

PUBLICZNOPRAWNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA

Paweł Lenio

MONOGRAFIE



Wolters Kluwer

**PUBLICZNOPRAWNE
ŹRÓDŁA FINANSOWANIA
OCHRONY ZDROWIA**

PUBLICZNOPRAWNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA

Paweł Lenio

MONOGRAFIE

Monografia została przygotowana w ramach projektu pt. „Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce – aspekty prawne” finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki (nr projektu: 2014/15/N/HS5/01735)

Stan prawny na 1 lutego 2018 r.

Recenzent

Prof. dr hab. Jacek Wantoch-Rekowski

Wydawca

Monika Kryk

Redaktor prowadzący

Kinga Zajęc

Opracowanie redakcyjne

Dagmara Wachna

Łamanie

Wolters Kluwer Polska

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawolubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2018

ISBN 978-83-8124-377-3

ISSN 1897-4392

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. 22 535 82 19

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	11
Wprowadzenie	15
Rozdział I	
Podstawowe pojęcia oraz źródła prawa determinujące zakres przedmiotowy pracy	21
1. Podstawowe pojęcia	22
1.1. Zdrowie	22
1.2. Ochrona zdrowia	25
1.3. Źródła finansowania	36
1.4. Publicznoprawne źródła finansowania i kryteria ich klasyfikacji	45
2. Rodzaje źródeł prawa w zakresie finansowania ochrony zdrowia w Polsce	60
2.1. Źródła prawa wewnętrznego	64
2.2. Źródła prawa zewnętrznego	67
Rozdział II	
Ewolucja publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce	73
1. Źródła finansowania ochrony zdrowia w latach 1918–1944	74
2. Źródła finansowania ochrony zdrowia w latach 1944–1999	90
3. Źródła finansowania ochrony zdrowia w latach 1999–2004	105

Rozdział III

Modele ochrony zdrowia i źródła ich finansowania.....	119
1. Model Bismarcka	120
2. Model Narodowej Służby Zdrowia	127
3. Model socjalistyczny	135
4. Model rezydualny	137

Rozdział IV

Podmioty polskiego systemu ochrony zdrowia.....	141
1. Podmioty czynne polskiego modelu ochrony zdrowia.....	143
1.1. Narodowy Fundusz Zdrowia.....	143
1.1.1. Status Narodowego Funduszu Zdrowia	143
1.1.2. Struktura organizacyjna Narodowego Funduszu Zdrowia.....	146
1.1.3. Zadania Narodowego Funduszu Zdrowia	150
1.1.4. Zasady gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia.....	151
1.2. Rodzaje podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....	158
1.3. Organy jednostek samorządu terytorialnego oraz organy administracji rządowej	172
2. Podmioty biernie polskiego systemu ochrony zdrowia	178
2.1. Osoby ubezpieczone obowiązkowo	179
2.1.1. Osoby ubezpieczone obciążone obowiązkiem opłacania składki zdrowotnej.....	182
2.1.2. Osoby ubezpieczone, które nie opłacają składki zdrowotnej z własnych środków.....	199
2.1.3. Członkowie rodziny osoby ubezpieczonej	202
2.2. Osoby ubezpieczone dobrowolnie	204

Rozdział V

Konstrukcja prawna składki na ubezpieczenie zdrowotne.....	211
1. Podstawa wymiaru składki zdrowotnej.....	212
1.1. Uzyskane świadczenie lub przychód jako podstawa wymiaru składki.....	213
1.2. Zadeklarowana kwota jako podstawa wymiaru składki.....	231

1.2.1. Podstawa wymiaru składki osób dobrowolnie objętych ubezpieczeniem zdrowotnym	232
1.2.2. Podstawa wymiaru składki dla osób prowadzących działalność pozarolniczą	234
1.3. Podstawa wymiaru składki rolników	242
1.4. Podstawa wymiaru składki w pozostałych przypadkach	252
2. Stawka składki zdrowotnej	255
3. Zasady opłacania składki zdrowotnej oraz zbieg tytułów ubezpieczeniowych	258
4. Wpływ składki zdrowotnej na kwotę podatku dochodowego od osób fizycznych	271

Rozdział VI

Charakter prawny składki na ubezpieczenie zdrowotne	281
1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne jako danina publicznoprawna	282
2. Składka na ubezpieczenie zdrowotne a podatek	302
3. Składka na ubezpieczenie zdrowotne a składki na ubezpieczenie społeczne	310
4. Składka na ubezpieczenie zdrowotne a inne daniny publicznoprawne	318

Rozdział VII

Rodzaje wydatków na finansowanie ochrony zdrowia z budżetu jednostek samorządu terytorialnego oraz budżetu państwa

oraz budżetu państwa	329
1. Budżet jako podstawowy plan finansowy państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego	330
2. Rodzaje wydatków na ochronę zdrowia z budżetu jednostek samorządu terytorialnego	333
2.1. Wydatki jednostki samorządu terytorialnego jako podmiotu tworzącego podmioty lecznicze	333
2.1.1. Wydatki związane z finansowaniem zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej	334

2.1.2. Prawno-finansowe aspekty tworzenia i przystępowania do spółek prawa handlowego	362
2.2. Wydatki na finansowanie działalności realizowanej przez podmioty lecznicze	371
2.2.1. Zasady przekazywania środków publicznych w formie dotacji celowej.....	379
2.2.2. Umowa jako podstawa przekazania środków publicznych.....	388
2.3. Wydatki na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.....	390
3. Rodzaje wydatków z budżetu państwa stanowiących źródło finansowania ochrony zdrowia.....	400
3.1. Wydatki związane z tworzeniem i prowadzeniem podmiotów leczniczych oraz finansowaniem działalności realizowanej przez podmioty lecznicze ...	400
3.2. Wydatki na finansowanie systemu ratownictwa medycznego	403
3.3. Wydatki na finansowanie świadczeń zdrowotnych	412

Rozdział VIII

Środki europejskie jako źródło finansowania ochrony zdrowia w Polsce	423
1. Struktura, zakres i charakter budżetu środków europejskich	424
2. Środki pozyskiwane w ramach regionalnych programów operacyjnych 2014–2020.....	428
3. Środki pozyskiwane w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020	439
4. Środki pozyskiwane w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020	445

Rozdział IX	
Podsumowanie i wnioski <i>de lege ferenda</i>	453
Wykaz aktów prawnych i dokumentów urzędowych	475
Wykaz powołanych orzeczeń	485
Bibliografia.....	487

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

- | | |
|------------------|--|
| Konstytucja RP | - Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.) |
| k.c. | - ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2017 r. poz. 459 ze zm.) |
| k.p. | - ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2018 r. poz. 108 ze zm.) |
| k.p.a. | - ustawa z 14.06.1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2017 r. poz. 1257 ze zm.) |
| k.s.h. | - ustawa z 15.09.2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1577 ze zm.) |
| o.p. | - ustawa z 29.08.1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. z 2017 r. poz. 201 ze zm.) |
| TFUE | - Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana Dz.Urz. UE C 202 z 2016 r., s. 47) |
| u.d.j.s.t. | - ustawa z 13.11.2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U. z 2017 r. poz. 1453 ze zm.) |
| u.d.l. | - ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 160 ze zm.) |
| u.f.p. z 2005 r. | - ustawa z 30.06.2005 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.) |
| u.f.p. | - ustawa z 27.08.2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 2077 ze zm.) |
| u.p.d.o.f. | - ustawa z 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 200 ze zm.) |
| u.p.r.m. | - ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2017 r. poz. 2195 ze zm.) |

u.p.u.z.	–	ustawa z 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.)
u.s.g.	–	ustawa z 8.03.1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2017 r. poz. 1875 ze zm.)
u.s.p.	–	ustawa z 5.06.1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. z 2017 r. poz. 1868 ze zm.)
u.s.r.	–	ustawa z 20.12.1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 2017 r. poz. 2336 ze zm.)
u.s.u.s.	–	ustawa z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1778 ze zm.)
u.s.w.	–	ustawa z 5.06.1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2017 r. poz. 2096 ze zm.)
u.ś.o.z.	–	ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.)
u.z.o.z.	–	ustawa z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.)

Czasopisma i wydawnictwa promulgacyjne

M.P.	–	Monitor Polski
OSNC	–	Orzecznictwo Izby Cywilnej Sądu Najwyższego
OSNP	–	Orzecznictwo Izby Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych Sądu Najwyższego
OSP	–	Orzecznictwo Sądów Polskich
OTK-A	–	Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, Seria A
ZOTSiS	–	Zbiór Orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości i Sądu Pierwszej Instancji

Inne

CBOSA	–	Centralna Baza Orzeczeń Sądów Administracyjnych, orzeczenia.nsa.gov.pl
EFTA	–	Europejskie Stowarzyszenie Wolnego Handlu
j.s.t.	–	jednostka samorządu terytorialnego
KRUS	–	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
NFZ, Fundusz	–	Narodowy Fundusz Zdrowia
NHS	–	National Health Insurance (Narodowa Służba Zdrowia)
NSA	–	Naczelny Sąd Administracyjny

RIO	- regionalna izba obrachunkowa
SN	- Sąd Najwyższy
s.p.z.o.z.	- samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
TK	- Trybunał Konstytucyjny
UE	- Unia Europejska
WHO	- World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)
WSA	- Wojewódzki Sąd Administracyjny
z.o.z.	- zakład opieki zdrowotnej
ZUS	- Zakład Ubezpieczeń Społecznych

WPROWADZENIE

Przedmiotem rozważań w niniejszej monografii są publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Poza obrębem zainteresowania pozostanie problematyka źródeł finansowania o charakterze prywatnoprawnym, nie wchodzą one bowiem w zakres nauki prawa finansowego.

Polski system ochrony zdrowia nie ma jednego zasobu środków finansowych, z którego pokrywane są nakłady na realizację tych zadań. Obecnie funkcjonujący model finansowania ochrony zdrowia oparty jest przede wszystkim na przychodach Narodowego Funduszu Zdrowia otrzymywanych z wpływów z tytułu poboru składki na ubezpieczenie zdrowotne. Publicznoprawnym źródłem finansowania ochrony zdrowia są także wydatki budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Zakres nałożonych na państwo i samorząd terytorialny zadań dotyczących ochrony zdrowia rodzi obowiązek dokonywania wydatków na ich realizację. Pewne znaczenie mają także bezzwrotne środki europejskie, których rozdysponowanie w celu dofinansowania zadań z tego zakresu prowadzone jest w ramach ogólnokrajowych i regionalnych programów operacyjnych.

Głównym celem monografii jest ustalenie, czy regulacje prawne determinujące rodzaje publicznoprawnych źródeł finansowania zabezpieczają realizację zadań w zakresie ochrony zdrowia. Temu celowi podporządkowano podział książki na rozdziały. W każdym z nich zrealizowany zostanie cel szczegółowy.

Celem pierwszego rozdziału będzie ustalenie ram przedmiotowych monografii poprzez zdefiniowanie poszczególnych terminów składających się na jej tytuł. Ich znaczenie nie zostało jednoznacznie scharakteryzowane w polskim ustawodawstwie ani w nauce prawa finansowego. Zostaną także ustalone normatywne kryteria podziału oraz klasyfikacja źródeł finansowania ochrony zdrowia. Pozwoli to na zestawienie katalogu źródeł finansowania o charakterze publicznoprawnym, a w konsekwencji przesądzi o zakresie przedmiotowym badań.

Drugim celem będzie ustalenie źródeł prawa powszechnie obowiązującego, z których wynikają zasady pozyskiwania oraz wydatkowania środków publicznych na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia. Zdefiniowanie podstawowych dla badanej problematyki pojęć oraz ustalenie materiału normatywnego stanowiącego podstawę prawną funkcjonowania instytucji prawnofinansowych dotyczących źródeł finansowania ochrony zdrowia determinować będzie zakres rozważań dotyczących analizy poszczególnych źródeł i relacji zachodzących pomiędzy nimi, a także ustalenia ich normatywnej struktury oraz statusu prawnego.

Cel szczegółowy rozdziału drugiego to zbadanie ewolucji źródeł finansowania ochrony zdrowia, które pozwoli na ustalenie przyczyn odejścia przez ustawodawcę od budżetowego modelu ochrony zdrowia i oparcie go na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Konieczne okaże się zatem przedstawienie poszczególnych źródeł finansowania ochrony zdrowia, poczynwszy od II Rzeczypospolitej, poprzez lata 1944–1997, aż do unormowań obowiązujących w Polsce do 2004 r.

Celem trzeciego rozdziału będzie w pierwszej kolejności przedstawienie i zbadanie poszczególnych modeli ochrony zdrowia, z uwzględnieniem modelu Bismarcka, modelu Beveridge'a (Narodowa Służba Zdrowia) i modelu socjalistycznego, obowiązującego w państwach Europy Środkowo-Wschodniej. Teoretyczne ujęcie podstawowych modeli ochrony zdrowia umożliwi także odpowiedź na pytanie o możliwość zakwalifikowania polskiego systemu ochrony zdrowia do jednego z ich rodzajów.

Jako przedmiot analiz rozdziału czwartego wybrano podmioty polskiego modelu ochrony zdrowia. Chodzi o ustalenie podziału kompetencji, struktury oraz zasad gospodarki finansowej podmiotów czynnych w polskim systemie ochrony zdrowia, w tym organów odpowiadających za zarządzanie, finansowanie i nadzór, a także za udzielanie świadczeń zdrowotnych. Drugi cel rozdziału to ustalenie katalogu podmiotów biernych, tj. świadczeniobiorców uprawnionych do otrzymania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, ze szczególnym uwzględnieniem zakresu podmiotowego obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zakres podmiotowy ubezpieczenia przesądza bowiem o zakresie podmiotowym składki na ubezpieczenie zdrowotne. W tej części monografii niezbędne będzie ustalenie podmiotów zobowiązanych do uiszczania składki zdrowotnej z własnych środków oraz katalogu ubezpieczonych, na których nie ciąży obowiązek ponoszenia kosztów partycypowania w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Dwa następne rozdziały poświęcono problematyce prawnej składki na ubezpieczenie zdrowotne jako głównego źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

Rozdział piąty będzie dotyczył konstrukcji prawnej składki na ubezpieczenie zdrowotne. Zaprezentowano w nim poszczególne elementy konstrukcyjne składki zdrowotnej, a także materialnoprawne aspekty zasad jej opłacania przez podmioty do tego zobowiązane. Chodzi zatem o ustalenie podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz jej stawki, które w zasadniczy sposób determinują jej wysokość przy uwzględnieniu problematyki tzw. zbiegów ubezpieczeniowych. Skutkiem dokonanych ustaleń ma być odpowiedź na pytanie, czy konstrukcję prawną składki na ubezpieczenie zdrowotne jako głównego elementu kreującego zasób środków przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w Polsce ukształtowano w sposób prawidłowy. W konsekwencji dokonana zostanie ocena wydajności analizowanej daniny publicznej jako głównego źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

Ustalenie konstrukcji normatywnej składki na ubezpieczenie zdrowotne umożliwi przeanalizowanie w rozdziale szóstym jej charakteru praw-

nego. Konieczne będzie wyznaczenie konstytutywnych cech składki zdrowotnej i porównanie ich z cechami innych danin publicznych, co pozwoli na skonstruowanie definicji prawnej składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Przedmiotem badań w rozdziale siódmym będą budżet państwa oraz budżety samorządowe jako publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia. Uzasadnieniem dla łącznej analizy wskazanych źródeł są wspólne regulacje prawne determinujące zasady dokonywania niektórych wydatków na realizację zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia. Chodzi o ustalenie zakresu obciążenia budżetu państwowego i budżetów samorządowych obowiązkiem finansowania systemu ochrony zdrowia, a także zbadanie, na ile istniejące obecnie regulacje prawne chronią interesy fiskalne budżetu państwa i budżetów j.s.t. w zakresie obowiązku dokonywania nakładów finansowych w celu realizacji nałożonych na państwo i samorząd terytorialny zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia.

W rozdziale ósmym zaprezentowano sposoby finansowania ochrony zdrowia ze środków europejskich. Rozważania obejmą analizę zakresu podmiotowego i przedmiotowego poszczególnych programów operacyjnych, w których przewidziano możliwość finansowania projektów obejmujących wydatki na ochronę zdrowia. Pozwoli to odpowiedzieć na pytanie, na ile absorpcja środków europejskich w ramach perspektywy finansowej 2014–2020 stanowi istotne wsparcie dla krajowych źródeł finansowania systemu oraz czy może się ona przyczynić do zmniejszenia zaangażowania środków publicznych pochodzących przede wszystkim z budżetów samorządowych.

Przed przystąpieniem do szczegółowych analiz konieczne jest przedstawienie stanu badań nad publicznoprawnymi źródłami finansowania ochrony zdrowia, pozostającymi w kręgu zainteresowań nauki prawa finansowego. W pierwszej kolejności należy wskazać, że źródła te nie doczekały się do tej pory kompleksowego monograficznego opracowania. Niewiele jest także opracowań naukowych o charakterze fragmentarycznym poruszających tę problematykę. W literaturze prawa finansowego można jedynie znaleźć próby zbadania instytucji prawno-

finansowych związanych z finansowaniem ochrony zdrowia ze środków publicznych pochodzących z budżetów samorządowych. Wynika to przede wszystkim z faktu, że finansowanie ochrony zdrowia w ostatnich dwóch dekadach podlegało wielu zmianom. Od końca lat 90. XX w. system ochrony zdrowia finansowany jest na podstawie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a w okresie tym obowiązywało kilka aktów prawnych regulujących zasady jego organizacji. Zmieniał się także instytucjonalny model finansowania. Zrezygnowano ze zdecentralizowanych rozwiązań (opartych na działalności kas chorych) na rzecz utworzenia jednego podmiotu odpowiedzialnego za organizację systemu ochrony zdrowia – Narodowego Funduszu Zdrowia – który funkcjonuje do tej pory. Trudno było zatem przeprowadzić kompleksowe badania nad dynamicznie zmieniającymi się regulacjami prawnymi determinującymi kształt instytucji prawnofinansowych związanych z systemem ochrony zdrowia, które cechują się brakiem stabilności.

Uzasadnieniem dla wyboru tematu monografii jest konieczność zbadania zagadnień teoretycznych i praktycznych dotyczących publiczno-prawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Należy do nich zaliczyć problematykę normatywnej struktury regulującej źródła finansowania ochrony zdrowia, a także konstrukcję oraz charakter prawny poszczególnych źródeł, ze szczególnym uwzględnieniem składki na ubezpieczenie zdrowotne, którą musi uiścić większość osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz osób ubezpieczonych dobrowolnie. Ważnym zagadnieniem są również relacje prawne zachodzące pomiędzy poszczególnymi źródłami finansowania, zaś dodatkowym uzasadnieniem może być społeczna doniosłość podejmowanej problematyki.

Monografia została przygotowana przede wszystkim na podstawie metody dogmatyczno-prawnej. Dla realizacji celów badawczych przedstawione i zbadane zostaną regulacje prawne oraz wypowiedzi nauki prawa finansowego dotyczące instytucji prawnofinansowych związanych ze źródłami finansowania ochrony zdrowia o charakterze publiczno-prawnym. Metodę dogmatyczno-prawną uzupełniono metodami historyczno-prawną oraz prawnoporównawczą, albowiem konieczne jest ustalenie genezy regulacji prawnych dotyczących publiczno-prawnych źródeł

finansowania ochrony zdrowia w kształcie obecnie obowiązującym oraz porównanie ich z rozwiązaniami funkcjonującymi w innych państwach.

Badania naukowe, których efektem jest m.in. prezentowana monografia, były prowadzone w ramach projektu pt. *Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce – aspekty prawne*. Projekt ten był finansowany przez Narodowe Centrum Nauki w ramach konkursu PRELUDIUM 8 (nr projektu 2014/15/N/HS5/01735).

Dziękuję bardzo mojemu Promotorowi prof. zw. dr hab. Wiesławie Miemiec za opiekę naukową oraz merytoryczne wsparcie podczas przygotowywania rozprawy doktorskiej stanowiącej podstawę niniejszej monografii.

Dziękuję również Recenzentom rozprawy doktorskiej – dr hab. Beacie Kuci-Guściorze oraz prof. dr. hab. Jackowi Wantoch-Rekowskiemu – za cenne uwagi, które miały istotny wpływ na ostateczny kształt prezentowanej pracy.

Rozdział I

PODSTAWOWE POJĘCIA ORAZ ŹRÓDŁA PRAWA DETERMINUJĄCE ZAKRES PRZEDMIOTOWY PRACY

Z uwagi na przedmiot niniejszej monografii konieczne dla prawidłowego określenia obszaru badawczego jest zdefiniowanie terminów „zdrowie”, „ochrona zdrowia” oraz „źródła finansowania”. Będą one determinować zakres rozważań dotyczących poszczególnych źródeł finansowania i relacji zachodzących pomiędzy nimi, pozwolą także na ustalenie ich normatywnej struktury. Przywołane pojęcia jak dotąd nie zostały jednoznacznie zdefiniowane w polskim ustawodawstwie ani też w nauce prawa. Dla obszaru badawczego pracy niezbędne jest również ustalenie katalogu źródeł finansowania ochrony zdrowia o charakterze publicznoprawnym i kryteriów ich podziału oraz dokonanie ich klasyfikacji.

Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia można podzielić na źródła: scentralizowane i zdecentralizowane, daninowe i niedaninowe, zwrotne i bezzwrotne, a także krajowe i zagraniczne. Dokonanie podziału źródeł finansowania ochrony zdrowia oraz wskazanie kryteriów, na podstawie których zostanie on przeprowadzony, pozwoli przede wszystkim na uporządkowanie katalogu funkcjonujących obecnie źródeł finansowania ochrony zdrowia.

Przedmiotem analizy będzie także zagadnienie krajowych i zagranicznych źródeł prawa obowiązującego w zakresie publicznoprawnych

źródeł finansowania ochrony zdrowia z uwzględnieniem prawa Unii Europejskiej.

1. Podstawowe pojęcia

1.1. Zdrowie

W polskim ustawodawstwie nie ma legalnej definicji zdrowia. Próby zdefiniowania tego terminu wielokrotnie podejmowano w literaturze prawa medycznego, gdzie nie było ono rozumiane jednolicie. Z uwagi na to, że niniejsza monografia dotyczy aspektów finansowoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia, ewolucja pojęcia „zdrowie” nie będzie tutaj jednak szeroko analizowana¹.

Ze słownikowych definicji zdrowia wynika, że jest ono „stanem żywego organizmu, w którym wszystkie funkcje przebiegają prawidłowo, a także dobrym samopoczuciem fizycznym i psychicznym”². Na gruncie literatury nowożytnej z zakresu polskich nauk medycznych i społecznych powołuje się definicję, zgodnie z którą „zdrowie to nie tylko brak choroby czy niedomagań, ale i dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach”³.

¹ Należy wskazać, że pojęcie to kształtowało się od czasów starożytności. Na jego elementy konstrukcyjne, a także instrumenty, za pomocą których należy je oceniać, zwracał uwagę m.in. Hipokrates (M. Sygit, *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2010, s. 21–22). Na przestrzeni wieków definicja zdrowia była determinowana przede wszystkim ogólnymi poglądami danej epoki, w której pojęcie to próbowano definiować. Przykładowo w średniowieczu zdrowie traktowano przede wszystkim jako zdolność do znoszenia choroby lub cierpienia, a nie tylko jako ich brak. O takim kształcie omawianej definicji przesądzał przede wszystkim teocentryzm, który był w tym okresie dominującą doktryną. W XIX w. decydujący wpływ na pojęcie zdrowia miały natomiast poglądy formułowane w naukach medycznych. Jednak i tutaj brak było pozytywnej definicji zdrowia. Określano je najczęściej jako brak choroby, nie przypisując mu żadnych właściwości – J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Bydgoszcz–Kraków 2004, s. 16.

² *Słownik języka polskiego*, t. X, red. W. Doroszewski, Warszawa 1968, s. 985.

³ M. Sygit, *Zdrowie publiczne...*, s. 23.

W czasach współczesnych powszechnie przyjmowana i silnie oddziałująca na pojęcie zdrowia jest definicja zawarta w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia z 1946 r.⁴ Zgodnie z preambułą Konstytucji WHO zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności. Definicja ta była wielokrotnie krytykowana. Najistotniejszymi zarzutami były twierdzenia, że zdrowie zostało ujęte zbyt szeroko, co prowadzi do dowolnej jego interpretacji. Wskazuje się również, że definicja opracowana przez WHO jest nierealistyczna⁵. Tak skonstruowane wyjaśnienie terminu „zdrowie” wpływa na wzrost oczekiwań społecznych, którym z obiektywnych przyczyn medycyna nie jest w stanie sprostać⁶.

W literaturze przedmiotu uznaje się, że definicja Światowej Organizacji Zdrowia jest nieprecyzyjna. Stanowi ona jedynie pewnego rodzaju postulat w zakresie stanu zdrowia, do którego należy dążyć⁷.

Brakuje obiektywnych mierników, za pomocą których można skutecznie zbadać pomyślność społeczną stanowiącą element definicji przyjętej przez WHO. Można twierdzić, że posługiwanie się tak skonstruowanym pojęciem zdrowia skutkuje stwierdzeniem, że jest ono w obecnych czasach dobrem elitarnym, a wręcz luksusowym i nieosiągalnym dla przeciętnych ludzi będących obywatelami państw wysoko rozwiniętych i rozwijających się. Wieloaspektowość tej definicji prowadzi do wniosku, że w obecnych czasach społeczeństwa w zdecydowanej większości nie są w stanie jednocześnie spełnić wszystkich przesłanek, od których zależy osiągnięcie zdrowia rozumianego jako stan zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej. Ponadto analizowana definicja wy-

⁴ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku 22.07.1946 r. (Dz.U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477 ze zm.).

⁵ E.M. Bates, H.M. Lapsley, *The health machine: the impact of medical technology*, Penguin, Australia 1985, s. 227.

⁶ F. Harron, J.W. Burnside, T.L. Beauchamp, *Health and human values*, New Haven 1983, s. 227.

⁷ W.C. Włodarczyk, S. Poździej, *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego* [w:] A. Czupryna, S. Poździej, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne*, t. I, Kraków 2000, s. 17.

kracza poza kryteria medyczne wyznaczające zakres tego terminu i nie jest już ściśle związana ze stanem fizycznym człowieka. Konsekwencją tego jest uzależnianie stanu zdrowia człowieka m.in. od jego miejsca w społeczeństwie, którego jest członkiem, i pełnionej przez niego roli.

Na skutek wielu zarzutów stawianych definicji WHO, stanowiącej jednak najpopularniejszą i powszechnie przyjmowaną definicję zdrowia, uznano, że zdrowie należy rozumieć jako wystarczający, a nie zupełny stan fizycznej pomysłności, ponieważ żaden człowiek nie znajduje się w sytuacji zupełnego zdrowia⁸.

Zgodnie z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP⁹ każdy ma prawo do zdrowia. Ustrojodawca w powoływanym przepisie nie wskazał, w jaki sposób należy interpretować ten termin. Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że „treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest jakiś abstrakcyjnie określony (...) stan zdrowia poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie nakierowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawnościom”¹⁰.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹ określa m.in. warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zasady i tryb ich kwalifikowania (art. 1 pkt 1 i 2a u.ś.o.z.)¹². Artykuł 15 ust. 2 u.ś.o.z. zawiera katalog świadczeń gwarantowanych w rozumieniu art. 5 pkt 35 u.ś.o.z. Należy wskazać, że w ten sposób został ustalony jedynie zamknięty katalog świadczeń gwarantowanych świadczeniobiorcom przez państwo. Zawiera on osiemnaście rodzajów świadczeń gwarantowanych, przede wszystkim z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia

⁸ D. Callahan, *The WHO definition of „health”*, „Hastings Center Studies” 1973/1 (3), s. 87.

⁹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

¹⁰ Wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03, Dz.U. Nr 5, poz. 37.

¹¹ Ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.).

¹² Zgodnie z art. 5 pkt 35 u.ś.o.z. świadczeniami gwarantowanymi są świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie.

szpitalnego, a także świadczeń wysokospecjalistycznych, nie definiując samego terminu zdrowia. Prawodawca, ustanawiając prawo do ochrony zdrowia, zapewnia także środki do jego realizacji. Zgodnie z zasadą racjonalnego prawodawcy można założyć, że ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ten sposób realizuje konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia.

W świetle powyższych rozważań należy przyjąć, że na gruncie polskiego porządku prawnego przez zdrowie rozumie się taki stan człowieka, w którym nie musi on korzystać z katalogu świadczeń gwarantowanych, o którym mowa w art. 15 ust. 2 u.ś.o.z. Niewątpliwie każdy może korzystać z gwarantowanych przez państwo świadczeń opieki zdrowotnej nie tylko w celu poprawy, ale także zachowania lub zabezpieczenia stanu swojego zdrowia. Jeżeli państwo zapewnia każdemu prawo do zdrowia, to powinno zagwarantować każdej jednostce nieodpłatne środki zapewniające jej pełną realizację swojego prawa. Skoro ustawodawca wskazuje na zamknięty katalog określonych świadczeń gwarantowanych finansowanych lub współfinansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym, z których jednostka może skorzystać w celu ochrony swojego zdrowia, to należy przyjąć, że poprzez zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych, które nie przysługują jednostce, należy negatywnie definiować termin „zdrowie”.

Pogląd ten nie w pełni podziela Trybunał Konstytucyjny, przyjmując w wyroku K 14/03, że „Konstytucja nie zakłada powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej”.

1.2. Ochrona zdrowia

Ustawodawca w wielu aktach prawnych rangi ustawowej posługuje się terminem „ochrona zdrowia”. Mimo że jest on bardzo często wykorzystywany przy konstruowaniu norm prawnych powszechnie obowiązujących, to nie zdecydowano się dotychczas na podjęcie próby jego zdefiniowania.

Ochrona zdrowia w słownikowym znaczeniu jest rozumiana jako „wszelka społeczna działalność, której celem jest zapobieganie chorobom i ich leczenie, utrzymanie rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego człowieka, przedłużanie życia, zapewnienie rozwoju następnych pokoleń”¹³. Jest ona realizowana m.in. poprzez umacnianie zdrowia, zapobieganie chorobom, wczesne wykrywanie chorób, rehabilitację, opiekę medyczno-społeczną nad osobami upośledzonymi i nieuleczalnie chorymi¹⁴. Przez ochronę zdrowia można także rozumieć „zorganizowaną działalność, której celem jest utrzymanie w dobrym stanie zdrowia człowieka w środowisku, w którym on się rozwija, żyje i pracuje, oraz zapobieganie chorobom i ich leczenie”¹⁵.

W literaturze z zakresu prawa ochrony zdrowia wskazuje się, że ochronę tę można rozumieć co najmniej w dwóch znaczeniach: węższym i szerszym. Szerszy zakres badanego terminu zawiera w sobie także promocję zdrowia¹⁶. Została ona zdefiniowana przez ustawodawcę w treści art. 2 ust. 1 pkt 7 u.d.l.¹⁷ W tym ujęciu przez promocję zdrowia należy rozumieć działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu. W zależności od aktu prawnego termin „ochrona zdrowia” jest rozumiany odmiennie.

W myśl art. 68 ust. 2 Konstytucji RP obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Władze są zobowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska oraz popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży (art. 68 ust. 3 i 5 Konstytucji RP). W nauce prawa konstytucyjnego

¹³ *Nowa encyklopedia powszechna PWN*, t. 4, red. B. Petrozolin-Skowrońska, Warszawa 1996, s. 587.

¹⁴ *Nowa encyklopedia powszechna...*

¹⁵ *Wielka encyklopedia PWN*, t. 8, Warszawa 1966, s. 119.

¹⁶ *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, red. M. Dercz, Warszawa 2013, s. 27–28.

¹⁷ Ustawa z z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 160 ze zm.).

wskazuje się, że wynikające z art. 68 Konstytucji RP prawo do ochrony zdrowia skutkuje możliwością ubiegania się obywateli o stworzenie gwarancji na wypadek zagrożenia lub naruszenia zdrowia¹⁸. Z powyższych przepisów można wywieść tezę, zgodnie z którą przez ochronę zdrowia Konstytucja RP rozumie różnego rodzaju zadania władz publicznych, które obejmują przede wszystkim zapewnienie opieki zdrowotnej (co wynika z art. 68 ust. 2). W zakres konstytucyjnego pojęcia ochrony zdrowia wchodzi także promocja zdrowego trybu życia¹⁹. Wskazuje się też, że do zadań władz publicznych z zakresu ochrony zdrowia zaliczyć należy zwalczanie chorób epidemicznych oraz zapobieganie degradacji środowiska (art. 68 ust. 4)²⁰.

Analizowany termin jest rozumiany w Konstytucji RP w szerokim znaczeniu, obejmującym nie tylko ochronę zdrowia, ale także jego promocję. Przepis art. 68 ust. 1 Konstytucji RP wskazuje, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, zatem kolejne jego jednostki redakcyjne stanowią konkretyzację tego prawa. W nauce prawa konstytucyjnego podkreśla się jednak, że art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP nie stanowią podstawy do konstruowania definicji ochrony zdrowia²¹.

Umowy międzynarodowe, których stroną jest Rzeczpospolita Polska, również nie zawierają definicji ochrony zdrowia, mimo że wielokrotnie posługują się tym pojęciem. W preambule Konstytucji WHO został on użyty trzykrotnie. W przeciwieństwie do terminu „zdrowie” twórcy Konstytucji WHO nie zdecydowali się jednak na jego zdefiniowanie lub chociażby na wskazanie zakresu zjawisk i działań władz publicznych składających się na ochronę zdrowia.

¹⁸ A. Surówka, *Prawo do ochrony zdrowia* [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny*, red. W. Skrzydło, S. Grabowska, R. Grabowski, Warszawa 2009, s. 395.

¹⁹ Na promocję zdrowia wprost wskazuje art. 68 ust. 5 Konstytucji RP, zgodnie z którym władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

²⁰ M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa–Poznań 2001, s. 10–11.

²¹ L. Bosek [w:] *Konstytucja RP*, t. I, *Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, komentarz do art. 68.

W 1998 r. Polska ratyfikowała Europejską Kartę Społeczną²². Także i ona nie doprecyzowuje znaczenia omawianego terminu, wskazuje jednak na odpowiednie środki mające na celu skuteczne wykonywanie prawa do ochrony zdrowia. W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że w świetle art. 11 Europejskiej Karty Społecznej ochrona zdrowia jest rozumiana w Karcie bardzo szeroko²³.

Przechodząc do źródeł prawa wewnętrznego, w pierwszej kolejności należy poddać analizie przepisy ustawy o działach administracji rządowej²⁴, rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych²⁵, a także ustaw ustrojowych stanowiących podstawy funkcjonowania samorządu terytorialnego²⁶.

²² Oświadczenie rządowe z 30.11.1998 r. w sprawie ratyfikacji przez Rzeczpospolitą Polską Europejskiej Karty Społecznej, sporządzonej w Turynie 18.10.1961 r. (Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz. 68). Zgodnie z art. 11 Karty w celu zapewnienia skutecznego wykonywania prawa do ochrony zdrowia umawiające się strony zobowiązują się podjąć bądź bezpośrednio, bądź we współpracy z organizacjami publicznymi lub prywatnymi stosowne środki zmierzające zwłaszcza do: wyeliminowania, tak dalece jak to możliwe, przyczyn chorób (ust. 1); zapewnienia ułatwień w zakresie poradnictwa oraz oświaty, dla poprawy stanu zdrowia i rozwijania indywidualnej odpowiedzialności w sprawach zdrowia (ust. 2); zapobiegania, tak dalece jak to możliwe, chorobom epidemicznym, endemicznym i innym.

