

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

241

Przestrzeń a rozwój



Redaktorzy naukowi

Stanisław Korenik

Anna Dybała



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2011

Recenzenci: Florian Kuźnik, Janusz Słodczyk, Zygmunt Szymła,
Eugeniusz Wojciechowski

Redaktor Wydawnictwa: Jadwiga Marcinek

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Justyna Mroczkowska

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

Publikacja została sfinansowana przez Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2011

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-272-7

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

Spis treści

Wstęp.....	11
------------	----

Część 1. Współczesne uwarunkowania rozwoju społeczno-ekonomicznego krajów, regionów i obszarów metropolitalnych

Patrycja Brańka: Atrakcyjność inwestycyjna województwa małopolskiego w oczach przedsiębiorstw z udziałem kapitału zagranicznego (w świetle badań ankietowych).....	15
Adam Dąbrowski: Kierunki europejskiej polityki regionalnej – wybrane problemy	30
Piotr Hajduga: Dolnośląskie specjalne strefy ekonomiczne jako miejsce prowadzenia działalności gospodarczej w świetle ocen przedsiębiorców – wyniki badania empirycznego	41
Krzysztof Heffner, Brygida Klemens: Struktury klastrowe w gospodarce przestrzennej – wybrane korzyści i problemy rozwoju w skali lokalnej i regionalnej	56
Petr Hlaváček: The classification of analytical and management qualitative frameworks for municipal and regional development	65
Stanisław Korenik: Nowe zjawiska występujące w rozwoju aktywizujących się regionów.....	76
Anna Mempel-Śnieżyk: Uwarunkowania funkcjonowania powiązań sieciowych w województwie dolnośląskim	85
Katarzyna Miszczak: Partnerstwo publiczno-prywatne w regionach przygranicznych Polski, Czech i Niemiec – szanse i zagrożenia	105
Monika Musiał-Malago: Polaryzacja strukturalna Krakowskiego Obszaru Metropolitalnego.....	120
Małgorzata Rogowska: Znaczenie miast w polityce regionalnej Unii Europejskiej.....	133
Dorota Rynio: Rozwój społeczno-gospodarczy ośrodka wzrostu w okresie kryzysu gospodarki światowej.....	140
Miloslav Šašek: Development of population in the Czech Republic after 1989	150
Piotr Serafin: Stan i zmiany zagospodarowania przestrzeni wsi w strefie podmiejskiej województwa małopolskiego na przykładzie gmin Niepołomice i Wieliczka	162
Kazimiera Wilk: Sytuacja demograficzna w Federacji Rosyjskiej w latach 1990-2009	180

Arkadiusz Przybyłka: Narodowy Fundusz Zdrowia jako główny organizator usług zdrowotnych w Polsce	190
Justyna Anders: Rola władz publicznych w stymulowaniu partycypacji obywateli w procesach <i>governance</i> – doświadczenia międzynarodowe i wnioski dla Polski.....	200
Marek Dylewski, Beata Filipiak: Możliwości rozwoju obszarów metropolitalnych w nowych uwarunkowaniach finansowych jednostek samorządu terytorialnego.....	212
Andrzej Rączaszek: Procesy rozwojowe największych polskich miast w okresie transformacji.....	224

Część 2. Społeczne, gospodarcze i środowiskowe problemy rozwoju lokalnego

Jacek Chądzyński: Władza lokalna a rynek – pomiędzy współpracą a konkurencją.....	241
Eleonora Gonda-Soroczyńska: Uwarunkowania środowiska przyrodniczego w przestrzeni uzdrowiska na przykładzie Czerniawy-Zdroju.....	252
Magdalena Kalisiak-Mędelska: Partycypacja społeczna – przymus czy rzeczywista potrzeba?.....	262
Magdalena Kalisiak-Mędelska: Zadowolenie z miejsca zamieszkania – ocena mieszkańców i władz lokalnych na przykładzie Głowna	277
Andrzej Łuczyszyn: Lokalna przestrzeń publiczna w gospodarce kreatywnej	290
Magdalena Pięta-Kanurska: Związki kultury i ekonomii oraz ich wpływ na rozwój miasta.....	301
Joost Platje: Local governance's capacity to direct its own path of sustainable development.....	310
Andrzej Raszkowski: Nowe trendy w marketingu miejsc.....	319
Anna Batko: Administracja publiczna jako stymulator zmian w turystyce miasta – na przykładzie Krakowa w latach 1989-2006	328
Piotr Ruczkowski: Ewidencja ludności – nowe zasady meldunkowe	340

