

## **Prawne aspekty finansowania systemu ochrony zdrowia we Włoszech<sup>1</sup>**

### **The legal aspects of health care financing in Italy.**

#### **Streszczenie**

Niniejszy artykuł porusza problematykę prawnych aspektów finansowania ochrony zdrowia we Włoszech. Włoski system zdrowotny w istniejącym kształcie stanowi efekt przeprowadzanych na przestrzeni kilku dekad reform i został oparty o Narodową Służbę Zdrowia. Jest on finansowy ze środków publicznych pochodzących z budżetu państwa oraz budżetów regionów. Znaczenie ma także udział świadczeniobiorców w finansowaniu przysługujących im świadczeń opieki zdrowotnej, którzy są zobowiązani do uiszczenia opłaty za niektóre ich rodzaje. We włoskim systemie zdrowotnym nie istnieje publiczne ubezpieczenie zdrowotne. Odpowiedzialność za konstrukcję oraz wydajność dochodową źródeł finansowania Narodowej Służby Zdrowia we Włoszech ponoszą organy administracji państwowej. Źródła te zostały jednak przekazane do dyspozycji regionom włoskim.

**Słowa kluczowe:** finansowanie, system ochrony zdrowia we Włoszech

---

<sup>1</sup> Opracowanie przygotowane w ramach projektu pt. „Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce – aspekty prawne” finansowanego w konkursie PRELUDIUM 8 organizowanym przez Narodowe Centrum Nauki w Krakowie (nr projektu: 2014/15/N/HS5/01735).

## Abstract

This article raises the subject of legal aspects of financing health protection in Italy. The Italian health system in its existing shape constitutes the effect of reforms carried out over several decades and it has been based on the National Health Service. It is financed from public funds from the state's budget and regional budgets. The participation of beneficiaries, who are obliged to pay a fee for some types of benefits, in financing health care benefits is also significant. In the Italian health care system there is no public health insurance. State administration bodies are responsible for the structure and income efficiency of the sources of financing of the National Health Service in Italy. The sources, however, have been provided for the disposal of Italian regions.

**Keywords:** financing, health protection in Italy

## 1. Wprowadzenie

Prawo pierwotne Unii Europejskiej<sup>2</sup> nie nakłada na państwa członkowskie obowiązku organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia w jednolity sposób. W myśl art. 168 ust. 1 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej<sup>3</sup>, działanie UE, które uzupełnia polityki krajowe, nakierowane jest na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia psychicznego. Gwarancję autonomii państw członkowskich UE w zakresie organizacji i finansowania poszczególnych systemów ochrony zdrowia stanowi art. 168 ust. 7 t.f.u.e. Na jego podstawie działania UE są prowadzone w poszanowaniu obowiązków państw członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej. Zgodnie z art. 168 ust. 7 zd. 2 t.f.u.e. państwa członkowskie są natomiast

---

<sup>2</sup> Dalej powoływana także jako „UE”.

<sup>3</sup> Dz. Urz. UE C 326/49 z 26.10.2012 r.; dalej powoływany jako “t.f.u.e.”.

zobowiązane do zarządzania usługami zdrowotnymi i opieką medyczną oraz dokonywania podziału przeznaczonych na nie zasobów.

Mając powyższe na uwadze, poszczególne kraje członkowskie organizują systemy ochrony zdrowia w zróżnicowany sposób. W państwach UE funkcjonują powszechnie systemy zdrowotne oparte o model budżetowy (model Beveridge'a) lub ubezpieczeniowy (model Bismarcka). Budżetowy model ochrony zdrowia występuje przede wszystkim w Wielkiej Brytanii, Irlandii, Danii, Finlandii, Szwecji, a także we Włoszech. W ostatnim z wymienionych państw system ochrony zdrowia był wielokrotnie reformowany, a jego obecna wersja w znacznym stopniu opiera się o działalność włoskich jednostek samorządu terytorialnego. W związku z tym uzasadnione jest zbadanie i przedstawienie podstawowych zasad finansowania włoskiego systemu ochrony zdrowia.

## **2. Organizacja włoskiego systemu ochrony zdrowia**

Włoski system ochrony zdrowia w istniejącym kształcie jest efektem przeprowadzanych reform na przestrzeni kilku dekad. Jego pierwotna wersja w sposób znaczny różni się od obecnie funkcjonujących rozwiązań organizacyjnych i finansowych<sup>4</sup>. Do głównych zmian włoskiego modelu ochrony zdrowia zalicza się przede wszystkim ujednoczenie udzielanych świadczeń na poziomie centralnym przy jednoczesnym wprowadzeniu organizacji i zarządzania o charakterze regionalnym<sup>5</sup>.

W myśl art. 32 Konstytucji Republiki Włoskiej<sup>6</sup>, Republika zapewnia ochronę zdrowia jako podstawowego prawa jednostki i interesu zbiorowego oraz gwarantuje bezpłatną opiekę ubogim. Podstawy normatywne funkcjonowania systemu ochrony zdrowia wynikają przede

---

<sup>4</sup> B. Łyszczarz, System finansowania opieki zdrowotnej w krajach OECD, Studia Ekonomiczne – Zeszyty Naukowe 2013, nr 145, s. 172.

<sup>5</sup> M. Urbaniak, Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej, Toruń 2014, s. 139.

<sup>6</sup> Konstytucja Republiki Włoskiej z dnia 22 grudnia 1947 r.; Gazzetta Ufficiale del 27 dicembre 1947, n. 298.

wszystkim z ustawy nr 833 z dnia 23 grudnia 1978 r.<sup>7</sup> Istotne znaczenie miały kolejne akty prawne reformujące przyjęty w 1978 r. model ochrony zdrowia. Należy do nich zaliczyć dekret ustawodawczy z 1992<sup>8</sup> zmieniający zasady gromadzenia i podziału środków przeznaczanych na realizację zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia, ustawę nr 662 z 1996 r.<sup>9</sup> oraz dekret ustawodawczy nr 446 z 1997 r.<sup>10</sup> – noszący obowiązkowe składki przeznaczane na finansowanie ochrony zdrowia, a także dekret ustawodawczy nr 56 z 2000 r.<sup>11</sup> – przenoszący częściowo obowiązek finansowania systemu zdrowotnego na regiony włoskie.