²³ M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej...*, s. 12–13.

²⁴ Ustawa z 4.09.1997 r. o działach administracji rządowej (Dz.U. z 2017 r. poz. 888 ze zm.).

²⁵ Rozporządzenie Ministra Finansów z 2.03.2010 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych (Dz.U. z 2014 r. poz. 1053 ze zm.).

²⁶ W zakresie działalności obejmującej ochronę zdrowia istotne może być także rozporządzenie Rady Ministrów z 24.12.2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz.U. Nr 251, poz. 1885 ze zm.). Sekcja Q załącznika do rozporządzenia określa rodzaje działalności z zakresu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Do działalności w przedmiocie opieki zdrowotnej zaliczono: działalność szpitali, praktykę lekarską oraz pielęgniarek i położnych, działalność fizjoterapeutyczną, pogotowia ratunkowego oraz działalność paramedyczną. Rozporządzenie nie posługuje się natomiast terminem „ochrona zdrowia”.

Zgodnie z art. 5 pkt 28 ustawy o działach administracji rządowej jednym z działów tej administracji jest zdrowie. Artykuł 33 ust. 1 ustawy wskazuje na jego zakres przedmiotowy. Zgodnie z pkt 1 tego ustępu do działu zdrowia zalicza się ochronę zdrowia i zasady organizacji opieki zdrowotnej. Jak wynika z dalszej części art. 33 ustawy o działach administracji rządowej, dział ten obejmuje także m.in. nadzór nad produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi, organizację państwowego ratownictwa medycznego, lecznictwo uzdrowiskowe, zawody medyczne oraz koordynację systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych.

Ustawodawca wyraźnie klasyfikuje poszczególne sprawy wchodzące w zakres działu zdrowia. Ochrona zdrowia została oddzielona od pozostałych zadań objętych tym działem administracji rządowej. Z tak ukształtowanej konstrukcji art. 33 ust. 1 ustawy o działach administracji rządowej można wyprowadzić tezę, zgodnie z którą w zakres terminu „ochrona zdrowia” nie wchodzi m.in. organizacja opieki zdrowotnej, lecznictwo uzdrowiskowe, organizacja państwowego ratownictwa medycznego oraz kwestie dotyczące zawodów medycznych. Skoro ustawodawca oddziela ochronę zdrowia jako sprawę wchodzącą w zakres działu zdrowia od innych wskazanych wyżej spraw, to uzasadnione jest twierdzenie, że pojęcie ochrony zdrowia w ustawie o działach administracji rządowej nie obejmuje tych spraw. W związku z tym ochrona zdrowia w analizowanej ustawie ma bardzo wąski zakres przedmiotowy. Należy zaznaczyć, że wszystkie sprawy, o których mowa w art. 33 ustawy o działach administracji rządowej, można zaliczyć do składowych pojęcia ochrony zdrowia, pomimo że zostały one przez ustawodawcę osobno ujęte. Do obszaru pojęciowego ochrony zdrowia zakwalifikować należy przede wszystkim organizację opieki zdrowotnej oraz organizację państwowego ratownictwa medycznego²⁷.

Można uznać, że takie ujęcie spraw z zakresu zdrowia stanowiącego dział administracji rządowej jest uzasadnione, choć nie odpowiada rzeczywistej definicji ochrony zdrowia. Ustawa o działach administracji

²⁷ *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, red. S. Poździech, P. Guła, Warszawa 2008, s. 24.

rządowej określa zakres spraw, które obejmuje każdy z wymienionych w niej 35 działów. Celem ustawodawcy było jak najszersze i wyczerpujące ujęcie spraw przypisanych dla każdego działu. Wyszczególnienie w art. 33 ustawy o działach administracji rządowej pojęć wchodzących w skład ochrony zdrowia jako spraw, które obejmuje dział zdrowie, niezależnie od pojęcia ochrony zdrowia zaliczonego również do tego działu, zapobiega ewentualnym wątpliwościom natury interpretacyjnej i ma na celu bardzo szerokie określenie spraw tworzących zakres przedmiotowy działu zdrowie jako działu administracji rządowej. Niezależnie od tego, jaki cel przyświecał ustawodawcy w konstruowaniu zadań wchodzących w skład działu zdrowie, należy stwierdzić, że pojęcie ochrony zdrowia w ustawie o działach administracji rządowej różni się od jego encyklopedycznego rozumienia.

W załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych określony został zakres przedmiotowy działu 851 dotyczącego ochrony zdrowia²⁸. Obejmuje on m.in. następujące rozdziały: szpitale ogólne, szpitale kliniczne, sanatoria, profilaktyczne domy zdrowia, zakłady opiekuńczo-lecznicze, szpitale uzdrowiskowe, Narodowy Fundusz Zdrowia, ratownictwo medyczne, publiczna służba krwi, medycyna pracy, składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, a także Inspekcja Sanitarna i Inspekcja Farmaceutyczna.

W dziale 851 w sposób szczegółowy sklasyfikowano rozdziały obejmujące wydatki na cele związane z ochroną zdrowia. Katalog rozdziałów ujętych w analizowanym dziale wskazuje na to, że ochrona zdrowia w rozumieniu przepisów rozporządzenia w sprawie klasyfikacji budżetowej obejmuje przede wszystkim działalność podmiotów leczniczych, finansowanie świadczeń zdrowotnych, a także finansowanie systemu ubezpieczeniowego poprzez wydatki przeznaczane na pokrycie składek na ubezpieczenie zdrowotne, których źródłem finansowania jest budżet państwa. Dział 851 zawiera też rozdział dotyczący wydatków dokony-

²⁸ Dział 851 zawiera 34 rozdziały dotyczące wydatków przeznaczanych na ochronę zdrowia.

wanych na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia. Zakresem pojęcia ochrony zdrowia objęta jest również działalność kontrolno-nadzorcza organów administracji państwowej (Inspekcja Sanitarna i Inspekcja Farmaceutyczna).

Dział ten ma istotne znaczenie nie tylko dla ustalenia definicji ochrony zdrowia. Jego treść wpływa na zakres przedmiotowy badań dotyczących budżetu państwa jako publicznoprawnego źródła finansowania ochrony zdrowia. Treść powoływanego rozporządzenia w sposób szczególny determinuje zakres przedmiotowy niniejszej pracy, określając rodzaje wydatków budżetowych na poszczególne zadania z zakresu ochrony zdrowia. Katalog rozdziałów działu 851 klasyfikacji budżetowej wskazuje na różnorodność oraz wielość wydatków budżetu państwa przeznaczanych na ochronę zdrowia. Jego zakres przedmiotowy świadczy o istotnym znaczeniu budżetu państwa jako źródła finansowania ochrony zdrowia.

Wydatki objęte analizowanym działem dotyczą nie tylko udziału budżetu państwa w finansowaniu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Objęcie działem 851 wydatków dotyczących m.in. finansowania podmiotów leczniczych, ratownictwa medycznego, medycyny pracy i przeciwdziałania alkoholizmowi świadczyć może o tym, że działalność organów władzy publicznej w zakresie ochrony zdrowia wykracza poza ramy systemu ubezpieczeniowego.

W ustawach ustrojowych określających zasady funkcjonowania jednostek samorządu terytorialnego ustawodawca posługuje się również pojęciem ochrony zdrowia, konstruując katalog zadań własnych jednostek poszczególnych szczebli podziału terytorialnego.

Zgodnie z art. 7 ust. 1 u.s.g.²⁹ zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy. W szczególności zadania własne obejmują sprawy ochrony zdrowia³⁰. Należy zaznaczyć, że w przypadku pozostałych jednostek samorządu terytorialnego ustawodawca inaczej określił zakres powierzonych im zadań. Zgodnie z art. 4 ust. 1

²⁹ Ustawa z 8.03.1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2017 r. poz. 1875 ze zm.).

³⁰ Wynika to wprost z art. 7 ust. 1 pkt 5 u.s.g.

pkt 2 u.s.p.³¹ powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie m.in. promocji i ochrony zdrowia. Do zadań samorządu województwa o charakterze wojewódzkim należy również, zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 2 u.s.w.³², promocja i ochrona zdrowia.

Ustawodawca zróżnicował katalog zadań przekazanych do realizacji jednostkom samorządu terytorialnego poszczególnych szczebli. W przypadku gmin uznał, że do ich zadań własnych należy jedynie ochrona zdrowia. Nie wymieniał promocji zdrowia, która *expressis verbis* została wskazana w odniesieniu do powiatów i województw. W literaturze przedmiotu twierdzi się, że błędem ustawodawcy było dodanie przy konstruowaniu zadań powiatu i województwa promocji zdrowia do art. 4 ust. 1 pkt 2 u.s.p. i art. 14 ust. 1 pkt 2 u.s.w. z uwagi na to, że zawiera się ona w pojęciu ochrony zdrowia³³.

Zgodnie z art. 164 ust. 3 Konstytucji RP gmina wykonuje wszystkie zadania samorządu niezastrzeżone dla innych jednostek samorządu terytorialnego. Z przepisu tego wynika domniemanie jej zadań, a także kompetencji gminnych organów w ramach samorządu terytorialnego. W literaturze przedmiotu uznaje się, że z uwagi na specyfikę działalności gmin ustawodawca nie konstruuje katalogu zamkniętego ich zadań. W związku z tym w przypadku nałożenia na gminy zadania własnego w postaci ochrony zdrowia w art. 7 ust. 1 pkt 5 u.s.g. ustawodawca posłużył się terminem ochrony zdrowia w znaczeniu szerszym, to znaczy obejmującym również działalność z zakresu promocji zdrowia³⁴. Podnosi się także, że w związku z szerokim rozumieniem ochrony zdrowia jako zadania własnego gmin ochrona zdrowia jako zadanie nałożone na powiaty i województwa powinna obejmować promocję zdrowia. W związku z tym niewłaściwe wydaje się wskazywanie obok ochrony

³¹ Ustawa z 5.06.1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. z 2017 r. poz. 1868 ze zm.).

³² Ustawa z 5.06.1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2017 r. poz. 2096 ze zm.).

³³ M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej...*, s. 14–15.

³⁴ M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej...*, s. 14–15.

zdrowia również jego promocji jako zadania powiatów i województw samorządowych³⁵.

Poza ustawami ustrojowymi terminem ochrony zdrowia bez jego definiowania posługują się także ustawy z zakresu szczegółowych dziedzin prawa. Jako przykłady należy powołać m.in. ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia³⁶, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia³⁷ oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia³⁸. Powyższe ustawy bezspornie w części dotyczą problematyki ochrony zdrowia, jednak ustawodawca nie zdefiniował w nich tego pojęcia. Brak ten może stanowić wadę wskazanych aktów prawnych. Z drugiej strony można również twierdzić, że zdefiniowanie ochrony zdrowia przynajmniej na potrzeby powyższych ustaw mogłoby doprowadzić do problemów interpretacyjnych i nieuzasadnionego zawężenia przedmiotu ich regulacji.

Warto zauważyć, że podstawowe ustawy regulujące w obecnym stanie prawnym system funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce oraz udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie definiują pojęcia ochrony zdrowia. Chcąc ustalić jego znaczenie, trzeba odnieść się do innych aktów prawnych, a przede wszystkim do dorobku literatury przedmiotu w tym zakresie.

Jak już stwierdzono wyżej, ustawa o działalności leczniczej definiuje wyłącznie promocję zdrowia, która w szerokim rozumieniu pojęcia ochrony zdrowia wchodzi w jego zakres. W art. 2 ust. 1 u.d.l. (stanowiącym słowniczek ustawowy), wprowadzając definicje legalne poszczególnych pojęć mających istotne znaczenie z punktu widzenia stosowania ustawy, pominięto ustalenie sposobu rozumienia ochrony zdrowia.

³⁵ M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej...*, s. 14–15.

³⁶ Ustawa z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2017 r. poz. 1845 ze zm.).

³⁷ Ustawa z 6.11.2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2016 r. poz. 2135 ze zm.). Ustawa ta w żadnym miejscu poza tytułem nie posługuje się terminem „ochrona zdrowia”.

³⁸ Ustawa z 6.11.2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2017 r. poz. 890 ze zm.).

Ustawodawca wielokrotnie posługuje się jednak tym terminem w powoływanej ustawie³⁹.

W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych również nie ma definicji badanego pojęcia. Artykuł 5 u.ś.o.z. zawiera ponad 50 definicji legalnych poszczególnych pojęć, ale ochrona zdrowia nie została w nim ujęta, choć występuje ona w powoływanej ustawie ponad dwudziestokrotnie.

Brak legalnej definicji ochrony zdrowia w polskim porządku prawnym może stanowić zamierzone działanie ustawodawcy. W związku z konsekwentnym brakiem definicji analizowanego terminu i jednocześnie wielokrotnym posługiwaniem się nim w aktach prawnych rangi ustawowej można twierdzić, że zdaniem prawodawcy w porządku prawnym zbędna jest legalna definicja ochrony zdrowia. Z drugiej jednak strony zasadne byłoby ustawowe zdefiniowanie badanego terminu. Bez wątpienia posługiwanie się przez ustawodawcę w treści wielu aktów prawnych, a przede wszystkim w ich tytułach, terminem dotychczas niezdefiniowanym utrudnia interpretację poszczególnych aktów prawnych, a także określenie ich zakresu przedmiotowego.

W literaturze ochrony zdrowia definiuje się analizowany termin jako „system zorganizowanego działania na rzecz zdrowia społeczeństwa”⁴⁰. W raporcie WHO z 2000 r. stwierdzono, że przez ochronę zdrowia należy rozumieć wszystkie organizacje, instytucje, działania, których pierwszorzędnym celem jest promocja, przywracanie i utrzymanie zdrowia⁴¹. Ochrona zdrowia jest również definiowana poprzez wskazanie jej konkretnych aspektów. Może ona oznaczać ochronę przed chorobami przez zapobieganie i zwalczanie chorób, ochronę przed zagrożeniami środowiska przyrodniczego, a także ochronę przed zagrożeniami wy-

³⁹ Por. np. art. 4 ust. 1 pkt 5, art. 17 ust. 3, art. 19 ust. 2 pkt 2 i art. 209 ust. 1 u.d.l.

⁴⁰ C. Baran, *Organizacja ochrony zdrowia – zagadnienia ogólne*, Gdańsk 1985, s. 16.

⁴¹ *World Health Report*, www.who.int/whr/2000/en/ (dostęp: 20.04.2015 r.).

nikającymi z niektórych warunków społecznych (ubóstwo, patologie społeczne)⁴².

Badane pojęcie jest utożsamiane z systemem ochrony zdrowia, nazywanym coraz częściej systemem zdrowia⁴³. System ochrony zdrowia jest rozumiany w literaturze jako „uporządkowany i skoordynowany wewnętrznie układ elementów służących do realizacji świadczeń zdrowotnych i usług profilaktyczno-leczniczych”⁴⁴. Obejmuje on swoim zakresem przede wszystkim zdrowie publiczne, opiekę zdrowotną, rehabilitację, opiekę społeczną i paliatywną⁴⁵.

Za cel funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a w związku z tym samej ochrony zdrowia, należy uznać zapewnienie społeczeństwu prawa do ochrony zdrowia na poziomie państwowym oraz lokalnym⁴⁶.

Wszystkie powyższe definicje ochrony zdrowia oraz systemu ochrony zdrowia ujmują ochronę zdrowia w bardzo szerokim znaczeniu. Mając na uwadze słownikowe znaczenie tego pojęcia i jego zakres przedmiotowy ujęty w analizowanych w niniejszej części pracy aktach prawnych, a także definicje pojawiające się na gruncie nauk prawnych, można stwierdzić, że ochronę zdrowia stanowi wszelkiego rodzaju działanie organów władzy publicznej oraz podmiotów działających w ich imieniu lub na ich rzecz, determinujące stan zdrowia społeczeństwa oraz poszczególnych jednostek, a także jego promocję.

Takie rozumienie ustala częściowo zakres przedmiotowy niniejszej pracy, ogranicza bowiem pole badawcze do analizy źródeł finansowania

⁴² J. Nosko, *Promocja zdrowia i ochrona zdrowia jako zadania własne samorządu terytorialnego*, cz. I, „Zdrowie Publiczne” 2000/4, s. 149.

⁴³ M. Zarzeczna, *Ochrona zdrowia*, www.bazaprogramow.zdrowiedlapomorzan.pl (dostęp: 20.04.2015 r.).

⁴⁴ M. Dercz, *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2005, s. 37.

⁴⁵ U. Drozdowska, *Zastosowanie podstawowych modeli organizacji opieki zdrowotnej w systemach zdrowotnych wybranych państw* [w:] *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Aspekty prawne i socjologiczne*, red. T. Mróz, Białystok 2012, s. 20.

⁴⁶ M. Urbaniak, *Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej*, Toruń 2014, s. 34–35.

określonych zadań publicznych. W dalszej części książki ochrona zdrowia będzie ujmowana w wyżej ustalonym znaczeniu.

1.3. Źródła finansowania

Kolejny termin powszechnie używany w literaturze przedmiotu i wyznaczający zakres przedmiotowy niniejszej pracy to „źródło finansowania”⁴⁷. Próby jego zdefiniowania nie są jednak przedmiotem szerokich badań naukowych. Chcąc ustalić znaczenie tego pojęcia, w pierwszej kolejności należy zdefiniować, czym jest „źródło”. W słownikach języka polskiego przyjmuje się, że „źródło” oznacza „to, skąd coś pochodzi, wywodzi się, ma początek”⁴⁸, „punkt wyjścia czegoś, miejsce, w którym coś się zaczyna, z którego coś pochodzi”⁴⁹, „początek czegoś, punkt wyjścia czegoś”, przyczynę pewnych zdarzeń⁵⁰. Podobne znaczeniowo „źródło dochodu” jest definiowane jako „to, co przynosi komuś dochód”⁵¹.

Definiując drugą część terminu „źródło finansowania”, warto wskazać, że „finansowanie” jako forma rzeczownikowa słowa „finansować” oznacza przede wszystkim dostarczanie środków pieniężnych, a także pokrywanie kosztów jakiegoś przedsięwzięcia lub jakiejś działalności⁵². Nie odnosząc się jeszcze do znaczenia pojęcia źródeł finansowania w poszczególnych aktach prawnych i doktrynie, można stwierdzić,

⁴⁷ Por. A. Zimny, *Pozabudżetowe źródła finansowania inwestycji gminnych w latach 1996–2004* [w:] *Finansowanie działalności jednostek samorządu terytorialnego ze szczególnym uwzględnieniem doświadczeń z wykorzystaniem środków Unii Europejskiej*, red. J. Woś, Piła 2006, s. 105–130; W. Misterek, *Zewnętrzne źródła finansowania działalności inwestycyjnej jednostek samorządu terytorialnego*, Warszawa 2008; A. Kopańska, *Zewnętrzne źródła finansowania inwestycji jednostek samorządu terytorialnego*, Warszawa 2003; M. Trojak, *Zewnętrzne źródła finansowania gmin i ich wpływ na rozwój społeczności lokalnych* [w:] *Finansowanie jednostek samorządu terytorialnego*, red. S. Nitecki, Bielsko-Biała 2001, s. 151–159.

⁴⁸ *Słownik języka polskiego*, t. II, red. W. Doroszewski, Warszawa 1968, s. 1384.

⁴⁹ *Mały słownik języka polskiego*, red. S. Skorupka, H. Auderska, Z. Łempicka, Warszawa 1968, s. 1027.

⁵⁰ *Słownik współczesnego języka polskiego*, red. B. Dunaj, Warszawa 1996, s. 1384.

⁵¹ *Słownik języka polskiego...*, t. II, s. 1384.

⁵² *Słownik języka polskiego...*, t. II, s. 883.

że termin „źródło finansowania” semantycznie oznacza zasób środków pieniężnych, z którego pokrywane są określonego rodzaju zadania lub przedsięwzięcia. Ten zasób środków posiada także swoje źródła, z których pochodzą określone środki finansowe.

W nauce prawa finansowego rzadko podejmowane są próby zdefiniowania badanego terminu. Uzasadniona wydaje się jednak teza, zgodnie z którą można określić jego desygnaty. W piśmiennictwie dotyczącym aspektów prawnych i ekonomicznych źródeł finansowania różnego rodzaju zadań lub działalności autorzy wprost wskazują ich katalog. Przez źródła finansowania rozumie się przede wszystkim:

- dochody własne jednostek samorządu terytorialnego⁵³,
- ich udziały we wpływach z podatków dochodowych⁵⁴,
- dotacje⁵⁵,
- subwencje⁵⁶,
- kredyty⁵⁷,
- pożyczki⁵⁸,

⁵³ A. Kopańska, *Zewnętrzne źródła finansowania gmin...*, s. 33; D. Perło, *Źródła finansowania rozwoju regionalnego*, Białystok 2004, s. 55; W. Misterek, *Zewnętrzne źródła finansowania działalności inwestycyjnej...*, s. 24; A. Zimny, *Pozabudżetowe źródła finansowania inwestycji gminnych...*, s. 105.

⁵⁴ A. Kopańska, *Zewnętrzne źródła finansowania gmin...*, s. 33; A. Zimny, *Pozabudżetowe źródła finansowania inwestycji gminnych...*, s. 105.

⁵⁵ S. Liżewski, *Źródła finansowania organizacji pozarządowych*, Warszawa 2013, s. 87; A. Kopańska, *Zewnętrzne źródła finansowania gmin...*, s. 33; W. Misterek, *Zewnętrzne źródła finansowania działalności inwestycyjnej...*, s. 24; A. Zimny, *Pozabudżetowe źródła finansowania inwestycji gminnych...*, s. 105.

⁵⁶ A. Kopańska, *Zewnętrzne źródła finansowania gmin...*, s. 33; D. Perło, *Źródła finansowania...*, s. 66; W. Misterek, *Zewnętrzne źródła finansowania działalności inwestycyjnej...*, s. 24; A. Zimny, *Pozabudżetowe źródła finansowania inwestycji gminnych...*, s. 105.

⁵⁷ S. Liżewski, *Źródła finansowania...*, s. 105; J. Ciak, *Źródła finansowania deficytu budżetu państwa w Polsce*, Warszawa 2012, s. 57 i n.; M. Trojak, *Zewnętrzne źródła finansowania gmin...*, s. 154; A. Kopańska, *Zewnętrzne źródła finansowania gmin...*, s. 68; D. Perło, *Źródła finansowania...*, s. 77; W. Misterek, *Zewnętrzne źródła finansowania działalności inwestycyjnej...*, s. 24; A. Zimny, *Pozabudżetowe źródła finansowania inwestycji gminnych...*, s. 105.

⁵⁸ S. Liżewski, *Źródła finansowania...*, s. 105; J. Ciak, *Źródła finansowania deficytu...*, s. 57 i n.; M. Trojak, *Zewnętrzne źródła finansowania gmin...*, s. 154; A. Kopańska, *Zewnętrzne źródła finansowania gmin...*, s. 68; D. Perło, *Źródła finansowania...*, s. 77;

- emisję papierów wartościowych (m.in. obligacji)⁵⁹,
- składki, darowizny, spadki i zapisy, fundusze celowe, sponsoring, a także zwolnienia podatkowe⁶⁰.

Ustawodawca wielokrotnie posługuje się badanym terminem, nie podejmując próby zdefiniowania go. Ma to miejsce w przypadku źródeł dochodów j.s.t., które są zbliżone do omawianych źródeł finansowania. Można w tym zakresie wskazać na art. 167 ust. 3 Konstytucji RP, zgodnie z którym źródła dochodów jednostek samorządu terytorialnego są określone w ustawie. Źródła dochodów j.s.t. oraz zasady ich ustalania i gromadzenia określa ustawa o dochodach jednostek samorządu terytorialnego⁶¹. Realizując normę kompetencyjną z art. 167 ust. 3 Konstytucji RP, posługuje się ona pojęciem źródeł dochodów, ale również ich nie definiuje. W rozdziale drugim „Źródła dochodów jednostek samorządu terytorialnego” wskazuje na katalog źródeł dochodów poszczególnych szczebli j.s.t. Ma to istotne znaczenie z punktu widzenia próby sformułowania definicji analizowanego pojęcia. W innych aktach prawnych ustawodawca również wielokrotnie posługuje się sformułowaniem „źródła finansowania”. W ustawie o finansach publicznych⁶² pięciokrotnie użyto badanego terminu, w żadnym miejscu go nie definiując. Inne akty prawne powszechnie obowiązujące także się nim posługują⁶³.

W. Misterek, *Zewnętrzne źródła finansowania działalności inwestycyjnej...*, s. 24; A. Zimny, *Pozabudżetowe źródła finansowania inwestycji gminnych...*, s. 105.

⁵⁹ A. Kopańska, *Zewnętrzne źródła finansowania gmin...*, s. 68; A. Zimny, *Pozabudżetowe źródła finansowania inwestycji gminnych...*, s. 105; D. Perło, *Źródła finansowania...*, s. 80; J. Ciak, *Źródła finansowania deficytu...*, s. 75 i n.

⁶⁰ S. Liżewski, *Źródła finansowania...*, s. 7, 8, 21, 32, 41, 138.

⁶¹ Ustawa z 13.11.2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U. z 2017 r. poz. 1453 ze zm.).

⁶² Ustawa z 27.08.2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 2077 ze zm.).

⁶³ Por. art. 19–21 ustawy z 5.12.2014 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej (Dz.U. poz. 1877 ze zm.), art. 1 ustawy z 5.12.2002 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów mieszkaniowych o stałej stopie procentowej (Dz.U. z 2017 r. poz. 650 ze zm.), art. 6 ust. 2a ustawy z 12.02.2010 r. o rekapitalizacji niektórych instytucji oraz o rządowych instrumentach stabilizacji finansowej (Dz.U. z 2018 r. poz. 124), § 3 ust. 1 lit. g rozporządzenia Ministra Gospodarki z 10.06.2010 r. w sprawie dotacji budżetowej przeznaczonej na dofinansowanie do inwestycji początkowych (Dz.U. Nr 109, poz. 714), § 5 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Rady Ministrów z 27.03.2009 r. w sprawie udzielenia

Definiowane pojęcie jest więc używane w przepisach powszechnie obowiązujących. W związku z tym zasadne wydaje się odwołanie do poszczególnych aktów prawnych w celu jego zdefiniowania.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 u.d.j.s.t. źródłami dochodów własnych gminy są wpływy z podatków lokalnych, podatku dochodowego opłacanego w formie karty podatkowej oraz podatku od czynności cywilnoprawnych i podatku od spadków i darowizn, a także wpływy z opłat lokalnych. Nadto ustawa do źródeł dochodów j.s.t. zalicza m.in. spadki, zapisy i darowizny, dochody z kar pieniężnych i grzywien określonych w odrębnych przepisach, odsetki oraz dotacje z budżetów innych jednostek samorządu terytorialnego. Artykuły 5 i 6 u.d.j.s.t. statuuje katalog źródeł dochodów własnych odpowiednio powiatów i samorządów województw. Przepisy te również wskazują na spadki, zapisy i darowizny, dochody z kar pieniężnych i grzywien określonych w odrębnych przepisach, odsetki oraz dotacje z budżetów innych jednostek samorządu terytorialnego.

Porównując wymienione źródła dochodów własnych j.s.t. z definicją źródeł finansowania w znaczeniu etymologicznym, należy podkreślić, że podatków i opłat, o których mowa w art. 4, oraz opłat wskazanych w art. 4 i 5 u.d.j.s.t. nie można uznać za zasób środków pieniężnych. Są to daniny publiczne, o których mowa w art. 217 Konstytucji RP, obciążające poszczególne podmioty w związku z zaistnieniem przewidzianych przez ustawodawcę okoliczności faktycznych. Konstatację tę należy również odnieść do pozostałych źródeł dochodów jednostek samorządu terytorialnego. Ustawodawca jako źródło dochodów własnych tych jednostek wskazuje spadki, zapisy i darowizny. Uzyskanie przez j.s.t. przysporzenia majątkowego w przypadku darowizn następuje na podstawie czynności prawnej, tj. zawarcia umowy darowizny, a w przypadku zapisów na podstawie czynności prawnej w postaci sporządzenia testamentu, następnie otwarcia spadku i ewentualnego spełnienia przez spadkobiercę wskazanego w zapisie świadczenia. W związku z tym tego rodzaju źródła dochodów są tylko zdarzeniami cywilnoprawnymi, na podstawie

dotacji celowych dla jednostek samorządu terytorialnego na przebudowę, budowę lub remonty dróg powiatowych i gminnych (Dz.U. z 2014 r. poz. 316 ze zm.).

których jednostki samorządu terytorialnego mogą uzyskiwać dochody. Nie można ich utożsamiać ze źródłami dochodów ani ze źródłami finansowania definiowanymi jako pewien zasób środków, z których j.s.t. mogą finansować swoją działalność. W świetle etymologicznej definicji źródeł finansowania otrzymywane przez j.s.t. dotacje są wyłącznie formą prawną wydatków publicznych, a nie źródłem dochodu. W przypadku dotacji otrzymywanych przez j.s.t., zaliczanych do dochodów własnych, źródłem dochodu jest budżet jednostki przekazującej dotację, a nie sama dotacja. To budżet jako plan finansowy stanowi zasób środków pieniężnych, w ramach którego dokonuje się przesunięcia określonych kwot w prawnej formie dotacji.

Również w literaturze przedmiotu wskazuje się, że ustawa o dochodach jednostek samorządu terytorialnego określa formy lub tytuły dochodów, a nie ich źródła⁶⁴. W związku z tym uzasadniona jest teza, zgodnie z którą komentowana ustawa utożsamia źródła dochodów własnych j.s.t. z formami prawnymi lub tytułami prawnymi, dzięki którym dochody te są uzyskiwane. Rozszerza zatem etymologiczne ujęcie źródeł dochodów jako źródeł finansowania działalności j.s.t. i zalicza do niego również formy prawne i tytuły, na podstawie których jednostki mogą gromadzić dochody. Wskazane formy i tytuły prawne stanowią dla budżetów j.s.t. źródła finansowania, zatem poszczególne budżety samorządowe, które niewątpliwie stanowią podstawowe źródło finansowania zadań j.s.t., mają również własne źródła finansowania.

Ustawa o finansach publicznych również posługuje się pojęciem źródeł finansowania. Zgodnie z art. 6 ust. 2 pkt 4 u.f.p. rozchodami publicznymi są płatności wynikające z odrębnych ustaw, których źródłem finansowania są m.in. przychody z prywatyzacji majątku Skarbu Państwa, które można uznać za pewien zasób środków stanowiący określoną część budżetu państwa. W tym przepisie ustawodawca posłużył się zatem pojęciem źródeł finansowania odpowiadającym znaczeniowo sformułowanej wyżej ich definicji w sensie etymologicznym. Gdyby w art. 6 ust. 2 pkt 4 u.f.p. wskazano, że za źródła finansowania płatności wy-

⁶⁴ E. Ruśkowski, J. Salachna, *Ustawa o dochodach jednostek samorządu terytorialnego. Komentarz*, Warszawa 2004, s. 38.

kających z odrębnych ustaw uznaje się prywatyzację majątku Skarbu Państwa, to byłoby uzasadnione twierdzenie, że na gruncie art. 6 u.f.p. źródło finansowania utożsamiane jest z formą prawną uzyskiwania przychodów. W obecnym brzmieniu powoływanego przepisu w ocenie autora przychody uzyskiwane z prywatyzacji stanowią określony zasób środków pieniężnych definiowany jako źródło finansowania, chociaż tytułem prawnym stanowiącym podstawę ich uzyskania są czynności prawne ze sfery prawa prywatnego.

Przepis art. 137 ust. 1 u.f.p. stanowi delegację ustawową dla Rady Ministrów do wydania rozporządzenia w przedmiocie sposobu finansowania zadań realizowanych w ramach międzynarodowej współpracy z zakresu wewnętrznego i zewnętrznego bezpieczeństwa państwa, wynikających z umów i porozumień. Zgodnie z art. 137 ust. 2 u.f.p. Rada Ministrów, wydając rozporządzenie, zobowiązana została do określenia w szczególności źródła finansowania zadań, o których mowa w art. 137 ust. 1 u.f.p. Opierając się na tej delegacji, Rada Ministrów wydała rozporządzenie w sprawie sposobu finansowania zadań realizowanych w ramach międzynarodowej współpracy z zakresu wewnętrznego i zewnętrznego bezpieczeństwa państwa, wynikających z umów i porozumień⁶⁵. Na gruncie art. 137 ust. 1 u.f.p. i rozporządzenia za źródło finansowania uznaje się wyłącznie budżet państwa jako pewien zasób środków, z którego pokrywane są koszty określonej działalności lub przedsięwzięcia.

⁶⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z 3.12.2010 r. w sprawie sposobu finansowania zadań realizowanych w ramach międzynarodowej współpracy z zakresu wewnętrznego i zewnętrznego bezpieczeństwa państwa, wynikających z umów i porozumień (Dz.U. Nr 237, poz. 1568 ze zm.). Według § 3 ust. 1 rozporządzenia zadania z zakresu przedmiotowego art. 137 ust. 1 u.f.p. mogą być finansowane z budżetu państwa, z części pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw obrony narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, ministra właściwego do spraw zagranicznych, wojewodów, Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Szefa Agencji Wywiadu. Natomiast § 3 ust. 2 rozporządzenia wskazuje na formy finansowania zadań z odpowiednich części budżetu państwa. W związku z tym w rozporządzeniu dokonano jasnego podziału na źródła finansowania zadań oraz na formy prawne, na podstawie których dokonuje się finansowania. Formy prawne dokonywania wydatków w żaden sposób nie są utożsamiane ze źródłem finansowania jako zasobem środków pieniężnych.

Przepisy ustawy o finansach publicznych posługują się pojęciem źródeł finansowania w różnym znaczeniu w zależności od regulowanej nimi materii. Ustawa o finansach publicznych przez źródła finansowania rozumie pewien zasób środków pieniężnych, z których finansowane są określone zadania, a także wpływy do tego zasobu. Można twierdzić, że za źródło finansowania uznaje ona nie tylko zasób środków przeznaczonych na pokrycie różnego rodzaju przedsięwzięć, np. w postaci budżetu państwa, ale także wpływy do tego zasobu z otrzymywanych dochodów lub pozyskiwanych przychodów. W związku z tym w rozumieniu ustawy o finansach publicznych podstawowe źródło finansowania, jakim jest np. budżet państwa, posiada źródła finansowania w postaci dochodów lub przychodów.

Podstawowa dla funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tylko w jednym miejscu posługuje się terminem „źródło finansowania”, definiując Narodowy Rachunek Zdrowia. Zgodnie z art. 5 pkt 15a u.s.o.z. przez Narodowy Rachunek Zdrowia należy rozumieć zestawienie wszystkich wydatków na ochronę zdrowia, uwzględniające źródła finansowania ochrony zdrowia, dostawców usług medycznych oraz funkcje tych usług, oparte na zasadach przejrzystości i rzetelności gromadzonych danych. Opracowany Narodowy Rachunek Zdrowia za 2012 r.⁶⁶ nie różnicuje wprost środków finansowych ze względu na ich pochodzenie z konkretnego zasobu. Wskazuje tylko na wysokość wydatków z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz z funduszy ubezpieczeń społecznych. Można zatem twierdzić, że w Narodowym Rachunku Zdrowia pośrednio wskazano na źródła finansowania ochrony zdrowia. Budżet państwa, budżety samorządowe oraz fundusze ubezpieczeń społecznych stanowią wyłącznie określone zasoby środków. Pojęcie źródeł finansowania ochrony zdrowia we wskazanym rachunku nie zostało zatem rozszerzone na prawne formy wydatkowania środków publicznych ani na formy ich pozyskiwania.