Część 3. Innowacyjność i przedsiębiorczość a rozwój

Niki Derlukiewicz: Unia innowacji jako sposób na zwiększenie innowacyjności gospodarki europejskiej.....	355
Dariusz Głuszcuk: Finansowanie działalności innowacyjnej – źródła i bariery w przekroju regionów Polski (NTS-2).....	366

Niki Derlukiewicz, Małgorzata Rogowska, Stanisław Korenik, Jarmila Horáková, Jiří Louda: Polsko-czeska współpraca transgraniczna małych i średnich przedsiębiorstw	377
Anna Korombel: Najczęściej popełniane błędy podczas wdrażania zintegrowanego zarządzania ryzykiem (ERM) w polskich przedsiębiorstwach	388
Kamil Wiśniewski: Systemowe zarządzanie wiedzą w ujęciu teoretycznym i praktycznym	396
Paweł Dziekański, Jan Puchala: Wspieranie przedsiębiorczości przez samorząd terytorialny na przykładzie powiatu limanowskiego	405
Jerzy Wąchol: Rola państwa i jego interesariuszy we władztwie korporacyjnym w okresie wychodzenia ze spowolnienia gospodarczego i kryzysu	417
Aleksandra Pisarska, Mieczysław Poborski: Wybrane problemy inwestowania w rzeczowe aktywa trwałe (na przykładzie uczelni publicznych w Polsce).....	427
Agnieszka Izabela Baruk: Specyfika działań motywujących stosowanych wobec polskich pracowników.....	437
Monika Stelmaszczyk: Właściciel małego przedsiębiorstwa menedżerem zorientowanym na kulturę – wyzwania i perspektywy	447
Barbara Batko: Wpływ jakości informacji publicznej na minimalizację ryzyka podejmowania decyzji na rynku pracy	455

Część 4. Wybrane problemy planowania przestrzennego

Oğuz Özbek: Central planning of development through etatism in Turkey: the state planning organisation	467
Kinga Wasilewska: Samorząd terytorialny jako nowy podmiot polityki przestrzennej	474
Aleksandra Koźlak: Modelowe ujęcie transportu w planowaniu przestrzennym	489
Anna Kamińska: Rola ewaluacji w zarządzaniu procesem rewitalizacji przestrzeni miejskiej	502

Część 5. Zagadnienia różne

Hubert Kaczmarczyk: Właściwe zadania państwa w ujęciu F.A. von Hayeka	513
Małgorzata Gajda-Kantorowska: Transfery fiskalne a przeciwdziałanie szokom asymetrycznym w ramach Unii Gospodarczo-Walutowej w Europie ..	522
Adam Peszko: Krytyka liberalnej doktryny lat 90. i nowe nurty w ekonomii pierwszej dekady XXI wieku.....	532
Andrzej Adamczyk: Incydentalna kontrola rozporządzeń przez sądy.....	543

Summaries

Patrycja Brańka: Investment attractiveness of Małopolska voivodeship in opinion of foreign capital enterprises (in the light of survey results).....	29
Adam Dąbrowski: Directions of European Regional Policy – selected problems.....	40
Piotr Hajduga: Special economic zones in Lower Silesia as a business place in the light of assessments of entrepreneurs – results of empirical research	55
Krystian Heffner, Brygida Klemens: Cluster structures in spatial economy – chosen benefits and problems of development on the local and regional scale	64
Petr Hlaváček: Klasyfikacja analitycznych i zarządczych ram kwalifikacyjnych w rozwoju gmin i regionów	75
Stanisław Korenik: New phenomena occurring in the development of activating regions	84
Anna Mempel-Śnieżyk: Conditions of functioning of the network relations in Lower Silesia Voivodeship	104
Katarzyna Miszczak: Public-Private Partnership in the border regions of Poland, the Czech Republic and Germany – opportunities and threats.....	119
Monika Musiał-Malago: Structural polarization of Cracow Metropolitan Area.....	132
Małgorzata Rogowska: The importance of cities in the European Union's regional policy	139
Dorota Rynio: Social-economic development of growth center in the time of worldwide economy crisis	149
Miloslav Šašek: Rozwój populacji w Czechach po roku 1989	161
Piotr Serafin: Spatial planning of rural areas in the suburbs of Małopolska: state and changes – the case of Wieliczka and Niepołomice.....	179
Kazimiera Wilk: The demographic situation in the Russian Federation in the years 1990-2009.....	189
Arkadiusz Przybyłka: The National Health Fund as the main organizer of health services in Poland	199
Justyna Anders: The role of public authorities in promoting civic participation in processes of <i>governance</i> – application of international practices in the Polish context.....	211
Marek Dylewski, Beata Filipiak: Development opportunities of metropolitan areas in the new financial circumstances of local government units	223
Andrzej Rączaszek: Development processes in the biggest Polish cities in the transformation period.....	237

