaniu środków nie tylko bez uzasadnienia, ale również bez konkretnej koncepcji. Zwykle polega to na akcyjnym, nieuporządkowanym wydatkowaniu zwykle niewielkich środków pieniężnych na działania, które zostały nagle i bez logicznego nawet związku z działalnością firmy wymyślone przez osoby decyzyjne lub odpowiadające za proces komunikacji w firmie. Takie planowanie budżetu odbiega od jakichkolwiek racjo-

[4] Por. K. Wojcik, *op.cit*, s. 344-346; P. Trochimiuk, *op.cit*, s. 335-336.
[5] Szerzej: K. Wojcik, *op.cit.,* s. 345-346.
[6] F. Jefkins, D. Yardin, *op.cit.*, s. 116-117.

nalnych przesłanek, a docelowo może tylko utwierdzać zarząd w przekonaniu, że wydatki PR są, ale w każdej chwili można z nich zrezygnować, bowiem żadnych efektów (ani krótko-, ani długofalowych) nie przynoszą.

Literatura

Jefkins F., Yardin D., *Public relations*, M & E Pitman Publishing, London 1998.

Trochimiuk P., *Praktyka public relations. Budżetowanie kampanii public relations*, [w:] *Public relations. Znaczenie społeczne i kierunki rozwoju*, red. J. Olędzki, D. Tworzydło, PWN, Warszawa 2006.

Wojcik K., *Public relations. Wiarygodny dialog z otoczeniem*, Placet, Warszawa 2005.