Włoski system zdrowotny funkcjonuje w oparciu o Narodową Służbę Zdrowia (*Servizio Sanitario Nazionale – SSN*). Jego struktura organizacyjna oparta jest o działalność instytucji publicznych na szczeblu państwowym oraz regionalnym. Głównym organem administracji państwowej odpowiedzialnym za funkcjonowanie Narodowej Służby Zdrowia jest minister zdrowia. Na poziomie regionalnym główną rolę pełnią regiony włoskie i prowincje autonomiczne, a także lokalne jednostki terytorialne, które są odpowiedzialne za prowadzenie przedsiębiorstw służby zdrowia oraz szpitali. Rozdział kompetencji pomiędzy państwo a regiony i ich jednostki wynika z art. 1 ustawy 1978/833. Zgodnie z nim, do zadań państwa, regionów, a także lokalnych jednostek terytorialnych (gmin) należy zagwarantowanie prawidłowego funkcjonowania Narodowej Służby Zdrowia. Istnieje także obowiązek zapewnienia udziału obywateli w działalności systemu ochrony zdrowia.

Do zadań państwa, realizowanych głównie przez ministra zdrowia, należy przede wszystkim planowanie systemu ochrony zdrowia, ustalanie długoterminowych celów, także kontrola działalności

---

<sup>7</sup> Legge del 23 dicembre 1978, n. 833; Gazzetta Ufficiale del 28 dicembre 1978, n. 360; dalej powoływana jako „ustawa 1978/833”.

<sup>8</sup> Decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 1992, n. 305; dalej powoływany jako „dekret 1992/502”.

<sup>9</sup> Legge del 23 dicembre 1996, n. 662, Gazzetta Ufficiale del 28 dicembre 1996, n. 303; dalej powoływana jako „ustawa 1996/662”.

<sup>10</sup> Decreto legislativo del 15 dicembre 1997, n. 446, Gazzetta Ufficiale del 23 dicembre 1997, n. 298; dalej powoływany jako „dekret 1997/446”.

<sup>11</sup> Decreto legislativo del 18 febbraio 2000, n. 56, Gazzetta Ufficiale del 15 marzo 2000 n. 62.

Narodowej Służby Zdrowia<sup>12</sup>. Państwo posiada wyłączne kompetencje dotyczące ustalania zakresu oraz poziomów przysługujących świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Dla przepływu środków publicznych przeznaczanych na realizację zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia istotne znaczenie mają kompetencje organów administracji rządowej dotyczące finansowania systemu zdrowotnego. Odpowiadają one bowiem za finansowanie Narodowej Służby Zdrowia poprzez dystrybucję dostępnych środków pomiędzy regionalne systemy zdrowotne<sup>13</sup>.

W strukturze terytorialnej Republiki Włoskiej istnieje 19 regionów oraz 2 prowincje autonomiczne (Trydent i Bolzano). Są one współodpowiedzialne wraz z organami administracji państwowej za organizację i finansowanie Narodowej Służby Zdrowia. W literaturze włoskiej wskazuje się, że regiony zobowiązane są do organizacji i administrowania systemem ochrony zdrowia finansowanym ze środków publicznych, podczas gdy państwo odpowiedzialne jest za zapewnienie obywatelom świadczeń zdrowotnych na terytorium całego kraju<sup>14</sup>.

Istotne znaczenie dla relacji z zakresu organizacji i finansowania ochrony zdrowia zachodzących pomiędzy organami administracji państwowej a regionami ma Stała Konferencja ds. Stosunków między Państwem, Regionami oraz Prowincjami Autonomicznymi Trydent i Bolzano (Konferencja Państwo – Regiony). Konferencja nie wchodzi w zakres struktury organizacyjnej Narodowej Służby Zdrowia. Została powołana w celu urzeczywistnienia współpracy między państwem a regionami włoskimi. Jest ona organem o charakterze informacyjnym i doradczym w zakresie większości spraw należących do ich kompetencji. Do zadań konferencji należy przede wszystkim rozpatrywanie problemów związanych z polityką państwa wobec regionów oraz ich

---

<sup>12</sup> M. Tanner, *The grass is not always greener. A look at Health Care Systems around the world*, Italy, Policy Analysis 2008, nr 613, s. 12.

<sup>13</sup> F. Ferre, A. Giulio de Belvis, L. Veriano, S. Longhi, A. Lazzari, G. Fattore, W. Ricciardi, A. Maresso, *Italy. Health system review, Health System in Transition 2014*, nr 16, poz. 4, s. 20.

<sup>14</sup> G. France, F. Taroni, A. Donatini, *The Italian health-care system*, *Health Economics 2014*, nr 14, s. 187 – 188.

funkcjonowaniem. Ma zatem zasadniczy wpływ na podział kompetencji z zakresu ochrony zdrowia między państwo a regiony<sup>15</sup>.

Za realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia przekazanych do realizacji regionom odpowiadają przede wszystkim tzw. Departamenty Zdrowia. Do ich kompetencji należy głównie sporządzanie trzyletnich regionalnych planów zdrowotnych, zarządzanie lokalnymi jednostkami służby zdrowia, a także koordynacja opieki zdrowotnej na poziomie regionu. Istotne uprawnienia z zakresu ochrony zdrowia posiadają także Rady Regionalne będące organami stanowiącymi w poszczególnych regionach. Do ich zadań należy przede wszystkim ustalanie zasad i organizacji regionalnych systemów ochrony zdrowia oraz kryteriów finansowania lokalnych jednostek służby zdrowia i przedsiębiorstw szpitalnych<sup>16</sup>. Lokalne jednostki służby zdrowia odpowiadają natomiast za udzielanie świadczeń zdrowotnych przysługujących w ramach Narodowej Służby Zdrowia<sup>17</sup>.