Jacek Chądryński: Local government and market – between cooperation and competition	251
Eleonora Gonda-Soroczyńska: The condition of the natural environment in the development of a spa town – the case of Czerniawa-Zdrój	261
Magdalena Kalisiak-Mędelska: Social participation – obligation or real need?	276
Magdalena Kalisiak-Mędelska: Satisfaction with the place of residence – evaluation of place and local authorities as on the example of Główno.....	289
Andrzej Łuczyszyn: Local public space in creative economy.....	300
Magdalena Pięta-Kanurska: The relationship between culture and economics and their impact on urban development	309
Joost Platje: Zdolność samorządu terytorialnego do kierowania własną ścieżką rozwoju zrównoważonego	318
Andrzej Raszkowski: New trends in place marketing	327
Anna Batko: Public administration as a stimulator of changes in city tourism – based on Cracow between the years 1989 and 2006	339
Piotr Ruczkowski: Population registration – the new residence regulations..	351
Niki Derlukiewicz: Innovation Union as a way to increase the innovation in European economy	365
Dariusz Głuszczyk: Financing innovation activities – sources and barriers with regard to regions in Poland (NTS-2)	376
Niki Derlukiewicz, Małgorzata Rogowska, Stanisław Korenik, Jarmila Horáková, Jiří Louda: Polish-Czech border cooperation of small and medium-sized enterprises	387
Anna Korombel: The most common errors during the implementation of Enterprise Risk Management (ERM) in Polish enterprises	395
Kamil Wiśniewski: System knowledge management from theoretical and practical perspective	404
Paweł Dziekański, Jan Puchała: Support of the enterprise by the territorial council on the example of Limanowski administrative district.....	416
Jerzy Wąchol: The role of the state and its stakeholders in corporate governance while getting out of the economic downturn and crisis.....	426
Aleksandra Pisarska, Mieczysław Poborski: Selected problems of investing in tangible fixed assets (as exemplified by public institutions of higher education)	435
Agnieszka Izabela Baruk: Essence of motivation activities used towards Polish employees	446
Monika Stelmaszczyk: Owner of small company as a culture-oriented manager – challenges and prospects	454
Barbara Batko: The impact of public information quality to minimize the decision making risk on the labour market.....	464

Oğuz Özbek: Centralne planowanie rozwoju przez etatyzm w Turcji: Państwowy Urząd Planowania	473
Kinga Wasilewska: Local self-government as a new subject of spatial policy.	488
Aleksandra Koźlak: Land-use/transport models in spatial planning.....	501
Anna Kamińska: The role of evaluation in the management of urban space revitalization process	510
Hubert Kaczmarczyk: Appropriate tasks of the state in terms of F.A. von Hayek.....	521
Małgorzata Gajda-Kantorowska: Fiscal transfers as asymmetric shocks absorption mechanisms in the European Monetary Union.....	531
Adam Peszko: Criticism of neoclassic doctrine of the 90s and new currents of economics in the first decade of the XXI century.....	542
Andrzej Adamczyk: The right of courts to refuse incidentally to apply regulations.....	557

Arkadiusz Przybyłka

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA JAKO GŁÓWNY ORGANIZATOR USŁUG ZDROWOTNYCH W POLSCE

Streszczenie: Narodowy Fundusz Zdrowia jest głównym podmiotem odpowiedzialnym za dostarczanie usług zdrowotnych w Polsce. Jest on w rzeczywistości monopolistą na rynku, gdyż brak jest powszechnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. W artykule przedstawione są jego główne zadania jako jednostki odpowiedzialnej za dostarczanie tego rodzaju usług.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, usługi zdrowotne, Narodowy Fundusz Zdrowia.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych to podstawowe prawo zagwarantowane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Odpowiedzialność za zapewnienie obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych spoczywa na władzach publicznych¹. Artykuł 68 Konstytucji RP rozróżnia prawo do ochrony zdrowia oraz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych jako podlegające ochronie prawnej prawa podmiotowe. Zostały one ujęte w dwóch pierwszych ustępach wskazanego artykułu:

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

Główna odpowiedzialność za organizację owych usług spoczywa na Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ). Usługi zdrowotne są realizowane przez system ochrony zdrowia. Jest on kształtowany przez państwo i to w wielu przypadkach państwo bierze na siebie odpowiedzialność za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli oraz zaspokojenie ich potrzeb zdrowotnych. W każdym kraju główne cele systemu ochrony zdrowia polegają na zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego państwa.