⁶⁶ Zob. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/narodowy-rachunek-zdrowia-za-2012-rok,4,5.html> (dostęp: 10.05.2015 r.).

Źródła finansowania nie są więc w naukach prawnych i ekonomicznych pojmowane jedynie jako określony zasób, z którego pochodzą środki pieniężne przeznaczone na realizację danych zadań. W zdecydowanej większości przyjmuje się, że są to pewne formy prawne pozyskiwania środków (np. dotacje, kredyty, pożyczki). Przez źródła finansowania rozumie się także środki zasilające źródła finansowania w ich rozumieniu etymologicznym (np. dochody własne lub udziały we wpływach z podatków dochodowych zasilające budżety poszczególnych j.s.t.).

Trzeba podkreślić, że prawne formy pozyskiwania środków jako źródła finansowania są także prawnymi formami dokonywania wydatków objętych publicznoprawnymi planami finansowymi (np. dotacje). Wydatek dokonywany z budżetu państwa lub budżetu j.s.t. stanowi jednocześnie dochód innego podmiotu. Dla beneficjenta środków dotacja będzie uzyskanym dochodem, a dla podmiotu udzielającego dotacji – wydatkiem.

Ustawodawca i nauka prawa posługują się terminem źródeł finansowania ochrony zdrowia w znaczeniu szerokim, obejmującym również formy prawne pozyskiwania środków, a także środki finansowe zasilające źródła finansowania w znaczeniu etymologicznym.

Biorąc pod uwagę definicję źródeł finansowania w znaczeniu etymologicznym, posługiwanie się tym terminem przez ustawodawcę w aktach prawnych różnego rzędu, a także poglądy doktryny, można stwierdzić, że przez źródła finansowania należy rozumieć: po pierwsze, zasoby środków pieniężnych, z których finansowane są określonego rodzaju zadania lub przedsięwzięcia (np. budżet państwa, budżety jednostek samorządu terytorialnego, plany finansowe podmiotów działających w sferze prawa publicznego), po drugie, formy prawne pozyskiwania środków (np. dotacje, kredyty, pożyczki), po trzecie, środki finansowe, które zasilają źródła finansowania w wąskim znaczeniu (np. składki, dochody własne j.s.t.). Jest to szerokie znaczenie definiowanego terminu. Źródła finansowania w znaczeniu wąskim oznaczają tylko zasoby środków pieniężnych, z których są finansowane ściśle określone zadania.

W niniejszej monografii termin „źródła finansowania ochrony zdrowia” będzie używany w znaczeniu szerokim. Przedmiotem badań będą:

składka na ubezpieczenie zdrowotne jako główny przychód Narodowego Funduszu Zdrowia, budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego wraz z prawnymi formami pozyskiwania środków i dokonywania wydatków objętych budżetem państwa lub budżetami tych jednostek oraz środki europejskie. Chodzi tu o dokonanie charakterystyki wszystkich istotnych i specyficznych dla ochrony zdrowia źródeł finansowania.

Składka zdrowotna stanowi przychód Narodowego Funduszu Zdrowia (art. 116 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z.). W myśl art. 5 ust. 1 pkt 5 u.f.p. należy ją zaliczyć do katalogu środków publicznych. Do tej kategorii trzeba także zakwalifikować przychody jednostek sektora finansów publicznych pochodzące z prowadzonej przez nie działalności oraz z innych źródeł. Daniny publiczne stanowiące wpływy jednostek sektora finansów publicznych innych niż jednostki budżetowe uznawane są za przychody, a nie dochody publiczne⁶⁷. Inne niż daniny środki publiczne wpływające do podmiotów prowadzących gospodarkę pozabudżetową również uznaje się za ich przychody⁶⁸. Uzyskiwane przez Fundusz dotacje z budżetu państwa na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych należy zatem traktować jako jego przychody, a nie dochody.

To samo należy odnieść do dotacji uzyskiwanych z budżetu państwa lub budżetów samorządowych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Zakłady te zostały bowiem zaliczone przez ustawodawcę do katalogu jednostek sektora finansów publicznych⁶⁹. Dotacja stanowi jeden z rodzajów wydatków budżetów. W aspekcie źródeł finansowania ochrony zdrowia występuje ona jednak w podwójnej roli. Z punktu widzenia właściwego budżetu dotacja stanowi jego wydatek⁷⁰. Dla podmiotu uzyskującego dotację będzie ona kwalifikowana w zależności od

⁶⁷ J. Salachna, *Środki publiczne, ich formy prawne oraz zasady realizacji w sektorze finansów publicznych* [w:] *System prawa finansowego*, t. II, *Prawo finansowe sektora finansów publicznych*, red. E. Ruśkowski, Warszawa 2010, s. 106.

⁶⁸ J. Salachna, *Środki publiczne...*, s. 108.

⁶⁹ Art. 9 pkt 10 u.f.p.

⁷⁰ Por. art. 112 ust. 1 pkt 4 i 7 i art. 124 ust. 1 pkt 1 u.f.p.

jego statusu jako dochód albo przychód⁷¹. Powyższe stwierdzenie należy także odnieść do innych niż dotacja wydatków budżetowych stanowiących źródło finansowania ochrony zdrowia. W związku z tym w dalszej części rozważań środki pochodzące z poszczególnych budżetów będą analizowane jako ich wydatki, a także jako źródła finansowania ochrony zdrowia zasilające poszczególne podmioty będące beneficjentami tych środków.

1.4. Publicznoprawne źródła finansowania i kryteria ich klasyfikacji

Uznanie określonego źródła finansowania ochrony zdrowia za publicznoprawne możliwe jest po ustaleniu jego charakteru. W pierwszej kolejności będzie o nim świadczyć zakwalifikowanie regulacji prawnych determinujących konstrukcję źródła finansowania ochrony zdrowia do norm prawa publicznego.

Jako podstawowe przesłanki prowadzące do uznania danego źródła za publicznoprawne należy przyjąć te, które przesądzają o włączeniu określonych regulacji prawnych do przepisów prawa publicznego. W nauce wskazuje się, że jako kryteria podziału prawa traktuje się przede wszystkim odmienną adresatów norm prawnych (państwo – jednostka), ich interesy, typ normowanych stosunków prawnych oraz sposób dochodzenia naruszonych uprawnień⁷². Podnosi się także, że kryteria podziału prawa na prywatne i publiczne nie są możliwe do obiektywnego zweryfikowania⁷³. Kryteria przedmiotowe, podmiotowe, funkcjonalne, a także odwołujące się do zakresu kodyfikacji nie dają możliwości logicznego podziału norm systemu prawa⁷⁴.

⁷¹ Por. art. 116 ust. 1 pkt 5 u.ś.o.z.

⁷² J. Nowacki, *Prawo publiczne – prawo prywatne*, Katowice 1992, s. 71 i n.

⁷³ Z. Ziemiński, *Szkice z metodologii szczegółowych nauk prawnych*, Warszawa–Poznań 1983, s. 114.

⁷⁴ Z. Radwański, *Pojęcie prawa cywilnego w świetle kodeksu cywilnego (uwagi de lege lata i de lege ferenda)* [w:] *Polskie prawo prywatne w dobie przemian. Księga Jubileuszowa dedykowana Profesorowi Jerzemu Młynarczykowi*, red. A. Smoczyńska, Gdańsk 2005, s. 27 i n.

W teorii prawa podkreśla się, że najstarszym kryterium podziału prawa na prawo publiczne i prawo prywatne, sięgającym prawa rzymskiego, jest kryterium interesu⁷⁵. W celu uzasadnienia tego twierdzenia powołuje się twierdzenie Ulpiana, zgodnie z którym „Prawem publicznym jest prawo, które dotyczy państwa rzymskiego, prawem prywatnym jest prawo, które służy interesom jednostek”⁷⁶. Prawem publicznym będzie zatem prawo dotyczące interesów państwa, a prawem prywatnym prawo regulujące interesy poszczególnych jednostek. W nauce prawa administracyjnego podkreśla się, że wszelkiego rodzaju podziały prawa, w tym podział na prawo publiczne i prawo prywatne, nie są doskonałe⁷⁷.

W doktrynie prawa prywatnego zakłada się, że najbardziej precyzyjne i powszechnie przyjmowane jest kryterium metody regulacji⁷⁸. Metoda regulacji prawa prywatnego opiera się na równorzędności podmiotów stosunków prawnych⁷⁹. W nauce prawa administracyjnego twierdzi się, że kryterium podziału prawa na prawo publiczne i prawo prywatne jest sposób kształtowania sytuacji prawnej i stosunków prawnych (sposób działania prawa)⁸⁰. W świetle poglądów nauki prawa administracyjnego w metodzie prywatnoprawnej przeważa równorzędność podmiotów oraz ich autonomiczna pozycja w sferze kształtowania swojej sytuacji prawnej. W przypadku metody publicznoprawnej dominują stosunki prawne oparte na władczości i nadrzędności organu administracyjnego⁸¹. Metoda prywatnoprawna cechuje się brakiem bezpośrednie-

⁷⁵ T. Spyra, *Granice wykładni prawa*, Warszawa 2006, s. 212.

⁷⁶ *Publicum ius est quod ad statum rei romana spectat, privatum quod ad singulorum utilitatem.*

⁷⁷ M. Zdyb, *Publiczne prawo gospodarcze*, Kraków 1998, s. 25.

⁷⁸ A. Stelmachowski, *Zarys teorii prawa cywilnego*, Warszawa 1998, s. 24; M. Nazar, *Przedmiot, zakres i systematyka polskiego prawa cywilnego* [w:] *W kręgu problematyki władzy i państwa prawa. Księga jubileuszowa w 70-lecie urodzin Profesora Henryka Groszyka*, red. J. Malarczyk, Lublin 1996, s. 203 i n.

⁷⁹ M. Safjan, *Pojęcie i systematyka prawa prywatnego* [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 1, *Prawo cywilne – część ogólna*, red. M. Safjan, Warszawa 2012, s. 40.

⁸⁰ A. Wasilewski, *Kodyfikacja prawa administracyjnego: idea i rzeczywistość*, Warszawa 1998, s. 106 i n.

⁸¹ Z. Duniewska [w:] *System Prawa Administracyjnego*, t. I, *Institucje prawa administracyjnego*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2015, s. 163–164; A. Wolter, *Prawo cywilne. Zarys części ogólnej*, Warszawa 1972, s. 21; J. Starościan, *Stosu-*

go przymusu państwowego, który jest charakterystyczny dla regulacji publicznoprawnych⁸². Dla ustalenia zakresu znaczeniowego terminu „publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia” duże znaczenie będzie miał status norm prawnych regulujących ich strukturę oraz charakter prawny.

W literaturze prawa finansowego podkreśla się, że stosunki finansowe są regulowane za pomocą norm prawa finansów publicznych⁸³. Mają one charakter publiczny⁸⁴. Normy prawne wynikające z przepisów ustawy o finansach publicznych, których treść determinuje sposób uchwalania i wykonywania budżetu państwowego oraz budżetów samorządowych, jako normy prawa finansowego służą realizacji celów polityki finansowej państwa i mają charakter imperatywno-atrybutywny (zobowiązująco-uprawnający)⁸⁵. Dotyczą one gromadzenia i wydatkowania środków publicznych⁸⁶, a ich adresatami są podmioty należące do sektora finansów publicznych. Normy te regulują więc publiczne stosunki finansowe⁸⁷ i są skierowane do podmiotów sektora publicznego⁸⁸. Dominującą pozycję zajmuje tam interes społeczny, a nie interes poszczególnych jednostek⁸⁹. W stosunkach regulowanych tymi normami występuje podmiot reprezentujący państwo i korzystający z władztwa finansowego oraz inne podmioty, którym przypisuje się podporządkowanie. Podmioty prawa finansowego nie mają równorzędnych pozycji⁹⁰.

nek administracyjnoprawny [w:] *System Prawa Administracyjnego*, t. III, red. T. Rabska, J. Łętowski, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1978, s. 27.

⁸² A. Stelmachowski, *Wstęp do teorii prawa cywilnego*, Warszawa 1969, s. 13 i n.

⁸³ B. Brzeziński, K. Lasieński-Sulecki, W. Matuszewski, W. Morawski, A. Olesińska, A. Zalaśiński, *Prawo finansów publicznych*, Toruń 2008, s. 33.

⁸⁴ M. Zdebel, *Prawo finansowe jako dział prawa* [w:] *Nauka finansów publicznych i prawa finansowego w Polsce. Dorobek i kierunki rozwoju. Księga jubileuszowa Profesora Alicji Pomorskiej*, red. J. Szolno-Koguc, J. Głuchowski, C. Kosikowski, Lublin 2008, s. 62.

⁸⁵ C. Kosikowski, *Prawo finansowe. Część ogólna*, Warszawa 2003, s. 52.

⁸⁶ W. Nykiel, *Normy prawa finansowego* [w:] *System prawa finansowego*, t. I, *Teoria i nauka prawa finansowego*, red. C. Kosikowski, Warszawa 2010, s. 39.

⁸⁷ A. Drwiłło, *Zagadnienia ogólne finansów publicznych i prawa finansowego* [w:] *Podstawy finansów publicznych i prawa finansowego*, red. A. Drwiłło, Warszawa 2014, s. 35.

⁸⁸ A. Drwiłło, *Zagadnienia ogólne...*, s. 41.

⁸⁹ C. Kosikowski, *Prawo finansowe* [w:] *Polskie prawo finansowe*, t. I, *Finanse publiczne*, red. E. Ruśkowski, Warszawa 2000, s. 32.

⁹⁰ A. Drwiłło, *Zagadnienia ogólne...*, s. 35.

W związku z tym normy prawa finansowego zawarte w ustawie o finansach publicznych są normami o charakterze publicznoprawnym. To samo należy odnieść do przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących składki na ubezpieczenie zdrowotne. Normy prawne wynikające z przepisów działu IV tej ustawy określają konstrukcję prawną daniny publicznoprawnej, jaką jest składka zdrowotna. Charakterystyczny dla nich jest bezpośredni przymus państwowy, nadrzędność organów władzy publicznej, a w związku z tym brak równorzędności stron stosunku publicznoprawnego. Wykazują one cechy norm prawa publicznego.

Do źródeł publicznoprawnych należy zatem zaliczyć: składkę na ubezpieczenie zdrowotne, będącą przychodem Narodowego Funduszu Zdrowia, budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego, a w związku z tym wydatki z nich dokonywane stanowiące źródło finansowania działalności podmiotów będących ich beneficjentami. W świetle statusu normy prawnej, stanowiącego kryterium podziału źródeł, do publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia zalicza się także środki europejskie. Są one objęte budżetem środków europejskich, który jest wewnętrznym funduszem budżetu państwa regulowanym przepisami ustawy o finansach publicznych

O publicznoprawnym charakterze źródeł finansowania ochrony zdrowia będzie też świadczyć zaliczenie ich do środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy o finansach publicznych. Decydujące znaczenie ma zatem status prawny środków pieniężnych stanowiących zasoby finansowe jako źródła finansowania.

Katalog środków publicznych określa art. 5 u.f.p. Nie zawiera on ich definicji, wymienia natomiast enumeratywnie rodzaje środków kwalifikowanych jako środki publiczne. Jak to już zostało ustalone, przepis ten zawiera otwarty ich katalog. Przez środki publiczne rozumie się środki finansowe znajdujące się w dyspozycji instytucji publicznych⁹¹. Za środki publiczne uznaje się także wpływy pieniężne osiągnięte przez

⁹¹ E. Malinowska-Misiąg, W. Misiąg, *Finanse publiczne w Polsce*, Warszawa 2007, s. 90.

jednostki sektora finansów publicznych⁹². W nauce prawa finansowego przyjmuje się, że „środkami publicznymi są te środki pieniężne, które zostały otrzymane z określonych tytułów i źródeł przez podmioty sektora finansów publicznych lub uiszczone na rzecz budżetu publicznego”⁹³.

W świetle art. 5 u.f.p. do katalogu środków publicznych trzeba zaliczyć składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Zgodnie z art. 5 ust. 1 pkt 1 u.f.p. środkami publicznymi są dochody publiczne. Katalog dochodów publicznych został zawarty w art. 5 ust. 2 pkt 1 u.f.p. W rozumieniu tego przepisu dochodami publicznymi są przede wszystkim daniny publiczne, do których zalicza się m.in. składki. Ustawodawca nie wskazał wprost, o jakie składki chodzi. Skoro w art. 5 ust. 2 pkt 1 u.f.p. wymieniono składki bez jakiegokolwiek ich zróżnicowania, to zgodnie z zasadą *lege non distinguente* należy przyjąć, że daniny publiczne zaliczane do dochodów publicznych obejmują również składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

Na podstawie art. 114 ust. 1 u.ś.o.z. środki finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia są środkami publicznymi. W związku z tym zasób środków objęty planem finansowym NFZ również zalicza się do źródeł finansowania ochrony zdrowia o charakterze publicznoprawnym⁹⁴. Głównym przychodem Funduszu są środki pochodzące z przekazywanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych składek na ubezpieczenie zdrowotne. Niewielką część przychodów NFZ stanowią dotacje celowe pochodzące z budżetu państwa. Pozostałe przychody Funduszu mają znaczenie marginalne dla jego planu finansowego. Zaliczenie przychodów NFZ do środków publicznych przesądza o ich publicznoprawnym charakterze.

Budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego są podstawą prowadzenia gospodarki finansowej państwa oraz samorządu.

⁹² W. Wójtowicz, *Zarys finansów publicznych i prawa finansowego*, Warszawa 2011, s. 31.

⁹³ J.M. Salachna, *Środki publiczne...*, s. 85.

⁹⁴ Zgodnie z art. 118 ust. 1 u.ś.o.z. plan ten składa się z przychodów i kosztów Funduszu.

Mają one niewątpliwie charakter publiczny⁹⁵. Głównymi cechami przesądzającymi o publicznoprawnym ich charakterze są: zakres podmiotowy i przedmiotowy, forma uchwalenia oraz wyłączna właściwość organów stanowiących w tym zakresie⁹⁶. W związku z tym środki ujęte w tych planach finansowych przeznaczane na realizację zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia również należy zaliczyć do publicznoprawnych źródeł jej finansowania. Do takich źródeł zaliczymy więc wydatki pochodzące z budżetów państwa oraz j.s.t., stanowiące jednocześnie dochody podmiotów będących beneficjentami tych środków. Będą to wydatki dokonywane przede wszystkim w prawnej formie dotacji celowych na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁹⁷.

Jednostki samorządu terytorialnego finansują też samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej poprzez udzielanie im pożyczek⁹⁸. Zgodnie z art. 9 pkt 10 u.f.p. zakłady zaliczane są do katalogu jednostek sektora finansów publicznych. W myśl art. 5 ust. 1 pkt 4 u.f.p. środkami publicznymi są także przychody jednostek sektora finansów publicznych pochodzące z otrzymanych pożyczek i kredytów. Udzielone z budżetu państwa lub z budżetów samorządowych pożyczki stanowią w świetle art. 6 ust. 2 pkt 3 u.f.p. rozchody publiczne, na które przeznaczane są środki publiczne. W związku z tym wspomniane pożyczki należy uznać za środki publiczne, a zatem za źródło finansowania ochrony zdrowia o charakterze publicznoprawnym.

O publicznoprawnym charakterze powyższych źródeł finansowania ochrony zdrowia świadczy fakt, że ich gromadzenie oraz wydatkowanie jest objęte zakresem pojęciowym terminu „finanse publiczne”. Zgodnie

⁹⁵ T. Dębowska-Romanowska, *Prawo finansowe. Część konstytucyjna wraz z częścią ogólną*, Warszawa 2010, s. 190.

⁹⁶ J. Glumińska-Pawlic, K. Sawicka, *Budżet jednostki samorządu terytorialnego*, Zielona Góra 2002, s. 17 i n.

⁹⁷ Ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2017 r. poz. 2195 ze zm.).

⁹⁸ W. Gonet, *Beneficjenci pożyczek, gwarancji i poręczeń udzielanych przez jednostki samorządu terytorialnego*, „Samorząd Terytorialny” 2011/6.

z art. 3 u.f.p. finanse publiczne obejmują procesy związane z gromadzeniem środków publicznych oraz ich wydatkowaniem, w szczególności m.in. gromadzeniem dochodów i przychodów publicznych oraz wydatkowaniem środków publicznych. W nauce przyjmuje się, że przez finanse publiczne należy rozumieć „zespół instytucji prawnych kreujących mechanizm gromadzenia i podziału mienia wyrażonego w pieniądzu pochodzącego od podmiotów prywatnych – przez podmioty publiczne, jak i zasób pieniężny, który w wyniku tego mechanizmu powstaje i jest następnie dzielony; jak i wreszcie sam mechanizm podziału”⁹⁹. Finanse publiczne mają pomóc w zaspokajaniu zbiorowych potrzeb określonej wspólnoty. Oparte są na koncentracji znacznych środków pieniężnych przez relatywnie niewielką grupę podmiotów (m.in. takich jak budżet państwa, budżety j.s.t., a także fundusze celowe). Sposoby gromadzenia, zarządzania oraz wydatkowania tych środków, a także sprawowania nad nimi kontroli, prowadzenia sprawozdawczości oraz ponoszenia odpowiedzialności za naruszenie obowiązujących reguł są regulowane ustawowo¹⁰⁰. W przypadku finansów publicznych wydatki dokonywane są na podstawie określonych przepisów prawnych oraz obowiązujących planów finansowych¹⁰¹.

Zgodnie z art. 5 ust. 1 pkt 2 u.f.p. środki publiczne obejmują środki pochodzące z budżetu Unii Europejskiej oraz niepodlegające zwrotowi środki z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA). Wchodzą one w skład budżetu środków europejskich¹⁰².

Mając na uwadze powyższe rozważania, przez źródła finansowania ochrony zdrowia o charakterze publicznoprawnym należy rozumieć te źródła, których konstrukcja prawna determinowana jest normami prawa publicznego. Są to środki publiczne, pochodzące lub zasilające

⁹⁹ T. Dębowska-Romanowska, *Prawo finansowe...*, s. 8.

¹⁰⁰ E. Ruśkowski, *Ogólna charakterystyka finansów publicznych [w:] Finanse publiczne i prawo finansowe*, red. C. Kosikowski, E. Ruśkowski, Warszawa 2003, s. 22–23.

¹⁰¹ T. Dębowska-Romanowska, *Prawo finansowe...*, s. 18.

¹⁰² Problematyka środków europejskich będzie przedmiotem badań w rozdziale VIII niniejszej pracy.

zasoby finansowe, których proces gromadzenia i wydatkowania jest objęty pojęciem finansów publicznych.

Wśród publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia wyróżnia się źródła zcentralizowane oraz zdecentralizowane. Ustalając kryterium, na podstawie którego można dokonać powyższego podziału źródeł, można wyznaczyć podstawowe cechy pojęcia decentralizacji.

Decentralizacja oznacza powstanie „takiego układu organizacyjnego administracji publicznej, który charakteryzuje się istnieniem – obok centralnego ośrodka – także podmiotów o pewnym stopniu niezależności od ośrodka centralnego w państwie (określonego jako ośrodek administracji rządowej) czy też zamiennie zupełnie nieściśle – administracji państwowej”¹⁰³. Zasadniczą cechą decentralizacji jest zagwarantowanie określonego zakresu samodzielności podmiotów zdecentralizowanych¹⁰⁴. Do podstawowych cech decentralizacji zalicza się ponoszenie odpowiedzialności z tytułu samodzielnego wykonywania zadań, jak również „ograniczenie ingerencji podmiotów nadrzędnych w działalność podmiotów zdecentralizowanych jedynie do nadzoru weryfikacyjnego realizowanego w oparciu o kryterium legalności”¹⁰⁵.

W literaturze prawa finansowego przyjmuje się, że „decentralizacja finansowa nie może funkcjonować bez powierzenia podmiotom zdecentralizowanym kompetencji do samodzielnego poboru danin publicznych oraz prowadzenia związanej z tym polityki finansowej w granicach obowiązującego prawa”¹⁰⁶. Skutkiem podziału zadań publicznych jest

¹⁰³ E. Kornberger-Sokołowska, *Decentralizacja finansów publicznych a samodzielność finansowa jednostek samorządu terytorialnego*, Warszawa 2001, s. 11.

¹⁰⁴ W. Miemieć, *Prawne gwarancje samodzielności finansowej gminy w zakresie dochodów publicznoprawnych*, Wrocław 2005, s. 13.

¹⁰⁵ W. Miemieć, *Decentralizacja finansów publicznych a samodzielność finansowa gminy* [w:] *Problemy finansów samorządu terytorialnego*, Toruń 1996, s. 67.

¹⁰⁶ T. Dębowska-Romanowska, *Komentarz do prawa budżetowego państwa i samorządu terytorialnego wraz z częścią ogólną prawa finansowego*, Warszawa 1995, s. 18.

podział źródeł dochodów pomiędzy podmioty zcentralizowane i zdecentralizowane¹⁰⁷.

Układem zdecentralizowanym jest obecnie samorząd terytorialny o trójstopniowym podziale. W doktrynie wskazano, że decentralizacja opiera się na przekazaniu kompetencji, majątku oraz samodzielności w zakresie prowadzenia gospodarki finansowej. Obejmuje jednostki samorządu terytorialnego każdego szczebla, nie dotyczy wyłącznie gmin jako podstawowych jednostek podziału terytorialnego kraju. W świetle samorządowych ustaw ustrojowych pojęciem decentralizacji publicznej są objęte także powiaty oraz województwa¹⁰⁸. W dalszej części niniejszego rozdziału jednostki samorządu terytorialnego będą opisywane jako podmioty o charakterze zdecentralizowanym.

Kryterium podziału źródeł finansowania ochrony zdrowia na źródła scentralizowane oraz zdecentralizowane jest status podmiotu dysponującego źródłem finansowania stanowiącym określony zasób środków pieniężnych oraz posiadającego ustawowe kompetencje do samodzielnego gromadzenia i wydatkowania środków przeznaczanych na przekazane mu zadania publiczne z zakresu ochrony zdrowia. Status podmiotu dysponującego określonym zasobem środków stanowiących źródło finansowania przesądza o charakterze prawnym danego źródła w kontekście podziału źródeł finansowania ochrony zdrowia na zcentralizowane i zdecentralizowane.

Do publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia o scentralizowanym charakterze należy zaliczyć te źródła, których dysponentami są państwowe organy administracji centralnej. Źródłem takim będą przede wszystkim budżet państwa oraz dotacje przekazywane j.s.t. na realizację zadań zleconych z zakresu administracji rządowej¹⁰⁹. Są to wydatki przeznaczane na realizację świadczeń opieki zdrowotnej

¹⁰⁷ A. Borodo, *Dochody samorządu terytorialnego w Polsce. Studium prawnofinansowe*, Toruń 1993, s. 22–23.

¹⁰⁸ E. Kornberger-Sokołowska, *Decentralizacja finansów publicznych...*, s. 15.

¹⁰⁹ Jako przykład dotacji na zadania zlecone należy wskazać dotację związaną z wydawaniem przez wójta, burmistrza, prezydenta decyzji na podstawie art. 54 u.s.o.z.

finansowanych ze środków publicznych dokonywane na podstawie przepisów ustaw o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o Państwowym Ratownictwie Medycznym, a także związane z finansowaniem działalności podmiotów leczniczych, których podmiotem prowadzącym jest Skarb Państwa, dokonywane na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej, a w przypadku spółek kapitałowych na podstawie właściwych przepisów ustawy o finansach publicznych oraz Kodeksu spółek handlowych¹¹⁰.

Za zcentralizowane źródło finansowania ochrony zdrowia należy również uznać składkę na ubezpieczenie zdrowotne jako przychód Narodowego Funduszu Zdrowia. Fundusz jest państwową osobą prawną. Jego działalność obejmuje obszar całego kraju oraz podlega nadzorowi ze strony administracji rządowej. W orzecznictwie wskazuje się, że Prezes Funduszu należy traktować jako ministra w rozumieniu art. 5 § 2 pkt 4 k.p.a.¹¹¹ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie nadaje jednoznacznie Prezesowi NFZ statusu organu centralnego, mimo to przyjmuje się, że Prezes Funduszu jest kierownikiem urzędu państwowego¹¹². W związku z tym przychodami uzyskanymi ze składki na ubezpieczenie zdrowotne gospodaruje Narodowy Fundusz Zdrowia jako państwowa osoba prawna, działając poprzez Prezesa uznawanego za kierownika urzędu centralnego. Składkę zdrowotną zalicza się zatem do katalogu publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia o charakterze scentralizowanym.

Środków europejskich jako publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia nie można jednoznacznie zaliczyć do źródeł zcentralizowanych albo zdecentralizowanych według kryterium statusu prawnego podmiotu nimi dysponującego. Za uznaniem tych środków za zcentralizowane źródło finansowania ochrony zdrowia przemawia fakt, że są one objęte budżetem środków europejskich, a ich dysponentem

¹¹⁰ Ustawa z 15.09.2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1577 ze zm.).

¹¹¹ Ustawa z 14.06.1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2017 r. poz. 1257 ze zm.).

¹¹² Postanowienie NSA z 6.11.2007 r., II GSK 376/07, CBOSA.

jest minister właściwy do spraw finansów publicznych¹¹³. Środkami europejskimi dysponują w znacznym zakresie województwa samorządowe jako instytucje zarządzające lub pośredniczące, dotyczy to w szczególności regionalnych programów operacyjnych. Argument ten może sprzyjać zaliczeniu części środków europejskich do źródeł o charakterze zdecentralizowanym.

Do katalogu źródeł zdecentralizowanych włącza się też budżety jednostek samorządu terytorialnego, a w związku z tym także dokonywane z nich wydatki, z uwagi na to, że stanowią one źródło dochodu podmiotów funkcjonujących w systemie organizacyjnym ochrony zdrowia. Będą to przede wszystkim wydatki przeznaczane na infrastrukturę medyczną, kapitał zakładowy oraz działalność bieżącą podmiotów leczniczych, dla których j.s.t. są podmiotami prowadzącymi. Wydatki te, podobnie jak źródła o charakterze zcentralizowanym, będą dokonywane na podstawie ustawy o działalności leczniczej.

Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia można podzielić również na źródła daninowe i niedaninowe. Konstytucja RP nie definiuje pojęcia daniny publicznoprawnej. W nauce prawa finansowego przyjęto, że cechami konstytutywnymi każdej daniny publicznoprawnej są przede wszystkim jej przymusowość, a także kategorialny i zasadniczo bezzwrotny charakter¹¹⁴. O istocie daniny publicznej świadczy również jej cel fiskalny, przez który należy rozumieć utrzymanie państwa lub innego podmiotu publicznoprawnego¹¹⁵. Danina ta jest rozumiana jako instrument prawnofinansowy o charakterze fiskalnym, który ma służyć przesuwnaniu środków pieniężnych¹¹⁶. Nauka prawa konstytucyjnego

¹¹³ E. Kornberger-Sokołowska, *Status prawny środków europejskich* [w:] *Jednostki samorządu terytorialnego jako beneficjenci środków europejskich*, red. E. Kornberger-Sokołowska, Warszawa 2012, s. 159.

¹¹⁴ J. Glumińska-Pawlic, *Ogólna charakterystyka danin niepodatkowych* [w:] *System prawa finansowego*, t. III, *Prawo daninowe*, red. L. Etel, Warszawa 2010, s. 859.

¹¹⁵ T. Dębowska-Romanowska, *Prawo finansowe...*, s. 129; W. Wójtowicz, *Daniny publiczne* [w:] *System prawa finansowego*, t. III..., s. 21; A. Krzywoń, *Podatki i inne daniny publiczne w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego. Najnowsze tendencje*, „Przegląd Sejmowy” 2012/1, s. 51.

¹¹⁶ A. Drwiłło, *System dochodów niepodatkowych* [w:] *Finanse publiczne i prawo finansowe*, red. C. Kosikowski, E. Ruśkowski, Warszawa 2008, s. 601.

przez daninę publiczną rozumie też ciężary i świadczenia publiczne mające charakter niepieniężny¹¹⁷. W literaturze prawa finansowego daniny publiczne definiuje się jako wszelkiego rodzaju formy przejmowania wartości niematerialnych bądź usług przez państwo od innych podmiotów¹¹⁸.

W świetle definicji danin publicznych za kryterium podziału źródeł finansowania na źródła daninowe i niedaninowe należy uznać przymusowość, bezwrotność oraz fiskalny charakter źródeł finansowania. Cechy te świadczą o odrębności danin publicznoprawnych od pozostałych środków publicznych.

Przepis art. 217 Konstytucji RP wskazuje, że podstawową daniną publicznoprawną są podatki. Ich cechą charakterystyczną jako wzorcowych danin publicznych jest ogólne przeznaczenie. Wpływy uzyskiwane z podatków są przeznaczane na całość wydatków dokonywanych z budżetów, dla których stanowią one dochód¹¹⁹. Zgodnie z zasadą jedności materialnej budżetu wyrażoną w art. 42 ust. 2 u.f.p. środki publiczne pochodzące z poszczególnych tytułów nie mogą być przeznaczane na finansowanie imiennie wymienionych wydatków, chyba że odrębna ustawa stanowi inaczej. W związku z tym podatki nie mogą być przeznaczane konkretnie na wydatki związane np. z realizacją zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia. Na gruncie niniejszej pracy nie mogą one zatem zostać uznane za źródła finansowania ochrony zdrowia, są bowiem źródłem finansowania wszelkiego rodzaju wydatków dokonywanych z budżetu państwowego oraz budżetów samorządowych. Częściowo z ich wpływów pokrywane są także wydatki na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia, ale celem podatków jako danin publicznych nie jest wyłącznie zapewnienie finansowania tylko jednego zadania publicznego. Ich istotą nie jest zapewnienie prawidłowego funkcjonowania finansowego systemu ochrony zdrowia.

¹¹⁷ W. Sokolewicz, *Komentarz do art. 217 [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 4, red. L. Garlicki, Warszawa 2005, s. 5 i n.

¹¹⁸ B. Brzeziński, *Wprowadzenie do prawa podatkowego*, Toruń 2008, s. 23.

¹¹⁹ T. Dębowska-Romanowska, *Prawo finansowe...*, s. 132.

Dlatego też podatki jako ogólne źródła finansowania zadań publicznych nie będą brane pod uwagę przy konstruowaniu katalogu daninowych i niedaninowych źródeł finansowania ochrony zdrowia.

Do publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia o charakterze daninowym należy zaliczyć składkę na ubezpieczenie zdrowotne¹²⁰. Z wpływów uzyskiwanych z tej składki finansowany jest system ochrony zdrowia w Polsce. Przychody osiągnięte przez NFZ z tego źródła są przeznaczane na realizację obciążających go zadań¹²¹. W doktrynie przyjmuje się, że składkę zdrowotną, tak jak składki na ubezpieczenie społeczne, zalicza się do katalogu danin publicznych. Składka ta jest pozapodatkową daniną publiczną o charakterze celowym, częściowo ekwiwalentną i wzajemną¹²².