### **3. Źródła finansowania ochrony zdrowia we Włoszech**

Włoski system ochrony zdrowia finansowany jest zasadniczo ze środków publicznych pochodzących z budżetu państwa oraz budżetów poszczególnych regionów. Na poziomie centralnym Narodowa Służba Zdrowia finansowana jest z ogólnych dochodów budżetowych. Organy administracji rządowej zobowiązane są do ustalenia wysokości środków publicznych niezbędnych do zagwarantowania prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Skutkiem tego jest istnienie po stronie państwa obowiązku ustalenia źródeł finansowania Narodowej Służby Zdrowia. Z budżetu państwa są przekazywane środki finansowe

---

<sup>15</sup> M. Urbaniak, *Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej*, op.cit., s. 177 – 178.

<sup>16</sup> F. Ferre, A. Giulio de Belvis, L. Veriano, S. Longhi, A. Lazzari, G. Fattore, W. Ricciardi, A. Maresso, Italy. Health system review, *Health System in Transition*, op.cit., s. 21 – 22.

<sup>17</sup> A. Cicchetti, A. Gasbarrini, *The health care service in Italy: regional variability*, *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 2016, nr 20 (1 Suppl.), s. 1.

na rzecz poszczególnych regionów<sup>18</sup>. Znaczenie ma także udział świadczeniobiorców w finansowaniu przysługujących im świadczeń opieki zdrowotnej, którzy są zobowiązani do uiszczenia opłaty za niektóre rodzaje udzielanych świadczeń<sup>19</sup>. Wysokość środków prywatnych przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia wynosi ok. 17,8% całości wydatków systemu<sup>20</sup>.

Zasadnicze znaczenie dla finansowania Narodowej Służby Zdrowia mają środki publiczne przekazane ustawowo do dyspozycji włoskim regionom. Zalicza się do nich m.in.: podatek regionalny od działalności produkcyjnej<sup>21</sup>, dodatek regionalny do podatku dochodowego od osób fizycznych<sup>22</sup>, a także część wpływów z tytułu podatku od wartości dodanej<sup>23</sup>. W większości przypadków regiony nie mają uprawnień do ingerencji w konstrukcję prawną źródeł finansowania ochrony zdrowia. Zostały im jedynie przekazane wpływy z poszczególnych danin publicznych. Nie przekazano włoskim regionom władztwa daninowego w tym zakresie.

W myśl art. 63 ustawy 1978/833 w brzmieniu pierwotnym, wydatki na ochronę zdrowia były finansowane przede wszystkim z wpływów z tytułu pobierania składki ubezpieczeniowej, którą obciążeni byli przede wszystkim pracownicy. Wszyscy obywatele byli zobowiązani do uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne. Sposób uiszczania składek oraz ich wysokość wynikały z corocznie wydawanego dekretu Ministra Zdrowia. Kwota składki była obliczana przy uwzględnieniu zmian w zakresie

---

<sup>18</sup> G. Cilione, *Diritto sanitario. Profili costituzionali e amministrativi, ripartizione delle competenze, organizzazione, prestazioni, presidi sanitari privati, professioni, Santarcangeo di Romagna Maggioli Editore 2005*, s. 265.

<sup>19</sup> F. Reviglio, *Health Care and Its Financing in Italy: Issues and Reform Options*, IMF Working Paper 2000, s. 6.

<sup>20</sup> F. Ferre, A. Giulio de Belvis, L. Veriano, S. Longhi, A. Lazzari, G. Fattore, W. Ricciardi, A. Maresso, Italy. *Health system review, Health System in Transition*, op.cit., s. 41.

<sup>21</sup> Imposta regionale sulle attività produttive; dalej powoływany jako „IRAP”.

<sup>22</sup> Imposta sul reddito delle persone fisiche; dalej powoływany jako „IRPEF”.

<sup>23</sup> F. Ferre, A. Giulio de Belvis, L. Veriano, S. Longhi, A. Lazzari, G. Fattore, W. Ricciardi, A. Maresso, Italy. *Health system review, Health System in Transition*, op.cit., s. 51; M. Urbaniak, *Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej*, op.cit., s. 307.

średnich indywidualnych kosztów utrzymania (art. 63 ustawy 1978/833). Stawki składki miały zróżnicowany charakter. Były uzależnione od wysokości uzyskiwanego przez ubezpieczonego dochodu oraz rodzaju tytułu ubezpieczeniowego, który stanowił podstawę pod podlegania obowiązkowi uiszczenia składki. Przykładowo, w 1995 r. średnia stawka składki dla pracowników, których roczny dochód stanowiący podstawę wymiaru składki nie przekraczał 20 tys. euro, wynosiła 10,6 %. W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą na własny rachunek i uzyskujących dochód stanowiący podstawę wymiaru składki i nieprzekraczający 20 tys. euro, rocznie stawka składki wynosiła 6,6% podstawy wymiaru<sup>24</sup>. Podmiotem odpowiedzialnym za czynności związane z poborem oraz egzekwowaniem należnych składek był Narodowy Zakład Zabezpieczenia Społecznego (*Instituto Nazionale della Previdenza Sociale*).

