

Finansowanie zdrowia publicznego. Źródła funduszy a polska ustawa o zdrowiu publicznym

Stanisława Golinowska, Marzena Tambor

Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Stanisława Golinowska, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegorzewska 20, 31-531 Kraków, stanislaw.golinowska@uj.edu.pl

Abstract

Funding of public health. Financial sources and the Polish Public Health law

The paper includes considerations on three issues related to the problem of the sources of funds for public health, which are presented in three different parts of the text. In the first part, an overview of the theoretical considerations of the sources of funds for public health activities is provided. In the second part, the authors attempt to identify the sources of funding for public health in Poland, based on the available statistical information. The third part includes the description of proposals and final solutions in the field of public health funding which have been included in the Polish Act on Public Health adopted in autumn 2015. The paper is completed with conclusions on the state responsibilities with regard to indicating the sources of funds for public health and their levels. Despite the diversity in solutions for financing of public health across different countries, they have some common characteristics which have been described in this paper.

Key words: public health, health prevention, health promotion, public health funding and financing, Public health act

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, prewencja zdrowotna, promocja zdrowia, finansowanie zdrowia publicznego, ustawa o zdrowiu publicznym

Wprowadzenie

Debata o zdrowiu publicznym, wywołana podjęciem w 2015 roku przez polski rząd wysiłku przygotowania projektu ustawy w tej dziedzinie, wskazała na problemy związane z prowadzeniem różnych aktywności zdrowia publicznego, które, jak oczekiwano, ustawa mogłaby rozwiązać, a przynajmniej wskazać odpowiednie kierunki. Jednym z tych problemów, z ekonomicznego punktu widzenia – problemem podstawowym, jest określenie źródeł i sposobów finansowania aktywności zdrowia publicznego. Uchwalona jesienią 2015 roku ustawa tego elementu jednak nie zawiera. Jak to wykazała dyskusja na temat źródeł finansowania zdrowia publicznego, odpowiednie ustalenia wymagałyby pogłębienia prac badawczych oraz informacji statystycznych. A tych nadal brakuje. W artykule zawarte są zręby wiedzy potrzebne do takich ustaleń, wynikające z przeglądu prac teoretycznych, porównawczych oraz szacunków w zakresie finansowania zdrowia publicznego.

1. Teoretyczne wskazania na temat źródeł finansowania zdrowia publicznego

Zdrowie publiczne, w przeciwieństwie do opieki zdrowotnej (medycyny naprawczej), nie opiera się na dostatecznie klarownych i opisanych koncepcjach teoretycznych, dotyczących źródeł i mechanizmów finansowania. Wynika to przede wszystkim z różnorodności aktywności podejmowanych w ramach zdrowia publicznego¹. Po pierwsze mamy tu oczywiste i bezpośrednie interwencje władz publicznych, obejmujące liczne działania profilaktyczne wobec ryzyka rozprzestrzeniania się tzw. chorób społecznych i działania podejmowane na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego populacji wobec zagrożeń środowiskowych i katastrof. Po drugie – do zdrowia publicznego należy szeroki zakres działań edukacyjnych i promocyjnych nastawionych na unikanie ryzyka chorób i uszkodzeń ciała oraz prowadzenie zdrowego życia. Po trzecie – zdrowie publiczne obejmuje rozpoznawanie i tworzenie warunków (infrastruktury, regulacji, insty-

tucji, badań naukowych), dzięki którym indywidualne wybory będą podążały za udowodnionymi wskazaniem dotyczącymi zdrowego zachowania. W każdej z tych dziedzin niezaprzeczalny jest udział władz publicznych i kolektywnych działań społecznych, mimo że na końcu ich aktywności w zakresie zdrowia publicznego mamy do czynienia z indywidualną decyzją jednostki. Tylko w wyjątkowych przypadkach istnieje przymus podporządkowania się decyzji władz publicznych: izolacja w przypadku pandemii, obowiązkowe szczepienia czy nawet obowiązkowe badania skriningowe.

To, że w zdrowiu publicznym w istotnej mierze występuje komponent decyzji indywidualnej, wywołuje rozważania na temat tego, czy i ile jest tego, co istotnie publiczne w zdrowiu publicznym. Rozważania te prowadzą zarówno bioetycy, jak i medycy oraz inni specjaliści zdrowia publicznego (szczególnie [1–3]). Wnioski potwierdzają rolę władz publicznych, ale nie tylko i nie tyle w formie władzy centralnej czy nawet władzy zdecentralizowanej, ile w formie kolektywnej i oddolnej działalności społeczeństwa [4, 5]. Ta zdecentralizowana działalność i społeczne uczestnictwo w ramach zdrowia publicznego nie zmniejszają problemów dotyczących odpowiedzialności za finansowanie. Nadal wskazywana jest władza publiczna (budżet centralny i inne fundusze publiczne) jako podstawowy adresat zabezpieczenia materialnych podstaw aktywności w zakresie zdrowia publicznego.