W katalogu publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia za daninę publiczną może być uznana wyłącznie składka na ubezpieczenie zdrowotne. Pozostałe źródła są wydatkami budżetu państwa, budżetu środków europejskich oraz budżetów samorządowych jako zasobów określonych środków pieniężnych i stanowią dochód poszczególnych podmiotów wykonujących zadania z zakresu ochrony zdrowia (beneficjentów środków publicznych). Nie posiadają one cech danin publicznych. Uzasadnione wydaje się twierdzenie, zgodnie z którym wydatki te stanowią przeciwieństwo danin publicznych. Ich celem jest rozdysponowanie środków pochodzących przede wszystkim z danin publicznych. W związku z powyższym do niedaninowych źródeł finansowania ochrony zdrowia należy zaliczyć wydatki budżetu państwa oraz budżetów j.s.t., a także środki europejskie. Stanowią one źródło dochodu podmiotów wykonujących zadania z zakresu ochrony zdrowia.

¹²⁰ W tym miejscu charakter prawny składki zdrowotnej nie zostanie jednak ostatecznie przesądzony, z uwagi na to, że będzie on przedmiotem rozważań w innym rozdziale. Na potrzeby dokonania podziału źródeł finansowania ochrony zdrowia zostaną powołane tylko podstawowe argumenty przemawiające za uznaniem składki na ubezpieczenie zdrowotne za daninę publiczną w rozumieniu art. 217 Konstytucji RP.

¹²¹ Z. Ofiarski, *Prawno-finansowa specyfika podsektora ubezpieczeń społecznych* [w:] *System prawa finansowego*, t. II..., s. 327.

¹²² T. Dębowska-Romanowska, *Prawo finansowe...*, s. 135.

Istnieje również możliwość podziału publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia na źródła zwrotne i bezzwrotne. Najistotniejszym kryterium, według którego dokonuje się takiego podziału, jest ostateczność źródeł z punktu widzenia planu finansowego, który zasilają.

Bezzwrotne źródła finansowania są źródłami o charakterze ostatecznym. Nie muszą być zwracane przez ich beneficjentów. Stanowią ostateczny dochód podmiotów, które je otrzymały. W przypadku źródeł o charakterze zwrotnym na beneficjentach ciąży obowiązek zwrotu otrzymanych środków w określonym terminie i w określonej wysokości.

Do źródeł finansowania ochrony zdrowia o charakterze bezzwrotnym zalicza się: składkę na ubezpieczenie zdrowotne, wydatki z budżetu państwa oraz z budżetów j.s.t. oraz środki europejskie. Zwrotnym źródłem finansowania będą natomiast pożyczki udzielane z budżetu państwa i budżetów samorządowych zaliczone przez ustawodawcę do kategorii rozchodów publicznych (art. 6 ust. 2 pkt 3 u.f.p.).

Jednostki samorządu terytorialnego udzielają pożyczek samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej, dla których są one podmiotami tworzącymi, na sfinansowanie ich bieżących kosztów. Pożyczki te są umarzane przez samorządy¹²³. W niektórych przypadkach stają się one faktycznie bezzwrotnymi źródłami finansowania ochrony zdrowia przez j.s.t.

W świetle obowiązujących przepisów pożyczka podlega jednak, co do zasady, zwrotowi. Zgodnie z art. 720 k.c.¹²⁴ istotą umowy pożyczki jest zobowiązanie się przez dającego pożyczkę do przeniesienia na własność biorącego m.in. określonej ilości pieniędzy, a po stronie biorącego pożyczkę istnieje obowiązek zwrotu tej samej ilości pieniędzy. Tylko od woli podmiotu udzielającego pożyczki uzależnione jest dokonanie jej

¹²³ Por. uchwałę Zarządu Województwa Dolnośląskiego nr 5/V/14 z 29.12.2014 r. w sprawie umorzenia należności Województwa Dolnośląskiego przysługującej od Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, bip.umwd.dolnyslask.pl (dostęp: 3.03.2016 r.).

¹²⁴ Ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2017 r. poz. 459 ze zm.).

umorzenia. Pożyczka jest ogólnie traktowana jako źródło finansowania o charakterze zwrotnym, w związku z tym należy ją zaliczyć do katalogu tych właśnie źródeł. Umorzenie pożyczki nie zmienia jej charakteru prawnego.

Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia można także podzielić na źródła krajowe i zagraniczne. Kryterium podziału będzie ich pochodzenie. Źródła finansowania ochrony zdrowia pochodzące z wewnętrznych zasobów finansowych lub od podmiotów wewnętrznych należy zaliczyć do krajowych źródeł finansowania ochrony zdrowia. Pozostałe źródła zakwalifikować trzeba jako źródła pochodzenia zagranicznego.

Do tych ostatnich należą tylko środki europejskie. W obecnie ukształtowanym systemie ochrony zdrowia nie ma innych źródeł pochodzenia zagranicznego o istotnym znaczeniu fiskalnym. Do środków europejskich stanowiących źródło finansowania ochrony zdrowia w Polsce trzeba zaliczyć środki pochodzące z regionalnych programów operacyjnych dla poszczególnych województw na lata 2014–2020, z Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój 2014–2020 oraz Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020. Środki finansowe objęte powyższymi programami przekazano z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Funduszu Spójności oraz Europejskiego Funduszu Społecznego¹²⁵.

Do źródeł finansowania ochrony zdrowia o charakterze krajowym zalicza się składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Składka ta może być opłacana przez osoby zagraniczne, jeżeli wobec nich wystąpią przesłanki do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i zapłaty składki. Składka stanowi jednak przychód Narodowego Funduszu Zdrowia jako państwowej osoby prawnej, a wpływy z tej składki są raczej znikome. W związku z tym nie można jej nawet w części zaliczyć do źródeł o charakterze zagranicznym.

¹²⁵ M. Gwizda, M. Kosewska-Kwaśny, S. Żółciński, *Fundusze UE 2014–2020*, Warszawa 2014, s. 128, 143 i 163.

Kolejnymi źródłami o charakterze krajowym będą budżet państwa oraz budżety samorządów, a w konsekwencji wydatki z nich dokonywane, o których była już mowa wyżej.

2. Rodzaje źródeł prawa w zakresie finansowania ochrony zdrowia w Polsce

W nauce prawa konstytucyjnego termin „źródła prawa” nie jest rozumiany jednolicie. Konstytucja RP nie definiuje go, ustala tylko katalog źródeł prawa. Przyjmuje się jednak, że posługuje się ona powyższym terminem w znaczeniu źródła powstawania prawa, czyli aktu ustanawiającego normy prawa obowiązującego. Z przepisów rozdziału III, dotyczącego źródeł prawa, wynika, że przez źródło prawa należy rozumieć akt prawotwórczy (normatywny), czyli taki, który zawiera w sobie co najmniej jedną normę generalną lub abstrakcyjną, mogącą być podstawą rozstrzygnięć indywidualnych¹²⁶. Jest to zatem formalne ujęcie terminu źródeł prawa¹²⁷. W teorii prawa przez źródło prawa rozumie się „fakt, który według koncepcji przyjmowanych przez prawników danego kraju uznawany jest za podstawę obowiązywania norm prawnych w danym systemie prawa (np. ustanowienie ustawy, uznanie zwyczaju), formę ustanowienia norm prawnych (np. ustawa, rozporządzenie) albo ich uznania (np. precedens)”¹²⁸.

Zgodnie z art. 87 ust. 1 Konstytucji RP źródłami powszechnie obowiązującego prawa w Polsce są: Konstytucja RP, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia. Do źródeł prawa powszechnie obowiązującego zalicza się także akty prawa miejscowego obowiązujące na obszarze działania organów, które je ustanowiły. Konstytucja RP two-

¹²⁶ B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 496.

¹²⁷ L. Pszczółkowski, *Źródła prawa* [w:] *Wielka encyklopedia prawa*, red. B. Hołyst, E. Smoktunowicz, Warszawa 2005, s. 1317; K. Działocha, *Źródła prawa* [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny*, red. W. Skrzydło, S. Grabowska, R. Grabowski, Warszawa 2009, s. 756.

¹²⁸ W. Gromski, *Źródło prawa* [w:] *Encyklopedia prawa*, red. U. Kalina-Prasznic, Warszawa 2004, s. 1034.

rzy zatem zamknięty system źródeł prawa powszechnie obowiązującego. Brak jest innej możliwości tworzenia aktów prawnych powszechnie obowiązujących poza tymi, o których mowa w przywołanym przepisie¹²⁹.

W art. 87 wprowadzono hierarchię źródeł prawa powszechnie obowiązujących. Najwyższą moc prawną ma sama Konstytucja, następnie umowa międzynarodowa ratyfikowana za uprzednią zgodą wyrażoną w ustawie oraz ustawa. Najniższą rangę w hierarchii konstytucyjnej mają rozporządzenia i akty prawa miejscowego. W Konstytucji RP nie ma definicji legalnej umowy międzynarodowej, definiuje ją za to ustawa o umowach międzynarodowych¹³⁰.

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że tylko ratyfikowane umowy międzynarodowe zostały uznane w Konstytucji RP za źródła prawa powszechnie obowiązującego¹³¹. Sposoby ratyfikacji zostały określone w art. 89 i 90. Chociaż nie wynika to wprost z art. 87, umowy międzynarodowe, dla których Konstytucja RP nie wymaga ratyfikacji, są w hierarchii źródeł prawa umiejscowione poniżej ustaw¹³². Świadczy o tym przede wszystkim art. 188 pkt 2 Konstytucji RP, zgodnie z którym Trybunał Konstytucyjny orzeka w sprawach zgodności ustaw z ratyfikowanymi umowami międzynarodowymi, których ratyfikacja wymagała uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie¹³³.

¹²⁹ M. Haczkowska, *Komentarz do art. 87 [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. M. Haczkowska, Warszawa 2014, s. 218.

¹³⁰ Ustawa z 14.04.2000 r. o umowach międzynarodowych (Dz.U. Nr 39, poz. 443 ze zm.). Zgodnie z art. 2 pkt 1 ustawy umowa międzynarodowa oznacza porozumienie między Rzeczpospolitą Polską a innym podmiotem lub podmiotami prawa międzynarodowego, regulowane przez prawo międzynarodowe, niezależnie od tego, czy jest ujęte w jednym dokumencie czy w większej liczbie dokumentów, bez względu na jego nazwę oraz bez względu na to, czy jest zawierane w imieniu państwa, rządu czy ministra kierującego działem administracji rządowej właściwego do spraw, których dotyczy umowa międzynarodowa. Kolejne przepisy ustawy dzielą umowy międzynarodowe na podlegające ratyfikacji, zatwierdzeniu lub wiążące państwo w inny sposób określony prawem międzynarodowym.

¹³¹ B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej...*, s. 506.

¹³² *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej...*, s. 507.

¹³³ Zgodnie z art. 91 Konstytucji RP ratyfikowana umowa międzynarodowa, po jej ogłoszeniu w Dzienniku Ustaw, stanowi część krajowego porządku prawnego i jest

Przepis art. 91 ust. 3 Konstytucji RP określa miejsce prawa stanowionego przez organizacje międzynarodowe w polskim porządku prawnym. Zgodnie z nim, jeżeli wynika to z ratyfikowanej przez Rzeczpospolitą Polską umowy konstytuującej organizację międzynarodową, prawo przez nią stanowione jest stosowane bezpośrednio, mając pierwszeństwo w przypadku kolizji z ustawami. Przepis ten ma istotne znaczenie z punktu widzenia stosowania prawa wtórnego Unii Europejskiej. Pozycja prawa pierwotnego jest natomiast ustalona w art. 91 ust. 1 Konstytucji RP. Prawo to tworzą traktaty wspólnotowe (unijne), które są ratyfikowanymi umowami międzynarodowymi w rozumieniu Konstytucji RP. Prawo pierwotne ma pierwszeństwo przed ustawami, jeżeli tych nie da się z nim pogodzić¹³⁴.

Prawo wtórne (pochodne) jest stanowione przez organy Unii Europejskiej. W świetle art. 91 ust. 3 Konstytucji RP jest stosowane bezpośrednio, nie ma jednak pierwszeństwa wobec Konstytucji. W przypadku kolizji prawa wtórnego z ustawami oraz aktami prawnymi niższego rzędu, zgodnie z art. 91 ust. 3 Konstytucji RP, prawo wtórne będzie miało pierwszeństwo¹³⁵.

Konstytucja RP nie definiuje także pojęcia ustawy. W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że przez ustawę w sensie formalnym należy rozumieć akt powstały przy zastosowaniu procedury ustawodawczej wydany przez parlament. W znaczeniu materialnym ustawa definiowana jest jako „akt prawny zawierający normy abstrakcyjne i generalne oraz ingerujący w sferę praw i wolności jednostki”¹³⁶.

bezpośrednio stosowana, chyba że jej stosowanie jest uzależnione od wydania ustawy. Ma ona pierwszeństwo przed ustawą, jeżeli tej nie da się pogodzić z umową.

¹³⁴ M. Haczkowska, *Komentarz do art. 91 [w:] Konstytucja...*, red. M. Haczkowska, s. 243–244.

¹³⁵ M. Masternak-Kubiak, *Zasada autonomii prawa wspólnotowego i praktyka jej stosowania w Polsce [w:] Stosowanie prawa międzynarodowego i wspólnotowego w wewnętrznym porządku prawnym Francji i Polski. Materiały pokonferencyjne*, red. M. Granat, Warszawa 2007, s. 81.

¹³⁶ M. Haczkowska, *Komentarz do art. 87 [w:] Konstytucja...*, red. M. Haczkowska, s. 221.

Rozporządzenia mają charakter wykonawczy. Upoważnienie do wydania rozporządzenia musi być zawarte w ustawie¹³⁷. Nie może ono wykraczać poza zakres ustawowego upoważnienia¹³⁸, a organ upoważniony do wydania rozporządzenia nie ma uprawnień do przekazania swoich kompetencji innym organom (zakaz dokonywania subdelegacji).

W konstytucyjnym katalogu źródeł prawa powszechnie obowiązującego na ostatnim miejscu wymienione są akty prawa miejscowego. Zakres obowiązywania tych aktów jest ograniczony terytorialnie. Mogą być wydawane, tak jak rozporządzenia, wyłącznie na podstawie delegacji ustawowych przez podmioty wyraźnie do tego upoważnione¹³⁹. Z punktu widzenia źródeł finansowania ochrony zdrowia istotne znaczenie mają akty prawa miejscowego wydawane przez organy j.s.t., dotyczące prawnych form wydatków przeznaczanych na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia. Akty te nie będą przedmiotem szczegółowych badań w niniejszej pracy.

Na potrzeby prowadzonych rozważań źródła prawa regulujące problematykę finansowania ochrony zdrowia zostały podzielone na źródła prawa krajowego oraz źródła prawa międzynarodowego, według kryterium podmiotów ustanawiających poszczególne źródła. Do źródeł prawa zewnętrznego zaliczono ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz prawo wtórne (pochodne) Unii Europejskiej, a do źródeł prawa wewnętrznego pozostałe akty prawne obowiązujące wyłącznie na terytorium RP lub na jej części.

¹³⁷ Zgodnie z art. 92 ust. 1 Konstytucji RP rozporządzenia są wydawane przez organy wskazane w Konstytucji, na podstawie szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania. Upoważnienie powinno określać organ właściwy do wydania rozporządzenia i zakres spraw przekazanych do uregulowania oraz wytyczne dotyczące treści aktu. Organami upoważnionymi do wydawania rozporządzeń są: Prezydent, Rada Ministrów, ministrowie, przewodniczący określonych komitetów oraz Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji. W przypadku źródeł prawa dotyczących finansowania ochrony zdrowia istotne znaczenia będą miały rozporządzenia właściwych ministrów. Działalność pozostałych organów nie ingeruje w problematykę będącą tematem niniejszej pracy.

¹³⁸ B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej...*, s. 542–543.

¹³⁹ Zgodnie z art. 94 Konstytucji RP organami upoważnionymi do wydawania aktów prawa miejscowego są organy jednostek samorządu terytorialnego oraz terenowe organy administracji rządowej.

2.1. Źródła prawa wewnętrznego

Dla organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Polsce duże znaczenie ma art. 68 Konstytucji RP. Przyznaje on każdemu prawo do zdrowia i jednocześnie nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepis ten wprowadza zasadę, zgodnie z którą państwo musi zapewnić takie świadczenia. Konstytucja RP nie określa warunków oraz zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych, odsyłając w tym zakresie do ustawy.

Konstytucja RP nie wskazuje, z jakich źródeł powinno pochodzić finansowanie ochrony zdrowia. To, czy świadczenia zdrowotne będą finansowane bezpośrednio z budżetu państwa, czy w oparciu o model ubezpieczeniowy, z planu finansowego instytucji zarządzającej powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, nie jest regulowane konstytucyjnie i zostało pozostawione do rozstrzygnięcia ustawodawcy zwykłego.

Głównym źródłem finansowania ochrony zdrowia w Polsce jest składka na ubezpieczenie zdrowotne. W związku z tym istotne znaczenie dla określenia konstrukcji oraz charakteru prawnego składki ma art. 217 Konstytucji RP¹⁴⁰.

Podstawowym aktem prawnym w zakresie organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Polsce jest ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Precyzuje warunki i zakres świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, a także zasady i tryb ich finansowania¹⁴¹. Dział IV ustawy określa zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu, a rozdział I tego działu zawiera katalog podmiotów podlegających obowiązkowemu oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Przepisy rozdziału II w dziale IV

¹⁴⁰ Zgodnie z art. 217 Konstytucji RP nakładanie podatków, innych danin publicznych, określanie podmiotów, przedmiotów opodatkowania i stawek podatkowych, a także zasad przyznawania ulg i umorzeń oraz kategorii podmiotów zwolnionych od podatków następuje w drodze ustawy.

¹⁴¹ Wraz z zakresem przedmiotowym ustawy zostaną także omówione rozporządzenia wykonawcze wydane na podstawie jej przepisów.

dotyczą bezpośrednio składki na ubezpieczenie zdrowotne. Regulują sposób ustalania podstawy wymiaru składki, zasady jej opłacania oraz płatników, a także ulgi w zapłacie składki zdrowotnej dla osób prowadzących działalność gospodarczą.

Regulacje prawne zawarte w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazują sposób oraz terminy przekazywania składki Narodowemu Funduszowi Zdrowia przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Rozdział II określa wysokość kosztów poboru składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz sposób ich pobierania przez wskazane wyżej instytucje. W tym miejscu należy powołać także ustawę o systemie ubezpieczeń społecznych¹⁴² oraz ustawę o ubezpieczeniu społecznym rolników¹⁴³. Ustawy te normują m.in. sposób poboru, wymierzania odsetek za zwłokę czy egzekucję należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz obowiązki płatników, a także zasady zwrotu nienależnie opłaconych składek. Duże znaczenie mają również ustawy materialnego prawa podatkowego¹⁴⁴, określają one bowiem zasady odliczenia składki od podatku obliczonego na podstawie ich przepisów.

Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczą też innych publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia¹⁴⁵. Nie określają jednak szczegółowych zasad udzielania oraz rozliczania dotacji, w związku z tym do wskazanych wyżej prawnych form przekazywania środków będą miały zastosowanie odpowiednie przepisy ustawy o finansach publicznych oraz rozporządzenia wykonawcze wydane na podstawie komentowanej ustawy. W tym

¹⁴² Ustawa z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1778 ze zm.).

¹⁴³ Ustawa z 20.12.1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 2017 r. poz. 2336 ze zm.).

¹⁴⁴ Ustawa z 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 200 ze zm.); ustawa z 20.11.1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz.U. z 2017 r. poz. 2157 ze zm.).

¹⁴⁵ Są to przede wszystkim dotacje pochodzące z budżetu państwa przeznaczane na finansowanie określonych świadczeń zdrowotnych oraz dotacje udzielane poszczególnym j.s.t.

miejszu warto wymienić przede wszystkim rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej¹⁴⁶, które określa sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom enumeratywnie wymienionym w art. 13a u.s.o.z.

Kolejnym aktem prawnym mającym istotne znaczenie dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce jest ustawa o działalności leczniczej. Określa ona m.in. zasady wykonywania działalności leczniczej oraz zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami. Oprócz tego wskazuje możliwość finansowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą z budżetu państwa oraz z budżetów j.s.t., a także z planów finansowych uczelni medycznych¹⁴⁷.

Publicznoprawny charakter mają też przepisy art. 59, 61 i 72 u.d.l., stosowane w przypadku powstania ujemnego wyniku finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz determinujące zasady przejmowania zobowiązań zakładu w związku z jego likwidacją lub przekształceniem w spółkę kapitałową.

Ostatnim istotnym aktem prawnym regulującym problematykę źródeł finansowania ochrony zdrowia jest ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Rozdział 6 tej ustawy dotyczy finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego, a art. 46–50 u.p.r.m. wskazują na sposób finansowania ratownictwa medycznego. Zadania ratownictwa są finansowane z różnych części budżetu w zależności od rodzajów finansowanych zespołów ratownictwa. Rozdział 6 określa także sposób ustalania wysokości środków finansowych przeznaczanych na finansowanie ratownictwa w danym roku budżetowym oraz postępowanie w przedmiocie zawarcia umów z dysponentami zespołów ratownictwa

¹⁴⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30.10.2017 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 2028).

¹⁴⁷ Dział IV ustawy o działalności leczniczej określa zasady oraz warunki przekazywania środków finansowych podmiotom wykonującym działalność leczniczą, organy do tego upoważnione oraz zadania, które mogą być realizowane z wykorzystaniem otrzymanych środków.

medycznego na wykonywanie zadań, rozliczanie oraz kontrolę wykonania umów¹⁴⁸.

Scharakteryzowane akty prawne bezpośrednio dotyczą publiczno-prawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Dodatkowo w obecnym porządku prawnym istnieje szeroki katalog aktów normatywnych w randze ustawy oraz rozporządzeń wykonawczych, które dotyczą pośrednio problematyki związanej z finansowaniem ochrony zdrowia, czyli nie odnoszą się one wprost do poszczególnych źródeł finansowania. Jako przykład należy wskazać ustawy ustrojowe jednostek samorządu terytorialnego oraz ustawę o finansach publicznych. Nie oznacza to jednak, że tego rodzaju akty normatywne zostaną pominięte w ustalaniu normatywnej struktury źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

2.2. Źródła prawa zewnętrznego

Ratyfikowane umowy międzynarodowe, których stroną jest Rzeczpospolita Polska, nie dotyczą bezpośrednio źródeł finansowania ochrony zdrowia. Większość umów międzynarodowych przede wszystkim gwarantuje obywatelom prawo do ochrony zdrowia oraz wskazuje na działania, jakie powinny podjąć państwa-strony w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu ochrony zdrowia.

Powoływane wyżej Konstytucja WHO z 1946 r. oraz Europejska Karta Społeczna nie determinują kształtu systemów ochrony zdrowia w poszczególnych państwach. Umowy międzynarodowe nie ingerują w problematykę związaną ze źródłami finansowania ochrony zdrowia, zapewniają tylko prawo do tej ochrony, pozostawiając stronom umów zagadnienia związane z instrumentami prawnofinansowymi, za pomocą

¹⁴⁸ Ponadto art. 50 u.p.r.m. wprowadza dodatkową możliwość finansowania nakładów na inwestycje związane z ratownictwem medycznym. Przepis ten szczegółowo określa organy uprawnione do przekazywania środków finansowych oraz formę prawną ich przekazywania.

których realizowane mają być działania gwarantujące obywatelom prawo do ochrony zdrowia.

Prawo pierwotne Unii Europejskiej częściowo odnosi się do problematyki związanej z organizacją ochrony zdrowia przez państwa członkowskie. Zgodnie z art. 168 ust. 7 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej¹⁴⁹ działania Unii są prowadzone w poszanowaniu obowiązków państw członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej. Obowiązki państw członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną oraz podział przeznaczonych na nie zasobów. Prawo unijne nie odnosi się zatem do aspektów prawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia.

W przypadku udzielania świadczeń transgranicznych obywatelom państw członkowskich powstał jednak problem w zakresie ich finansowania. Zasady udzielania transgranicznej opieki zdrowotnej reguluje dyrektywa Parlamentu i Rady w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej¹⁵⁰. Rozdział III tej dyrektywy dotyczy zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej. Wskazuje na przesłanki, jakie muszą zostać spełnione, aby państwo członkowskie ubezpieczenia zapewniło zwrot kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, który korzysta z transgranicznej opieki zdrowotnej, określa także zasady pokrywania kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych. Dyrektywa nie dotyczy jednak źródeł finansowania ochrony zdrowia. Z przepisu art. 1 ust. 4 tej dyrektywy jednoznacznie wynika, że nie narusza ona przepisów ustawowych ani wykonawczych państw członkowskich dotyczących organizacji i finansowania opieki zdrowotnej w sytuacjach niezwiązanych z transgraniczną opieką zdrowotną. Dyrektywa transgraniczna uwzględnia zatem autonomię państw członkowskich w zakresie organizacji i finansowania poszczególnych systemów opieki zdrowotnej. W Polsce podstawę prawną finansowania kosztów

¹⁴⁹ Dz.Urz. UE C 202 z 2016 r., s. 47.

¹⁵⁰ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9.03.2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.Urz. UE L 88, s. 45, ze zm.).

transgranicznej opieki zdrowotnej stanowią przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przed wejściem w życie komentowanej dyrektywy na terytorium UE także były udzielane transgraniczne świadczenia zdrowotne. Podstawę prawną udzielania tych świadczeń stanowiły (i stanowią do tej pory) tzw. przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, o których była już mowa wyżej. Dyrektywa transgraniczna w żaden sposób nie ingeruje w powyższe przepisy.

Do podstawowych celów dyrektywy zalicza się: ułatwienie dostępu do transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości, zapewnienie mobilności pacjentów, a także promowanie współpracy z zakresu opieki zdrowotnej pomiędzy państwami członkowskimi UE¹⁵¹. Zgodnie z art. 7 powoływanej dyrektywy koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane lub płacone bezpośrednio przez państwo członkowskie ubezpieczenia do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium, i w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej. W przypadku gdy pełny koszt transgranicznej opieki zdrowotnej przekracza poziom kosztów, jakie byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium, państwo to może mimo wszystko zdecydować o zwrocie kosztów w pełnej wysokości. Państwo członkowskie może zadecydować o zwrocie innych kosztów, takich jak koszty noclegu i podróży, lub dodatkowych kosztów, jakie mogą ponieść osoby niepełnosprawne podczas otrzymywania transgranicznej opieki zdrowotnej¹⁵².

¹⁵¹ W. Koczur, *Transgraniczna opieka zdrowotna w Unii Europejskiej – wybrane zagadnienia*, „Studia Ekonomiczne” 2014/179, s. 150.

¹⁵² Na państwa członkowskie został nałożony obowiązek określenia przejrzystego mechanizmu obliczania kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, które mają być zwrócone ubezpieczonemu. Mechanizm ten musi być oparty na obiektywnych, niedyskryminacyjnych, znanych z góry kryteriach i stosowany na odpowiednim (lokalnym, regionalnym lub krajowym) poziomie administracyjnym.

Poza powołaną dyrektywą Parlamentu i Rady prawo wtórne Unii Europejskiej nie ingeruje w swobodę państw członkowskich w zakresie finansowania systemu ochrony zdrowia.

W niniejszym rozdziale ustalono znaczenie terminów kluczowych z punktu widzenia zakreszenia obszaru badawczego monografii. Zdefiniowanie terminów „zdrowie” oraz „ochrona zdrowia” pozwala na ustalenie przedmiotu badań z perspektywy celów, na jakie przeznaczane są poszczególne zasoby środków pieniężnych na ochronę zdrowia. Umożliwia to także wyodrębnienie ze wszystkich źródeł finansowania zadań państwa i samorządów tych źródeł, które są przeznaczane wyłącznie na działania organów władzy publicznej i podmiotów działających w ich imieniu lub na ich rzecz, determinujące stan zdrowia społeczeństwa oraz poszczególnych jednostek.

Zdefiniowanie terminu „źródła finansowania ochrony zdrowia” oraz ustalenie ich publicznoprawnego charakteru definitywnie przesądza jednak o przedmiotowym zakresie niniejszej książki i pozwala ustalić katalog instrumentów prawnofinansowych koniecznych do przeprowadzenia analizy. W związku z zaproponowaną definicją poniżej omówione zostaną nie tylko zasoby środków pieniężnych (budżet państwa oraz budżety j.s.t., plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia), z których finansowane są zadania państwa i samorządu z zakresu ochrony zdrowia, ale także formy prawne wydatkowania środków publicznych pochodzących przede wszystkim z budżetu państwa oraz budżetów j.s.t. Stanowią one bowiem dochód (przychód) podmiotów korzystających z tych środków. W świetle przedstawionej definicji jako źródło finansowania ochrony zdrowia zostanie zbadana również składka na ubezpieczenie zdrowotne, która zasila plan finansowy NFZ i jednocześnie stanowi główne źródło finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Poza zakresem zainteresowania pozostają dochody i przychody budżetu państwa oraz budżetów samorządowych przeznaczane na ogół wydatków publicznych, zgodnie z zasadą jedności materialnej budżetu (np. dochody z tytułu podatków i opłat lokalnych).

Ustalenie znaczenia powyższych terminów przesądza o katalogu źródeł finansowania ochrony zdrowia. Zostały one wyodrębnione pod względem celów, na które są przeznaczane, oraz sposobu ich gromadzenia i wydatkowania z wszelkiego rodzaju środków publicznych przekazywanych na realizację zadań publicznych.

Według przepisu art. 68 ust. 1 Konstytucji RP niezbędne jest objęcie takim samym zakresem ochrony ubezpieczeniowej nie tylko osób ubezpieczonych, ale również niepodlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu. Rodzi to konieczność wykorzystywania dodatkowego źródła finansowania ochrony zdrowia w formie środków finansowych przekazywanych z budżetu państwa w prawnej formie dotacji.

W świetle dokonanego podziału źródeł finansowania ochrony zdrowia uzasadnione wydaje się twierdzenie, że nie każde źródło można podzielić według wskazanych kryteriów. Dotyczy to przede wszystkim pożyczek udzielanych samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej oraz środków europejskich.

Polski model ochrony zdrowia opiera się na środkach pochodzących z kilku źródeł finansowania. Istnieje więc zróżnicowany katalog aktów prawnych określających strukturę normatywną poszczególnych źródeł. Z uwagi na wielość źródeł finansowania nie można wykluczyć, że ich konstrukcja prawna będzie wynikać z różnych aktów normatywnych. Może to jednak powodować trudności z ustaleniem ich charakteru oraz występujących między nimi powiązań.

Rozdział II

EWOLUCJA PUBLICZNOPRAWNYCH ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Dla realizacji celów badawczych pracy niezbędne jest przedstawienie ewolucji prawnej publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Analizą zostanie objęty okres od odzyskania przez Polskę niepodległości w 1918 r. aż do momentu funkcjonowania źródeł finansowania istniejących do 2004 r., w którego ramach można wyróżnić kilka etapów¹.

W pierwszej kolejności przedstawiono źródła finansowania ochrony zdrowia od 1918 do 1939 r. Następnie ustalono źródła finansowania w latach 1945–1999. W ostatniej kolejności dokonano analizy źródeł finansowania ochrony zdrowia do roku 2004. Zaproponowany podział ewolucji publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia jest częściowo rezultatem wydarzeń historycznych, a częściowo konsekwencją przeprowadzanych w Polsce reform gospodarczych.

Objęcie analizą historyczno-prawną źródeł finansowania ochrony zdrowia od 1918 r., po reaktywacji państwa polskiego, uzasadnione jest tworzeniem się zrębów ubezpieczenia społecznego, w którego ramach zorganizowany był system ochrony zdrowia. Rok 1939 jako cezura czasowa

¹ Wynika to z faktu, że 1.10.2004 r. weszła w życie ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która obowiązuje do chwili obecnej.

uzasadniony jest wybuchem II wojny światowej. W latach 1939–1945 na ziemiach polskich polityka zdrowotna determinowana była działaniami okupantów, a nie suwerennymi decyzjami władz polskich, w związku z tym okres ten został w niniejszej pracy pominięty.

Kolejną cezurą jest moment odzyskania przez Polskę niepodległości po II wojnie światowej i rozpoczęcia tworzenia struktur państwowości. W 1945 r. nastąpiły także przemiany społeczno-gospodarcze, które spowodowały, że system organizacji i finansowania ochrony zdrowia przekształcono w model budżetowy. Koniec analizy tego okresu ewolucji źródeł finansowania ochrony zdrowia ustalono na 1998 r., od 1.01.1999 r. wprowadzono bowiem ubezpieczeniowy model ochrony zdrowia².

W celu przedstawienia ewolucji źródeł finansowania ochrony zdrowia wykorzystano przede wszystkim metodę historycznoprawną. Badania przeprowadzono z uwzględnieniem podstawowych aspektów organizacji systemu ochrony zdrowia w danym okresie, a także zakresu podmiotowego oraz przedmiotowego danego systemu. W przypadku polskich systemów ochrony zdrowia opartych na modelu ubezpieczeniowym przeanalizowano konstrukcję prawną składki ubezpieczeniowej (podmiot, przedmiot, podstawa wymiaru, stawka), a także procedurę związaną z jej poborem.

1. Źródła finansowania ochrony zdrowia w latach 1918–1944

Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości na terenie odrodzonego państwa obowiązywały różne reżimy prawne dotyczące ubezpieczeń społecznych. Ubezpieczenie zdrowotne związane z ryzykiem wystąpienia choroby funkcjonowało wówczas w ramach ubezpieczeń społecznych, w związku z tym w ustawodawstwie oraz w doktrynie problematykę związaną z organizacją i finansowaniem ochrony zdrowia w formie

² Data zakończenia analizy historycznoprawnej źródeł finansowania ochrony zdrowia została już uzasadniona wyżej.

ubezpieczenia zdrowotnego ujmowano razem z ubezpieczeniami chorobowymi³.

Jako pierwszy akt prawny w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego należy wskazać dekret o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby⁴. Został on wydany zaledwie po dwóch miesiącach funkcjonowania państwa polskiego i był wynikiem prac prowadzonych jeszcze podczas I wojny światowej. Dekret składał się z 13 części⁵.

Na podstawie art. 1 dekretu zostały utworzone kasy chorych, po jednej na każdy powiat. W przypadku miast powyżej 50 tys. mieszkańców funkcjonować miały odrębne kasy. Kasy chorych posiadały osobowość prawną, a za zaciągane zobowiązania odpowiadały wyłącznie swoim majątkiem (art. 3 dekretu). Udzielały ubezpieczonym bezpłatnej pomocy lekarskiej od pierwszego dnia choroby do 26. tygodnia. Wypłacały także zasiłek pogrzebowy.

Głównym źródłem finansowania działalności kas chorych była składka ubezpieczeniowa wynikająca z podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu⁶. Wysokość składki zależała od wysokości płacy ustawowej. W świetle art. 87 dekretu wysokość składek powinna być ustalana w taki

³ Z. Daszyńska-Golińska, *Polityka społeczna*, Warszawa 1933, s. 361 i n.

⁴ Dekret Naczelnika Państwa z 11.01.1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz.Pr. PP Nr 9, poz. 122).