Na podstawie przepisów ustawy 1978/833 utworzono włoski Narodowy Fundusz Zdrowia. Wysokość środków pozostających w jego dyspozycji wynikała z poszczególnych ustaw budżetowych (art. 51 ustawy 1978/833). Wpływy z tytułu pobieranej składki zdrowotnej zasilały utworzony Fundusz. Nie były one jednak jedynym źródłem jego finansowania. Część środków pochodziła z ogólnych dochodów budżetu państwa<sup>25</sup>. Fundusz dzielił się na dwie części odpowiadające wydatkom bieżącym i wydatkom majątkowym. Środki pochodzące z Narodowego Funduszu Zdrowia podlegały dalszemu podziałom między regiony według kryteriów liczby mieszkańców oraz zapewnienia na całym terytorium kraju świadczeń o jednolitym charakterze. Decyzję o podziale środków podejmował Międzyministerialny Komitet ds. Planowania Gospodarczego na wniosek Ministra Zdrowia, mając na uwadze wytyczne wynikające z narodowych i regionalnych planów ochrony zdrowia. Otrzymane przez regiony środki

---

<sup>24</sup> G. France, F. Taroni, A. Donatini, The Italian health-care system, *Health Economics*, op.cit., s. 193.

<sup>25</sup> G. Turati, The Italian Servizio Sanitario Nazionale: A Renewing Tale of Lost Promises, [w:] J. Costa-Font, S. Greer (red.), *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*, New York 2013, s. 50.



były rozdzielane pomiędzy lokalne jednostki służby zdrowia w oparciu o parametry liczbowe wprowadzane w celu utrzymania jednolitego poziomu świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium całego regionu<sup>26</sup>.

W świetle przepisów ustawy 1978/833 w brzmieniu pierwotnym, Narodowa Służba Zdrowia we Włoszech była finansowana z dwóch źródeł: – składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz ogólnych dochodów budżetowych. Finansowanie ochrony zdrowia miało zatem zcentralizowany charakter. Gromadzenie oraz podział środków publicznych przeznaczanych na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia odbywały się na poziomie państwowym za pomocą budżetu centralnego oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. W literaturze prawa włoskiego podkreślano, iż finansowanie Narodowej Służby Zdrowia jednocześnie z budżetu państwa oraz z wpływów uzyskiwanych z tytułu obowiązkowych składek na ubezpieczenie zdrowotne powodowało istnienie systemu ochrony zdrowia, który nosił cechy modelu „korporacyjnego oraz socjaldemokratycznego”<sup>27</sup>.

Istotne zmiany w zakresie finansowania ochrony zdrowia wprowadzono na początku lat 90. XX wieku dekretem 1992/502. Nie zrezygnowano jednak ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, modyfikując jedynie zasady jej opłacania. Na podstawie art. 11 ust. 1 dekretu 1992/502 zmieniono sposób uiszczania składki przez pracodawców za pracowników, dokonując zróżnicowania zasad jej opłacania według statusu pracodawcy.

Na podstawie art. 11 dekretu 1992/502, wpływy z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazano na stałe regionom (budżetom regionalnym). Celem nałożenia na regiony włoskie obowiązków w zakresie ponoszenia kosztów finansowania systemu zdrowotnego było m.in. ograniczenie wydatków budżetu centralnego. Regiony włoskie zostały zobowiązane do współuczestniczenia w finansowaniu Narodowej Służby Zdrowia. Do ich obowiązku należało m.in. pokrywanie deficytu

---

<sup>26</sup> M. Urbaniak, *Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej*, op.cit., s. 293 – 294.

<sup>27</sup> G. Turati, *The Italian Servizio Sanitario Nazionale: A Renewing Tale of Lost Promises*, [w:] J. Costa-Font, S. Greer (red.), *Federalism and Decentralization* op. cit., s. 50.

lokalnych jednostek ochrony zdrowia oraz przedsiębiorstw szpitalnych. Sąd Konstytucyjny Republiki Włoskiej uznał jednak za niezgodne z konstytucją całkowite i natychmiastowe zwolnienie organów administracji rządowej z obowiązku pokrycia deficytu wymienionych podmiotów z uwagi na brak przepisów przejściowych umożliwiających stopniowe wprowadzenie nowych regulacji prawnych<sup>28</sup>.

Jako istotną modyfikację zasad finansowania Narodowej Służby Zdrowia należy także wskazać wprowadzenie nowych zasad podziału środków publicznych pozostających w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia. Część bieżąca oraz majątkowa Funduszu tworzone były ze środków pochodzących w całości z budżetu państwa. Wpływy z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne nie zasilają w sposób bezpośredni Narodowego Funduszu Zdrowia. W świetle przepisów dekretu 1992/502, system ochrony zdrowia miał być finansowany z trzech źródeł, do których zaliczono: budżet państwa, obowiązkowe składki na ubezpieczenie zdrowotne, a także środki prywatne świadczeniobiorców pochodzące z uiszczanych przez nich opłat. Wysokość środków przekazywanych z budżetu państwa miała być każdorazowo określana w ustawie budżetowej<sup>29</sup>.

Najistotniejszy wpływ na obecnie funkcjonujący we Włoszech katalog źródeł finansowania ochrony zdrowia miały reformy wprowadzone na przełomie XX i XXI wieku. Na mocy przepisów dekretu 1997/446 zniesiono powszechny obowiązek uiszczania składki na ubezpieczenie zdrowotne. Rezygnacja z tego rodzaju daniny publicznej powodowała konieczność zastąpienia uzyskiwanych z jej poboru wpływów dochodami z innych tytułów. Na podstawie dekretu 446/1997 wprowadzono zatem podatek IRAP stanowiący źródło dochodów poszczególnych regionów włoskich mający zastąpić utratę środków z tytułu likwidacji składki na

---

<sup>28</sup> Orzeczenie Sądu Konstytucyjnego Republiki Włoskiej nr 355 z dnia 28 lipca 1993 r.; *Gazzetta Ufficiale Serie Speciale – Corte Costituzionale* n. 32 z dnia 4.08.1993.

<sup>29</sup> M. Urbaniak, *Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej*, op. cit., s. 298 – 299.

ubezpieczenie zdrowotne<sup>30</sup>. Podatek IRAP był przedmiotem orzeczenia TSUE z dnia 3 października 2006 r.<sup>31</sup>, w którym stwierdzono, iż jest on zgodny z przepisami wspólnotowymi, w tym nie narusza zakazu nakładania krajowych podatków obrotowych innych niż podatek od wartości dodanej.