Z ekonomicznego punktu widzenia argumenty związane z odpowiedzialnością państwa za finansowanie zdrowia publicznego dotyczą traktowania zdrowia publicznego jako dobra publicznego i *quasi*-publicznego [6]. To oznacza, że działalność ta jest adresowana bardziej do jakiejś grupy ludności niż bezpośrednio do pojedynczej osoby, mimo że rezultat tej działalności internalizuje jednostka. Z tego wynika spotykane w literaturze z zakresu ekonomiki zdrowia przekonanie, że zdrowie publiczne powinno być finansowane z podatkowych funduszy publicznych (np. [8]).

Biorąc pod uwagę praktykę finansowania zdrowia publicznego w USA, amerykańscy autorzy [9] zaproponowali typologię źródeł finansowania zdrowia publiczne-

go. Wyróżnili cztery kombinacje pochodzenia środków i adresatów ich alokacji (**Tabela I**).

W praktyce wielu krajów dominuje typ A. Głównym źródłem finansowania zdrowia publicznego jest budżet państwa tworzony z podatków ogólnych. Do niego dodawane są środki budżetów regionalnych i lokalnych, które są zasilane albo bezpośrednio z podatków nakładanych przez zdecentralizowane władze, albo z transferów od władz centralnych, które mają monopol na nakładanie i ściąganie podatków.

Środki na finansowanie zdrowia publicznego są traktowane jako środki sektora zdrowotnego, mimo że inne sektory kontrybuują w realizacji programów zdrowotnych, szczególnie w związku z realizacją europejskiej strategii „Zdrowie we wszystkich politykach”.

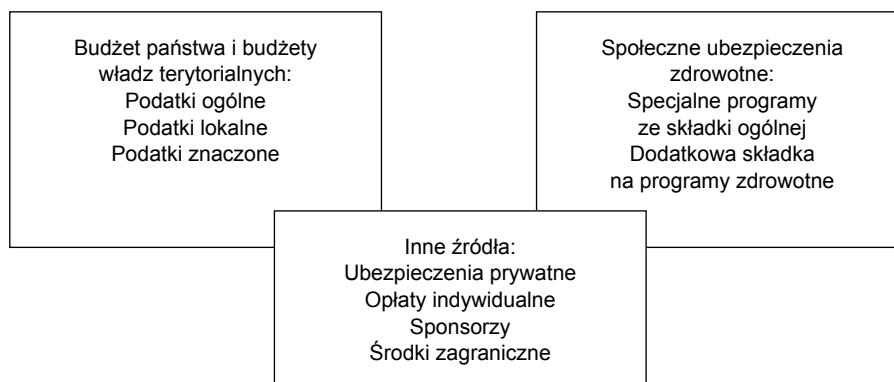
Biorąc pod uwagę dwa alternatywne modele finansowania sektora zdrowotnego w krajach europejskich: ubezpieczeniowy albo budżetowy, należy zauważyć, że finansowanie zdrowia publicznego w praktyce nie ogranicza się do finansowania z budżetu państwa. Także społeczne ubezpieczenia zdrowotne biorą udział w finansowaniu licznych programów zdrowotnych na rzecz całej populacji [10]. Fundusze społecznego ubezpieczenia zdrowotnego są źródłem finansowania programów zdrowia publicznego w Niemczech oraz Austrii (kasy chorych), a także w Polsce (Narodowy Fundusz Zdrowia – NFZ). W takich przypadkach polityka zdrowia publicznego bywa bardziej uwarunkowana koncepcjami płatnika (i pracodawców) niż narodowymi strategiami zdrowia (**Schemat 1**).

W niektórych krajach europejskich, takich jak Austria, Finlandia, Francja, Grecja, Wielka Brytania, Szwajcaria, a także Bułgaria, Rumunia i Polska, nakłada się podatek znaczony (*earmarked*) na alkohol i wyroby tytoniowe, który następnie jest przeznaczony (całkowicie lub w części) na programy zdrowia publicznego [10]. Ten sposób, z jednej strony kontrolowania konsumpcji alkoholu i palenia papierosów, a z drugiej – finansowania określonych programów zdrowia, bywa oceniany raczej jako stabilny i skuteczny, chociaż zbyt słabo motywujący personel medyczny do realizacji misji zdrowia publicznego [10]. Formułowane są też oceny, że gdy środki z ak-

Wyszczególnienie		Alokowanie i wykorzystywanie środków	
		Sektor publiczny: poziom rządowy i samorządu terytorialnego	Sektor prywatny: gospodarstwa domowe, organizacje pozarządowe <i>non-profit</i> i <i>for profit</i>
Tworzenie i wyznaczenie źródeł środków	Sektor publiczny: poziom rządowy i samorządu terytorialnego	Typ A – finanse publiczne i publiczni realizatorzy	Typ B – regulacje państwowe w zakresie indywidualnych opłat i zwolnień podatkowych
	Sektor prywatny: operujący na różnych poziomach terytorialnych	Typ C – głównie prywatne firmy i pracodawcy „zmuszani” do aktywności w zakresie prewencji chorób związanych z ich działalnością (produkcją)	Typ D – źródła prywatne i rynkowe mechanizmy dostarczania usług z zakresu prewencji i badań skriningowych

Tabela I. Typologia źródeł finansowania i wykorzystywania środków na zdrowie publiczne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Moulton A.D., Halverson P.K., Honoré P.A., Berkowitz B., *Public health finance: a conceptual framework*, „Journal of Public Health Management and Practice” 2004; 10(5)[9].