⁵ Określał przede wszystkim zasady obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia, rodzaj i zakres udzielanych w ramach ubezpieczenia świadczeń, warunki udzielania pomocy lekarskiej, strukturę organizacyjną kas chorych oraz warunki członkostwa w kasach. Części trzecia i piąta dotyczyły składki ubezpieczeniowej, która stanowić miała główne źródło finansowania ubezpieczenia chorobowego. Część trzecia (art. 35–43) regulowała płacę ustawową stanowiącą podstawę do obliczenia m.in. wysokości składki. Piąta część (art. 87–113) obejmowała zasady obliczania wysokości składki oraz jej podział. W świetle art. 6 dekretu miał on wejść w życie stopniowo w ciągu trzech lat od daty jego opublikowania. Do tego czasu funkcjonować miały przepisy państw zaborczych dotyczące organizacji i finansowania ubezpieczenia chorobowego, w tym świadczeń zdrowotnych. Zakresem ubezpieczenia chorobowego objęto wszystkich pracowników najemnych, bez względu na stosunek prawny pomiędzy nimi a pracodawcami.

⁶ Do dochodów kas obok wpływów ze składki zaliczane były również, zgodnie z art. 166 dekretu, składka opłacana przez dobrowolnie ubezpieczonych (wpisowe), a także wpływy z kar, zapomóg instytucji publicznych, darowizn i zapisów oraz odsetek.

sposób, aby wraz z innymi dochodami wystarczała na pokrycie wszystkich wydatków i świadczeń przewidzianych w statucie danej kasy. Na potrzeby obliczania płacy ustawowej pracownicy byli zaliczani do jednej spośród dwunastu grup ubezpieczonych. Zaliczenie do jednej z grup determinowało wysokość płacy ustawowej⁷.

Przy powstaniu kasy składka ubezpieczeniowa musiała wynosić 5% podstawy wymiaru (płacy ustawowej). W przypadku gdy składki nie wystarczały na pokrycie świadczeń obowiązkowych i innych wydatków statutowych, kasy miały podnosić ich wysokość. Wymagało to jednak zgody urzędu ubezpieczeń (art. 89 dekretu). Kasy chorych miały stosunkowo dużą swobodę w zakresie ustalania wysokości składki. Jej wysokość była także determinowana rodzajem działalności prowadzonej przez pracodawcę⁸.

Ciężar opłacania składki był rozłożony pomiędzy pracodawców i pracowników. Na podstawie art. 90 dekretu pracownicy podlegający obowiązkowemu ubezpieczeniu byli zobowiązani opłacać 2/5 wysokości składki. Pozostałą część składki w wysokości 3/5 opłacali za nich pracodawcy⁹. Należy wskazać, że koszty opłacania składek ponosiły również gminy. W świetle art. 93 dekretu były one zobowiązane do opłacania 3/5 wysokości składki w przypadku pracowników „niestale” zatrudnionych. Skarb Państwa nie był zobowiązany do opłacania składki, musiał

⁷ Kryterium, na podstawie którego zaliczano dane osoby do poszczególnych grup ubezpieczonych, była wysokość zarobków uzyskanych w ostatnich czterech tygodniach pracy (co wynikało wprost z art. 35 dekretu). Na zarobki pracowników w rozumieniu dekretu składały się przede wszystkim: pensja lub płaca robocza, inne świadczenia pieniężne (premie, tantiemy, gratyfikacje itp.), a także inne świadczenia rzeczowe niemające postaci pieniężnej (np. mieszkanie, odzież). Osoby, które nie otrzymywały wynagrodzenia, np. praktykanci, zaliczane były do pierwszej grupy zarobkowej. W przypadku gdy kasy nie mogły ustalić rzeczywistego wynagrodzenia ubezpieczonych, miarodajne było przeciętne wynagrodzenie lokalne w danym zawodzie (art. 41 dekretu). Do kompetencji kas chorych należała także możliwość zmiany podziału na grupy zarobkowe. Decyzja taka wymagała jednak zgody urzędu ubezpieczeń.

⁸ Według art. 113 dekretu zarządy kas były uprawnione do podwyższania części składki obciążającej pracodawcę, w przypadku gdy w jego przedsiębiorstwie stwierdzono większe niebezpieczeństwo dla zdrowia wskutek charakteru prowadzonej działalności.

⁹ Gdy pracownicy otrzymywali wyłącznie lub przeważnie wynagrodzenie w naturze, na pracodawcach ciążył obowiązek ponoszenia ciężaru ubezpieczeniowego w całości.

natomiast zwracać właściwym kasom koszty leczenia członków kasy oraz ich rodzin w przypadku gdy utracili oni pracę, ale z uwagi na staż pracy skutkujący członkostwem w kasie nabyli prawo do świadczeń na określony czas. Kasy chorych rozliczały się ze Skarbem Państwa metodą zaliczkową. Na pokrycie kosztów leczenia wskazanych podmiotów otrzymywały one zaliczkę w wysokości 5% sumy składek uzyskanych w ciągu poprzedniego półrocza¹⁰.

Okres obowiązywania dekretu z 1919 r. był bardzo krótki, w związku z tym nie doczekał się w literaturze przedmiotu szerokich opracowań. Wskazywano jednak, że odpowiadał on najczęściej stawianym przez robotników wymaganiom¹¹. Negatywnie oceniano rozłożenie ciężaru ponoszenia składki na pracowników i pracodawców. Pracodawcy wskazywali na zbyt wysokie obciążenie ich kosztami ponoszenia części składki¹².

Dekret zastąpiono ustawą o obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym na wypadek choroby¹³. Była to pierwsza ustawa obejmująca swoją

¹⁰ Kasy były uprawnione do weryfikacji wysokości zarobków ubezpieczeniowych. Zgodnie z art. 97 dekretu kasy mogły na wniosek ubezpieczonych, a także z własnej inicjatywy uznać, że zarobek ubezpieczonego jest wyższy od podanego w deklaracji pracodawcy. Wówczas przenosiły one ubezpieczonego do wyższej grupy zarobkowej, zgodnie z tabelą grup zamieszczoną w art. 37 dekretu. Terminy i sposoby opłacania składek miały być ustalane przez zarządy poszczególnych kas. Składki powinny być wnoszone przez pracodawców na ich koszt. Część składek obciążających pracowników miała być potrącana z ich wynagrodzeń. Nie traciły one przy tym możliwości wysyłania własnych inkasentów do pobierania składek. Jako cechą charakterystyczną dekretu należy również wskazać brak obowiązku wnoszenia składek za czas korzystania z zasiłków w przypadku wystąpienia niezdolności do pracy. Przepisy dekretu określały szczegółowo sposoby postępowania w przypadku zaległości w opłaceniu składek oraz ich egzekucję, a także zasady opłacania składki w przypadku wystąpienia zbiegu podstaw do jej opłacenia. Uregulowano tam również sytuację związaną z niewypłacalnością pracodawców.

¹¹ M. Świącicki, *Instytucje polskiego prawa pracy w latach 1918–1939*, Warszawa 1960, s. 55.

¹² G. Chałupczak, *Ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech i w Polsce. Analiza prawno-porównawcza*, Lublin 2006, s. 217.

¹³ Ustawa z 19.05.1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz.U. Nr 44, poz. 272 ze zm.).

regulacją problematykę ubezpieczeń społecznych po odzyskaniu przez Polskę niepodległości. Została wprowadzona w latach 1920–1922¹⁴.

Tak jak w przypadku dekretu odpowiedzialność za funkcjonowanie ubezpieczenia chorobowego powierzono kasom chorych. Utworzono po jednej kasie na każdy powiat. Kasy chorych posiadały osobowość prawną, miały zdolność nabywania praw i zaciągania zobowiązań, a także zdolność sądową¹⁵. Zgodnie z art. 61 ustawy z 1920 r. władzami kas były: rada kasy, zarząd kasy, komisja rewizyjna oraz komisja rozjemcza. Organy kas były odpowiedzialne za wykonywanie zadań administracji państwowej w zakresie polityki socjalnej¹⁶. Organizacja kas chorych została częściowo zmieniona rozporządzeniem o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych, które obowiązywało od 1930 r.¹⁷

Obowiązkowi ubezpieczenia na wypadek choroby podlegały, zgodnie z art. 3 ustawy z 1920 r., wszystkie osoby, bez różnicy płci, zatrudnione na podstawie stosunku roboczego lub służbowego. Wskazuje się, że ustawa z 1920 r. ustaliła szerszy katalog podmiotów podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu¹⁸. Wprowadziła najszerszy zakres podmiotów objętych ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce w okresie 20-lecia międzywojennego¹⁹.

¹⁴ M.E. Przystalski, E. Lis, *Ubezpieczenia chorobowe i macierzyńskie* [w:] *Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, red. C. Jackowiak, Z. Landau, W. Muszalski, M. Piątkowski, Z. Radzimowski, Wrocław 1991, s. 92. Przepisy ustawy nie zostały wprowadzone jedynie na obszarze Górnego Śląska. Na tym terenie, zgodnie z postanowienia Sejmu Śląskiego, w zakresie ubezpieczenia chorobowego obowiązywało dalej ustawodawstwo niemieckie (R. Buber, *Dekret z 11 stycznia 1919 r. a ustawa z 15 maja 1920 r.*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1930/2, s. 178).

¹⁵ Odpowiadały za zobowiązania całym swoim majątkiem. W tym zakresie przepisy omawianej ustawy nie różniły się w żaden sposób od dekretu.

¹⁶ L. Frankowska, *Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z dnia 19 maja 1920 r. z obowiązującymi wyjaśnieniami Ministra Pracy i Opieki Społecznej*, Kraków 1930, s. 177 i n.

¹⁷ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z 29.11.1930 r. o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych (Dz.U. Nr 81, poz. 635 ze zm.).

¹⁸ H. Kraheńska, M. Kirstowa, S. Wolski, *Ze wspomnień inspektora pracy*, t. I, Warszawa 1936, s. 134.

¹⁹ M. Świąćicki, *Instytucje polskiego prawa pracy...*, s. 56.

Głównym źródłem finansowania ubezpieczenia chorobowego była składka ubezpieczeniowa. Tak jak w przypadku postanowień dekretu z 1919 r. stanowiła ona główny dochód kas chorych²⁰. Podstawą obliczania wysokości składki była płaca ustawowa, której sposób obliczania regulował rozdział III ustawy z 1920 r. Zgodnie z jej art. 19 przez płacę ustawową rozumiano ustaloną w ustawie płacę jednej z grup ubezpieczonych, do których zaliczano członków kas (pracowników) na podstawie wysokości uzyskiwanych miesięcznych dochodów z pracy²¹.

Dla ustalenia płacy ustawowej członków kas dzielono na 14 grup zarobkowych. Byli oni przydzielani do poszczególnych grup w zależności od wysokości uzyskiwanych dochodów. Kasy mogły także dokonywać modyfikacji podziału na grupy zarobkowe oraz rozszerzać granicę płacy ustawowej. Zasady obliczania wysokości składki zostały uregulowane w rozdziale VI ustawy z 1920 r. Zgodnie z jej art. 46 ust. 1 wysokość składek powinna być ustalana w ten sposób, aby wraz z innymi dochodami wystarczała na pokrycie wszystkich wydatków i świadczeń przewidzianych w statucie kasy oraz na gromadzenie funduszu zapasowego do wysokości przeciętnych rocznych wydatków kasy²².

Przyjęcie takiego sposobu ustalania wysokości składki ubezpieczeniowej powodowało, że wydatki kasy musiały być równoważone dochodami uzyskiwanymi ze składki jako głównego źródła finansowania działal-

²⁰ Zgodnie z art. 86 ustawy z 1920 r. obok składki do dochodów kas zaliczano dochody z kar, zapomóg instytucji publicznych, darowizn i zapisów oraz odsetek kapitałowych.

²¹ Podobnie jak w dekrecie do dochodów z pracy zaliczano obok pensji lub płacy roboczej także wszelkie inne świadczenia pieniężne (np. premie, tantiemy, dodatki itp.) oraz świadczenia w naturze, jeśli udzielanie takich świadczeń wpływało na wysokość wynagrodzenia. W przypadku braku możliwości ustalenia wysokości miesięcznych zarobków członka kasy brano pod uwagę przeciętny zarobek lokalny w danym zawodzie.

²² Na podstawie art. 46 ust. 3 ustawy z 1920 r. składka ubezpieczeniowa mogła być podwyższana w przypadku gdy dochody z niej uzyskiwane nie wystarczały na pokrycie świadczeń obowiązkowych oraz innych wydatków przewidzianych w statucie kasy. Podwyższenie składki na tej podstawie wymagało zgody Urzędu Ubezpieczeń. Zgodnie z art. 90 ust. 1 ustawy z 1920 r., gdy dochody kasy nie pokrywały sumy wydatków i odpisów obowiązkowych na fundusz zapasowy, zarząd miał albo obniżyć świadczenia do granic świadczeń obowiązkowych, albo zwrócić się do rady kasy z wnioskiem o podwyższenie składek, chyba że istniała możliwość poprawy sytuacji materialnej kasy, wykorzystując zmiany w zakresie administracji lub kontroli.

ności ubezpieczeniowej kas²³. W zakresie ubezpieczenia chorobowego w dekrecie oraz w ustawie o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby przyjęto system finansowy określany jako „system repartycji rocznych wydatków”²⁴. System ten opierał się na zasadzie, zgodnie z którą wysokość składki ubezpieczeniowej należało ustalić w taki sposób, aby całość wydatków kasy wraz z odpisami na fundusz zapasowy mogła być sfinansowana z dochodów uzyskanych ze składki, powiększonych o pozostałe dochody wymienione w art. 86 ustawy z 1920 r.²⁵ Wskazywano, że oparcie ustalenia wysokości składki na systemie repartycyjnym zapewnia stabilność finansową kas w okresie obniżenia koniunktury, w przypadku nadwyżki dochodów nad wydatkami pozwala natomiast na rozszerzenie świadczeń udzielanych przez kasy swoim członkom²⁶.

Pierwotna wysokość składek ubezpieczeniowych wynosiła 6,5%. Była ustalana w takiej wysokości przy zakładaniu kas chorych, w związku z tym była wyższa o 1,5 punktu procentowanego niż w przypadku składki ubezpieczeniowej ustalanej na podstawie poprzednio obowiązującego dekretu. W literaturze przedmiotu podnoszono, że faktyczna wysokość składki była wyższa niż 6,5% płacy ustawowej, z uwagi na to, że składka była liczona od siedmiodniowego tygodnia pracy, a wynagrodzenie wypłacano tylko za sześć dni²⁷. Ciężar opłacania składki rozkładał się pomiędzy pracodawców i pracowników. Pracodawcy obciążeni byli obowiązkiem opłacania części składki w wysokości 3/5, natomiast pracownicy ponosili koszty ubezpieczenia chorobowego w wysokości 2/5 należnej kasy składki.

Ustawa z 1920 r. regulowała także problematykę związaną z wystąpieniem zbiegu podstaw do opłacenia składki. Składka musiała być opłacana od każdego otrzymywanego wynagrodzenia. Zgodnie z art. 55 ust. 3 ustawy

²³ G. Chałupczak, *Ubezpieczenie zdrowotne...*, s. 249.

²⁴ G. Chałupczak, *Ubezpieczenie zdrowotne...*, s. 249.

²⁵ L. Mackiewicz-Golnik, *System finansowy ubezpieczeń społecznych [w:] Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce...*, s. 72.

²⁶ J. Baumgartem, *System repartycyjnego pokrycia składek w ubezpieczeniu społecznym*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1933/9, s. 472 i n.

²⁷ G. Chałupczak, *Ubezpieczenie zdrowotne...*, s. 249; K. Duch, *Ubezpieczenia społeczne*, Warszawa 1934, s. 80–81.

z 1920 r., jeżeli członek kasy zatrudniony był jednocześnie w dwóch lub więcej przedsiębiorstwach, to każdy z jego pracodawców odpowiadał za opłacenie przypadającej na niego części składki w stosunku określonym przez kasę na podstawie ogólnego zarobku pracownika.

Zgodnie z art. 59 ustawy z 1920 r. kasy były uprawnione do różnicowania wysokości tej części składki, która obciążała wyłącznie pracodawców. Działo się tak w przypadku przedsiębiorstw, w których zostało stwierdzone większe niebezpieczeństwo dla zdrowia pracowników, spowodowane charakterem działalności gospodarczej prowadzonej przez przedsiębiorstwo lub materiałami używanymi do produkcji, które zostały uznane za szkodliwe przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego²⁸.

Składka ubezpieczeniowa była obliczana zawsze za pełny tydzień. W przypadku gdy ubezpieczony wstępował do kasy w drugiej połowie tygodnia składka nie była pobierana. Podobna sytuacja występowała w przypadku wygaśnięcia członkostwa w kasie (art. 51 ustawy z 1920 r.). W związku z tym, w przeciwieństwie do obecnie funkcjonującej regulacji w zakresie składek na ubezpieczenie zdrowotne dotyczących pracowników, składka ubezpieczeniowa na gruncie ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby nie miała charakteru niepodzielnego²⁹.

²⁸ M.E. Przystalski, E. Lis, *Ubezpieczenia chorobowe...*, s. 92. Kasy były także uprawnione do kontrolowania wysokości podawanych w celu objęcia ubezpieczeniem zarobków pracowników i porównywania ich z rzeczywiście otrzymywanym wynagrodzeniem. W przypadku gdy zarobki ubezpieczonych były wyższe niż podane w deklaracji, ubezpieczony był przenoszony do wyższej grupy zarobkowej.

²⁹ W świetle art. 57 ustawy z 1920 r. ubezpieczonych niezdolnych do pracy na skutek choroby w czasie korzystania z przysługujących na podstawie ustawy zasiłków obowiązek opłacania składki nie obejmował. Podobnie jak w przypadku przepisów dekretu z 1919 r. Skarb Państwa pokrywał koszty leczenia oraz koszty wypłacania niektórych zasiłków byłym członkom kasy oraz ich rodzinom, którzy na skutek utraty pracy nie mogli ponosić ciężaru ubezpieczeniowego. Zgodnie z art. 48 ustawy z 1920 r. na pokrycie powyższych kosztów Skarb Państwa przekazywał poszczególnym kasom zaliczkę w wysokości 3% sumy składek za ostatnie półrocze. Podstawą rozliczeń pomiędzy kasami a Skarbem Państwa były przeciętne koszty leczenia.

Ustawa z 1920 r. ustalała szczegółowo sposób poboru składki. Określenie terminów wpłaty składek pozostawione było poszczególnym zarządom kas. Zgodnie z art. 52 ustawy z 1920 r. składki na ubezpieczonych powinny być wnoszone przez pracodawców wyłącznie na ich koszt³⁰. Pracownicy nie dokonywali wpłat części składek obciążających ich wynagrodzenie. Pracodawcy byli zobowiązani do dokonywania potrąceń 2/5 wysokości składki z wynagrodzenia przysługującego pracownikowi. Pełnili oni funkcję płatników. Zarządy kas mogły jednak pobierać składkę w drodze inkasa³¹.

Ustawa odmiennie regulowała problematykę przedawnienia co do samego wymierzenia składek ubezpieczeniowych, wskazując na dwa terminy przedawnienia – trzy i dziesięć lat. Zgodnie z art. 54 powoływanej ustawy prawo do wymierzania składek ubezpieczeniowych przedawniało się w terminie trzech lat od upływu danego okresu płatności składek. Termin dziesięcioletni miał zastosowanie w przypadku gdy pracodawca podał kasie nieprawdziwe dane o zatrudnionych pracownikach lub o ich zarobku w celu nieuiszczenia należnych składek³².

³⁰ Pracodawcy w przypadku wystąpienia zaległości byli zobowiązani również do pokrycia kosztów upomnień.

³¹ W przypadku wystąpienia zwłoki w zapłacie składki ubezpieczeniowej kasom przysługiwały odsetki ustawowe w wysokości 6% zaległych składek. Ustawa wprowadzała także dolną granicę wysokości zaległych składek, od których mogły być naliczane odsetki. Specyficznie był uregulowany termin, od którego należało liczyć odsetki. Zgodnie z art. 54 ust. 2 ustawy z 1920 r. zobowiązany do zapłaty składki stawał się winnym zwłoki w przypadku, gdy nie uiścił należności za okres płatności w ciągu następnego miesiąca i nie otrzymał zezwolenia na odroczenie z wyraźnym zwolnieniem od obowiązku zapłaty odsetek. Prawo do żądania ustalonych składek przedawniało się po sześciu latach od upływu okresu płatności, w którym pracodawca został zawiadomiony przez kasę o wyniku ustalenia składek. Ustawa dopuszczała jednak możliwość przerwania biegu przedawnienia.

³² W przypadku braku zapłaty składki kasy mogły dochodzić swoich należności na drodze postępowania egzekucyjnego. Zgodnie z art. 53 ust. 1 ustawy z 1920 r. zaległe składki, koszty egzekucyjne oraz inne należności kasy ściągane były w ten sam sposób jak podatki gminne. Niezależnie od tego kasom przysługiwało prawo poszukiwania składek i innych należności w drodze powództwa bądź na podstawie klauzuli egzekucyjnej nadawanej wykazowi zaległości potwierdzonemu przez zarząd kasy.

W późniejszej literaturze wskazuje się na brak monograficznych opracowań dotyczących systemu finansowego ubezpieczeń społecznych, w tym ubezpieczenia chorobowego regulowanego ustawą o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Twierdzi się, że jest to spowodowane brakiem możliwości kompleksowej oceny ówczesnych rozwiązań legislacyjnych i stosowania jedynie metody historycznoprawnej³³.

Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby jest jednak bardzo pozytywnie oceniana w literaturze przedmiotu, zawiera bowiem rozwiązania prawne nowocześniejsze nawet od ustawodawstwa niemieckiego, uznawanego wówczas za postępowe w dziedzinie ubezpieczeń społecznych³⁴. W przypadku składki ubezpieczeniowej podział obciążenia pomiędzy pracodawcą a pracownikami w zakresie opłacania składek opierał się na zasadzie solidaryzmu³⁵. Obciążenie pracodawców obowiązkiem opłacania 3/5 wysokości składki ubezpieczeniowej było wówczas krytykowane³⁶. Należy jednak stwierdzić, że w porównaniu z konstrukcją prawną obowiązującej obecnie składki podział składki wprowadzony ustawą z 1920 r. była dużo korzystniejszy. Większa część składki (60%) obciążała pracodawców, natomiast obecnie pracownicy ponoszą ciężar opłacania składki w całości³⁷.

Charakterystyczną cechą konstrukcji prawnej składki ubezpieczeniowej w świetle ustawy z 1920 r. była możliwość jej podwyższenia przez właściwy organ kasy. W związku z tym można twierdzić, że wysokość składki ubezpieczeniowej nie była ostatecznie określona ustawowo, system repartycyjnego pokrycia składek pozwalał na ich podwyższenie w celu zrównoważenia budżetu kasy. Równowagę finansową systemu

³³ L. Mackiewicz-Golnik, *System finansowy...*, s. 72.

³⁴ J. Łazowski, *Ubezpieczenia społeczne w Polsce w pierwszym dziesięcioleciu niepodległości [w:] Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce...*, s. 17–18.

³⁵ G. Chałupczak, *Ubezpieczenie zdrowotne...*, s. 254.

³⁶ M. Świącicki, *Instytucje polskiego prawa pracy...*, s. 55.

³⁷ Podkreślenia wymaga także fakt, że podstawą wymiaru składki nie była bezpośrednio wysokość zarobków pracownika. Wysokość wynagrodzenia przesądzała jedynie o zaliczeniu do danej grupy zarobkowej. Dopiero to zakwalifikowanie decydowało o wysokości podstawy wymiaru składki. W związku z taką regulacją sposobu obliczania podstawy wymiaru składki (płacy ustawowej) ubezpieczeni byli zobowiązani do opłacania składki w takiej samej wysokości, mimo że wysokość ich zarobków różniła się.

ubezpieczeniowego przedkładano ponad gwarancję stałości obciążenia publicznego.

Kolejną ustawą z 28.03.1933 r. o ubezpieczeniu społecznym³⁸ dokonano istotnej reformy ubezpieczeń społecznych w ówczesnej Polsce. Ustawa ta nosiła powszechną nazwę ustawy „scaleniowej”³⁹. Należy wskazać, że tuż po wejściu w życie ustawa z 1933 r. została istotnie znowelizowana rozporządzeniem Prezydenta RP o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym⁴⁰.

Na podstawie znowelizowanych przepisów ustawy funkcjonował Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który posiadał osobowość prawną. Każde ubezpieczenie miało zagwarantowaną ustawowo odrębność finansową⁴¹. Zakład zarządzał określonymi funduszami. Zgodnie z dodanym art. 17a ust. 1 fundusze były osobami prawa publicznego. Odpowiadały samodzielnie za swoje zobowiązania oraz dysponowały majątkiem. Samodzielność poszczególnych funduszy przejawiała się m.in. w tym, że środki finansowe oraz majątek zgromadzony przez dany fundusz nie mogły być przeznaczane na pokrycie wydatków pozostałych funduszy (art. 17a ust. 4 ustawy z 1933 r.).

Według art. 56 ust. 1 ustawy z 1933 r. do kompetencji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należało dokonywanie wszelkich czynności związanych z ubezpieczeniami społecznymi. Zadania te wykonywały także

³⁸ Dz.U. Nr 51, poz. 396 ze zm.

³⁹ Takie jej określenie wynikało przede wszystkim z faktu, że miała ona zasięg ogólnokrajowy. Swym zakresem przedmiotowym, oprócz ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, obejmowała także ubezpieczenia na wypadek niezdolności do zarobkowania lub śmierci osoby ubezpieczonej m.in. na skutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej (M.E. Przystalski, E. Lis, *Ubezpieczenia chorobowe...*, s. 98).

⁴⁰ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z 24.10.1934 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. Nr 95, poz. 855). W związku z tym dalsza analiza jej przepisów zostanie dokonana z uwzględnieniem powyższej nowelizacji.

⁴¹ Powołano Ogólny Fundusz Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i Macierzyństwa, Fundusz Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników, Fundusz Ubezpieczenia Emerytalnego Pracowników Umysłowych, Fundusz na Wypadek Braku Pracy Pracowników Umysłowych oraz Fundusz Ubezpieczenia od Wypadków i Chorób Zawodowych (G. Chałupczak, *Ubezpieczenie zdrowotne...*, s. 262).

nowo powstałe ubezpieczalnie społeczne, będące osobami prawa publicznego (art. 17 ust. 1 ustawy z 1933 r.). Zastąpiły one kasy chorych⁴². Zlikwidowano wówczas 61 kas chorych, a na ich miejsce powołano 67 ubezpieczalni społecznych. Ich liczba do wybuchu II wojny światowej ulegała zmianom z uwagi na stale prowadzone procesy reorganizacyjne ubezpieczeń społecznych⁴³. Do zadań ubezpieczalni należało m.in. ustalanie obowiązku ubezpieczeniowego oraz obliczanie wysokości należnych składek ubezpieczeniowych.

Obowiązkiem ubezpieczeniowym zostały objęte w zasadzie wszystkie osoby, bez względu na płeć oraz wiek. Warunkiem objęcia ubezpieczeniem na wypadek choroby i macierzyństwa było m.in. pozostawanie w stosunku pracy najmniej lub w stosunku służbowym. Ustawa wyłączała jednak z obowiązku ubezpieczenia niektóre grupy pracowników⁴⁴. W porównaniu z ubezpieczeniem chorobowym przewidzianym w przepisach ustawy z 1920 r. zakres świadczeń był ograniczony⁴⁵.

Część IV ustawy z 1933 r. regulowała problematykę związaną z ustaleniem i poborem składek ubezpieczeniowych. Składka była głównym źródłem finansowania systemu ubezpieczeń społecznych⁴⁶, a podstawą jej wymiaru była faktyczna wysokość zarobków ubezpieczonego. Przepis art. 13 ustawy z 1933 r. wskazywał na maksymalną wysokość wynagrodzenia, od którego była obliczana składka. Jeżeli wynagrodzenie pracownika przekraczało ustawowy próg, podstawę wymiaru składki stanowiły maksymalne zarobki określone w art. 13 ustawy z 1933 r.

⁴² M.E. Przystalski, E. Lis, *System finansowy ubezpieczeń społecznych po drugiej wojnie światowej* [w:] *Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce...*, s. 264.

⁴³ T. Ciszewski, *Podział terytorialny Ubezpieczalni Społecznych*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1936/9, s. 662.

⁴⁴ Byli to przede wszystkim funkcjonariusze administracji państwowej, żołnierze, pracownicy przedsiębiorstw państwowych, pracownicy zatrudnieni w rolnictwie i leśnictwie oraz pracownicy, których wynagrodzenie nie przekraczało ustawowego progu.

⁴⁵ W. Muszalski, *Ubezpieczenia społeczne. Zarys ogólny*, cz. I, Warszawa 1984, s. 37.

⁴⁶ Zgodnie z art. 234 ustawy z 1933 r. do dochodów ubezpieczalni społecznych, obok wpływów ze składek, należały także kary wymierzone na podstawie ustawy, dopłaty do udzielanych świadczeń, środki zwrócone w określonym zakresie przez zakłady ubezpieczeniowe, dochody z majątku ubezpieczalni oraz odsetek kapitałowych, a także z zapisów, darowizn i subsydjów.

W przypadku niemożności ustalenia rzeczywistej wysokości wynagrodzenia pracowniczego za podstawę wymiaru składki przyjmowano zarobek lokalny w danym zawodzie⁴⁷. Składka ubezpieczeniowa nie była ustalana według rzeczywistych zarobków przede wszystkim w odniesieniu do pracowników rolnych. Podstawę jej wymiaru stanowiły przeciętne miesięczne zarobki, a obliczenia przeciętnego wynagrodzenia na potrzeby wymiaru składki ubezpieczeniowej dokonywane były na podstawie zbiorowych umów o pracę pracowników rolnych, a także zwyczajowo przyjętych warunków pracy⁴⁸.

Wysokość składki ubezpieczeniowej była uzależniona od rodzaju ubezpieczenia, na jaki była przeznaczana. W przypadku ubezpieczenia na wypadek choroby, które obejmowało również finansowanie ubezpieczonego świadczeń zdrowotnych, składka wynosiła 4,6% albo 5% (art. 220 ust. 1 lit. a i b ustawy z 1933 r.)⁴⁹. Wewnętrzne zróżnicowanie składki ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa było determinowane podziałem na pracowników umysłowych oraz pozostałych pracowników. Obszerny katalog osób zaliczanych do pracowników umysłowych zawierało rozporządzenie z 16.03.1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych⁵⁰.

⁴⁷ Za faktyczny zarobek uważano całkowity dochód ubezpieczonego, na który składały się m.in. wynagrodzenie pieniężne wraz z wszelkimi dodatkami (tantiemy, gratyfikacje itp.), wynagrodzenie w naturze (np. odzież) oraz świadczenia osób trzecich, jeżeli ich udzielanie było zwyczajowo przyjęte. Ustawa z 1933 r. zawierała także uregulowania w zakresie obliczania wysokości podstawy wymiaru składek w szczególnych przypadkach, co było nowością w stosunku do poprzedniej ustawy z 1920 r. W przeciwieństwie do poprzedniego stanu prawnego nie było ustawowego podziału na grupy ubezpieczonych. Minister Opieki Społecznej mógł jednak zarządzać w drodze rozporządzenia ustanowienie grup zarobkowych, do których mieli być zaliczani wszyscy ubezpieczeni stosownie do ich faktycznych zarobków.

⁴⁸ Upoważnionymi do obliczania przeciętnych zarobków były wojewódzkie władze administracji ogólnej po wysłuchaniu opinii zainteresowanych zakładów, organizacji zawodowych pracowników i pracodawców.

⁴⁹ M. Dehnel, *O wadach i popularności ubezpieczenia na wypadek choroby*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1936/7, s. 514.

⁵⁰ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z 16.03.1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych (Dz.U. Nr 35, poz. 323 ze zm.).

W odniesieniu do tych pracowników składka na ubezpieczenie na wypadek choroby lub macierzyństwa wynosiła 4,6% podstawy wymiaru i była niższa od składek pozostałych pracowników, które wynosiły 5% podstawy (art. 220 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy z 1933 r.). Wynikało to z faktu, że pracownicy umysłowi w przypadku wystąpienia ryzyka ubezpieczeniowego otrzymywali zasiłek chorobowy dopiero po trzech miesiącach⁵¹. Zgodnie z art. 220 ust. 2 ustawy z 1933 r. składka ubezpieczeniowa w przypadku ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa obciążała pracodawcę i pracownika po połowie.

W tym miejscu wskazać należy na znaczącą zmianę w zakresie obciążenia pracowników i pracodawców ciężarem ponoszenia składki. W porównaniu z przepisami dekretu z 1919 r. oraz ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z 1920 r. na gruncie ustawy z 1933 r. sytuacja pracowników kształtowała się gorzej⁵². Finansowanie ubezpieczenia chorobowego oparte było na systemie repartycji rocznych wydatków. Składki ubezpieczeniowe były rozłożone między zobowiązanych w taki sposób, aby zebrane środki wystarczyły na pokrycie wszystkich wydatków na administrację i świadczenia. System ten cechował się stałością składki obciążającej pracownika⁵³.

Część składki ubezpieczeniowej obciążająca wyłącznie pracodawcę mogła być modyfikowana. Przesłanki zmiany wysokości części składki były podobne do przesłanek, o których mowa w dekreście oraz ustawie o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z 1920 r. Składka w przypadku ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa mogła być obniżana lub podwyższana nie więcej niż o 5% jej wysokości⁵⁴.

⁵¹ L. Mackiewicz-Golnik, *System finansowy...*, s. 81.

⁵² Nieznaczne obniżenie składki ubezpieczeniowej nie rekompensowało pracownikom obniżenia wynagrodzenia netto z uwagi na niekorzystny podział obciążenia obowiązkiem opłacania składki. Takim uregulowaniem składki odstąpiono od dotychczasowego uprzywilejowania pracowników kosztem ich pracodawców.

⁵³ J. Baumgarten, *System repartycyjnego pokrycia składek...*, s. 472 i n.; L. Mackiewicz-Golnik, *System finansowy...*, s. 79.

⁵⁴ Dotyczyła ona tych pracodawców, u których warunki higieniczne i bezpieczeństwa pracy istotnie różniły się od przeciętnej normy dla zakładów pracy tego samego rodzaju (art. 222 ustawy z 1933 r.). Szczegółowe warunki podwyższenia lub obniżenia składki

Można przyjąć, że art. 222 ustawy z 1933 r. stanowił pewnego rodzaju motywację dla tych pracodawców, którzy zapewniali swoim pracownikom bezpieczne warunki pracy. Z drugiej strony dawał on możliwość nałożenia sankcji na pracodawców, u których warunki pracy były pod względem bezpieczeństwa i higieny zdecydowanie gorsze od przeciętnych warunków w podobnych przedsiębiorstwach i zakładach. W związku z tym można twierdzić, że art. 222 ustawy z 1933 r. miał również charakter prewencyjny. Wyrażał on troskę ustawodawcy nie tyle o bezpieczeństwo pracowników, co o system finansowy ubezpieczenia społecznego⁵⁵. Prewencyjne działania ustawodawcy miały na celu obniżenie wydatków zakładów ubezpieczeniowych. Tego rodzaju charakter przepisów ustawy należy uznać za nowoczesny. Obecnie obowiązująca w Polsce ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie zawiera przepisów prewencyjnych stanowiących odpowiednik art. 222 ustawy z 1933 r.