¹ *Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2011, s. 5.

Wyraża się to w dążeniach do zaspokojenia indywidualnych potrzeb zdrowotnych, z których najważniejsze są potrzeby wynikające z chorób, niedomagań, wypadków, czyli tzw. wyrażone potrzeby zdrowotne, choć system powinien również brać pod uwagę istnienie tzw. rzeczywistych potrzeb zdrowotnych, nie zawsze ujawniających się dostatecznie wcześniej, i zaspokajać je z własnej inicjatywy. Ważnym celem jest również zapewnienie zbiorowych potrzeb zdrowotnych, tj. takich warunków życia, pracy, mieszkania, odżywiania, wypoczynku i innych aspektów życia zbiorowego, które minimalizują ryzyko utraty życia. Wskazane cele wymuszają z kolei konieczność funkcjonowania w ramach systemu ochrony zdrowia dwóch działów: indywidualnej opieki zdrowotnej, czyli służb medycznych, oraz zbiorowej ochrony zdrowia, czyli służb zdrowia publicznego.

Większość środków przeznaczonych na ochronę zdrowia (w tym na finansowanie świadczeń zdrowotnych) ma swoje źródło w środkach publicznych. Środki te gromadzone są przez NFZ, który następnie zawiera ze świadczeniodawcami umowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Analiza danych za rok 2007 wskazuje, iż ok. 87% wydatków publicznych na ochronę zdrowia pokrywanych jest ze środków w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, ok. 9% to środki pochodzące z budżetu państwa, a ok. 4% stanowią wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia. Z budżetu państwa finansowane są w szczególności wyspecjalistyczne procedury medyczne, programy polityki zdrowotnej, ratownictwo medyczne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego².

Na świecie wydatki na ochronę zdrowia zarówno indywidualną, jak i zbiorową rosną. Tendencję taką wykazują też wydatki w Polsce. Budżet NFZ w 2007 r. wyniósł 46,4 mld zł, a w 2009 r. wzrósł do 55 mld zł. W kolejnych latach nakłady finansowe na ochronę zdrowia jeszcze wzrosną, co będzie wynikać ze zwiększenia potrzeb zdrowotnych związanych z procesem starzenia się ludności. Rodzi to wiele dylematów, np. kto w głównej mierze powinien te wydatki finansować. Niezależnie jednak od przyjętej koncepcji systemu ochrony zdrowia nakłady na tę sferę są inwestycjami, które przynoszą korzyści ekonomiczne w postaci przedłużania życia i poprawy jego komfortu oraz wydłużania okresu aktywności zawodowej. W Polsce, jak już wspomniano, zdecydowana większość środków przeznaczanych na ochronę zdrowia pochodzi ze składek ubezpieczeniowych, których dysponentem jest Narodowy Fundusz Zdrowia, państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną³. Nadrzędnym celem jego działalności jest zapewnianie świadczeń zdrowotnych osobom uprawnionym.

Prezes Rady Ministrów powołuje organy NFZ: Radę Funduszu, składającą się z 10 członków powoływanych na 5-letnią kadencję, oraz Zarząd i Prezesa. Do zadań

² *Informacja rządu na temat obecnej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce*, styczeń 2008, druk sejmowy nr 176, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/iosozp_176_23012008.pdf.

³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2004, poz. 210, nr 2135 z późn. zm., art. 96.

Rady Nadzorczej Funduszu należy m.in.: uchwalenie planu pracy funduszu na dany rok, kontrolowanie bieżącej jego działalności we wszystkich jej dziedzinach, przyjmowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego. Działalnością NFZ kieruje Prezes, który swoje zadania wykonuje przy pomocy trzech zastępców. Do kompetencji Prezesa NFZ należy reprezentowanie funduszu na zewnątrz, kierowanie działalnością funduszu i pracami Zarządu, a także koordynowanie współpracy funduszu z jednostkami samorządu terytorialnego, organami administracji rządowej oraz z innymi instytucjami realizującymi zadania na rzecz ochrony zdrowia⁴.