Schemat 1. Źródła finansowania zdrowia publicznego w krajach europejskich.

Źródło: Opracowanie własne.

czy są włączane do ogólnej puli środków budżetowych na zdrowie, to zmniejsza się akceptacja konsumentów dla podnoszenia ich cen, pojawia się czarny rynek (oparty na przemyśle) i rządy wycofują się ze stosowania podatku akcyzowego (np. w Australii [11]).

Finansowanie zdrowia publicznego jest ogólnie znacznie mniej stabilne niż opieki zdrowotnej; zwykle od jednego programu do drugiego. Amerykańskie badania na ten temat [12] ukazują różne powody utraty funduszy i zaprzestania kontynuacji programów zdrowotnych. Ich autorzy rekomendują więcej obywatelskiej i eksperckiej (w tym medycznej) uwagi oraz troski poświęconej aktywności w zakresie prewencji i promocji zdrowia.

2. Finansowanie zdrowia publicznego w Polsce

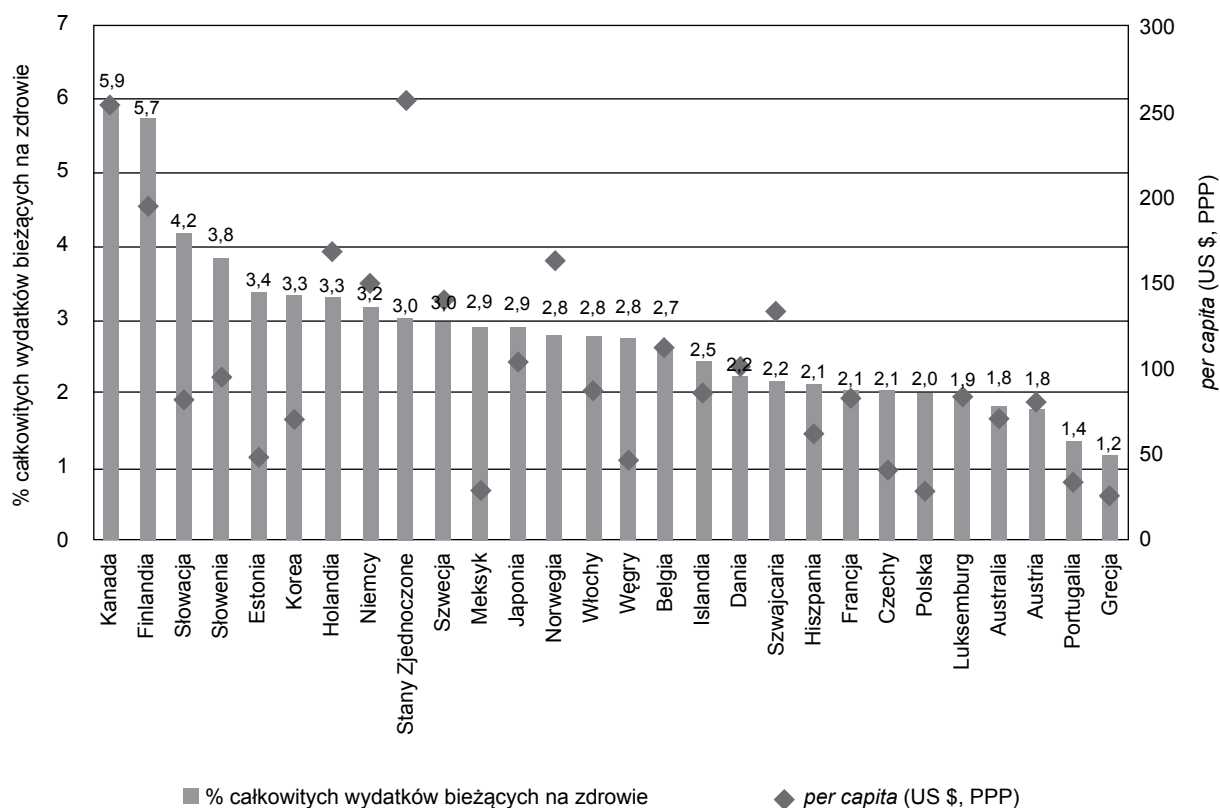
Szacunki dotyczące wielkości wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne sporządzane w ramach Narodowych Rachunków Zdrowia (NRZ – SHA 1.0) [13] wskazują, że w krajach o najwyższych preferencjach dla zdrowia publicznego (Kanada i Finlandia) wydatki oscylują wokół 0,5% PKB i 6% całkowitych bieżących wydatków zdrowotnych. W Polsce wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne w 2012 roku stanowiły 2% całkowitych wydatków bieżących na zdrowie (około 2 mld zł). W przeliczeniu na osobę Polska ma jedno z najniższych wskaźników wydatków wśród krajów OECD. Jedynie Grecja ma niższe wydatki *per capita*, skorygowane o siłę nabywczą pieniądza (zob. **Wykres 1**). Niemniej należy zaznaczyć, że ze względu na różnorodność działań, które mieszczą się w zakresie zdrowia publicznego, porównywalność danych o wydatkach na zdrowie publiczne między krajami, a także w czasie, jest ograniczona. Wydatki na zadania z zakresu zdrowia publicznego w klasyfikacji NRZ mogą być ujmowane nie tylko w grupie wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne (HC.6), ale także w innych grupach, np. w ramach wydatków na administrację (HC.7), a także w grupie tzw. funkcji powiązanych z ochroną zdrowia (HC.R), do których zalicza się między innymi: kształcenie i szkolenie personelu medycznego, badania i rozwój w ochronie zdrowia czy kontrolę żywności, higieny i wody pitnej. Na przykład