W świetle przepisów dekretu 446/1997, podatnikami podatku IRAP są wszystkie podmioty wykonujące działalność polegającą na produkcji określonych towarów lub świadczeniu usług, której rodzaje zostały enumeratywnie wymienione w art. 3 dekretu. Opodatkowanie podatkiem IRAP są osoby wykonujące w sposób ciągły jako niezależni przedsiębiorcy wymienioną wyżej działalność. Jego zakres podmiotowy rozciąga się na większość osób fizycznych i prawnych, a także na państwo oraz podmioty prawa publicznego i organy administracji publicznej<sup>32</sup>. Podstawą podatkowania jest, co do zasady, wartość netto produkcji na obszarze danej prowincji włoskiej. Szczegółowe zasady jej ustalania determinowane są przynależnością podatnika do określonej kategorii. Stawki podatkowe wynikają wprost z powszechnie obowiązujących przepisów. Mogą być natomiast modyfikowane przez organy stanowiące poszczególnych regionów włoskich<sup>33</sup>

1 stycznia 2001 r. zrezygnowano także z bezpośredniego finansowania z budżetu państwa wydatków regionów przeznaczanych na zapewnienie funkcjonowania Narodowej Służby Zdrowia. W związku ze zniesieniem obowiązku przekazywania środków publicznych z budżetu państwa, na podstawie art. 1 dekretu 2000/56 zwiększono dochody regionów z tytułu niektórych podatków.

---

<sup>30</sup> C. Palladino, *Ordinamento Sanitario. Disciplina del Servizio Sanitario Nazionale*, Napoli 2012, s. 119.

<sup>31</sup> Wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 3 października 2006 r w sprawie C-475/03 (banca popolare di Cremona Soc. Arl przeciwko Agenzia Entrate Ufficio Cremona), dostęp: Legalis.

<sup>32</sup> K. Lewandowski, *Komentarz do art. 401*, [w:] K. Lewandowski, P. Fałkowski, *Dyrektywa VAT 2006/112. Komentarz*, Warszawa 2012, dostęp: Legalis.

<sup>33</sup> *Ibidem*.

Utratę dochodów budżetów regionalnych z tytułu wydatków budżetu państwa na ich rzecz zastąpiono przede wszystkim współudziałem regionów we wpływach z włoskiego podatku od wartości dodanej, wzrostem stawki podatku IRAP (0,9% podstawy wymiaru z możliwością jej zwiększenia do 1,4%, uzależnioną od autonomicznych decyzji poszczególnych regionów), a także współudziałem regionów we wpływach z tytułu pobieranej akcyzy<sup>34</sup>.

Nie oznacza to jednak, że włoski ustawodawca definitywnie zrezygnował z finansowania Narodowej Służby Zdrowia ze środków pochodzących z budżetu państwa. Są one w dalszym ciągu przeznaczane na pokrycie wydatków na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia, mimo, że odpowiedzialność za funkcjonowanie systemu została przeniesiona na poszczególne regiony. Środki z budżetu państwa są przeznaczane przede wszystkim na finansowanie świadczeń zdrowotnych dla emigrantów, leczenie ustawowo wskazanych chorób, a także na wydatki inwestycyjne przedsiębiorstw szpitalnych. Istnieje także możliwość dystrybucji środków publicznych pochodzących z ogólnych dochodów budżetowych w przypadku wystąpienia nieprawidłowości ujawnionych na skutek procedury monitorowania i weryfikacji opieki zdrowotnej zapewnianej przez regiony przeprowadzonej w trybie art. 9 dekretu 2000/56. W związku z ich wystąpieniem mogą zostać przekazane środki z budżetu centralnego jako forma wsparcia na rzecz regionu<sup>35</sup>.

Na mocy art. 1 dekretu 2000/56 zlikwidowano również Narodowy Fundusz Zdrowia. Jego zastąpienie przekazaniem regionom wpływów ze wskazywanych wyżej podatków doprowadziło do wprowadzenia finansowania Narodowej Służby Zdrowia w oparciu o zdolność podatkową danego regionu. Była ona jednak częściowo korygowana istnieniem funduszu wyrównawczego, który miał stanowić wyraz międzyregionalnej solidarności. Fundusz wyrównawczy przeznaczony był przede wszystkim

---

<sup>34</sup> C. Palladino, *Ordinamento Sanitario. Disciplina del Servizio Sanitario Nazionale*, op. cit., s. 120.

<sup>35</sup> *Ibidem*, s. 120.

dla tych regionów, które posiadały mniejszą zdolność do pozyskiwania dochodów podatkowych niż wysokość ich wydatków przeznaczanych na finansowanie systemu ochrony zdrowia na poziomie regionalnym<sup>36</sup>.

Sposób obliczania wysokości środków publicznych wydatkowanych na ochronę zdrowia oparty o historyczne koszty zastąpiono zasadami ustalania koniecznych zasobów finansowych na podstawie faktycznie ponoszonych kosztów związanych ze świadczeniami. Kryteriami stanowiącymi podstawę obliczania wysokości niezbędnych wydatków miały być: liczba ludności, wysokość dochodów z tytułu podatków regionalnych, zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, a także powierzchnia danego regionu<sup>37</sup>. Zgodnie z dekretem nr 68 z 2011 r.<sup>38</sup>, standardowe potrzeby regionów ustalane są na podstawie kosztów rozsądnie wymaganych celem zapewnienia poszczególnych świadczeń zdrowotnych. Zasady ustalania standardowych kosztów oparte są o następujący mechanizm.