Kolejną przesłanką zmiany wysokości części składki obciążającej pracodawcę był charakter działalności prowadzonego przedsiębiorstwa oraz materiały używane w nim do produkcji. W takich przypadkach, zgodnie z art. 222 ust. 2 ustawy z 1933 r., składka obciążająca pracodawcę mogła być podwyższona, ale nie więcej jednak niż do 3% wynagrodzenia pracownika⁵⁶.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym z 1933 r., podobnie jak poprzednio obowiązujące przepisy w zakresie ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, regulowała też zbieg podstaw do ubezpieczenia, a w związku z tym do opłacania składek⁵⁷. Składka ubezpieczeniowa

na wskazanej wyżej podstawie były uregulowane w rozporządzeniach wykonawczych do ustawy o ubezpieczeniu społecznym.

⁵⁵ W przedsiębiorstwach o niższym poziomie higieny i bezpieczeństwa ryzyko wystąpienia wypadku przy pracy lub choroby pracownika było zdecydowanie większe. Wzrastały zatem koszty udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wypłaty zasiłków w ramach ubezpieczenia.

⁵⁶ G. Chałupczak, *Ubezpieczenie zdrowotne...*, s. 292.

⁵⁷ Zgodnie z art. 225 ustawy, jeżeli ubezpieczony był zatrudniony u więcej niż jednego pracodawcy, a suma uzyskiwanych przez niego wynagrodzeń przekraczała najwyższą normę zarobku (ustaloną na potrzeby obliczenia podstawy wymiaru składki), składkę należało obliczać od poszczególnych stosunków pracy osobno.

była odprowadzana w całości przez pracodawcę nawet wówczas, gdy obciążała ona także pracownika. W takich przypadkach pełnił on funkcję płatnika i potrącał część składek przypadających na pracownika z jego wynagrodzenia⁵⁸. Podmiotem uprawnionym do ewidencji i poboru składek była ubezpieczalnia właściwa ze względu na miejsce pracy pracownika⁵⁹.

Przepisy ustawy z 1933 r. regulowały również zagadnienia dotyczące kontroli wysokości wynagrodzenia uzyskiwanego przez pracowników, przedawnienia oraz sposobu egzekucji należnych składek wraz z odsetkami. Ubezpieczalnie upoważnione były do dochodzenia odsetek od zaległych składek w wysokości odsetek prawnych (ustawowych) powiększonych o 1/5 ich wysokości (art. 229 ust. 1 ustawy z 1933 r.). Miały one także prawo do umarzania części należnych składek ubezpieczeniowych⁶⁰.

Sposób prowadzenia egzekucji składek ubezpieczeniowych był szczegółowo uregulowany w przepisach art. 230–232 ustawy z 1933 r. Prawo przymusowego dochodzenia należności wynikających z obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych przedawniało się z upływem trzech lat od dnia płatności składki. W przypadku podania nieprawdziwych informacji lub ich zatajenia okres przedawnienia wynosił pięć lat⁶¹.

Zmiana regulacji prawnej w zakresie składki ubezpieczeniowej na wypadek choroby i macierzyństwa spowodowała redukcję świadczeń przy jednoczesnym zmniejszeniu wydatków inwestycyjnych. Wynikało to

⁵⁸ Pracodawca zobowiązany był do opłacania wszystkich należnych składek łącznie za wszystkie rodzaje ubezpieczeń. Składka na ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa nie była opłacana osobno, co wynikało wprost z art. 219 ust. 3 ustawy z 1933 r.

⁵⁹ M.E. Przystalski, E. Lis, *Ubezpieczenia chorobowe...*, s. 101.

⁶⁰ J.J. Hertz, Z. Kopankiewicz, *Ulgi w spłacie zaległości ubezpieczeniowych*, Warszawa 1935.

⁶¹ Ustawa wprowadzała także odpowiedzialność pracodawcy wobec pracownika z powodu niezgłoszenia pracownika do ubezpieczenia lub nieopłacenia za niego składki we właściwych terminach, na skutek czego pracownik i jego rodzina tracili prawo do świadczeń przewidzianych w ustawie. W takich sytuacjach pracodawca zobowiązany był wypłacić pracownikowi równowartość wszystkich świadczeń, jakie otrzymałby w ramach ubezpieczenia.

przede wszystkim z obniżenia wysokości składki⁶². Zmniejszenie zakresu podmiotowego ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, a także obniżenie wysokości składki doprowadziło do konieczności partycypowania przez ubezpieczonych w kosztach udzielanych im świadczeń. Byli oni zobowiązani do wnoszenia dopłat. Ustawą scaleniową z 1933 r. dokonano centralizacji ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa. Rozwiązania prawne w zakresie finansowania ubezpieczenia chorobowego były mniej korzystne dla pracowników niż poprzednie ustawodawstwo w tym zakresie. Wzrost obciążenia składką ubezpieczeniową pracowników nie powodował rozszerzenia zakresu przysługujących im świadczeń. Dodatkowo ubezpieczeni musieli partycypować w ponoszeniu ich kosztów⁶³. Ustawa z 1933 r. obowiązywała, co do zasady, do końca 1939 r. Na części ziem polskich wcielonych do III Rzeszy w zakresie ustawodawstwa ubezpieczeniowego stopniowo wprowadzano niemieckie rozwiązania prawne. Ostatecznie dokonano tego w grudniu 1941 r. Regulacje prawne dotyczące finansowania ochrony zdrowia na terenach zajętych przez Związek Radziecki nie są znane⁶⁴.

2. Źródła finansowania ochrony zdrowia w latach 1944–1999

Ewolucja systemu ochrony zdrowia oraz źródeł jego finansowania w latach realnego socjalizmu jest trudna do scharakteryzowania. Polityka państwa w zakresie ochrony zdrowia była determinowana przede wszystkim przyjętą ideologią oraz gospodarką centralnie planowaną.

Problematyczny jest także podział okresu socjalizmu z punktu widzenia analizy źródeł finansowania ochrony zdrowia. W literaturze przedmiotu problem ten jest różnie przedstawiany⁶⁵, podział zostanie więc dokonany

⁶² L. Mackiewicz-Golnik, *System finansowy...*, s. 83.

⁶³ G. Chałupczak, *Ubezpieczenie zdrowotne...*, s. 293.

⁶⁴ H. Szurgacz, *Ubezpieczenie społeczne w latach okupacji hitlerowskiej 1939–1945 [w:] Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce...*, s. 175 i n.

⁶⁵ J. Fijałek, J. Indulski, *Główne etapy przemian rozwojowych łódzkiej służby zdrowia w XXV-leciu PRL*, „*Annales Academiae Medicae Lodzianensis*” 1972/2, s. 85; J. Kaja, *Kierunki i etapy rozwoju polityki zdrowotnej Polski Ludowej*, „*Studia Nauk Politycznych*”

na podstawie kryterium normatywnego – omówione będą poszczególne akty prawne oraz ich zmiany.

Bezpośrednio po II wojnie światowej powrócono do ustawodawstwa międzywojennego w zakresie ubezpieczenia chorobowego, w ramach którego finansowana była opieka zdrowotna ubezpieczonym. Ustawa z 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym została jednak zmodyfikowana przepisami dekretu z 1946 r.⁶⁶ Przywrócono 61 ubezpieczalni społecznych. Do ich zadań należało m.in. administrowanie ubezpieczeniem na wypadek choroby, a także ewidencjonowanie i pobór składek⁶⁷. Strukturę organizacyjną ubezpieczalni społecznych określał dekret o tymczasowych organach samorządu w ubezpieczalniach społecznych⁶⁸. W literaturze wskazuje się, że dekret z 1944 r. w nieznacznym stopniu znowelizował ustawę o ubezpieczeniu społecznym z 1933 r.⁶⁹ Instytucje ubezpieczeniowe podlegały nadzorowi ministra pracy i opieki społecznej. Nadzór sprawowany był za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych⁷⁰.

Ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa (dotyczące w dalszym ciągu ochrony zdrowia) obejmowało zasadniczo wszystkich pracowników. W związku z tym postanowiono utrzymać w mocy art. 12 ustawy z 1933 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu społecznym, zgodnie z którym osoby nieobjęte ubezpieczeniem mogły dobrowolnie przystąpić do ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa. Zakres przedmiotowy udzielanych świadczeń zdrowotnych utrzymany został zgodnie z przepisami ustawy z 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym. Ustawą z 1.03.1949 r. o zmianie niektórych przepisów o ubezpiecze-

1976/1, s. 32 i n.; L. Krotkiewska, *Rozwój administracji służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1968, s. 27 i n.

⁶⁶ Dekret z 8.01.1946 r. o zmianie i uzupełnieniu ustawy z 28.03.1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. Nr 4, poz. 28 ze zm.).

⁶⁷ G. Chałupczak, *Ubezpieczenie zdrowotne...*, s. 305.

⁶⁸ Dekret PKWN z 7.09.1944 r. o tymczasowych organach samorządu w ubezpieczalniach społecznych (Dz.U. Nr 5, poz. 24).

⁶⁹ E. Modliński, *Działalność i przemiany ubezpieczeń społecznych w Polsce Ludowej*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1975/6, s. 19.

⁷⁰ E. Gierbatowski, *Ubezpieczenia społeczne w dobie przemian*, Warszawa 1948, s. 33 i n.

niach społecznych rozszerzono jednak uprawnienie do korzystania ze świadczeń ochrony zdrowia⁷¹.

Składka ubezpieczeniowa w ubezpieczeniu na wypadek choroby i macierzyństwa funkcjonowała dalej jako główne źródło finansowania. Przepisami dekretu zmieniona została jedynie jej wysokość. Zmiana ta dotyczyła tylko pracowników zatrudnionych na statkach żegluga dalekomorskiej oraz pracowników, którzy zatrudnieni byli na podstawie stosunku służbowego o charakterze publicznoprawnym⁷². Zgodnie z nowym brzmieniem art. 220 ustawy z 1933 r. wysokość składki miała wynosić 3,5%.

Jednocześnie nastąpił istotny wzrost znaczenia składki ubezpieczeniowej jako źródła finansowania ubezpieczenia chorobowego z uwagi na to, że pozostałe dochody funduszy przeznaczane na finansowanie świadczeń ubezpieczeniowych przestały być wydajne fiskalnie⁷³.

Drugą istotną zmianą w zakresie składki zdrowotnej jako źródła finansowania ubezpieczenia chorobowego (w tym ochrony zdrowia) było obciążenie nią wyłącznie pracodawców. Zgodnie z art. 1 dekretu o uiszczaniu przez pracodawców całości składek na ubezpieczenie społeczne

⁷¹ Ustawa z 1.03.1949 r. o zmianie niektórych przepisów o ubezpieczeniach społecznych (Dz.U. Nr 18, poz. 109 ze zm.). Świadczenia na wypadek choroby przysługiwały przez cały okres zatrudnienia i 26 tygodni po ustaniu stosunku pracy. Miało to jednak wpływ na stan finansów ubezpieczenia chorobowego.

⁷² Obniżenie stawki dla pracowników żegluga dalekomorskiej wynikało z faktu, że poza granicami kraju koszty pomocy medycznej były ponoszone wyłącznie przez armatora. Niższa stawka w stosunku do pracowników zatrudnionych na podstawie publicznoprawnego stosunku służbowego była uwarunkowana tym, że pracownicy ci nie otrzymywali zasiłku chorobowego (w jego miejsce otrzymywali wynagrodzenie), Z. Radzimowski, *Regulacja składek na ubezpieczenie społeczne w latach 1945–1968*, „Studia i Materiały z Historii Ubezpieczeń Społecznych w Polsce” 1986/3, s. 74–76.

⁷³ Przestały praktycznie istnieć na skutek zniszczeń wojennych dochody z majątku i lokat. W tym okresie nie występowały regularne dopłaty Skarbu Państwa do ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa. Nie istniały różnego rodzaju darowizny, zapisy i subsydia, Z. Radzimowski, *Dochody ubezpieczeń społecznych w Polsce Ludowej (1945–1968)*, „Studia i Materiały z Historii Ubezpieczeń Społecznych w Polsce” 1984/2, s. 21–22.

i na Fundusz Pracy⁷⁴ część składek na ubezpieczenia społeczne potrącana dotychczas z zarobków pracowników obciążała w całości pracodawców.

W 1950 r. dokonano istotnej zmiany w zakresie organizacji i finansowania ochrony zdrowia. Uchwalono dwie ustawy, a mianowicie ustawę o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych⁷⁵ oraz ustawę o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego⁷⁶. Marginalizowały one znaczenie podstawowych instytucji ubezpieczeniowych, stanowiąc wyraz przyjętego systemu polityczno-gospodarczego⁷⁷. Ponadto ustawą zmieniającą z 1949 r. zniesiono odrębność finansową ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa, ubezpieczenia od wypadków i chorób zawodowych oraz ubezpieczenia emerytalnego robotników i pracowników umysłowych. Powstał jeden wspólny fundusz dla tych ubezpieczeń (art. 1 ust. 1 ustawy zmieniającej z 1949 r.), wprowadzono także jednolitą składkę zdrowotną dla wszystkich rodzajów ubezpieczenia. Zgodnie z art. 1 ust. 2 ustawy zmieniającej z 1949 r. wysokość składki miała być zróżnicowana w zależności od działów gospodarki narodowej⁷⁸.

W myśl art. 1 ust. 1 ustawy utworzono Zakład Lecznictwa Pracowniczego. Posiadał on osobowość prawną. Przepis art. 2 ustawy określał zakres przedmiotowy działalności Zakładu⁷⁹. Finanse Zakładu Lecznictwa Pracowniczego powiązано z budżetem państwa. Zgodnie z art. 9

⁷⁴ Dekret z 29.09.1945 r. o uiszczaniu przez pracodawców całości składek na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy (Dz.U. Nr 43, poz. 240).

⁷⁵ Ustawa z 20.07.1950 r. o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 36, poz. 333).

⁷⁶ Ustawa z 20.07.1950 r. o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego (Dz.U. Nr 36, poz. 334).

⁷⁷ G. Chałupczak, *Ubezpieczenie zdrowotne...*, s. 306.

⁷⁸ Jednolita składka miała być ustalana w wysokości wystarczającej na pokrycie udzielanych świadczeń, kosztów administracyjnych i innych wydatków. Na podstawie art. 9 ustawy zmieniającej z 1949 r. Rada Ministrów uzyskała kompetencję do ustalania wysokości składki w drodze rozporządzenia.

⁷⁹ Do jego zadań należało m.in. „roztaczanie opieki nad zdrowiem pracowników i ich rodzin w zakresie zapobiegania chorobom oraz przywracania zdolności do pracy” (art. 2 ust. 1 ustawy o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego). Zakład działał na podstawie powoływanej ustawy oraz statutu. Zgodnie z art. 1 ust. 1 ustawy o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych zadania te zostały jednocześnie wyłączone z kompetencji ówczesnego Zakładu.

ust. 1 ustawy dochody i wydatki zakładu miały wchodzić do budżetu pełnymi kwotami. Przyjęto budżetowy model organizacji i finansowania ochrony zdrowia wzorowany na radzieckim modelu ochrony zdrowia (tzw. modelu Siemaszki).

Od 1.01.1951 r. weszła w życie ustawa o włączeniu lecznictwa pracowniczego do państwowej służby zdrowia⁸⁰. Dokonano tym samym upaństwowienia i centralizacji zarządzania placówkami leczniczymi⁸¹. Przepisem art. 1 ust. 1 tej ustawy zadania Zakładu Lecznictwa Pracowniczego powierzono ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Jednocześnie zlikwidowano ten zakład, a jego majątek (m.in. poszczególne zakłady i urządzenia lecznicze) przeszedł na własność Skarbu Państwa⁸².

W wyniku wprowadzenia powyższych reform ochrona zdrowia została ostatecznie wyłączona z zakresu ubezpieczeń społecznych. Była to istotna zmiana w systemie ochrony zdrowia oraz jego finansowaniu. Zadania państwa w tej dziedzinie od odzyskania przez Polskę niepodległości (z wyłączeniem okresu II wojny światowej) były nieprzerwanie realizowane na podstawie modelu ubezpieczeniowego, ochrona zdrowia była nierozzerwalnie związana z ubezpieczeniem chorobowym. Rozłączając organizację świadczeń opieki zdrowotnej i ubezpieczenia chorobowego, nie uchylono jednak przepisów ustawy z 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym dotyczących zakresu podmiotowego i przedmiotowego ochrony zdrowia. Na skutek tych zmian została obniżona jednolita składka ubezpieczeniowa⁸³.

⁸⁰ Ustawa z 15.12.1951 r. o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia (Dz.U. Nr 67, poz. 466).

⁸¹ T. Żyliński, *Świadczenia chorobowe [w:] Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce...*, s. 309.

⁸² Sprawami lecznictwa pracowniczego w terenie miały zarządzać i kierować prezydya rad narodowych. Zadania z zakresu ochrony zdrowia nałożone na ministra właściwego do spraw zdrowia oraz prezydya rad narodowych miały być wykonywane przez zakłady społeczne służby zdrowia. Warto podkreślić, że na mocy powyższych ustaw nie zmienił się w sposób zasadniczy katalog podmiotów ubezpieczonych i jednocześnie uprawnionych do otrzymywania świadczeń zdrowotnych.

⁸³ Jej obniżenie było możliwe z uwagi na organizacyjno-finansowe wyłączenie ochrony zdrowia z systemu ubezpieczeń społecznych. Lecznictwo było od tego momentu finansowane bezpośrednio z budżetu państwa. Wydatki na ochronę zdrowia zaczęły być

Rozdzielenie ochrony zdrowia od ubezpieczenia społecznego oraz wprowadzenie budżetowej metody finansowania zostało trwale wpisane w polski system prawny. Wydatki na ochronę zdrowia wyłączono z budżetu państwa dopiero w wyniku reformy z końca lat 90. ubiegłego wieku, która wprowadzała system kas chorych. Nigdy nie powrócono natomiast do połączenia ubezpieczenia chorobowego z systemem ochrony zdrowia, którego głównym zadaniem jest organizacja oraz finansowanie świadczeń zdrowotnych.

Od 29.11.1948 r. obowiązywała ustawa o zakładach społecznych służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia⁸⁴. Zastąpiła ona ustawę o publicznej służbie zdrowia z 1939 r.⁸⁵ Zgodnie z art. 1 ust. 1 ustawy z 1948 r. utworzono zakłady społeczne służby zdrowia. Były to zakłady lecznicze oraz apteki, które utrzymywane były przez państwo, instytucje państwowe, związki samorządu terytorialnego⁸⁶ i instytucje ubezpieczeń społecznych⁸⁷. Działalność społecznych zakładów służby zdrowia była objęta centralnym planowaniem w postaci narodowego planu gospodarczego, w części tworzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 14 ustawy z 1948 r.). Plany finansowe poszczególnych zakładów tworzone przy współudziale i po wysłuchaniu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia bądź władz mu podległych (art. 18 ust. 1 ustawy z 1948 r.). W związku z powierzeniem ministrowi tak daleko idących kompetencji w zakresie tworzenia planów finansowych ówczesne

pokrywane z ogólnej sumy dochodów budżetowych. W związku z tym doszło do sytuacji, w której wydatki przeznaczane na finansowanie systemu ochrony zdrowia musiały konkurować ze wszystkimi pozostałymi wydatkami budżetowymi.

⁸⁴ Ustawa z 28.10.1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. Nr 55, poz. 434 ze zm.).

⁸⁵ Ustawa z 15.06.1939 r. o publicznej służbie zdrowia (Dz.U. Nr 54, poz. 342 ze zm.).

⁸⁶ Na mocy art. 32 ustawy z 20.03.1950 r. o terenowych organach jednolitej władzy państwowej (Dz.U. Nr 14, poz. 130 ze zm.) zniesiono samorząd terytorialny, który został zastąpiony radami narodowymi.

⁸⁷ Na podstawie art. 1 ust. 3 ustawy z 1948 r. minister właściwy do spraw zdrowia mógł zaliczać do zakładów społecznych służby zdrowia również zakłady lecznicze utrzymywane przez fundacje, kongregacje, związki i stowarzyszenia religijne, a także zakłady lecznicze należące do innych podmiotów, a niedziałające w celach komercyjnych.

zakłady służby zdrowia były zależne od niego finansowo⁸⁸.

W literaturze wskazuje się, że gospodarka finansowa zakładów oparta była na tzw. planie odcinkowym narodowego planu gospodarczego. Poszczególne ustawy budżetowe odgórnie narzucały podział środków pomiędzy konkretne województwa, resorty i zakłady⁸⁹. System finansowy ówczesnej służby zdrowia polegał na finansowaniu z budżetu państwa poszczególnych zakładów na podstawie wysokości ponoszonych przez nie kosztów utrzymania. Wysokość otrzymywanych przez zakłady środków finansowych nie była w żaden sposób związana z ich strukturą, rozmiarem ani jakością świadczonych usług z zakresu ochrony zdrowia. Głównym czynnikiem determinującym wysokość przekazywanych zakładom środków były koszty ich utrzymania w poprzednim roku budżetowym. Wskazuje się, że tak skonstruowany system finansowania społecznych zakładów służby zdrowia prowadził do sytuacji, w której zakłady w żaden sposób nie próbowały racjonalizować swoich kosztów. Rozbudowywały swoją strukturę i powiększały wydatki, mając świadomość tego, że dostaną środki na utrzymanie w wysokości wystarczającej na zapewnienie funkcjonowania⁹⁰.

Zbyt duża centralizacja w zakresie finansowania społecznych zakładów służby zdrowia skutkowałą brakiem ich samodzielności finansowej. Nie było obiektywnych kryteriów oceny działalności poszczególnych zakładów, nie funkcjonowały także mechanizmy pozwalające na ewidencję kosztów ponoszonych przez te zakłady. W związku z tym nie można było dokonać prawidłowej alokacji środków pochodzących z budżetu państwa⁹¹. Prowadziło to do niewydolności systemu opartego na metodzie budżetowej⁹².

⁸⁸ Przepis art. 18 ust. 1 ustawy z 1948 r. nie był nowelizowany i funkcjonował w pierwotnym brzmieniu przez ponad 40 lat.

⁸⁹ A. Zemke-Górecka, *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Warszawa 2010, s. 32.

⁹⁰ A. Zemke-Górecka, *Status prawny...*

⁹¹ A. Frączkiewicz-Wronka, *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską. Wybrane aspekty zachodzących zmian*, Katowice 2001, s. 97–98.

⁹² K. Prętki, *Dylematy finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce po 1989 r. a modele systemu zdrowotnego Bismarcka i Beveridge'a* [w:] *Uwarunkowania prawne,*

Ustawa o włączeniu lecznictwa pracowniczego do państwowej służby zdrowia oraz ustawa o zakładach społecznych służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia w żaden sposób nie regulowały podstaw i sposobu dokonywania wydatków z budżetu państwa na zadania z zakresu ochrony zdrowia, w tym na działalność zakładów służby zdrowia. Zakłady te funkcjonowały na podstawie swoich planów, których treść uzależniona była od decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia.

W związku z tym wydatkowanie środków z budżetu państwa na powyższe zadania było poddane takim samym rygorom prawnym jak w przypadku pozostałych wydatków budżetowych z uwzględnieniem wyżej podniesionych uwag.

W porównaniu z charakterystyką źródeł finansowania ochrony zdrowia w dwudziestoleciu międzywojennym nie ma konieczności szerszego analizowania zakresu podmiotowego i przedmiotowego ochrony zdrowia w latach 1950–1999. Wydatki finansowane były z ogólnych dochodów budżetowych. W ubezpieczeniowym modelu finansowania ochrony zdrowia wysokość dochodów uzyskiwanych ze składki na ubezpieczenie na wypadek choroby i macierzyństwa zależała od liczby ubezpieczonych. W przypadku finansowania budżetowego wysokość dochodów budżetowych z oczywistych względów nie mogła być determinowana katalogiem podmiotów uprawnionych do otrzymania świadczeń, wydatki budżetowe przeznaczone na ochronę zdrowia musiały jednak uwzględniać liczbę osób uprawnionych do korzystania z bezpłatnej służby zdrowia. Zmiany w liczbie uprawnionych musiały mieć istotny wpływ na wysokość finansowania, żaden przepis ustawowy nie określał jednak sposobu obliczania wysokości wydatków na ochronę zdrowia i nie uzależniał ich od ilości uprawnionych.

Podobnie sytuacja kształtowała się w odniesieniu do zakresu przedmiotowego świadczeń udzielanych przez społeczne zakłady służby zdrowia. Na przestrzeni ponad 45 lat budżetowego modelu finansowania ochrony

zdrowia katalog świadczeń zdrowotnych powiększał się. W związku z tym wydatki na ochronę zdrowia siłą rzeczy również wzrastały. Tak samo jak w przypadku katalogu podmiotów uprawnionych do bezpłatnej służby zdrowia, brak było prawnych reguł obliczania wysokości wydatków⁹³.

Dla prowadzonych rozważań istotne znaczenie ma fakt, że przez cały okres funkcjonowania tego systemu nie uchylono przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym z 1933 r. dotyczących zakresu podmiotowego i przedmiotowego ochrony zdrowia. Katalog udzielanych świadczeń również wynikał z przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym⁹⁴. Wprowadzając budżetowy model finansowania ochrony zdrowia i rezygnując z dochodów uzyskiwanych z wpływów ze składki zdrowotnej, w dalszym ciągu posługiwano się nomenklaturą ubezpieczeniową. Zachowano przede wszystkim pojęcie ubezpieczonego. Posługiwanie się przez ustawodawcę pojęciami z zakresu modelu ubezpieczeniowego ochrony zdrowia nie mogło jednak przesądzać o istocie i głównych cechach systemu. Centralizacja i podporządkowanie służby zdrowia bezpośrednio ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, a także jednoznaczne określenie sposobu jej finansowania determinowało przyjęty w Polsce model ochrony zdrowia jako model budżetowy.

Przemiany ustrojowe i gospodarcze zapoczątkowane w 1989 r. miały istotny wpływ na organizację systemu ochrony zdrowia, nie spowodowały jednak zasadniczych zmian w katalogu źródeł jego finansowania. Ochrona zdrowia w dalszym ciągu finansowana była bezpośrednio z budżetu państwa. Na skutek przemian ustrojowych przywrócono do życia samorząd terytorialny, na który nałożono określone zadania z zakresu ochrony zdrowia. W związku z tym budżet jednostek samorządu terytorialnego stał się kolejnym obok budżetu państwowego źródłem finansowania ochrony zdrowia.

⁹³ Nie było norm prawnych uzależniających wysokość wydatków od zakresu działalności społecznych zakładów służby zdrowia.

⁹⁴ Zachowano pojęcia ustawowe dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego oraz przepisy, od których zależało powstawanie obowiązku ubezpieczeniowego i jego wygasanie w przedmiocie świadczeń z zakresu bezpłatnej służby zdrowia.

W dniu 15.01.1992 r. weszła w życie ustawa o zakładach opieki zdrowotnej⁹⁵. Określała ona przede wszystkim cel działalności zakładów opieki zdrowotnej, sposób ich tworzenia i funkcjonowania, a także zasady udzielania świadczeń zdrowotnych. Przepisy tej ustawy regulowały też sposób finansowania zakładów.

Zgodnie z art. 1 ust. 1 ustawy zakłady opieki zdrowotnej to wyodrębnione organizacyjnie zespoły osób i środków majątkowych utworzone i utrzymywane w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia⁹⁶. Katalog zakładów został określony w art. 2 ust. 1 u.z.o.z.⁹⁷ Ustawą o zakładach opieki zdrowotnej dokonano podziału na zakłady publiczne i niepubliczne. Zakłady opieki zdrowotnej mogły być tworzone także przez podmioty prywatne, co było istotną zmianą w stosunku do ustawy o społecznych zakładach służby zdrowia z 1948 r.

Gospodarka finansowa publicznych zakładów opieki zdrowotnej była uregulowana w przepisach art. 49–64 u.z.o.z. Mogła być ona realizowana w formie jednostki budżetowej lub zakładu budżetowego. Wybór formy organizacyjno-prawnej należał do organu tworzącego zakład (art. 51 u.z.o.z.). Zgodnie z art. 15 ust. 1 ustawy z 5.01.1991 r. – Prawo budżetowe⁹⁸ jednostki budżetowe pokrywały swoje wydatki bezpośrednio z budżetu, a uzyskiwane dochody odprowadzały na jego rachun-

⁹⁵ Ustawa z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.).

⁹⁶ Ustrój i zasady funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej regulowała ustawa, a także statuty poszczególnych zakładów, które powinny określać przede wszystkim cele, zadania, obszar działania, rodzaje i zakres udzielanych świadczeń, organy oraz zasady prowadzenia gospodarki finansowej (art. 11 ust. 1 i 2 u.z.o.z.). Zgodnie z art. 44 u.z.o.z. za czele zakładu stał kierownik. By on także umocowany do reprezentacji zakładu w stosunkach z osobami trzecimi oraz ponosił odpowiedzialność za zarządzanie nim. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej posiadały również rady nadzorcze, których skład i sposób działania określały statuty poszczególnych zakładów.

⁹⁷ Przykładowo należy wskazać, że do zakładów opieki zdrowotnej zaliczano m.in.: szpitale, przychodnie, ośrodki zdrowia, ambulatoria, pogotowia ratunkowe czy stacje sanitarno-epidemiologiczne. Zakłady mogły być tworzone przez ministrów lub centralne organy administracji rządowej, wojewodów, jednostki samorządu terytorialnego (w chwili wejścia w życie ustawy były to gminy oraz związki gminne), kościoły lub związki zawodowe (art. 8 ust. 1 u.z.o.z.).

⁹⁸ Dz.U. z 1993 r. Nr 72, poz. 344 ze zm.

nek. Rozliczały się z budżetem metodą brutto, właściwą dla jednostek budżetowych funkcjonujących na podstawie obecnie obowiązującego art. 11 u.f.p. W związku z tym jedynym źródłem finansowania zakładów opieki zdrowotnej działających w formie jednostek budżetowych był odpowiedni budżet (budżet państwa albo jednostki samorządu terytorialnego). Zakłady budżetowe były formą prowadzenia gospodarki pozabudżetowej. Swoje koszty pokrywały z uzyskiwanych dochodów własnych, co determinowało rozliczanie się z właściwym budżetem metodą netto, tak jak w przypadku obecnie funkcjonujących samorządowych zakładów budżetowych (art. 15 u.f.p.).

Zasady finansowania zakładów opieki zdrowotnej funkcjonujących w formie jednostek budżetowych i zakładów budżetowych w świetle obowiązującego wówczas prawa budżetowego oraz ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie różniły się od finansowania jednostek i zakładów wykonujących zadania spoza obszaru ochrony zdrowia⁹⁹.

Zgodnie z art. 50 u.z.o.z. publiczne zakłady działające w formie jednostek budżetowych pozostawiały w swojej dyspozycji 70% środków budżetowych niewykorzystanych w danym roku, a funkcjonujące w formie zakładów budżetowych – 70% wpłaty przeznaczonej dla właściwego budżetu¹⁰⁰.

Przepis art. 50 u.z.o.z. pozostawiał jednostkom pewną samodzielność w zakresie gospodarowania środkami publicznymi i jednocześnie stanowił przejaw zabezpieczenia sytuacji finansowej zakładów opieki zdrowotnej. Sytuacja ekonomiczna z.o.z. w latach 90. ubiegłego wieku

⁹⁹ Poza przepisem art. 50 u.z.o.z. nie było bowiem odrębnych przepisów określających zasady finansowania tych form organizacyjno-prawnych dostosowanych do swoistego zakresu zadań przez nie wykonywanych.

¹⁰⁰ W przypadku jednostek budżetowych przepis ten stanowił wyjątek od zasady finansowania brutto. Zakład działający w formie jednostki budżetowej mógł zatrzymać dla siebie część środków na następny rok budżetowy. Przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie wprowadzały żadnego ograniczenia czasowego co do wykorzystania tych środków. Również samorządowy zakład budżetowy nie miał określonego horyzontu czasowego, jeśli chodzi o wykorzystanie części wpłaty do budżetu pozostawionej dla siebie.

nie była korzystna. Wypracowanie przez zakłady budżetowe nadwyżki (w przypadku jednostek budżetowych niewykorzystanie części środków) należało do rzadkości. Wyjątkiem była sytuacja, w której jednostki budżetowe nie wykorzystywały swoich środków, np. z uwagi na błędne ich zaplanowanie w budżecie lub niepełne wykonywanie swoich zadań.

Na podstawie art. 49 pkt 2 u.z.o.z. publiczne zakłady mogły być także tworzone w formie samodzielnych zakładów pokrywających z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązania na zasadach określonych w powoływanej ustawie.

W dniu 5.12.1997 r. weszła w życie ustawa o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw¹⁰¹. Na mocy jej art. 1 pkt 63 uchylono cały art. 49 u.z.o.z. Zakłady te mogły od tego momentu funkcjonować zasadniczo tylko w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹⁰².

Przechodząc do problematyki samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w pierwszej kolejności należy wskazać, że posiadały one osobowość prawną. Zgodnie z art. 52 ust. 1 u.z.o.z. uzyskiwały ją z chwilą wpisu do rejestru publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Były podmiotami odrębnymi organizacyjnie od organów je tworzących.

¹⁰¹ Ustawa z 20.06.1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 104, poz. 661 ze zm.).

¹⁰² Na mocy ustawy zmieniającej z 1997 r. zmieniono nazwę publicznych zakładów opieki zdrowotnej na „samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej”. Ustawą nowelizującą wprowadzono art. 35c, zgodnie z którym publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogły być prowadzone w formie jednostek budżetowych lub samorządowych zakładów budżetowych, jeżeli ich prowadzenie w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej byłoby niecelowe lub przedwczesne. Nie zrezygnowano przy tym z wyposażenia zakładów działających we wskazanych wyżej formach w możliwość dysponowania 70% niewykorzystanych środków w danym roku budżetowym (w przypadku jednostek budżetowych) lub 70% wpłaty przeznaczonej dla budżetu (w przypadku zakładów budżetowych). Zrezygnowano zatem z prowadzenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej we wskazanych wyżej formach organizacyjno-prawnych, ograniczając ich funkcjonowanie do wyjątkowych sytuacji.

Źródła finansowania działalności publicznych zakładów zostały określone w przepisach art. 54 i 55 u.z.o.z. Artykuł 54 u.z.o.z. określał katalog dochodów, jakie zakłady te mogły uzyskiwać, natomiast przepis art. 55 stanowił podstawę prawną udzielania dotacji budżetowych dla publicznych z.o.z.¹⁰³

Katalog dochodów publicznych zakładów opieki zdrowotnej uzupełniały dotacje budżetowe. W pierwszej kolejności stwierdzić trzeba, że tylko organ tworzący dany zakład mógł udzielać mu dotacji, co wynikało wprost z art. 55 ust. 2 u.z.o.z.¹⁰⁴ Zgodnie z art. 55 ust. 1 u.z.o.z. publiczny z.o.z. mógł otrzymywać dotację na: realizację zadań w zakresie zapobiegania chorob i urazów oraz szerzenia oświaty zdrowotnej, pokrycie kosztów uczestniczenia w kształceniu i podnoszeniu kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne, wykonywanie określonych programów zdrowotnych, inwestycje, w tym zakup wysokospecjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej, a także na cele szczególne. Dotacja na cele szczególne musiała jednak wynikać z odrębnych przepisów materialnoprawnych.