raportowane w Polsce wydatki na Inspekcję Sanitarną w NRZ były klasyfikowane najpierw w grupie wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne, następnie włączane do wydatków na administrację (jako że obejmują także wynagrodzenia pracowników), a obecnie są zaliczane do funkcji powiązanych z ochroną zdrowia. W **Tabeli II** została przedstawiona klasyfikacja wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne według obecnie prowadzonego rachunku zdrowia z podaniem informacji, jakie wydatki dla Polski zostały zakwalifikowane do poszczególnych kategorii, według objaśnień metodologicznych OECD [14].

Zadania z zakresu zdrowia publicznego w Polsce są finansowane przede wszystkim ze środków publicznych (typ A z Tabeli I). Szacunki NRZ wskazują, że wydatki publiczne (łącznie budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego i NFZ) stanowią około 70% całkowitych wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne, co koresponduje ze strukturą całkowitych wydatków na zdrowie w Polsce, gdzie środki publiczne mają również 70-procentowy udział [15]. Jednak przeciwnie do opieki zdrowotnej (medycyny naprawczej) większość środków publicznych na zdrowie nie pochodzi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, ale z podatków pozostających w dyspozycji jednostek budżetu państwa oraz samorządu terytorialnego.

Analizując wydatki budżetu państwa oraz budżetów samorządów terytorialnych według rozdziałów budżetowych (zob. **Tabela III**), środki na zdrowie publiczne mieszczą się w kilku pozycjach klasyfikacji budżetowej. W wydatkach budżetu państwa (w sumie około 7,5 mld zł na ochronę zdrowia w 2013 roku) znaczące są wydatki na Inspekcję Sanitarną (które obejmują również koszty wynagrodzeń pracowników Inspekcji Sanitarnej) oraz programy polityki zdrowotnej, finansowane przede wszystkim ze środków własnych Ministerstwa Zdrowia. Strategiczne kierunki działań służące realizacji programów polityki zdrowotnej wyznacza Narodowy Program Zdrowia.

W wydatkach samorządów terytorialnych natomiast (w sumie około 3,9 mld zł na ochronę zdrowia w 2013 roku) istotną pozycję zajmują wydatki na przeciwdzia-



Wykres 1. Wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne w 2012 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Statistics 2015, OECD Stat; <http://stats.oecd.org> [13].

łanie alkoholizmowi. Zadania z tego zakresu są realizowane na podstawie Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (1982). Ustawa nakłada obowiązek realizacji tych zadań przede wszystkim na samorządy gminne. Gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych są finansowane głównie ze środków pozyskanych przez gminy z pobieranych opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych (tzw. korkowe). Środki te są znaczone i nie mogą być wykorzystane na inne cele. Podobnie samorząd wojewódzki realizuje wojewódzkie programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych ze środków z opłat za wydanie zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi.

NFZ w ramach swoich środków finansuje profilaktyczne programy zdrowotne. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych daje możliwość NFZ na opracowanie, wdrażanie i finansowanie programów dotyczących istotnych problemów zdrowotnych populacji. Do najistotniejszych w ostatnich latach należą: program profilaktyki raka szyjki macicy, program profilaktyki raka piersi, program badań prenatalnych, program profilaktyki chorób odytoniowych, program profilaktyki chorób układu krążenia, program profilaktyki gruźlicy. Wydatki NFZ na programy zdrowotne w 2013 roku wyniosły 152,5 mln zł, co stanowiło około 0,25% całkowitych wydatków NFZ. W kolejnych latach udział wydatków na programy zdro-

wotne nie uległ istotnej zmianie; w 2014 roku wydatki te wynosiły blisko 160 mln zł (0,24% całkowitych wydatków NFZ).