O dużej roli NFZ w procesie zaspokajania potrzeb zdrowotnych decyduje zakres jego zadań szczegółowych, do których można zaliczyć:

- określenie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;
- finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy;
- finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom;
- opracowanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych;
- monitorowanie ordynacji lekarskich;
- promocja zdrowia;
- prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych,
- prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia⁵.

Fundusz rozlicza również koszty świadczeń opieki zdrowotnej finansowane z budżetu państwa oraz koszty medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez zespoły ratownictwa medycznego (w stosunku do osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji) z instytucjami miejsca zamieszkania w państwach członkowskich UE lub EFTA.

NFZ jest *de facto* monopolistą na rynku, gdyż brak jest powszechnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Koncepcje takie powstają, ale napotykają wiele trudności przy wdrażaniu. U podstaw tego stanu leży wieloletnia indoktrynacja społeczeństwa sloganami o bezpłatnej opiece zdrowotnej oraz brak przejrzystych reguł w udzielaniu i finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Przejrzystość często zastępowana

⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. ..., art. 99-103.

⁵ M. Zysnarska, *Narodowy Fundusz Zdrowia – instytucja właściwa w polskim systemie opieki zdrowotnej*, [w:] *Polska polityka zdrowotna a akcesja Rzeczypospolitej do Unii Europejskiej*, red. T. Maksymiuk, J. Skrzypczak, Wydawnictwo Naukowe Instytutu Nauk Politycznych i Dziennikarstwa UAM, Poznań 2006, s. 214; Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. ..., art. 97.

jest przez uznaniowość i brak jawności w procesie podejmowania decyzji. Dotyczy to zwłaszcza kryteriów włączania lub wyłączenia świadczeń do refundacji ze środków publicznych, w przypadku których decyzje są podejmowane nie na podstawie dowodów naukowych, lecz poglądów nieformalnych gremiów urzędniczych⁶.

Świadczenia opieki zdrowotnej przysługują obywatelom Rzeczypospolitej Polskiej. Uprawnione są do nich osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Mają one także prawo do korzystania z opieki zdrowotnej w czasie pobytu w krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego na zasadach określonych w przepisach o koordynacji. Ubezpieczonymi są osoby, które podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie.

NFZ opłaca świadczenia dla osób ubezpieczonych, natomiast leczenie pozostałych osób, innych niż ubezpieczone, pokrywane jest z budżetu państwa lub ze środków pomocy społecznej. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są w przychodniach, gabinetach i szpitalach, które mają podpisaną umowę z NFZ. Środki finansowe funduszu pochodzą ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, w wysokości 9% podstawy wymiaru. Pozostałe źródła finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, poza składką ubezpieczeniową, to:

- środki samorządów terytorialnych,
- środki z budżetu państwa,
- indywidualne wydatki ludności,
- wydatki pracodawców,
- środki zagraniczne.

Liczba osób ubezpieczonych w NFZ wynosi 37 398 582, z czego zdecydowaną większość stanowią osoby ubezpieczone obowiązkowo (dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym objęte są 26 762 osoby). Każda osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest przyporządkowana do oddziału wojewódzkiego NFZ. Przynależność do konkretnego oddziału zależy od miejsca zamieszkania. Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniobiorcy mają prawo do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, takich jak:

- badania diagnostyczne, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej;
- świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne;
- podstawowa opieka zdrowotna;
- świadczenia w środowisku nauczania i wychowania;
- ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;
- rehabilitacja lecznicza;
- świadczenia stomatologiczne;
- leczenie szpitalne;

⁶ J. Ruszkowski, *Polski system zdrowotny – socjalizm w rynkowym otoczeniu*, [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, red. nauk. K. Ryć, Z. Skrzypczak, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008, s. 35.

- świadczenia wysokospecjalistyczne;
- leczenie w domu chorego;
- badanie i terapia psychologiczna;
- badanie i terapia logopedyczna;
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze;
- opieka paliatywna i hospicyjna;
- pielęgnacja niepełnosprawnych i opieka nad nimi;
- opieka nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu;
- opieka nad kobietą w okresie karmienia piersią;
- opieka prenatalna nad płodem i opieka nad noworodkiem oraz wstępna ocena stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia;
- opieka nad zdrowym dzieckiem, w tym ocena stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18;
- leczenie uzdrowiskowe;
- zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze;
- transport sanitarny;
- ratownictwo medyczne⁷.