Tak sformułowany katalog zadań, na które mogła być przekazywana dotacja budżetowa, determinował jej charakter prawny. W doktrynie wskazywano, że dotacja, o której mowa w art. 55 ust. 1 u.z.o.z., jest dotacją celową, ze wszystkimi tego konsekwencjami¹⁰⁵. Określone ustawowo cele przesądzały o zakwalifikowaniu analizowanej dotacji do kategorii

¹⁰³ Do publicznoprawnych dochodów tych zakładów ustawa zaliczała środki finansowe pochodzące z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na zlecenie organów tworzących dany zakład, a także na zlecenie innych zakładów. Publiczne zakłady mogły także otrzymywać środki na realizację zadań i programów zdrowotnych.

¹⁰⁴ W porównaniu z obecnie obowiązującymi przepisami ustawy o działalności leczniczej, dotyczącymi dotowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą, było to istotne ograniczenie. Zakaz dotowania zakładów powodował, że głównym źródłem finansowania ich działalności były przede wszystkim środki pochodzące z budżetu państwa, związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, oraz środki pochodzące z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, których organy były organami tworzącymi zakłady.

¹⁰⁵ E. Czolpińska, *Dotacja jako szczególna forma wydatku z budżetu jednostki samorządu terytorialnego*, „Finanse Komunalne” 2008/5, s. 35.

dotacji celowych¹⁰⁶. Przypomnieć także trzeba, że udzielenie dotacji celowej zakładowi opieki zdrowotnej było jedynie uprawnieniem, a nie obowiązkiem podmiotu dotującego.

Kolejnym źródłem finansowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej był obowiązek pokrywania niedoboru finansowego przez organ tworzący dany zakład. Zgodnie z art. 60 ust. 1 u.z.o.z. w brzmieniu pierwotnym niedobór finansowy zakłady miały pokrywać w pierwszej kolejności we własnym zakresie oraz z zaciąganych kredytów¹⁰⁷.

Publiczny zakład nie mógł być jednak zlikwidowany w przypadku gdy podstawą do jego likwidacji był wyłącznie niedobór finansowy, a dalsze istnienie zakładu uzasadnione było celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, przy czym ich realizacji nie mógł przejść inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwane sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością. Zakaz ten wynikał z art. 60 ust. 2 u.z.o.z.¹⁰⁸

Powoływaną już ustawą o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw z 1997 r. wprowadzono istotne zmiany w zakresie pokrywania niedoboru finansowego publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W kolejnych latach funkcjonowania ustawy o zakładach opieki zdrowotnej również dokonywano nowelizacji prze-

¹⁰⁶ K. Sawicka, *Dotacje z budżetu gminy jako szczególna forma wydatków publicznych* [w:] *Księga Jubileuszowa Profesora Marka Mazurkiewicza. Studia z dziedziny prawa finansowego, prawa konstytucyjnego i ochrony środowiska*, red. R. Mastalski, Wrocław 2001, s. 182.

¹⁰⁷ W przypadkach gdy zakład nie był w stanie pokryć niedoboru we własnym zakresie lub z kredytu bankowego, a rada nadzorcza nie wskazała innego źródła, organ, który utworzył zakład, był zobowiązany do jego likwidacji jako samodzielnej jednostki organizacyjnej (art. 60 ust. 3 u.z.o.z.). Na podstawie art. 60 ust. 6 u.z.o.z. zobowiązania likwidowanego zakładu opieki zdrowotnej stawały się zobowiązaniami Skarbu Państwa lub gminy, w zależności od organu tworzącego i likwidującego dany zakład.

¹⁰⁸ W przypadku braku możliwości całkowitej likwidacji zakładu organ założycielski, na podstawie art. 60 ust. 4 u.z.o.z., był zobowiązany pokryć niedobór finansowy zakładu i określić dalszą formę finansowania na zasadach określonych w art. 49 u.z.o.z. W związku z tym po raz kolejny budżet państwa lub gminy stawał się źródłem finansowania zobowiązań ówczesnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Takie zakłady musiały zostać przekształcone w jednostki budżetowe, co powodowało istotne obciążenie finansowe danego budżetu.

pisów dotyczących pokrywania niedoboru, jednak nie były to zmiany tak istotne jak wprowadzone powyższą ustawą.

Zgodnie ze znowelizowanym art. 60 ustawy u.z.o.z. samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywał we własnym zakresie ujemny wynik finansowy. Ustawodawca w tym przypadku zrezygnował zatem z możliwości pokrywania deficytu ze środków pochodzących z kredytu bankowego. Jeżeli ujemny wynik finansowy nie mógł być pokryty w sposób określony w art. 60 ust. 1 u.z.o.z., organ założycielski zobowiązany był do zmiany formy gospodarki finansowej zakładu lub do jego likwidacji¹⁰⁹.

Mimo dokonania nowelizacji analizowany przepis był nieprecyzyjnie sformułowany i budził wątpliwości. Wskazywano, że ustawodawca nie przesądził, w którym momencie należało podjąć decyzję o likwidacji zakładu. Twierdzono, że racjonalny ustawodawca nie może traktować każdego (incydentalnego) ujemnego wyniku finansowego jako przesłanki do likwidacji zakładu. Przesłanka likwidacyjna miała dotyczyć „ujemnego wyniku finansowego w znacznej wysokości i utrzymującego się przez dłuższy czas”¹¹⁰. W związku tym nawet wówczas, gdy brak było przesłanek z art. 60 ust. 2 u.z.o.z., organ założycielski nie miał prawnego obowiązku likwidacji zakładu w przypadku powstania ujemnego wyniku finansowego. Pokrywanie przez organy tworzące niedoboru, a następnie ujemnego wyniku finansowego, zostało zatem w praktyce

¹⁰⁹ Nie zmieniono jednak art. 60 ust. 2 u.z.o.z. statuującego zakaz likwidacji zakładu z uwagi na istnienie ujemnego wyniku finansowego. W przypadku istnienia przesłanek z art. 60 ust. 2 u.z.o.z., powodujących brak możliwości definitywnej likwidacji zakładu, ustawodawca utrzymał obowiązek pokrywania ujemnego wyniku finansowego publicznego z.o.z. Istotną zmianą w porównaniu z pierwotnym brzmieniem analizowanego przepisu był brak obowiązku organu tworzącego do jego przekształcenia. Zgodnie z nowym brzmieniem art. 60 ust. 4 u.z.o.z. organ, który utworzył zakład, z uwzględnieniem ust. 2, pokrywał ujemny wynik finansowy zakładu ze środków publicznych i mógł wyznaczyć formę dalszego finansowania zakładu na zasadach określonych w art. 35c u.z.o.z. W związku z takim brzmieniem przepisu organ tworzący nie miał już prawnego obowiązku przekształcenia zakładu w jednostkę budżetową lub zakład budżetowy.

¹¹⁰ J. Frąckowiak, *Łączenie lub podział samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, „Rejent” 2005/9, s. 63. Podobny pogląd wyraził NSA w Lublinie w wyroku z 13.03.2002 r., I SA/Lu 23/02, CBOSA.

przekształcone w zwyczajny sposób finansowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹¹¹. Nie bez znaczenia pozostawał również fakt, że obowiązujące wówczas regulacje prawne nie przewidywały jakichkolwiek konsekwencji prawnych powstania ujemnego wyniku finansowego wobec organów publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W świetle powyższych przepisów głównymi publicznoprawnymi źródłami finansowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej był budżet państwa, z którego przekazywane były środki na realizację świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych wówczas przez państwo, oraz środki pochodzące z budżetu gmin jako podmiotów tworzących zakłady.

3. Źródła finansowania ochrony zdrowia w latach 1999–2004

Na podstawie ustawy z 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym¹¹² uchylono ustawę o ubezpieczeniu społecznym z 1933 r. i istotnie zmieniono system organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Polsce¹¹³. Zgodnie z art. 1 u.p.u.z. wprowadzono model powszechnego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Tym samym ustawodawca zrezygnował z obowiązującego przez prawie 50 lat budżetowego modelu organizacji i finansowania ochrony zdrowia.

System ubezpieczenia zdrowotnego w świetle ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oparto na zasadach: solidarności społecznej, samorządności, samofinansowania, prawa wolnego wyboru świadczeniodawcy, zapewnienia równego dostępu do świadczeń, działalności kas chorych nie dla zysku, gospodarności i celowości działania oraz gwarancji państwa (art. 1 u.p.u.z.).

¹¹¹ M. Kachniarz, *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Warszawa 2008, s. 97–98.

¹¹² Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.

¹¹³ Ustawa ta, po długim okresie *vacatio legis*, weszła w życie dopiero 1.01.1999 r.

Główne znaczenie dla nowego systemu miała działalność kas chorych. Według art. 4 ust. 1 u.p.u.z. ubezpieczenie zdrowotne realizowane było przez instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, zwane w ustawie kasami chorych. Kasy zostały podzielone przez ustawodawcę na regionalne oraz branżowe kasy chorych, co wynikało wprost z art. 65 ust. 1 u.p.u.z.¹¹⁴

Zgodnie z art. 66 ust. 2 i art. 67 ust. 1 u.p.u.z. kasy chorych wyposażono w osobowość prawną, którą nabywały z chwilą wpisu do rejestru sądowego. Kasy działały na podstawie przywołanej ustawy oraz swoich statutów¹¹⁵. Były podmiotami prawa publicznego, z uwagi na ich przymusowe istnienie, nadzór nad działalnością i gospodarką finansową realizowany przez centralny organ administracji państwowej oraz funkcjonowanie nie dla zysku¹¹⁶.

Na podstawie art. 74 u.p.u.z. organami kas były rada kasy chorych oraz zarząd kasy chorych. Organizując świadczenia zdrowotne, kasy były zobowiązane zawierać umowy o udzielanie świadczeń ze świadczonodawcami posiadającymi uprawnienia do udzielania świadczeń, co wynikało wprost z art. 53 ust. 1 u.p.u.z. Umowy te miały charakter cywilnoprawny¹¹⁷. Warunkiem zawarcia umowy był obowiązek przepro-

¹¹⁴ Utworzono 16 regionalnych kas chorych oraz jedną branżową kasę realizującą zadania z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego na rzecz służb mundurowych funkcjonujących jako podstawowe jednostki organizacyjne ubezpieczenia zdrowotnego. Branżowa kasa chorych obejmowała swoim zakresem podmiotowym przede wszystkim żołnierzy zawodowych, funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Więziennej, Straży Granicznej oraz pracowników niektórych urzędów państwowych – rozporządzenie Rady Ministrów z 8.12.1998 r. w sprawie utworzenia branżowej kasy chorych dla służb mundurowych (Dz.U. Nr 148, poz. 969 ze zm.).

¹¹⁵ Do zakresu działania kas chorych należało, zgodnie z art. 72 u.p.u.z., wykonywanie wszelkich czynności z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, m.in. prowadzenie ewidencji osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, stwierdzanie i potwierdzanie prawa osoby ubezpieczonej do świadczeń, zarządzanie funduszami kasy, ustalanie planu finansowego, zawieranie i finansowanie umów o udzielanie świadczeń na rzecz ubezpieczonych oraz kontrola realizacji tych umów.

¹¹⁶ Z. Cybulski, *Komentarz do art. 67 [w:] Komentarz do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz przepisy wykonawcze*, red. T. Pęcherz, Warszawa 2000, s. 258.

¹¹⁷ A. Giżejowska, *Komentarz do art. 4 [w:] Komentarz do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym...*, s. 37.

wadzenia konkursu ofert, w związku z tym kasy chorych nie udzielały bezpośrednio świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym¹¹⁸.

Gospodarkę finansową kas chorych określały przepisy art. 124–141 u.p.u.z. Z punktu widzenia źródeł finansowania ochrony zdrowia istotne znaczenie miał katalog przychodów kas chorych. Przychodami tymi były: należne składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego wraz z odsetkami, dochody z lokat i papierów wartościowych emitowanych i gwarantowanych przez Skarb Państwa, darowizny i zapisy, kwoty wyrównania finansowego, środki na realizację profilaktycznych programów zdrowotnych lub programów profilaktyki zdrowotnej, a także inne przychody (art. 127 u.p.u.z.). Głównym źródłem finansowania ubezpieczeniowego systemu ochrony zdrowia i jednocześnie działalności kas chorych była składka na ubezpieczenie zdrowotne.

Zakres podmiotowy ubezpieczenia zdrowotnego został wskazany przez ustawodawcę w art. 2 u.p.u.z. Do osób ubezpieczonych zaliczono osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz cudzoziemców przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej z prawem do pracy, karty stałego pobytu lub karty czasowego pobytu, jeżeli podlegali obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczali się dobrowolnie¹¹⁹.

¹¹⁸ Kasa chorych gwarantowała swoim ubezpieczonym dostęp do ustawowo zapewnionych świadczeń zdrowotnych, które udzielane były przez świadczeniodawców. W myśl art. 7 pkt 23 u.p.u.z. przez świadczeniodawcę rozumiano zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie oraz grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych, osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej lub specjalistycznej praktyki albo osobę, która uzyskała fachowe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.

¹¹⁹ Zgodnie z art. 2 ust. 2 u.p.u.z. ubezpieczonymi byli także zamieszkujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej członkowie rodzin osób wskazanych wyżej, osoby posiadające obywatelstwo polskie niezamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli były objęte ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym, a także niektórzy cudzoziemcy wskazani w art. 2 ust. 2 pkt 3 i 4 u.p.u.z. Zakres podmiotowy ubezpieczenia zdrowotnego realizował zasadę powszechności wyrażoną w art. 1a u.p.u.z., jednak nie wszystkie grupy społeczne zostały objęte tym ubezpieczeniem (C. Włodarczyk, *Ustawa*

Katalog podmiotów ubezpieczonych według art. 2 u.p.u.z. nie przesądzał o obowiązku uiszczania składki na ubezpieczenie zdrowotne. Podmioty podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, które obowiązane były opłacać składkę zdrowotną bądź za które składkę należało odprowadzić, zostały skatalogowane w art. 8 pkt 1–22 u.p.u.z. Zawierał on katalog zamknięty, co oznacza, że zaistnienie okoliczności wskazanych w tym przepisie mogło powodować powstanie obowiązku ubezpieczeniowego¹²⁰.

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym szczegółowo regulowała sposób i chwilę powstania oraz wygaśnięcia obowiązku ubezpieczeniowego oraz konsekwencje z tym związane, a także odsyłała w tym zakresie do przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub ubezpieczeniu społecznym rolników¹²¹.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne została uregulowana w rozdziale 3 ustawy (w art. 19–30). Zgodnie z art. 23 u.p.u.z. składkę tę opłacały, co do zasady, osoby podlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu (art. 23 u.p.u.z.)¹²². Do procedury obliczania i poboru składki usta-

o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1997/7–8, s. 2–3).

¹²⁰ T. Pęcherz, *Komentarz do art. 8 [w:] Komentarz do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym...*, s. 66. Do katalogu osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zaliczane były przede wszystkim osoby objęte ubezpieczeniem społecznym lub ubezpieczeniem społecznym rolników, które były pracownikami, rolnikami lub ich domownikami, osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność lub osobami z nimi współpracującymi, osobami wykonującymi pracę na podstawie umowy agencyjnej albo umowy zlecenia lub osobami z nimi współpracującymi, osobami duchowymi, osobami wykonującymi pracę nakładczą, członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych, spółdzielni kółek rolniczych lub członkami ich rodzin. Dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegały natomiast wszystkie pozostałe osoby niewymienione w art. 8 pkt 1–22 u.p.u.z.

¹²¹ W świetle art. 8a ust. 1 u.p.u.z. obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważano za spełniony po zgłoszeniu osoby w kasie chorych i prawidłowym opłaceniu składki zdrowotnej. Po zgłoszeniu osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczeniowemu stawała się członkiem właściwej kasy chorych i uzyskiwała wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego (art. 8a ust. 2 u.p.u.z.).

¹²² Na potrzeby niniejszego rozdziału charakter prawny składki na ubezpieczenie zdrowotne zostanie przedstawiony w sposób syntetyczny, z uwagi na to, że zagadnienie to będzie przedmiotem analizy w kolejnym rozdziale. Jest to spowodowane podobieństwem

wodawca przewidział jednak instytucję płatnika. Do osób, za których składkę odprowadzał ich płatnik, zaliczano m.in. osoby pozostające w stosunku pracy lub w stosunku służbowym, osoby wykonujące pracę na podstawie umowy zlecenia lub umowy agencyjnej, a także osoby z nimi współpracujące, bezrobotnych pobierających zasiłek lub stypendium, osoby pobierające uposażenie posła lub senatora, a także osoby pobierające emeryturę lub rentę.

Przepis art. 25 u.p.u.z. uzupełniał katalog osób, które nie były bezpośrednio zobowiązane do opłacania składki. Miał on istotne znaczenie dla konstrukcji prawnej oraz relacji zachodzących pomiędzy składką zdrowotną a budżetem państwa i budżetami jednostek samorządu terytorialnego jako źródłami finansowania ochrony zdrowia. Zgodnie z art. 25 ust. 2 u.p.u.z. składki na ubezpieczenie zdrowotne wyżej wymienionych podmiotów oraz kombatantów wskazanych w tym przepisie były finansowane z budżetu państwa¹²³. W związku z tym powstała sytuacja, w której budżet państwa oraz budżety j.s.t., jako samoistne źródła finansowania ochrony zdrowia, stawały się także źródłem finansowania składki zdrowotnej. Ubezpieczenie zdrowotne nie było zatem finansowane wyłącznie ze środków własnych podmiotów w nim ubezpieczonych.

Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne była zróżnicowana w zależności od pozostawania przez ubezpieczonego w określonej grupie zawodowej i wielkości osiąganych przez niego przychodów. Zgodnie z art. 19 u.p.u.z. składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosiła 7,75%

konstrukcji prawnej składki w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

¹²³ W przypadku bezrobotnych nieposiadających prawa do zasiłku oraz osób niepobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego oraz niektórych dzieci uczniów i słuchaczy budżet państwa nie finansował bezpośrednio składek zdrowotnych, środki finansowe pochodzące z budżetu państwa nie trafiały bowiem bezpośrednio do ZUS odpowiedzialnego za pobór składek. Zgodnie z art. 25 ust. 2a u.p.u.z. jednostki samorządu terytorialnego otrzymywały dotacje celowe na zadania z zakresu administracji rządowej i do ich obowiązków należało odprowadzenie składki w powyższej sytuacji.

podstawy jej wymiaru. Przepis ten wprowadzał ogólną zasadę obliczania wysokości składki, od której istniały pewne wyjątki¹²⁴.

Sposób obliczania podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne uzależniony był od przynależności ubezpieczonego do określonej grupy społecznej i wykonywanej pracy. W przypadku osób pozostających w stosunku pracy, osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą, a także osób wykonujących pracę na podstawie umowy zlecenia czy umowy agencyjnej w celu obliczenia wysokości podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym odsyłała do przepisów określających podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe z pewnymi modyfikacjami wynikającymi z analizowanej ustawy.

W przypadku rolników podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników sposób obliczania podstawy wymiaru składki został ukształtowany odmiennie niż w przypadku pozostałych ubezpieczonych. Według art. 20 u.p.u.z. składka na ubezpieczenie zdrowotne rolników była równa kwocie odpowiadającej cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie rolnym dla celów wymiaru podatku rolnego. Odmienna konstrukcja sposobu obliczania podstawy wymiaru składki zdrowotnej w przypadku rolników wynikała przede wszystkim z faktu, że brak było mechanizmów prawnych właściwych do obliczenia wysokości uzyskiwanego przez rolników przychodu jak w przypadku pozostałych grup społecznych. Uprzywilejowanie rolników wynikało także z brzmienia art. 20 ust. 6 u.p.u.z.¹²⁵ Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym

¹²⁴ Przepis art. 19 u.p.u.z. w pierwotnym brzmieniu zakładał wysokość składki zdrowotnej na poziomie 10% podstawy wymiaru. W wyniku kolejnych nowelizacji wysokość składki zdrowotnej od 1.01.2003 r. wynosiła 8% podstawy wymiaru.

¹²⁵ Na podstawie tego przepisu wprowadzono górny limit wysokości należnej od rolnika składki. Nie mogła ona przekroczyć wysokości kwoty składki naliczanej z 50 ha przeliczeniowych prowadzonego gospodarstwa rolnego. Ograniczenie wysokości składki opłacanej przez rolnika miało wyjątkowy charakter w porównaniu z pozostałymi grupami ubezpieczonych, którzy takiej możliwości nie mieli.

rozstrzygała też sposób postępowania w przypadku powstania zbiegu tytułów do opłacania składki¹²⁶.

Po wprowadzeniu składki na ubezpieczenie zdrowotne do katalogu danin publicznoprawnych osoby ubezpieczone zostały obciążone dodatkowym ciężarem publicznoprawnym. W celu złagodzenia skutków nałożenia nowej daniny ustawodawca wprowadził mechanizm odliczania składki zdrowotnej od podatku dochodowego¹²⁷.

Składki na ubezpieczenie zdrowotne były ewidencjonowane i opłacane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych albo w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w zależności od grupy ubezpieczonych (art. 26 ust. 3 pkt 1 i 2 u.p.u.z.). Składkę na ubezpieczenie zdrowotne należało opłacać bez uprzedniego wezwania za każdy miesiąc kalendarzowy w trybie, na zasadach oraz w terminie przewidzianym dla składek na ubezpieczenie społeczne¹²⁸.

Podsumowując analizę konstrukcji prawnej składki na ubezpieczenie zdrowotne, należy stwierdzić, iż stanowiła ona istotne obciążenie wynagrodzenia za pracę ubezpieczonych, nie wystarczała jednak na pełne pokrycie kosztów działalności kas chorych. Zgodnie ze sprawozdaniami

¹²⁶ Zgodnie z art. 22 ust. 1 u.p.u.z., jeżeli spełnione były przesłanki do objęcia obowiązkiem ubezpieczeniowym z więcej niż jednego tytułu, to składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana była z każdego z tych tytułów oddzielnie. Również w ramach powstania zbiegu podstaw do opłacania składki zdrowotnej w ramach tego samego tytułu (np. pozostawanie przez ubezpieczonego w więcej niż jednym stosunku pracy) składka była opłacana od każdego ze źródeł przychodów oddzielnie. Taka konstrukcja przepisu była niekorzystna dla ubezpieczonych. Im więcej istniało tytułów do powstania obowiązku ubezpieczeniowego, tym większe było obciążenie składką.

¹²⁷ Zgodnie z art. 30 ust. 1 u.p.u.z. kwota składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 7,75% podstawy wymiaru podlegała odliczeniu od podatku dochodowego od osób fizycznych lub od zryczałtowanego podatku dochodowego z tytułu dochodów osiąganych przez osoby fizyczne prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą oraz przez osoby duchowne na zasadach określonych w odrębnych przepisach. W tym miejscu należy wskazać, że zasady odliczania składki zdrowotnej od podatków dochodowych będą przedmiotem rozważań w kolejnym rozdziale niniejszej pracy.

¹²⁸ W przypadku gdy do osób ubezpieczonych nie miały zastosowania przepisy o ubezpieczeniach społecznych, składkę zdrowotną należało odprowadzić w terminie do 15. dnia następnego miesiąca (art. 26 ust. 1 u.p.u.z.).

kas chorych za 2002 r. kasy wykazały łączną stratę w wysokości ponad 650 mln zł¹²⁹.

Ubezpieczeniowy system zdrowotny nie przejął wszystkich zadań państwa z zakresu ochrony zdrowia. Część zadań pozostała w gestii centralnych organów administracji rządowej. Za niektóre w dalszym ciągu odpowiedzialny był samorząd terytorialny, z tą różnicą, że na skutek reformy samorządowej od 1.01.1999 r. część zadań przejęły powiaty oraz województwa samorządowe. Budżet państwa i budżety gmin pozostały w dalszym ciągu źródłem finansowania ochrony zdrowia, a budżety powiatów i województw stały się nowym źródłem.

Przechodząc do budżetu państwa jako publicznego źródła finansowania ochrony zdrowia w latach 1999–2004, w pierwszej kolejności trzeba stwierdzić, że w wyniku reformy systemu ochrony zdrowia zaczął on pełnić zupełnie inną rolę. Do wejścia w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym budżet państwa był głównym źródłem finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Na skutek wprowadzenia powszechnego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego istotnie zmniejszyły się wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia. Konsekwencją zmiany systemu organizacji i finansowania ochrony zdrowia był także spadek dochodów budżetowych. Wynikało to z możliwości odliczenia kwoty składki na ubezpieczenie zdrowotne od podatków dochodowych do wysokości 7,75% podstawy jej wymiaru¹³⁰.

¹²⁹ *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia w 2003 r.*, s. 10, www.nfz.gov.pl (dostęp: 1.12.2015 r.). Według art. 127 pkt 5 u.p.u.z. przychodem poszczególnych kas chorych były kwoty wyrównania finansowego pomiędzy kasami chorych. Trzeba wskazać, że jest to źródło finansowania poszczególnych kas chorych, nie można jednak uznać wyrównywania finansowego za źródło finansowania ochrony zdrowia. Wyrównywanie to następowało bowiem na podstawie pozyskanych lub zaplanowanych przychodów (przede wszystkim przychodu ze składki na ubezpieczenie zdrowotne) i służyło jedynie równomiernej alokacji środków pozyskanych ze składki na ubezpieczenie zdrowotne pomiędzy kasy chorych.

¹³⁰ Część wydatków z budżetu państwa na ochronę zdrowia została już omówiona wyżej w rozważaniach dotyczących konstrukcji prawnej składki na ubezpieczenie zdrowotne, kwestia ta zostanie więc tutaj pominięta.

Z budżetu państwa były też finansowane niektóre świadczenia zdrowotne. Zgodnie z art. 165 ust. 2 u.p.u.z. świadczenia zdrowotne przysługujące na podstawie odrębnych ustaw osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego finansowane były z budżetu państwa na zasadach i w trybie określonych przepisami wykonawczymi. Wskazywały one właściwe części budżetowe, z których powyższe świadczenia miały być finansowane.

Budżet państwa stanowił także źródło finansowania tzw. procedur wysokospecjalistycznych. Na podstawie art. 31a ust. 5 u.p.u.z. wydano rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19.12.2001 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych, leków i leczniczych środków technicznych finansowanych z budżetu państwa, a także trybu nabywania i przekazywania świadczeniodawcom leków i leczniczych środków technicznych oraz trybu przekazywania środków publicznych na ich zakup¹³¹. Rozporządzenie w sposób szczegółowy regulowało sposób finansowania z budżetu państwa świadczeń zdrowotnych, leków oraz leczniczych środków technicznych.

Państwowe ratownictwo medyczne nie było objęte ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, sposób jego finansowania był określony w nieobowiązującej już ustawie z 25.07.2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹³². Zgodnie z przepisami tej ustawy ratownictwo medyczne finansowane było z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji właściwego miejscowo wojewody, na podstawie umów zawieranych z dysponentami jednostek.

Opierając się na dokonanych ustaleniach, należy przyjąć, że środki pochodzące z budżetu państwa zasilały m.in. plany finansowe kas chorych. Z tego budżetu było finansowane również ubezpieczenie zdrowotne, mimo istnienia odrębnego źródła jego finansowania. Budżet państwa

¹³¹ Dz.U. Nr 148, poz. 1663. Rozporządzenie to uchyliło rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 2.11.1998 r. w sprawie wykazu wysokospecjalistycznych procedur medycznych finansowanych z budżetu państwa oraz zasad i trybu udzielania tych świadczeń (Dz.U. Nr 140, poz. 910 ze zm.).

¹³² Dz.U. Nr 113, poz. 1207 ze zm.

był także źródłem finansowania ratownictwa medycznego, które pozostawało poza działalnością kas chorych.

Budżet państwa w latach 1999–2002 był więc drugim co do wielkości przekazywanych środków źródłem finansowania ochrony zdrowia. W 1999 r. z budżetu centralnego przekazano na ochronę zdrowia ponad 6 mld zł, w 2000 r. były to 4,3 mld zł, w 2001 r. – 4,6 mld zł, a w 2002 r. – 3,6 mld zł¹³³.

Trzecim co do wielkości publicznoprawnym źródłem finansowania ochrony zdrowia były budżety jednostek samorządu terytorialnego¹³⁴. Istotne znaczenie w tym zakresie miała reforma administracji publicznej 1998 r. Zgodnie z art. 47 ust. 1 przepisów wprowadzających ustawy reformujące administrację publiczną¹³⁵ od 1.01.1999 r. jednostki samorządu terytorialnego przejęły uprawnienia organu administracji rządowej, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym budżety j.s.t. zostały obciążone obowiązkiem utrzymywania dodatkowych zakładów opieki zdrowotnej, a w konsekwencji pokrywania ich ujemnych wyników finansowych oraz dotowania, co miało istotny wpływ na stronę wydatkową budżetów samorządowych¹³⁶. Nie zmieniła się natomiast forma prawna dokonywania

¹³³ K. Ząbek, C. Głogowski, J. Gierczyński, *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 1999–2003*, „Menedżer Zdrowia” 5/2003.

¹³⁴ Trzeba wskazać, że większość materii związanej z budżetem samorządowym została omówiona w części rozdziału dotyczącej ustalenia źródeł finansowania w modelu budżetowym organizacji i finansowania ochrony zdrowia obowiązującym w Polsce do 1999 r. Uwagi dotyczące finansowania zadań publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotami tworzącymi były jednostki samorządu terytorialnego, a także sposobu oraz przesłanek pokrywania ich ujemnego wyniku finansowego, są aktualne w odniesieniu do budżetu samorządowego jako źródła finansowania ochrony zdrowia w latach 1999–2004.

¹³⁵ Ustawa z 13.10.1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz.U. Nr 133, poz. 872 ze zm.).

¹³⁶ T. Pęcherz, *Organizacja systemu ubezpieczenia zdrowotnego [w:] Reforma służby zdrowia 1999. Zadania i kompetencje samorządu terytorialnego. Podręczniki dla samorządu terytorialnego*, red. T. Pęcherz, P. Stańczuk, Kraków 1998, s. 84.

wydatków budżetowych na zadania z zakresu ochrony zdrowia. Zmiana wysokości wydatków na ochronę zdrowia nie wynikała ze zmiany sposobu finansowania zakładów opieki zdrowotnej, a jedynie ze znaczącego wzrostu ich liczby¹³⁷.

Obowiązujący wówczas system kas chorych był poddawany krytyce, z uwagi na wady, jakie ujawniły się w czasie jego funkcjonowania. Podnoszono przede wszystkim, że istotnym minusem systemu jest błędna konstrukcja wyrównywania finansowego pomiędzy kasami oraz niejednolitość stosowanych przez kasy rozwiązań w zakresie kontraktowania świadczeń¹³⁸. Do pozytywnych cech tego systemu zaliczano jednak jego podstawowe źródło finansowania ochrony zdrowia, jakim była składka na ubezpieczenie zdrowotne, i odejście od budżetowego finansowania ochrony zdrowia¹³⁹.

Z dniem 1.04.2003 r. weszła w życie ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Na mocy jej przepisów zlikwidowano kasy chorych jako instytucje odpowiedzialne za organizację systemu ochrony zdrowia. W ich miejsce powołany został Narodowy Fundusz Zdrowia. W związku z tym odstąpiono od decentralizacji ochrony zdrowia. Ubezpieczenie zdrowotne w świetle nowej ustawy stało się źródłem o charakterze zcentralizowanym. Podmiotem zarządzającym organizacją i finansowaniem świadczeń zdrowotnych został NFZ.

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ funkcjonowała jedynie do 31.09.2004 r. Z dniem 1.10.2004 r. weszła w życie ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z uwagi na krótki okres obowiązywania ustawa ta miała charakter epizodyczny. Konieczność uchwalenia nowej ustawy regulującej organizację i finanso-

¹³⁷ Na etapie analizy konstrukcji prawnej składki zdrowotnej funkcjonującej na podstawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym została także podniesiona kwestia finansowania składki zdrowotnej z budżetów samorządowych. W związku z tym problematyka ta zostanie w tym miejscu pominięta.

¹³⁸ M. Żemojda, A. Płatkowska-Kułaj, M. Kowalski, *Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Komentarz*, Warszawa 2003, s. 23.

¹³⁹ M. Żemojda, A. Płatkowska-Kułaj, M. Kowalski, *Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu...*, s. 24.

wanie ochrony zdrowia wynikała z wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie K 14/03. Zgodnie z sentencją orzeczenia większość przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ została uznana za niezgodne z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP „przez to, że tworząc instytucję publiczną w kształcie uniemożliwiającym jej rzetelne i sprawne działanie naruszały zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”. Przepisy ustawy miały utracić moc obowiązującą 31.12.2004 r.¹⁴⁰

Z dokonanej analizy historycznoprawnej wynika, że sposób finansowania ochrony zdrowia, w tym źródła jej finansowania, ulegały istotnym przekształceniom. W dwudziestoleciu międzywojennym ochrona zdrowia była nierozdzielnie związana z ubezpieczeniem na wypadek choroby i macierzyństwa. Nie było odrębnego źródła finansowania ochrony zdrowia. Ze składki ubezpieczeniowej finansowane były świadczenia zdrowotne, ale także świadczenia związane z wystąpieniem ryzyka chorobowego, które nie dotyczyły bezpośrednio udzielania świadczeń z zakresu ochrony zdrowia. W związku z tym dochody ze składki ubezpieczeniowej musiały być dzielone na finansowanie zadań z zakresu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.

Po II wojnie światowej doszło do istotnej zmiany sposobu finansowania ochrony zdrowia. W pierwszej kolejności powojenna służba zdrowia została wyraźnie oddzielona od systemu ubezpieczenia społecznego. Należy podkreślić, że dokonany rozdział systemu ochrony zdrowia od ubezpieczenia społecznego funkcjonuje do chwili obecnej. Zrezygnowano także z ubezpieczeniowego modelu ochrony zdrowia. Wydatki na ochronę zdrowia zostały włączone do budżetu państwa. Głównym i jedynym źródłem finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia stał się budżet państwa. W modelu budżetowym nie było składki na ubez-

¹⁴⁰ Warto podkreślić, że wyrok TK w sprawie K 14/03 nie miał istotnego znaczenia dla konstrukcji prawnej źródeł finansowania ochrony zdrowia, w tym składki na ubezpieczenie zdrowotne.

pieczenie zdrowotne, ochrona zdrowia finansowana była z ogólnych dochodów budżetowych. Z uwagi na to, że w okresie PRL nie funkcjonował samorząd terytorialny, nie można także mówić o budżecie samorządowym jako źródle finansowania ochrony zdrowia. Odstąpienie od ubezpieczeniowego modelu finansowania wynikało głównie z przyjętego systemu polityczno-gospodarczego. Mimo przemian ustrojowych z 1989 r. taki stan utrzymał się do końca 1998 r. Jedyna zmiana w zakresie katalogu źródeł finansowania ochrony zdrowia wynikała z przywrócenia w 1990 r. samorządu terytorialnego. Nałożone na gminy obowiązki z tego zakresu, w tym utrzymywanie zakładów opieki zdrowotnej, spowodowały wyodrębnienie obok budżetu państwa budżetów samorządowych jako odrębnych źródeł finansowania ochrony zdrowia.