3. O finansowaniu zdrowia publicznego w debacie związanej z uchwaleniem Ustawy o zdrowiu publicznym

O potrzebie powstania ustawy, która tworzyłaby ramy prawne dla zdrowia publicznego i w sposób kompleksowy oraz spójny regulowałaby kwestie tej sfery ochrony zdrowia w Polsce, dyskutowano od dawna [16]. Choć istnieją liczne akty prawne, które mieszczą się w obrębie zdrowia publicznego², odnoszą się one jednak do wybranych problemów istotnych dla zdrowia populacji. W opinii ekspertów takie fragmentaryczne zapisy nie pozwalały na prowadzenie spójnej i efektywnej polityki zdrowia publicznego, a także na zrozumienie znaczenia tych działań. Wobec eksperckich nacisków w Ministerstwie Zdrowia w 2011 roku został przygotowany projekt ustawy o zdrowiu publicznym. W dokumencie zdefiniowano zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty odpowiedzialne za ich finansowanie, a także źródła ich finansowania. Projekt ten po zmianie na stanowisku ministra zdrowia nie był jednak dalej procedowany. Do prac powrócono w 2014 roku i przygotowany już projekt posłużył do przedstawienia kolejnego projektu Ustawy o zdrowiu publicznym, którego celem było „utworzenie struktur odpowiedzialnych za koordynację i monitoro-

		Klasyfikacja według NRZ	Korespondujące wydatki dla Polski
HC.6		Profilaktyka i zdrowie publiczne	
	HC.6.1	Zdrowie matki i dziecka, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne	MZ <ul style="list-style-type: none"> 85149* Programy polityki zdrowotnej (Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu) 85156 Składki na ubezpieczenie zdrowotne dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (np. świadczenia związane z okresem ciąży i porodu)
	HC.6.2	Medycyna szkolna	NFZ <ul style="list-style-type: none"> Podstawowa opieka zdrowotna – opieka szkolna
	HC.6.3	Zapobieganie chorobom zakaźnym	MZ <ul style="list-style-type: none"> 85149 Programy polityki zdrowotnej (Program szczepień ochronnych) 85152 Zapobieganie i zwalczanie AIDS (programy profilaktycznie, Krajowe Centrum ds. AIDS) JST <ul style="list-style-type: none"> 85152 zapobieganie i zwalczanie AIDS (programy profilaktycznie)
	HC.6.4	Zapobieganie chorobom niezakaźnym	MZ <ul style="list-style-type: none"> 85149 Programy polityki zdrowotnej (Program ograniczenia następstw palenia tytoniu, Program badań przesiewowych nowotworów w Polsce, Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego – POLKARD) NFZ <ul style="list-style-type: none"> Koszty programów profilaktycznych finansowanych ze środków NFZ JST <ul style="list-style-type: none"> 85153 Zwalczanie narkomanii 85154 Przeciwdziałanie alkoholizmowi 85158 Izby wytrzeźwień
	HC.6.5	Medycyna pracy	MZ i JST <ul style="list-style-type: none"> 85148 Medycyna pracy Ministerstwo Sprawiedliwości <ul style="list-style-type: none"> Wydatki na badania dla więźniów Prywatne <ul style="list-style-type: none"> Szacunkowe wydatki pracodawców na medycynę pracy
	HC.6.9	Pozostałe usługi w zakresie zdrowia publicznego (np. funkcjonowanie i zarządzanie bankami krwi i narządów)	MZ <ul style="list-style-type: none"> 85149 Programy polityki zdrowotnej (Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki, Program likwidacji niedoboru jodu w Polsce, Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej) JST <ul style="list-style-type: none"> 85149 Programy polityki zdrowotnej 85143 Publiczna służba krwi Prywatne <ul style="list-style-type: none"> Działania organizacji pozarządowych w zakresie zdrowia publicznego

* numery działów budżetowych

Tabela II. Klasyfikacja wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne według NRZ.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Statistics 2015, Description of Sources and Methods – Poland [14].

wanie działalności władz publicznych wpływających za zmianę stanu zdrowia populacji, a także zapewnienie stabilnych mechanizmów finansowania” [17]. Projekt został poddany konsultacjom publicznym w marcu 2015 roku. Ustawa o zdrowiu publicznym została uchwalona 11 września 2015 roku, a następnie podpisana przez prezydenta 26 października tegoż roku [18].