Z pięciu najlepiej funkcjonujących regionów w zakresie zdolności do zapewnienia podstawowych poziomów opieki w warunkach zachowania równowagi finansowej wskazanych przez ministra zdrowia wybierane są trzy przez konferencję regionów. Wysokość kosztu standardowego wynikać ma ze średniej kosztów poniesionych w trzech wybranych regionach od osoby. Ustalenie standardowych wydatków na realizację regionalnych zadań z zakresu ochrony zdrowia jest konieczne do określenia wysokości źródeł ich finansowania. Należy bowiem wprowadzić stawki podatkowe w podatkach regionalnych (m.in. w podatku IRAP oraz w regionalnym podatku dochodowym od osób fizycznych) na najmniejszym poziomie, który ma być jednocześnie wystarczający do zapewnienia pełnego

---

<sup>36</sup> E. Innocenti, Il finanziamento della spesa sanitaria nella recente giurisprudenza costituzionale: tra tutela della salute, coordinamento della finanza pubblica e (in)attuazione dell'art 119 Cost., *Le Regioni* 2008, nr XXXVI, s. 577 – 578.

<sup>37</sup> N. Dirindin, *Federalismo fiscale e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione della regioni o il presupposto pre cambiamenti strutturali?*, [w:] N. Dirindin, E. Pagano, *Governare il federalismo. Le sfide della sanità*, Milano 2001, s. 7 in.

<sup>38</sup> Decreto legislativo del 6 maggio 2011, n. 68, *Gazzetta Ufficiale* del 12.05.2011, n. 109.

finansowania wydatków z tytułu podstawowych poziomów świadczeń<sup>39</sup>. Z powyższego wynika, iż na podstawie kosztów standardowych ustala się stawki podatkowe umożliwiające wybranym trzem regionom finansowanie regionalnych systemów ochrony zdrowia bez konieczności uzupełniania źródeł jego finansowania innymi dochodami oraz środkami pochodzącymi z funduszu wyrównawczego<sup>40</sup>.

Ustalone dekretem 2000/56 zasady obliczania wydatków przeznaczanych na funkcjonowanie Narodowej Służby Zdrowia były niedopracowane oraz trudne do wprowadzenia w życie. W związku z tym, dalszymi działaniami ustawodawcy częściowo zreformowano schemat wynikający z powołanego dekretu<sup>41</sup>. Określono maksymalny limit wydatków oraz zasady postępowania w celu pokrycia deficytu w zakresie finansowania ochrony zdrowia. Wynikało to z ustaleń dokonanych między organami administracji rządowej a regionami, których skutkiem było wprowadzenie rozwiązań legislacyjnych w tym zakresie.

Często występujący deficyt w regionalnych systemach ochrony zdrowia wymagał wprowadzania nowych form porozumienia między państwem odpowiedzialnym za ustalenie i zapewnienie katalogu źródeł finansowania Narodowej Służby Zdrowia a regionami, które zobowiązane były do zapewnienia świadczeń zdrowotnych obywatelom. W związku z tym, zawarto układ między rządem a regionami i autonomicznymi prowincjami Trydentu i Bolzano z dnia 8 sierpnia 2001 r. Dokument ten stał się podstawą do utworzenia narodowego układu do spraw zdrowia podpisanego przez przedstawicieli rządu włoskiego i regionów 28 września 2006 r. Na skutek jego obowiązywania wprowadzono rozwiązania legislacyjne określające zakres zasobów finansowych przeznaczanych na

---

<sup>39</sup> E. Innocenti, *Il finanziamento della spesa sanitaria nella recente giurisprudenza costituzionale: tra tutela della salute, coordinamento della finanza pubblica e (in)attuazione dell'art 119 Cost.*, op.cit., s. 596.

<sup>40</sup> E. Jorio, *Il federalismo fiscale esige un eguale punto di partenza. Una prima lettura della proposta calderoli*, *Federalismi.it – Rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato* 2008, Nr 16, s. 9.

<sup>41</sup> P. Giarda, *L'esperienza italiana di federalismo fiscale: una rivisitazione del decreto legislativo 26/2000*, Bologna 2005, s. 44.

funkcjonowanie ochrony zdrowia, w szczególności ustanowiono fundusz tymczasowy przeznaczony dla regionów, które posiadają wysoki deficyt w zakresie finansowania regionalnych systemów ochrony zdrowia<sup>42</sup>. Podstawę prawną w tym zakresie stanowiła ustawa nr 296 z 2006 r.<sup>43</sup>

Możliwość korzystania ze środków funduszu pochodzących z budżetu państwa była uwarunkowana koniecznością podpisania przez dany region planu wyrównawczego zawierającego co najmniej dwa elementy. Po pierwsze, musiała z niego wynikać m.in. wysokość środków niezbędnych w celu wyeliminowania powstałego deficytu. Środki te miały pochodzić przede wszystkim ze zwiększonych wpływów z regionalnego podatku dochodowego do osób fizycznych oraz podatku IRAP uzyskanych na skutek podniesienia stawek podatkowych do najwyższego poziomu<sup>44</sup>. Podwyższenie regionalnego podatku dochodowego od osób fizycznych oraz podatku IRAP musiało mieć charakter ogólny. To znaczy, że nie istniała możliwość różnicowania podwyżek stawek podatkowych w zależności od kategorii podmiotów oraz rodzaju wykonywanej działalności będącej przedmiotem opodatkowania<sup>45</sup>. Po drugie, obligatoryjnym elementem planu wyrównawczego musiały być środki mające na celu doprowadzenie profilu podstawowych świadczeń do zgodności z profilem wynikającym z obowiązującego narodowego planu ochrony zdrowia oraz właściwych przepisów determinujących jednolite poziomy świadczeń opieki zdrowotnej.

Kolejny układ do spraw ochrony zdrowia z dnia 3 grudnia 2009 r. wprowadził zasady postępowania obowiązujące w sytuacji wystąpienia

---

<sup>42</sup> C. Palladino, *Ordinamento Sanitario. Disciplina del Servizio Sanitario Nazionale*, op. cit., s. 121.