Poza zakładami opieki zdrowotnej usługi medyczne mogą być również świadczone przez praktyki zawodów medycznych, działające zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz o zawodzie pielęgniarki i położnej. Według danych Ministerstwa Zdrowia w 2009 r. zarejestrowanych było łącznie 126,1 tys. indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych oraz grupowych praktyk lekarza i lekarza dentystry, praktyk lekarskich w miejscu wezwania oraz indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych oraz grupowych praktyk pielęgniarek i położnych. Spośród nich 68% stanowiły praktyki lekarskie (85,7 tys.), 18,1% stomatologiczne (22,8 tys.), 12,3% pielęgniarские (15,6 tys.) oraz 1,5% (1,8 tys.) położnicze⁸.

Opieka zdrowotna o charakterze stacjonarnym świadczona jest w szpitalach ogólnych oraz w innych zakładach opieki zdrowotnej, takich jak: zakłady psychiatryczne, zakłady opieki długoterminowej (zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja) oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego. W 2009 r. funkcjonowało 795 szpitali ogólnych, w tym 526 szpitali publicznych (blisko 70%) oraz 269 szpitali niepublicznych (prawie 30%)⁹.

Ubezpieczony posiada prawo do wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza specjalisty. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne są udzielane na podstawie skierowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Skierowanie nie jest potrzebne do: ginekologa i położnika, dentystry, dermatologa, wenerologa, onkologa, okulisty, psychiatry. Nie jest również wymagane od osób: chorych na gruźlicę, zakażonych wirusem HIV, inwalidów wojennych

⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. ..., art. 15.

⁸ *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2010, s. 51-52.

⁹ Tamże, s. 53-57.

i osób represjonowanych oraz od osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego. Skierowanie nie jest wymagane w stanach zagrożenia życia.

Zgodnie ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ. Świadczeniodawca ustala kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń zainteresowanych. W przypadku zmiany stanu zdrowia pacjenta, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielania świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który (jeżeli to wynika z kryteriów medycznych) koryguje odpowiednio termin udzielania świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są świadczeniobiorcy niezwłocznie¹⁰. Zakład opieki zdrowotnej nie może również odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie pozostającej w stanie zagrożenia życia lub zdrowia bez względu na to, czy osoba ta jest ubezpieczona, czy nie.

Wydatki NFZ obejmują: podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, leczenie szpitalne, refundację cen leków, opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień oraz leczenie stomatologiczne. W przypadku leków pacjent ma prawo do ich refundacji na podstawie recepty wystawionej przez lekarza lub felczera oraz po wniesieniu opłaty ryczałtowej nieprzekraczającej 4,25 zł w przypadku leku podstawowego oraz 12,75 zł w przypadku leku recepturowego i po wniesieniu opłaty w wysokości 30% lub 50% ceny leku za leki uzupełniające¹¹. Świadczeniobiorcom cierpiącym na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorującym na niektóre choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte, leki i wyroby medyczne są przepisywane bezpłatnie.

W przypadku leczenia uzdrowiskowego NFZ opłaca koszty wyżywienia i zakwaterowania dla dzieci i młodzieży do lat 18, młodzieży kształcącej się do 26. roku życia, dla dzieci niepełnosprawnych bez ograniczenia wieku. Ponadto NFZ realizuje świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, które obejmują:

- propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności poprzez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;
- wczesną, wielospecjalistyczną i kompleksową opiekę nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym;

¹⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. ..., art. 20.

¹¹ Por. G. Chałupczak, *Ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech i w Polsce*, Verba, Lublin 2006, s. 476.

- profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz nowotworowych;
- promocję zdrowia i profilaktykę, w tym profilaktykę stomatologiczną obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia;
- prowadzenie badań profilaktycznych obejmujących kobiety w ciąży, w tym badań prenatalnych zalecanych w grupach ryzyka i u kobiet powyżej 40. roku życia, oraz profilaktykę stomatologiczną;
- profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;
- wykonywanie szczepień ochronnych;
- wykonywanie badań z medycyny sportowej, obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia uprawiających sport amatorski oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia¹².

Prawie 95% kosztów NFZ obejmują świadczenia zdrowotne, w których największy udział stanowią wydatki na leczenie szpitalne (ponad 46%). Najwięcej środków na tę opiekę przeznaczono w województwach mazowieckim, śląskim, wielkopolskim, małopolskim oraz dolnośląskim, najmniej zaś w lubuskim, opolskim i podlaskim. Ponadto duży udział w wydatkach stanowi refundacja cen leków (ok. 16%). Najwięcej i najmniej środków na ten cel przeznaczono w tych samych województwach, co w przypadku leczenia szpitalnego. Następne pod względem wielkości są wydatki NFZ na podstawową opiekę zdrowotną (11%); i tutaj występują podobne dane odnośnie do wysokości nakładów: najwięcej w województwach śląskim, wielkopolskim i małopolskim, a najmniej w lubuskim i opolskim. W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (7%) najwięcej wydatków przypada również na województwa mazowieckie, śląskie i wielkopolskie, a najmniej na lubuskie, opolskie i świętokrzyskie.