Zgodnie z zapisami ustawy głównym instrumentem realizacji polityki zdrowia publicznego państwa jest przyjmowany na drodze rozporządzenia rządu Narodowy Program Zdrowia. Narodowy Program Zdrowia nie jest nowym narzędziem. Obecnie kończy się realizacja

drugiego z tych programów, uchwalonego na lata 2007–2015 (pierwszy był realizowany w latach 1996–2005) i przygotowywany jest kolejny – na lata 2016–2020. Ustawa o zdrowiu publicznym zakłada, iż nad realizacją Narodowego Programu Zdrowia ma czuwać tzw. komitet sterujący, składający się z przedstawicieli ministerstw realizujących zadania przewidziane w programie.

Ustawa reguluje także kwestię źródeł finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego. Pierwotny projekt ustawy (złożony do konsultacji społecznych) zakładał utworzenie w tym celu Funduszu Zdrowia Publicznego (państwowego funduszu celowego). Przychodami fun-

			Kwota (mln PLN)	% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia danego podmiotu
Budżet państwa		Inspekcja Sanitarna	915,4	12,2%
		Programu Polityki Zdrowotnej	891,2	11,8%
		Publiczna Służba Krwi	97,4	1,3%
		Zwalczanie narkomanii	9,7	0,1%
		Zespoły metodyczne opieki zdrowotnej (Centra Zdrowia Publicznego)	7,4	0,1%
		Przeciwdziałanie alkoholizmowi (finansowanie zadań Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych)	6,6	0,1%
		Zapobieganie i zwalczanie AIDS	6,0	0,1%
		Medycyna pracy	1,3	0,02%
Budżety jednostek samorządu terytorialnego	Gminy	Przeciwdziałanie alkoholizmowi	391,1	72,2%
		Zwalczanie narkomanii	21,2	3,9%
		Programy polityki zdrowotnej	8,8	1,6%
		Izby wytrzeźwień	2,6	0,5%
	Miasta na prawach powiatu	Przeciwdziałanie alkoholizmowi	246,6	23,3%
		Programy polityki zdrowotnej	43,9	4,1%
		Izby wytrzeźwień	39,8	3,8%
		Zwalczanie narkomanii	15,5	1,5%
	Powiaty	Programy polityki zdrowotnej	2,9	0,2%
		Przeciwdziałanie alkoholizmowi	0,6	0,1%
		Zwalczanie narkomanii	0,1	0,01%
		Izby wytrzeźwień	0,1	0,01%
	Województwa	Medycyna Pracy	86,4	9,3%
		Przeciwdziałanie alkoholizmowi	26,5	2,9%
		Programy polityki zdrowotnej	5,2	0,6%
		Zwalczanie narkomanii	5,1	0,6%
Narodowy Fundusz Zdrowia		Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków własnych NFZ	152,5	0,3%

Wydatki samorządów terytorialnych łącznie ze środkami otrzymanymi z budżetu państwa (tj. kwoty wydatków bez wyeliminowania transferów między podmiotami).

Tabela III. Wydatki publiczne na zadania z zakresu zdrowia publicznego, 2013 rok.

Źródło: GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, Warszawa 2014 [15].

duszu miały być głównie trzy rodzaje źródeł wpływów finansowych: 1% wpływów budżetu państwa z akcyzy na napoje alkoholowe, 0,5% wpływów z akcyzy na wyroby tytoniowe oraz 3% wpływów z akcyzy od gier hazardowych. Pomysł wskazania tych trzech źródeł finansowania wynika z istniejących już zapisów prawnych. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zakłada, że budżet państwa przeznaczając 1% środków z akcyzy na realizację Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Podobnie Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu zakłada, iż zadania zmierzające do zmniejszenia używania wyrobów tytoniowych są finansowane z budżetu państwa w wysokości 0,5% wartości podatku akcyzowego od wyrobów

tytoniowych. W obu wypadkach środki te nie są jednak wydzielone i można zakładać, że rzeczywista wysokość wydatków na wskazany cel jest znacznie niższa, niż zakładają przepisy ustaw. Jak informują dane w Tabeli I, wydatki budżetu państwa na przeciwdziałanie alkoholizmowi stanowią około 6,6 mln zł, podczas gdy 1% przychodów akcyzowych przekracza kwotę 100 mln zł. Proponowany w projekcie ustawy odrębny fundusz zdrowia publicznego byłby tworzony także z wpływów z gier hazardowych objętych monopolem państwa, którego wydatki są wskazywane na rozwiązywanie problemów uzależnienia od hazardu. Środki na ten cel także nie są w pełni wykorzystywane z powodu małego zainteresowania programami leczenia osób uzależnionych od gier.