<sup>43</sup> Legge del 27 dicembre 2006, n. 296; *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario del 27 dicembre 2006*, n. 244; dalej powoływana jako „ustawa 2006/296”.

<sup>44</sup> W wyjątkowych przypadkach istniała możliwość podwyższenia stawek wymienionych podatków ponad maksymalne wartości wynikające z obowiązujących przepisów na czas określony, tj. do chwili całkowitego pokrycia deficytu. Podstawą podwyższenia stawek podatkowych bez uwzględnienia stawek maksymalnych był brak możliwości przestrzegania wymogów ograniczenia deficytu w odniesieniu do kolejnego roku budżetowego.

<sup>45</sup> C. Palladino, *Ordinamento Sanitario. Disciplina del Servizio Sanitario Nazionale*, op. cit., s. 122.

defycytu w regionalnym systemie ochrony zdrowia i niepodjęcia w odpowiednim terminie właściwych środków, w tym niezawarcie planu wyrównawczego, którego elementy zostały przedstawione wyżej. W takim przypadku zadłużony region wzywany jest do realizacji środków mających stanowić elementy planu wyrównawczego w terminie do dnia 30 kwietnia kolejnego roku. Jeżeli region nie dostosuje się do wymogów wynikających z wezwania, wówczas Prezydent Regionu zobowiązany jest do podwyższenia stawek podatku IRAP oraz regionalnego podatku dochodowego do najwyższego poziomu wynikającego z obowiązujących przepisów stanowiących elementy planu naprawczego<sup>46</sup>.

Z przedstawionych wyżej zasad pokrywania defycytu występującego w strukturze Narodowej Służby Zdrowia na poziomie regionalnym wynika, że włoski ustawodawca dąży do przeniesienia na regiony pełnej odpowiedzialności za funkcjonowanie gospodarki finansowej w sektorze ochrony zdrowia. W świetle tych regulacji odpowiedzialność polityczną przed obywatelami w zakresie pozyskiwania dodatkowych dochodów w celu finansowania powstałego defycytu w formie podnoszenia stawek podatków regionalnych ponoszą regiony włoskie<sup>47</sup>.

Nałożenie obowiązku pokrywania wydatków przeznaczanych na realizację zadań Narodowej Służby Zdrowia, w tym występującego w niej defycytu, spotykało się ze sprzeciwem regionów. Wyrazem tego są liczne orzeczenia Sądu Konstytucyjnego Republiki Włoskiej w przedmiocie zgodności wprowadzanych regulacji z Konstytucją Republiki Włoskiej wydawane na skutek skarg składanych przez poszczególne regiony. Przykładowo należy powołać orzeczenie Sądu Konstytucyjnego w przedmiocie zgodności wprowadzonych rozwiązań legislacyjnych dotyczących przekazywania regionom środków finansowanych pochodzących z budżetu państwa, które uzależnione jest m.in. od konieczności pokrycia we własnym zakresie defycytu powstałego

---

<sup>46</sup> Ibidem, s. 123.

<sup>47</sup> Ibidem, s. 124.



w regionalnym systemie ochrony zdrowia<sup>48</sup>. W powołanym orzeczeniu stwierdzono, że nie jest możliwe przypisanie odpowiedzialności za gospodarkę finansową Narodowej Służby Zdrowia na poziomie poszczególnych regionów. Wynika to bowiem z faktu, iż w znacznej części „(...) zarówno świadczenia, które regiony powinny zapewnić na jednolitym poziomie na całym terytorium państwa, jak i odpowiedni poziom finansowania są przedmiotem negocjacji między państwem a regionami”<sup>49</sup>. W związku z tym, regiony dysponują instrumentami prawnymi pozwalającymi na pokrycie powstałego deficytu z własnych środków. W literaturze prawa włoskiego wskazuje się jednak, że możliwość pokrycia deficytu ze środków pozostających w dyspozycji regionu ma jedynie charakter teoretyczny. Sposoby pozyskiwania we własnym zakresie dodatkowych źródeł finansowania ochrony zdrowia mają bowiem ograniczony charakter. Regiony mogą jedynie zwiększyć stawki podatkowe w niektórych podatkach (podatek dochodowy od osób fizycznych i podatek IRAP) oraz rozszerzyć formy współuczestniczenia świadczeniobiorców w wydatkach z zakresu ochrony zdrowia<sup>50</sup>.

#### 4. Wnioski

Włoski system ochrony zdrowia jest modelem budżetowym, w którym nie istnieje publiczne ubezpieczenie zdrowotne, a świadczeniobiorcy nie są zobowiązani do bezpośredniego partycypowania w kosztach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia poprzez wnoszenie składek ubezpieczeniowych.

Obecnie obowiązujący katalog źródeł finansowania Narodowej Służby Zdrowia jest skutkiem wieloletnich przeobrażeń w organizacji i finansowaniu systemu ochrony zdrowia we Włoszech. Na przestrzeni

---

<sup>48</sup> Orzeczenie Sądu Konstytucyjnego Republiki Włoskiej nr 98 z dnia 27 marca 2007 r.; *Gazzetta Ufficiale Serie Speciale – Corte Costituzionale* numer 13 z dnia 28 marca 2007 r.

<sup>49</sup> *Ibidem*.

<sup>50</sup> E. Innocenti, *Il finanziamento della spesa sanitaria nella recente giurisprudenza costituzionale: tra tutela della salute, coordinamento della finanza pubblica e (in) attuazione dell'art 119 Cost.*, op. cit., s. 583.

lat Narodowa Służba Zdrowia była finansowana z wielu źródeł. Oprócz ogólnych dochodów budżetowych wydatkowanych na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia istniała także obowiązkowa składka na ubezpieczenie zdrowotne. Włoski ustawodawca zrezygnował jednak z ubezpieczeniowej metody finansowania systemu zdrowotnego na rzecz modelu opartego o środki budżetowe. Modyfikacja katalogu źródeł finansowania ochrony zdrowia poprzez wyeliminowanie z niego składki ubezpieczeniowej nie zlikwidowała jednak problemów prawnofinansowych włoskiego sektora zdrowotnego. Świadczy o tym przede wszystkim podejmowanie dalszych prób jego reformowania.