O dużej roli NFZ świadczą również wyniki badań *Diagnoza społeczna 2007*. Wynika z nich bowiem, że w ciągu ostatnich trzech miesięcy aż w 97% gospodarstw domowych ktoś korzystał z opieki lekarskiej finansowanej przez NFZ. O wysokim poziomie korzystania z opieki finansowanej przez NFZ świadczy również fakt, iż kontakt z takimi placówkami miało 76% osób badanych powyżej 15. roku życia, a z placówkami opłacanymi prywatnie tylko 30%. Zróżnicowanie w korzystaniu z placówek opłacanych przez NFZ oraz z własnych środków w podziale na poszczególne województwa przedstawia tabela 1. Dane w niej zawarte wyraźnie wskazują na wzrost liczby osób korzystających z opieki zdrowotnej opłacanej ze środków zarówno NFZ, jak i własnych. Szczególnie duży wzrost liczby osób korzystających z publicznej opieki wystąpił wśród rolników, uczniów i studentów oraz bezrobotnych. W gospodarstwach wiejskich wzrosła nie tylko liczba osób korzystających z opieki finansowanej przez NFZ, ale również opłacanej ze środków prywatnych. Może to być efekt wzrostu wykształcenia i większej troski o zdrowie, zwiększonych przychodów,

¹² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. ..., art. 27.

a także zmniejszania się różnych barier, które przedtem ograniczały dostęp tej grupy gospodarstw do opieki zdrowotnej¹³. Jak pokazują badania budżetów gospodarstw domowych, przeciętne miesięczne wydatki na ochronę zdrowia wynoszą 55,19 zł. Najwięcej wydają gospodarstwa emeryckie (ponad 85,2 zł), najmniej gospodarstwa pracowników zatrudnionych na stanowiskach robotniczych (niecałe 26,05 zł)¹⁴.

Tabela 1. Korzystanie z placówek ochrony zdrowia

Województwo	Opłacanych przez NFZ		Opłacanych z własnej kieszeni	
	2007	2009	2007	2009
Dolnośląskie	75,1	77,8	35,9	43,4
Kujawsko-pomorskie	72,5	75,7	21,8	31,2
Lubelskie	77,5	73,8	27,9	34,4
Lubuskie	78,8	75,6	30,8	37,6
Łódzkie	77,1	78,8	32,1	35,6
Małopolskie	76,1	80	32,4	37,9
Mazowieckie	74,7	72,9	32,9	39,6
Opolskie	77,3	74,7	26,9	29,6
Podkarpackie	79,4	77,7	27,9	32,2
Podlaskie	75,3	74,7	28,1	33
Pomorskie	79,3	78,1	34,7	35,8
Śląskie	79,6	81,8	27,6	34,4
Świętokrzyskie	79,6	70,1	31,2	33,3
Warmińsko-mazurskie	69,1	70,7	17,7	20
Wielkopolskie	74,2	73,9	29,5	36,5
Zachodniopomorskie	71,8	74,3	29,5	32,8

Źródło: J. Czapiński, *Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie i opinie społeczne*, [w:] *Diagnoza społeczna 2007*, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego oraz Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, VizjaPress&IT, Warszawa 2009, s. 109.

Często zdarza się też, że diagnozowanie czy leczenie rozpoczęte w sektorze prywatnym jest kontynuowane w sektorze opłacanym przez NFZ. Główny powód takiego zjawiska to wysokie koszty niektórych form diagnozowania czy leczenia, cenowa bariera popytu oraz wysoka kapitałochłonność niektórych procedur medycznych oraz silna zależność wysokiej jakości od efektów skali, którą wciąż trudno zapewnić w sektorze prywatnym. W tej sytuacji leczenie rozpoczęte prywatnie jest kontynuowane w sektorze publicznym, czyli tam ponoszone są koszty dalszego, już droższego leczenia¹⁵. Spada jednak liczba gospodarstw domowych, w których któryś

¹³ M. Janoś-Kresło, *Usługi społeczne a zrównoważony rozwój regionów*, Wydawnictwo AGH, Warszawa 2008, s. 268.