Choć pomysł utworzenia odrębnego funduszu na zdrowie publiczne, który miałby pozostawać w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia, był uznawany przez ekspertów za słuszny, w toku negocjacji resortowych zapis ten został usunięty. Uchwalona ustawa zakłada, że zadania z zakresu zdrowia publicznego będą finansowane tak jak wcześniej, czyli ze środków pozostających w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia i innych ministerstw, w tym ze środków już istniejących państwowych funduszy celowych (tj. Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, a także Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej, Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów) oraz środków jednostek samorządu terytorialnego. Ponadto zdrowie publiczne będzie finansowane ze środków NFZ. Założono, że na profilaktykę i promocję zdrowia NFZ będzie przeznaczał nie mniej niż 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, co wskazuje na zwiększenie tej grupy wydatków. Obecnie NFZ przeznacza na ten cel około 0,3% swoich środków.

Wnioski

Określenie źródeł finansowania zdrowia publicznego należy do powinności państwa, podobnie jak wielu innych zadań publicznych określonych przez regulacje najwyższej rangi. Państwo wskazuje więc te źródła i wyznacza skalę środków na realizację swych powinności. Mimo różnorodności konkretnych rozwiązań finansowania zdrowia publicznego w wielu krajach mają one pewne wspólne cechy:

- mieszczą się w zakresie danin przeznaczonych na zadania państwa;
- podstawą skali potrzebnych środków są zdefiniowane zadania zdrowia publicznego (w narodowych programach zdrowia);
- zadania zdrowia publicznego realizowane są przez wskazane podmioty zarówno w układzie sektorowym (głównie sektor zdrowotny, ale także edukacyjny, sportowy), jak i w układzie samorządów terytorialnych. Podmioty sterujące w każdej ze struktur (ministerstwa, samorządy terytorialne) mają możliwości dofinansowywania zadań zdrowia publicznego w ramach swoich budżetów;
- niejednokrotnie środki pochodzące z podatków akcyzowych (np. od alkoholu, tytoniu czy gier hazardowych) przeznaczane są na zadania zdrowia publicznego związane z promocją zdrowego stylu życia i unikaniem ryzyka, a także ukierunkowane na leczenie chorób, które są konsekwencją konsumpcji dóbr obciążonych akcyzą³.

Polskie rozwiązania systemowo nie odstają od rozwiązań w innych krajach. Problemem jest niedostateczna koordynacja zadań zdrowia publicznego oraz niski poziom finansowania. W Polsce stosunkowo dobrze rozwiązywane są te zadania zdrowia publicznego, które są związane z poprzednim okresem epidemiologicznego rozwoju, czyli z chorobami zakaźnymi. Liczne programy higieny oraz inspekcje nastawione na prewencję chorób zakaźnych na czele z Inspekcją Sanitarną mają ugruntowaną pozycję i zagwarantowane środki na swe funkcjo-

nowanie. Nie znaczy to oczywiście, że można uznać, iż problem chorób zakaźnych należy do przeszłości. W sytuacji kryzysów humanitarnych wywołanych konfliktami wojennymi, katastrofami, a także bankructwami finansowymi całych państw powracają zagrożenia starymi chorobami zakaźnymi także w Polsce, takimi jak gruźlica czy polio (ujawnione na Ukrainie), i pojawiają się nowe, nie tylko HIV/AIDS, ale i wirus Ebola czy epidemie innych odmian grypy. Ciągłe ta część zdrowia publicznego wymaga uwagi i gotowości do działania w sytuacji zagrożenia.

Wchodzenie w fazę dominacji niezakaźnych chorób przewlekłych wywołuje potrzebę szerszego definiowania zadań zdrowia publicznego oraz środków na nie przeznaczanych. Zyskuje na znaczeniu promocja zdrowego stylu życia i prewencja pierwotna. Debata na temat tych nowych zadań zdrowia publicznego i poszukiwanie dowodów na to, że wpływają korzystnie na zdrowie (determinanty zdrowia), zajęły ostatnie dwie-trzy dekady. Doprowadziły do tego, że w wielu krajach zaczęto definiować nową politykę zdrowia publicznego, powoływać do życia narodowe agencje i instytuty zdrowia publicznego oraz określać tę działalność na drodze ustawowej. Ustawy o zdrowiu publicznym uchwalono np. w Szwecji w 2003, Kanadzie w 2006, w Holandii w 2008 roku. Wraz z coraz precyzyjniejszym definiowaniem zadań zdrowia publicznego w nowej fazie rozwoju epidemiologicznego powstała potrzeba określania dlań funduszy. Pojawiła się też silniejsza potrzeba koordynowania zarówno zadań, jak i środków realizacji.