Z dokonanych ustaleń wynika, że włoski system ochrony zdrowia nie posiada jednego źródła finansowania. W celu zabezpieczenia realizacji zadań publicznych w tym zakresie konieczne jest istnienie kilku tego rodzaju źródeł.

Zasadnicze źródła finansowania Narodowej Służby Zdrowia we Włoszech mają charakter publicznoprawny. Model finansowania jest bowiem oparty o środki publiczne pochodzące z budżetu państwa oraz budżetów poszczególnych regionów. Nie bez znaczenia pozostają jednak wpływy z tytułu opłat pobieranych od świadczeniobiorców w związku z udzielaniem określonego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Rezygnacja włoskiego ustawodawcy z obowiązku uiszczania opłat z tytułu korzystania z publicznej Narodowej Służby Zdrowia mogłaby jednak doprowadzić do istotnego spadku sumy dochodów przeznaczanych na realizację nałożonych na nią zadań. Jak to już ustalono, prawie 18% całości wydatków dokonywanych na rzecz systemu zdrowotnego pochodzi z tytułu opłat pobieranych od pacjentów. W przypadku zniesienia obowiązku uiszczania opłat, konieczne stałoby się zwiększenie udziału środków publicznych w finansowaniu włoskiego systemu ochrony zdrowia pochodzących z innych źródeł.

Odpowiedzialność za konstrukcję oraz wydajność dochodową źródeł finansowania Narodowej Służby Zdrowia we Włoszech ponoszą organy administracji państwowej. Źródła te zostały jednak przekazane do

dyspozycji regionom włoskim. W większości przypadków regiony nie mają uprawnień do ingerencji w konstrukcję prawną źródeł finansowania ochrony zdrowia. Zostały im jedynie przekazane wpływy z poszczególnych danin publicznych. Regiony włoskie nie zostały wyposażone we władztwo daninowe w tym zakresie. Mogą one natomiast swobodnie dysponować wpływami z otrzymanych źródeł w celu realizacji nałożonych zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia. Sposób wydatkowania środków publicznych zależy w dużej części od ustalonych w poszczególnych regionach modeli zarządzania systemem zdrowotnym. Na skutek przyznania regionom włoskim autonomii w przedmiocie finansowania Narodowej Służby Zdrowia powstał system ochrony zdrowia, którego podstawą funkcjonowania są modele regionalne<sup>51</sup>.

Włoski system ochrony zdrowia oparty jest przede wszystkim o działalność jednostek samorząd terytorialnego. Spoczywa na nich odpowiedzialność za organizację i finansowanie systemu zdrowotnego. Włoskie jednostki samorządu terytorialnego są jednak pozbawione wpływu na zasady funkcjonowania systemu oraz kształt źródeł finansowania ochrony zdrowia. Nie mają zatem istotnych możliwości pozyskiwania dodatkowych środków w celu materialnego zabezpieczenia potrzeb systemu ochrony zdrowia. Muszą natomiast ponosić koszty jego funkcjonowania.

## **BIBLIOGRAFIA**

Cicchetti A., Gasbarrini A., The health care service in Italy: regional variability, *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 2016, nr 20 (1 Suppl.).

Cilione G., *Diritto sanitario. Profili costituzionali e amministrativi, ripartizione delle competenze, organizzazione, prestazioni, presidi sanitari privati, professioni, Santarcangelo di Romagna Maggioli Editore* 2005.

Dirindin N., *Federalismo fiscale e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione della regioni o il presupposto pre cambiamenti strutturali?*,

---

<sup>51</sup> M. Urbaniak, *Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej*, op. cit., s. 319.

[w:] N. Dirindin, E. Pagano, *Governare il federalismo. Le sfide della sanità*, Milano 2001.

Ferre F., Giulio de Belvis A., Veriano L., Longhi S., Lazzari A., Fattore G., Ricciardi W., Maresso A., *Italy. Health system review, Health System in Transition* 2014, nr 16, poz. 4.

France G., Taroni F., Donatini A., *The Italian health-care system, Health Economics* 2014, nr 14.

Giarda P., *L'esperienza italiana di federalismo fiscale: una rivisitazione del decreto legislativo 26/2000*, Bologna 2005.

Innocenti E., *Il finanziamento della spesa sanitaria nella recente giurisprudenza costituzionale: tra tutela della salute, coordinamento della finanza pubblica e (in) attuazione dell'art 119 Cost.*, *Le Regioni* 2008, nr XXXVI.

Jorio E., *Il federalismo fiscale esige un eguale punto di partenza. Una prima lettura della proposta calderoli*, *Federalismi.it – Rivista di diritto pubblico italiano, comunitario e comparato* 2008, Nr 16.

Lewandowski K., *Komentarz do art. 401*, [w:] Lewandowski K., Fałkowski P., *Dyrektiva VAT 2006/112. Komentarz*, Warszawa 2012.

Łyszczarz B., *System finansowania opieki zdrowotnej w krajach OECD*, *Studia Ekonomiczne – Zeszyty Naukowe* 2013, nr 145.

Palladino C., *Ordinamento Sanitario. Disciplina del Servizio Sanitario Nazionale*, Napoli 2012.

Reviglio F., *Health Care and Its Financing in Italy: Issues and Reform Options*, *IMF Working Paper* 2000.

Tanner M., *The grass is not always greener. A look at Health Care Systems around the world. Italy*, *Policy Analysis* 2008, nr 613.

Turati G., *The Italian Servizio Sanitario Nazionale: A Renewing Tale of Lost Promises*, [w:] Costa-Font J., Greer S. (red.), *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*, New York 2013.

Urbaniak M., *Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej*, Toruń 2014.