¹⁴ *Budżety gospodarstw domowych w 2009 r.*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2010.

¹⁵ Por. K. Tymowska, *Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie i opinie społeczne*, [w:] *Diagnoza społeczna 2007*, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego oraz Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, VizjaPress&IT, Warszawa 2007, s. 90.

z członków przebywał w szpitalu. Może to dowodzić większej troski szpitali publicznych o finanse i mniejszej skłonności do przyjęć większych, niż ustalono w umowie, czyli nie tak pewnych do sfinansowania przez NFZ. Ponadto NFZ znacznie rygorystyczniej sprawdza zasadność przyjęć ponad ustalone limity w umowach i trudniej jest pozyskać środki na pokrycie kosztów leczenia szpitalnego w skali przekraczającej ustalenia wynikające z kontraktów¹⁶.

NFZ realizuje również profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków własnych, takie jak:

- program profilaktyki raka piersi,
- program profilaktyki raka szyki macicy,
- program profilaktyki chorób krążenia,
- program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc,
- program badań prenatalnych,
- program wczesnej wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie,
- program profilaktyki gruźlicy (jako program fakultatywny w województwach o wysokim wskaźniku zachorowalności na gruźlicę),
- program profilaktyki chorób odtytoniowych – palenie jest uleczalne,
- program wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry,
- program wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży¹⁷.

Funkcjonowanie systemu świadczeń finansowanego przez NFZ nie jest idealne. Jednym z problemów dotkliwie odczuwalnych przez pacjentów, postrzeganych jako brak dobrej organizacji systemu ochrony zdrowia, są długie kolejki do lekarzy specjalistów. Mimo że dotyczą one tylko niektórych specjalności medycznych, stają się sporym problemem społecznym i organizacyjnym, w znacznym stopniu przyczyniającym się do negatywnej opinii o systemie opieki zdrowotnej.

Literatura

- Budżety gospodarstw domowych w 2009 r.*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2010.
- Chałupczak G., *Ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech i w Polsce*, Verba, Lublin 2006.
- Czapiński J., *Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie i opinie społeczne*, [w:] *Diagnoza społeczna 2007*, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego oraz Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, VizjaPress&IT, Warszawa 2009.
- Diagnoza społeczna 2007*, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego oraz Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, VizjaPress&IT, Warszawa 2007.
- Diagnoza społeczna 2009*, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego oraz Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, VizjaPress&IT, Warszawa 2009.
- Informacja rządu na temat obecnej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce*, styczeń 2008, druk sejmowy nr 176, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/iosozp_176_23012008.pdf.

¹⁶ Tamże, s. 94.

¹⁷ *Raport NFZ za 2007 rok*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2008.

- Janoś-Kresło M., *Usługi społeczne a zrównoważony rozwój regionów*, Wydawnictwo AGH, Warszawa 2008.
- Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, red. K. Ryć, Z. Skrzypczak, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008.
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2010.
- Polska polityka zdrowotna a akcesja Rzeczypospolitej do Unii Europejskiej*, red. T. Maksymiuk, J. Skrzypczak, Wydawnictwo Naukowe Instytutu Nauk Politycznych i Dziennikarstwa UAM, Poznań 2006.
- Raport NFZ za 2007 rok*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2008.
- Ruszkowski J., *Polski system zdrowotny – socjalizm w rynkowym otoczeniu*, [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, red. K. Ryć, Z. Skrzypczak, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008.
- Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2011.
- Tymowska K., *Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie i opinie społeczne*, [w:] *Diagnoza społeczna 2007*, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego oraz Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, VizjaPress&IT, Warszawa 2007.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2004, poz. 210, nr 2135 z późn. zm.
- Zysnarska M., *Narodowy Fundusz Zdrowia – instytucja właściwa w polskim systemie opieki zdrowotnej*, [w:] *Polska polityka zdrowotna a akcesja Rzeczypospolitej do Unii Europejskiej*, red. T. Maksymiuk, J. Skrzypczak, Wydawnictwo Naukowe Instytutu Nauk Politycznych i Dziennikarstwa UAM, Poznań 2006.

THE NATIONAL HEALTH FUND AS THE MAIN ORGANIZER OF HEALTH SERVICES IN POLAND

Summary: The National Health Fund is the main subject being responsible for providing medical services in Poland. It is actually a monopoly on the market due to the lack of common, additional health insurance. The article presents its main tasks as a unit responsible for providing such a kind of services in our country.

Keywords: health protection, health service, the National Health Fund.