W definiowaniu nowych zadań zdrowia publicznego oraz wskazywania dlań funduszy w polskiej ustawie z 2015 roku uwidoczniły się pewne wątpliwości. Po pierwsze, czy istniejące dotychczas fundusze, pochodzące z podatków znaczonych oraz wcześniej ustawowo określonych zadań, jak np. wychowanie w trzeźwości i zwalczanie alkoholizmu (ustawa z 1982 roku), nie zostaną wchłonięte do funduszu „worka” i przeznaczone na inne cele zdrowotne kosztem zwalczania nadmiernego picia i wspierania rodzin alkoholików?⁴ Po drugie, czy nowe zadania nadmiernie kierowane do realizacji w ramach działalności samorządów terytorialnych nie zagrożą finansom publicznym tych samorządów, które uginają się pod brzemieniem licznych zadań przekazywanych z centrum na niższe szczeble w ramach rozciągniętej w czasie reformy decentralizacyjnej? Po trzecie, czy wpisywanie do zadań zdrowia publicznego całościowych programów zdrowotnych, obejmujących także leczenie, jak w przypadku zdrowia psychicznego, nie zmniejszy dlań publicznej uwagi i nie wpłynie na zmniejszenie puli dla tej wysoce niedofinansowanej w Polsce dziedziny ochrony zdrowia?

Wątpliwości te spowodowały pewien dystans zainteresowanych środowisk wobec projektu ustawy. Aby go osłabić, projektodawcy zrezygnowali z zamieszczania w ustawie wskaźnika środków dla projektowanego funduszu na zdrowie publiczne i wskazywania konkretnych źródeł pochodzenia środków. Ten fakt osłabia regulacyjny potencjał przyjętej ustawy o zdrowiu publicznym.

Przypisy

¹ Ta różnorodność utrudnia nie tylko porównania międzynarodowe, lecz także prowadzenie działalności w ramach zdrowia publicznego. Z tego powodu inicjowane są prace nad określeniem zdefiniowanego zakresu działań – koszyka usług zdrowia publicznego [7].

² Do najważniejszych regulacji z zakresu zdrowia publicznego należą: Ustawa o Inspekcji Sanitarnej, Ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń czy Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

³ Są to tzw. dobra niepożądane (*demerit goods*).

⁴ Problem nadmiernego picia i chorób odalkoholowych stanowi w Polsce nadal jedną z głównych kwestii społecznych i tzw. plag społecznych mimo dokonującej się tu korzystnej zmiany (Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015 uchwalony w 2010 roku).

Piśmiennictwo

- Verweij M.F., Dawson A.J., *The meaning of 'public' in 'public health'*, w: A.J. Dawson, M.F. Verweij, *Ethics, prevention, and public health*, Clarendon Press, Oxford 2007: 144–149.
- Dawson A. (red.), *The philosophy of public health*, Ashgate Publishing, Ltd, Burlington 2012.
- Coggon J., *What makes health public?: a critical evaluation of moral, legal, and political claims in public health*, vol. 15, Cambridge University Press, Cambridge 2012.
- Almong M., *Participation in the New Public Health Landscape*, w: K. Regmi, *Decentralising Health Services: A Global Perspective*, Springer, New York–Heidelberg 2014: 147–159.
- Earle S., Joyd C.E., Sidell M., Spur S., *Theory and Research in Promoting Public Health*, Sage, London 2007.
- Duran A., Kutzin J., *Financing of public health services and programmes: time to look into the black box*, w: J. Kutzin, Ch. Cashin, M. Jakab (red.), *Implementing Health Financing Reform, Lessons from countries in transition*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2010.
- Aluttis C.A., Chiotan C., Michelsen M., Costongs C., Brand H., on behalf of the public health capacity consortium, *Review of Public Health Capacity in the EU*, European Commission Directorate General for Health and Consumers, Luxembourg 2013.
- Kyriopoulos I.I., Athanasakis K., Beazoglou T., *State Funding for Health-Care Services and Public Health: Is it based on the Principles of Economic Theory?*, „South-Eastern Europe Journal of Economics” 2013; 11(1): 37–47.
- Moulton A.D., Halverson P.K., Honoré P.A., Berkowitz B., *Public health finance: a conceptual framework*, „Journal of Public Health Management and Practice” 2004; 10(5): 377–382.
- Rechel B., Brand H., McKee M., *Organisation and financing of public health*, w: B. Rechel, M. McKee, *Facts of Public Health in Europe*, Open University Press, New York 2014: 233–253.
- Schang L.K., Czabanowska K.M., Lin V., *Securing funds for health promotion: lessons from health promotion foundations based on experiences from Austria, Australia, Germany, Hungary and Switzerland*, „Health Promotion International” 2011; 2(27): 1–11
- Friedman D.J., Parrish R.G., Ross D.A., *Electronic Health Records and US Public Health: Current Realities and Future Promise*, „American Journal of Public Health” 2013; 9(103): 1560–1567.
- OECD Health Statistics 2015, OECD Stat, <http://stats.oecd.org>; dostęp: 06.08.2015.
- OECD Health Statistics 2015, Description of Sources and Methods – Poland.
- GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, Warszawa 2014.
- Nosko J., *O potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2001; 111: 75–80.
- Ministerstwo Zdrowia, *Projekt ustawy o zdrowiu publicznym z dnia 17 marca 2015*, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12270850/katalog/12281792#12281792>; dostęp: 07.08.2015.
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=3675>; dostęp: 13.11.2015.