W wyniku dalszych reform gospodarczych i ustrojowych powrócono do systemu opartego na ubezpieczeniu zdrowotnym. W związku z tym głównym źródłem finansowania ponownie stała się składka na ubezpieczenie zdrowotne, nie zrezygnowano jednak z istniejących dotychczas źródeł finansowania ochrony zdrowia, tj. budżetu państwowego i samorządowego. Na skutek tego rozszerzono katalog źródeł, który od końca lat 90. XX w. obowiązuje w zmienionej postaci do chwili obecnej, powiększony jedynie o środki europejskie.

Katalog źródeł finansowania ochrony zdrowia w latach 1999–2003 miał zróżnicowany charakter. Mimo zmiany ustawodawstwa dokonanej w 2004 r. relacje prawne zachodzące pomiędzy poszczególnymi źródłami finansowania nie zostały jasno ustalone.

Rozdział III

MODELE OCHRONY ZDROWIA I ŹRÓDŁA ICH FINANSOWANIA

Przed ustaleniem konstrukcji oraz charakteru prawnego poszczególnych publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce konieczne jest przedstawienie założeń teoretycznych podstawowych modeli ochrony zdrowia. Umożliwi to podjęcie próby ustalenia charakteru polskiego systemu zdrowotnego oraz udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy można go zakwalifikować do któregośkolwiek z modeli teoretycznych.

W naukach ekonomicznych wyróżnia się cztery podstawowe modele finansowania i organizacji ochrony zdrowia: ubezpieczeniowy, budżetowy, socjalistyczny i rezydualny¹. W państwach Unii Europejskiej występuje głównie model ubezpieczeniowy (tzw. model Bismarcka) oraz model budżetowy (zaopatrzeniowy), nazywany modelem budżetowym lub modelem Beveridge'a². Ponadto można także wskazać na model rynkowy (rezydualny), funkcjonujący obecnie w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, oraz model socjalistyczny (tzw. model Siemaszki), który był stosowany w państwach Europy Środkowo-Wschodniej.

¹ J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania...*, s. 64.

² M. Dziubińska-Michalewicz, *Systemy ubezpieczeń zdrowotnych w wybranych krajach Unii Europejskiej (Francji, RFN, Szwecji, Wielkiej Brytanii)*. Raport nr 168, <http://biurose.sejm.gov.pl/teksty/r-168.htm> (dostęp: 7.06.2015 r.).

1. Model Bismarcka

Najstarszym historycznie modelem finansowania ochrony zdrowia jest model ubezpieczeniowy, którego główne źródło finansowania stanowią składki uiszczane przez podmioty objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Występuje on obecnie w wielu krajach Unii Europejskiej, m.in. w Niemczech, Holandii, Belgii, Austrii i Francji, choć nie w wersji pierwotnej. Model ten powstał w 1883 r.³ Podstawowym celem jego wprowadzenia była próba poprawy sytuacji zdrowotnej robotników jako element rywalizacji z ruchem socjalistycznym⁴.

W Cesarstwie Niemieckim z inicjatywy Bismarcka wprowadzono tzw. ustawodawstwo socjalne. W 1883 r. uchwalono ustawę wprowadzającą obowiązek ubezpieczeniowy w zakresie choroby, którego koszty ponosili wyłącznie pracodawcy. Sankcjonowała ona istniejące dobrowolne kasy chorych i tworzyła jednocześnie obowiązek przynależności do tych kas, który dotyczył wszystkich pracowników przemysłu⁵. Następnie w 1884 r. wprowadzono ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków, a w 1889 r. ubezpieczenia na wypadek starości i niezdolności do pracy⁶.

W modelu Bismarcka ochrona zdrowia opiera się na zabezpieczeniu podmiotów ubezpieczonych przed negatywnymi skutkami dla zdrowia, mogącymi wynikać z nieoczekiwanych zdarzeń losowych. Choroba jest rozumiana tutaj jako pewien rodzaj ryzyka społecznego. Wskutek powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń ryzyko rozkłada się na wszystkich ubezpieczonych. Z uwagi na to, że model ubezpieczeniowy jest nie tylko powszechny, ale i przymusowy, ryzyko choroby jest rozłożone na całe społeczeństwo⁷. Fundamentalną zasadą modelu Bis-

³ Inicjatorem jego powstania był kanclerz rzeszy niemieckiej Otto von Bismarck, dlatego analizowany model jest nazywany w nauce modelem Bismarcka.

⁴ A. Depta, *Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych w wybranych krajach* [w:] *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, red. J. Suchecka, Warszawa 2011, s. 23.

⁵ M. Dziubińska-Michalewicz, *Systemy ubezpieczeń zdrowotnych...*

⁶ M. Urbaniak, *Aspekty publicznoprawne...*, s. 36.

⁷ A. Depta, *Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych...*, s. 23–24.

marcka jest zagwarantowanie wszystkim obywatelom bezpieczeństwa zdrowotnego⁸.

Głównym celem funkcjonowania modelu Bismarcka jest ochrona społeczeństwa przed skutkami zdarzeń losowych, jakimi są przede wszystkim choroby. System ochrony zdrowia obejmował w pierwotnym modelu obowiązkowo wszystkie jednostki, dla których utrata zatrudnienia był jednocześnie przyczyną utraty minimalnego dochodu koniecznego do egzystencji. W przypadku osób osiągających dochody na odpowiednio wysokim poziomie ubezpieczenie zdrowotne nie było obowiązkowe. Takie osoby mogły być objęte systemem ubezpieczenia na zasadzie dobrowolności⁹.

W celu zapewnienia opieki zdrowotnej tworzone są instytucje ubezpieczeniowe – kasy chorych, które swoim zasięgiem obejmują grupy osób mające określone cechy wspólne (np. miejsce zamieszkania, rodzaj wykonywanego zawodu). Istnienie kas chorych jest podstawową cechą charakterystyczną modelu Bismarcka. Wskazane instytucje ubezpieczeniowe są głównymi organami powołanymi do zapewnienia obywatelom opieki na wypadek wystąpienia ryzyka ubezpieczeniowego.

Organy władzy publicznej nadzorują działalność instytucji ubezpieczeniowych, które są niezależne od administracji państwowej, oraz tworzą instytucjonalne ramy prawne dla funkcjonowania kas. Mają one prawnie zagwarantowaną autonomię. Ich zasadniczym uprawnieniem jest kontraktowanie usług medycznych ze świadczeniodawcami. Natomiast głównym uprawnieniem ubezpieczonego członka danej kasy jest możliwość wyboru pomiędzy świadczeniodawcami. Jest to prawo podmiotowe, co powoduje, że ubezpieczeni mogą żądać realizacji swoich praw na drodze sądowej¹⁰.

⁸ J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania...*, s. 65.

⁹ J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania...*, s. 64–65.

¹⁰ T. Tatała, A. Matysiak, A. Wyrozębska, *Opieka zdrowotna w krajach Unii Europejskiej – organizacja i finansowanie systemów ochrony zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 2009/119 (2), s. 176.

Kolejną cechą charakterystyczną modelu ubezpieczeniowego ochrony zdrowia jest jego odpłatność. Fundusze przeznaczane na realizację zadań państwa z zakresu ochrony zdrowia są tworzone z przychodów uzyskiwanych ze składek opłacanych zarówno przez pracowników, jak i przez pracodawców¹¹. Opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne w modelu Bismarcka jest obowiązkowe. Składka jest dodatkową daniną publiczną obciążającą koszty pracy. Jej uiszczanie daje świadczeniobiorcom prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia. Składki na ubezpieczenie zdrowotne zasilają odrębnie wydzielone fundusze, w związku z tym w modelu ubezpieczeniowym ochrony zdrowia przychody ze składek są łatwe do zidentyfikowania i muszą być przeznaczone na konkretny cel. Nie mogą one być przeznaczone na inne wydatki, niezwiązane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia¹².

Takie założenie powoduje, że wydatki przeznaczane na świadczenia zdrowotne udzielane w ramach powszechnego i obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego nie konkurują z innymi obligatoryjnymi wydatkami przeznaczanymi na zadania realizowane przez państwo. Ochrona zdrowia w modelu ubezpieczeniowym nie jest uzależniona od budżetu państwa w tak dużym stopniu jak w przypadku innych modeli.

Jako kolejną cechę ubezpieczeniowego modelu ochrony zdrowia w jego pierwotnej wersji należy wskazać przede wszystkim odpowiedzialność kas chorych za zawieranie ze świadczeniodawcami umów w przedmiocie udzielania określonych świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz podmiotów objętych ubezpieczeniem w danej kasie¹³. Warto podkreślić, że w analizowanym modelu nie ma jednej ogólnej i dostępnej dla wszystkich podmiotów kasy chorych. Instytucji ubezpieczeniowych działających jako kasy chorych jest wiele, a przynależność do nich jest ściśle reglamentowana.

¹¹ M. Dziubińska-Michalewicz, *Systemy ubezpieczeń zdrowotnych...*

¹² J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania...*, s. 65.

¹³ A. Depta, *Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych...*, s. 24.

W ubezpieczeniowym modelu ochrony zdrowia przychody z opłacanych przez podmioty ubezpieczone składek mają równoważyć się z wydatkami przeznaczanymi na świadczenie usług w ramach obowiązkowego ubezpieczenia. Większość decyzji dotyczących w szczególności obciążeń i uprawnień osób ubezpieczonych podejmowana jest bez udziału administracji państwowej, ale w granicach ram prawnych narzuconych przez państwo. Istotny wpływ na proces decyzyjny mają przede wszystkim reprezentanci świadczeniodawców (lekarzy, aptekarzy, szpitali) oraz władze lokalne¹⁴.

Wskazuje się, że pozytywną cechą modelu ubezpieczeniowego jest głównie możliwość tworzenia konkurencyjnych kas chorych jako instytucji ubezpieczeniowych posiadających dużą autonomię oraz możliwość zawierania umów ze świadczeniodawcami. Za wady analizowanego systemu uznaje się w naukach ekonomicznych przede wszystkim brak pełnego zwrotu kosztów leczenia, nadkonsumpcję usług przez pacjentów oraz narastające koszty¹⁵.

Jak już zostało wskazane, ubezpieczeniowy model ochrony zdrowia w wersji wprowadzonej na przełomie XIX i XX w. funkcjonuje w niektórych krajach europejskich. Jego obecna wersja jest jednak odmienna od pierwotnych założeń.

Niemiecki model ochrony zdrowia działa obecnie w oparciu o ustawowe ubezpieczenie zdrowotne (*Gesetzliche Krankenversicherung – GKV*). Jest on elementem systemu ubezpieczenia społecznego, w którego skład wchodzi także ubezpieczenie wypadkowe, emerytalne, od bezrobocia i pielęgnacyjne (§ 1 ust. 1 książki czwartej Kodeksu socjalnego¹⁶).

¹⁴ W. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź–Kraków–Warszawa 1996, s. 316.

¹⁵ A. Rabiega, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009, s. 48.

¹⁶ Sozialgesetzbuch (SGB) Viertes Buch (IV) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – vom. 23 Dezember 1976 (BGBl. I S. 3845), dalej powoływany jako SGB IV.

Podstawą prawną funkcjonowania niemieckiego ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego jest księga piąta Kodeksu socjalnego¹⁷. Zgodnie z § 1 SGB V celem ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego jest przywrócenie, utrzymanie i poprawa zdrowia osób ubezpieczonych. Podmiotami mającymi istotne znaczenia z punktu widzenia finansowania niemieckiego systemu ochrony zdrowia są kasy chorych oraz Fundusz Zdrowia. Kasy chorych w świetle § 29 ust. 1 SGB IV i § 4 ust. 1 SGB V są podmiotami prawa publicznego. Odpowiadają za gospodarowanie otrzymanymi środkami publicznymi oraz dokonywanie z nich wydatków. Status prawny kas chorych przesądza o tym, że regulacje prawnofinansowe ich funkcjonowania wchodzą w skład publicznego prawa finansowego¹⁸. Działalność finansowa kas chorych stanowi formę tzw. pośredniej władzy finansowej (*parafisci*)¹⁹. Niemieckie kasy chorych zasadniczo nie mogą zaciągać kredytów, co stanowi cechę szczególną prawa finansowego ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, odróżniającą je od ogólnego prawa budżetowego²⁰. Zachowują one także autonomię w stosunku do krajów związkowych mimo podporządkowania niektórych kas administracji danego kraju. Składki pobierane przez kasy nie podlegają reżimowi prawnemu budżetu federacyjnego ani budżetów krajów związkowych²¹.

Kasy są odpowiedzialne za organizację świadczeń zdrowotnych dla swoich członków²². Zostały one wyposażone w stosunkowo szeroką

¹⁷ Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftesbuch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung vom 20 Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), dalej powoływany jako SGB V.

¹⁸ F. Kirchhof, *Grundlagen der Finanzierung der Krankenversicherung* [w:] *Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1: Krankenversicherungsrecht*, Hrsg. B. Schulin, München 1994, s. 1319 i n.

¹⁹ H. Butzer, *Fremdlasten in der Sozialversicherung: Zugleich ein Beitrag zu den verfassungsrechtlichen Vorgaben für die Sozialversicherung*, Tübingen 2001, s. 266.

²⁰ S. Rixen, *Der Sozialversicherungsbeitrag als Basis der finanziellen Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung* [w:] *Handbuch des Krankenversicherungsrechts*, Hrsg. H. Sodan, München 2014, s. 1071–1072.

²¹ P. Axer [w:] *Kommentar zum Sozialgesetzbuch V*, Hrsg. W. Eichenhofer, U. Wenner, Köln 2013, s. 1756, komentarz do § 271.

²² Świadczeniobiorcom w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego przysługują przede wszystkim świadczenia rzeczowe w postaci m.in. opieki medycznej. Ubezpieczeni mają także prawo do pobierania zasiłku chorobowego (§ 46 SGB V). W niemieckim ustawodawstwie nie ma zatem rozdziału ubezpieczenia chorobowego od

samodzielność i są niezależne od organów władzy państwowej. Nadzór nad działalnością kas jest ograniczony. Do zadań państwa należy ustalenie ram prawnych funkcjonowania kas i ich kontrola²³.

Zakres podmiotowy ubezpieczenia obowiązkowego wynika z rozdziału drugiego SGB V (§ 5 i n.)²⁴. O istnieniu obowiązku ubezpieczeniowego decyduje posiadanie przez dany podmiot tytułu ubezpieczeniowego. Podmiotami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia są przede wszystkim: osoby zatrudnione, w tym robotnicy, pracownicy umysłowi, bezrobotni, artyści, osoby prowadzące działalność zarobkową, studenci, emeryci, a także osoby otrzymujące pomoc socjalną²⁵. Obowiązkowemu ubezpieczeniu podlega ok. 90% społeczeństwa²⁶.

Niemieckie ustawowe ubezpieczenie zdrowotne jest finansowane zasadniczo z dwóch źródeł. Głównym źródłem są przychody z tytułu opłacanych przez członków kas chorych składek ubezpieczeniowych. Źródłem o mniejszym znaczeniu fiskalnym są środki pochodzące z budżetu centralnego, w tym środki przekazywane Funduszowi Zdrowia na podstawie § 221 ust. 1 i 2 SGB V. W literaturze niemieckiej wskazuje się, że wykluczone jest finansowanie ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego ze środków pochodzących z budżetów krajów związkowych²⁷.

W myśl § 220 ust. 1 SGB V system ubezpieczenia zdrowotnego jest finansowany ze składek, w tym składek dodatkowych, oraz pozostałych

ubezpieczenia zdrowotnego, które w Polsce zostało wyodrębnione z systemu ubezpieczeń społecznych i posiada swój odrębny reżim prawny.

²³ Kancelaria Senatu, Biuro Analiz i Dokumentacji, Dział Analiz i Opracowań Tematycznych, *Finansowanie niemieckiego systemu opieki zdrowotnej*, listopad 2010, s. 5, <http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/106/plik/ot-594.pdf> (dostęp: 20.12.2016 r.).

²⁴ Przepisy SGB V dopuszczają także możliwość podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Ma ono stosunkowo wąski zakres podmiotowy, uzupełnia bowiem szeroki katalog podmiotów podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu.

²⁵ Status osób otrzymujących pomoc socjalną wynika z § 264 SGB V.

²⁶ Kancelaria Senatu, Biuro Analiz i Dokumentacji, Dział Analiz i Opracowań Tematycznych, *Finansowanie...*, s. 5.

²⁷ P. Axer [w:] *Kommentar zum Sozialgesetzbuch V...*, s. 1756.

wpływów. Do elementów konstrukcji prawnej składki w ustawowym ubezpieczeniu zdrowotnym należy zaliczyć przede wszystkim podstawę jej wymiaru oraz stawkę składki²⁸. W większości przypadków podmiotami zobowiązanymi do ponoszenia kosztów partycypowania w obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym w postaci opłacania składki ubezpieczeniowej są ubezpieczeni będący członkami danej kasy. Wyjątek stanowią członkowie kas posiadający tytuł do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego oparty na zatrudnieniu. Są oni zobowiązani do ponoszenia jedynie połowy kosztów składki zdrowotnej. W myśl § 249 ust. 1 SGB V połowę kosztów składek tych osób ponosi ich pracodawca.

Podstawa wymiaru składki zdrowotnej dla wszystkich ubezpieczonych jest uregulowana w przepisach SGB V w sposób szczegółowy. Zgodnie z § 226 ust. 1 SGB V dla osób zatrudnionych stanowiących największą wśród ubezpieczonych grupę społeczną podstawą wymiaru składki jest wynagrodzenie otrzymywane z tytułu zatrudnienia objętego obowiązkowym ubezpieczeniem, przy czym świadczenia przedemerytalne traktowane są na równi z wynagrodzeniem²⁹.

Kolejnym elementem konstrukcji prawnej niemieckiej składki zdrowotnej, mającym decydujące znaczenie dla wysokości obciążenia obowiązkowym jej opłacaniem, jest stawka składki. Wynika ona z § 241 SGB V i wynosi dla większości ubezpieczonych 14,6% podstawy wymiaru³⁰. Istnieje także stawka dodatkowa składki, która jest uzależniona od potrzeb finansowych kasy.

²⁸ Niemiecki ustawodawca nie wyróżnia jednoznacznie przedmiotu składki. Zależy on od tytułu do obowiązkowego ubezpieczenia oraz przynależności do danej kasy (członkostwa).

²⁹ Równoznaczne z wynagrodzeniem za pracę jest również otrzymywane przez uczniów w trakcie przyuczania do zawodu w ramach umowy o kształcenie wynagrodzenie z tytułu przyuczania (§ 226 ust. 1 zdanie drugie SGB V).

³⁰ Stawka w wysokości 14,6% podstawy wymiaru składki nie będzie miała zastosowania wobec wszystkich ubezpieczonych. Przepisy SGB wprowadzają dla niektórych ubezpieczonych możliwość modyfikacji jej wysokości. Jedynie przykładowo należy wskazać, że w przypadku członków kas niemających roszczeń wobec ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego obowiązuje obniżona stawka składki, która na podstawie § 243 SGB V wynosi 14% podstawy wymiaru.

Drugim mającym duże znaczenie źródłem finansowania niemieckiego systemu ochrony zdrowia jest budżet centralny. Na podstawie § 221 ust. 1 SGB V poczynając od 2017 r., państwo zobowiązane jest do przekazywania na rzecz Funduszu Zdrowia zryczałtowanej rekompensaty wydatków kas chorych na świadczenia pozaubezpieczeniowe w wysokości 14,5 mld euro rocznie³¹.

Fundusz Zdrowia jest zobowiązany do przekazywania odpowiedniej części otrzymanych z budżetu federacyjnego środków na rzecz poszczególnych kas chorych w wysokości przypadającego na daną kasę udziału. Kwota dotacji obliczana jest na podstawie stosunku liczby ubezpieczonych we właściwej kasie do liczby ubezpieczonych we wszystkich kasach³².

2. Model Narodowej Służby Zdrowia

Drugim powszechnie występującym w państwach europejskich modelem organizacji i finansowania ochrony zdrowia jest model budżetowy, nazywany także modelem Narodowej Służby Zdrowia (National Health Service). Został on wprowadzony po raz pierwszy w Wielkiej Brytanii w 1946 r. Był to zarządzany centralnie, powszechnie dostępny i bezpłatny system ochrony zdrowia. Podstawą dla stworzenia brytyjskiego modelu ochrony zdrowia był raport Williama Beveridge'a³³ „Ubezpieczenia społeczne i służby pokrewne” (*Social Insurance and Allied Services*), sporządzony 1.12.1942 r.³⁴

Raport Beveridge'a oprócz stworzenia powszechnej służby zdrowia przewidywał także system zasiłków rodzinnych oraz prowadzenie polityki

³¹ Dotychczas zryczałtowana rekompensata wynosiła: 10,5 mld euro za 2014 r., 11,5 mld euro za 2015 r. i 14 mld euro za 2016 r.

³² Przy obliczaniu wysokości dotacji brane są pod uwagę dane z roku poprzedzającego rok jej otrzymania.

³³ Dlatego model ochrony zdrowia funkcjonujący w Wielkiej Brytanii nazywany jest modelem Beveridge'a. Tak jak w przypadku modelu Bismarcka funkcjonuje on obecnie w zmienionej formie.

³⁴ M. Urbaniak, *Aspekty publicznoprawne...*, s. 39.

pełnego zatrudnienia. Wskazywał na konieczność funkcjonowania nieodpłatnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej. Ochrona zdrowia opierała się na trzech zasadach: powszechności, jednolitości oraz równości. Zgodnie z zasadą powszechności ochrona zdrowia obejmowała wszystkich obywateli, bez względu na pozycję społeczną lub wykonywany zawód. Według zasady jednolitości ochroną zdrowia zarządzał jeden spójny system administracyjny. Zasada równości oznaczała natomiast gwarancję otrzymania przez obywatela określonych świadczeń zdrowotnych w niezbędnej dla jego potrzeb ilości³⁵.

Brytyjski model Narodowej Służby Zdrowia występuje obecnie m.in. w Wielkiej Brytanii, Irlandii, Szwecji, Finlandii i Danii, a także we Włoszech.

W analizowanym modelu potrzeby zdrowotne traktowane są jako uniwersalne uprawnienie wszystkich obywateli. W związku z tym wszystkie podmioty powinny mieć zagwarantowane świadczenia zdrowotne. Jedynym kryterium, jakie stosuje się w przypadku udzielania świadczeń opieki medycznej, jest potrzeba zdrowotna³⁶. Obowiązek zapewnienia opieki medycznej jest tutaj nałożony na państwo, brak jednak instytucji ubezpieczeniowych funkcjonujących na tak szeroką skalę jak w przypadku modelu Bismarcka.

Pomimo że opieka zdrowotna jest zapewniana i finansowana przez państwo, na rynku usług medycznych istnieją prywatne podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Osoby uprawnione do publicznej opieki zdrowotnej mają możliwość wyboru udzielanych im świadczeń, a także podmiotów, które ich udzielają w ramach systemu Narodowej Służby Zdrowia oraz poza tym systemem. Główne założenie tego modelu wynikało z powszechnego dostępu do służby zdrowia przez wszystkie podmioty – zakładano, że wydatki przeznaczane przez państwo na ochronę zdrowia będą z roku na rok malały. Przyczyną takiego zjawiska miało być istnienie w społeczeństwie stałej liczby chorób. Wraz z upowszechnieniem służby zdrowia liczba ta miała się zmniejszać,

³⁵ A. Depta, *Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych...*, s. 33–34.

³⁶ W. Włodarczyk, *Polityka...*, s. 317.

a w związku z tym wydatki również miały ulec pomniejszeniu. Powyższe założenie okazało się nietrafne. Wydatki na ochronę zdrowia w okresie następującym po wprowadzeniu modelu Beveridge'a zaczęły wzrastać. Na skutek tego powstała konieczność poszukiwania dodatkowych źródeł finansowania systemu³⁷.

W modelu Narodowej Służby Zdrowia ochrona zdrowia jest finansowana bezpośrednio z budżetu państwa lub z budżetów samorządu terytorialnego³⁸. W pierwotnych założeniach analizowanego modelu nie było odrębnych funduszy zasilanych przeznaczonymi na finansowanie ochrony zdrowia dochodami. W związku z tym brytyjski system ochrony zdrowia finansowany jest przede wszystkim z podatków państwowych lub lokalnych³⁹. Do zasadniczych cech służby zdrowia opartej na modelu Beveridge'a w Wielkiej Brytanii zalicza się m.in. stosunkowo mały zakres działalności sektora prywatnego w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, niewielki udział pacjenta w ponoszeniu kosztów leczenia oraz finansowanie personelu lekarzy na zasadzie stałego wynagrodzenia lub ryczałtu – kapitulacji⁴⁰.

Omawiany model charakteryzuje się przede wszystkim nałożeniem odpowiedzialności za organizację ochrony zdrowia i zapewnienie świadczeń opieki zdrowotnej na państwo. Cele systemu są realizowane przez organy administracji państwowej. W przeciwieństwie do modelu Bismarcka państwo nie przerzuca ciężaru zorganizowania systemu opieki medycznej na inne podmioty (kasy chorych). Decyzje w zakresie organizacji i finansowania systemu są scentralizowane i w dużej mierze zależą od uwarunkowań politycznych. Państwo w pierwotnych założeniach tego modelu ma monopol w zatrudnianiu personelu medycznego⁴¹.

Do zalet modelu Narodowej Służby Zdrowia należy zaliczyć przede wszystkim powszechny dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej przez

³⁷ M. Urbaniak, *Aspekty publicznoprawne...*, s. 40–41.

³⁸ J. Jończyk, *Zasady i modele ochrony zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2010/8, s. 12.

³⁹ M. Dziubińska-Michalewicz, *Systemy ubezpieczeń zdrowotnych...*

⁴⁰ M. Dziubińska-Michalewicz, *Systemy ubezpieczeń zdrowotnych...*

⁴¹ W. Włodarczyk, *Polityka...*, s. 317.

wszystkich obywateli, a także zagwarantowanie nieodpłatności udzielanych świadczeń. Wskazuje się, że walorem opisywanego modelu jest stałe finansowanie z budżetu państwowego. Za pozytywne cechy uznaje się także centralną kontrolę nad systemem oraz nałożenie na państwo odpowiedzialności za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej oraz za stan zdrowia społeczeństwa⁴². Jako wady modelu Beveridge'a wymienia się m.in. ograniczoną możliwość wyboru przez pacjenta świadczeniodawcy oraz upolitycznienie decyzji dotyczących organizowania i finansowania udzielanych świadczeń⁴³.

Narodowa Służba Zdrowia w Anglii, Irlandii Północnej, Szkocji oraz Walii jest obecnie zarządzana w sposób odrębny i niezależny. Na przestrzeni ostatnich lat pojawiły się nieznaczne różnice pomiędzy tymi systemami, przyjmuje się jednak, iż stanowią one jednolity model⁴⁴. Podstawy prawne organizacji i finansowania NHS wynikają przede wszystkim z National Health Service Act z 2006 r.⁴⁵ oraz Health and Social Care Act z 2012 r.⁴⁶, który w znacznej części stanowi nowelizację NHS Act 2006.

Za organizację brytyjskiego modelu ochrony zdrowia odpowiedzialny jest Departament Zdrowia, kierowany przez Sekretarza Stanu do spraw Zdrowia (Secretary of State for Health) wspomaganego przez ministra zdrowia. Wymienione organy odpowiedzialne są za utrzymanie, funkcjonowanie oraz rozwijanie NHS, wyznaczają jej cele, a także mają prawo do podejmowania środków nadzorczych w sytuacjach kryzysowych. Secretary of State for Health jest zobowiązany do zapewnienia ogółu dochodów przeznaczanych na finansowanie Narodowej Służby Zdrowia. Do jego kompetencji należy negocjowanie z ministrem finansów

⁴² A. Rabiega, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego...*, s. 48.

⁴³ A. Przybyłka, *Przyczyny i uwarunkowania systemowych rozwiązań opieki zdrowotnej*, „Antidotum – Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej” 2003/2, s. 63.

⁴⁴ J. Merrills, J. Fisher, *Pharmacy law and practice*, Oxford 2013, s. 11.

⁴⁵ National Health Service Act 2006, chapter 41, dalej powoływany jako NHS Act 2006.

⁴⁶ Health and Social Care Act 2012, chapter 7, dalej powoływany jako HSC Act 2012.

poziomu finansowania Narodowej Służby Zdrowia. Wspiera on również politykę rządu w zakresie poprawy stanu zdrowia ludności⁴⁷.

Jak już ustalono, angielski system ochrony zdrowia jest finansowany z ogólnych dochodów budżetu państwa (funduszu skonsolidowanego)⁴⁸. Dochodami o zasadniczym znaczeniu dla budżetu angielskiego są m.in. podatki dochodowe, podatek od wartości dodanej, a także wpływ z podatku akcyzowego obciążającego produkcję paliw, wyrobów alkoholowych oraz tytoniowych⁴⁹. Ponad 75% środków wydatkowanych na rzecz Narodowej Służby Zdrowia pochodzi z budżetu centralnego. Oznacza to, że budżet państwa jest głównym, ale nie jedynym źródłem jej finansowania. W około 20% NHS finansowana jest ze środków pochodzących z systemu ubezpieczenia społecznego. Wydatki przeznaczone na realizację zadań państwa z zakresu ochrony zdrowia stanowią w Anglii drugą największą pozycję wydatków publicznych (pierwsze miejsce zajmuje realizacja wydatków na rzecz systemu ubezpieczenia społecznego). Ogólna kwota wydatków publicznych dokonywanych na pokrycie kosztów systemu ochrony zdrowia stanowi 18% całości dochodów budżetowych w ujęciu rocznym, powiększonych o składki pobierane w ramach ubezpieczenia społecznego⁵⁰.

Zgodnie z art. 226 NHS Act 2006 organy zarządzające strukturą Narodowej Służby Zdrowia zobowiązane są w odniesieniu do każdego roku obrotowego do utrzymywania równowagi budżetowej. Powołany przepis wyraża prawny nakaz dokonywania wydatków, których ogólna wysokość nie może przekroczyć łącznej kwoty dochodów uzyskiwanych przez poszczególne podmioty, w tym przyznanych środków pochodzących z budżetu państwa. Na podstawie art. 226 pkt 3 NHS Act 2006 Sekretarz Stanu jest upoważniony do wydawania zaleceń organom NHS,

⁴⁷ S. Boyle, *Health systems in transition. United Kingdom (England)*, „Health System Review” 2011, s. 30.

⁴⁸ R. Harker, *NHS funding and expenditure*, „House of Commons Library” 2011, s. 3. W angielskim systemie finansów publicznych odpowiednikiem budżetu centralnego jest Fundusz Skonsolidowany.

⁴⁹ S. Boyle, *Health systems in transition...*, s. 85.

⁵⁰ P. Davies, *The concise NHS handbook 2013/14. The essential guide to the new NHS in England*, London 2013, s. 110.

które w jego ocenie są niezbędne w celu utrzymania stanu równowagi finansowej.

Składka pobierana w ramach systemu ubezpieczenia społecznego (*National Insurance Contribution*) jako źródło finansowania Narodowej Służby Zdrowia ma dużo mniejsze znaczenie. Tylko niewielka część składek ubezpieczeniowych stanowi dochód przeznaczany na realizację zadań państwa w zakresie ochrony zdrowia. Organy Narodowej Służby Zdrowia nie mają żadnego wpływu na zasady ustalania wysokości składek w angielskim ubezpieczeniu społecznym, nie mają też uprawnień w zakresie poboru składki. NHS otrzymuje jedynie ustaloną w sposób procentowy część składki. Większość wpływów z ich tytułu zasila Narodowy Funduszu Ubezpieczeń (*National Health Insurance*). Zgodnie z sekcją 161 pkt 2 *Social Security Administration Act* z 1992 r.⁵¹ jest to podmiot pozostający pod zarządem Służb Podatkowych i Celnych (*Commissioners for Her Majesty's Revenue and Customs*). Z jego dochodów finansowane są m.in. niektóre emerytury, zasiłki opiekuńcze, zasiłki chorobowe, a także zasiłki macierzyńskie i inne świadczenia związane z opieką nad dziećmi.

Źródłem finansowania Narodowej Służby Zdrowia w Anglii są również opłaty pobierane z tytułu udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz usług medycznych⁵². Dochody uzyskiwane w związku z pobieraniem opłat od świadczeniobiorców mają charakter marginalny w porównaniu z wysokością środków pochodzących z budżetu państwa oraz z uiszczanych składek na ubezpieczenie społeczne przeznaczanych na wydatki z zakresu ochrony zdrowia. Obecnie wpływy z tytułu opłat stanowią około 2% całości środków pozostających w dyspozycji NHS⁵³.

Nie stanowią natomiast źródła finansowania Narodowej Służby Zdrowia budżety samorządowe, których zasadnicza część dochodów pochodzi

⁵¹ *Social Security Administration Act 1992*, chapter 5, dalej powoływany jako SSAC 1992.

⁵² A. Oliver, *The English National Health Service: 1979–2005*, „Health Economics” 2005/14, s. 83–86.

⁵³ P. Davies, *The concise NHS handbook 2013/14...*, s. 111.

z tytułu podatków lokalnych. Z budżetów samorządowych są finansowane jedynie wydatki przeznaczane na realizację zadań z zakresu zabezpieczenia społecznego, do których zalicza się m.in. opiekę domową i funkcjonowanie domów opieki społecznej⁵⁴.

Drugim przykładem budżetowego modelu finansowania ochrony zdrowia jest włoski system zdrowotny. Funkcjonuje on w oparciu o Narodową Służbę Zdrowia (*Servizio Sanitario Nazionale* – SSN). Struktura organizacyjna systemu ochrony zdrowia we Włoszech oparta jest na działalności instytucji publicznych na szczeblu państwowym oraz regionalnym. Głównym organem administracji państwowej odpowiedzialnym za funkcjonowanie Narodowej Służby Zdrowia jest minister zdrowia. Na poziomie regionalnym zasadniczą 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 nr 833 z 23.12.1978 r.⁵⁵ 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.

Za realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia powierzonych regionom są odpowiedzialne głównie tzw. departamenty zdrowia. Do ich zadań należy m.in. sporządzanie trzyletnich regionalnych planów zdrowotnych, zarządzanie lokalnymi jednostkami służby zdrowia, a także koordynacja opieki zdrowotnej na etapie regionalnym. Znaczne kompetencje z zakresu ochrony zdrowia mają też rady regionalne jako organy ustawodawcze poszczególnych regionów. Posiadają one kompetencje w zakresie ustalania zasad i organizacji regionalnych systemów ochro-

⁵⁴ S. Boyle, *Health systems in transition...*, s. 88.

⁵⁵ Legge del 23 dicembre 1978, n. 833, Gazzetta Ufficiale del 28 dicembre 1978, n. 360, dalej powoływana jako ustawa 1978/833.

ny zdrowia oraz kryteriów finansowania lokalnych jednostek służby zdrowia i przedsiębiorstw szpitalnych⁵⁶.

Włoski system ochrony zdrowia finansowany jest zasadniczo ze środków publicznych pochodzących z budżetu centralnego oraz budżetów regionów. Na poziomie centralnym Narodowa Służba Zdrowia finansowana jest z ogólnych dochodów budżetowych. Organy administracji rządowej zobowiązane są do określenia środków finansowych na poziomie niezbędnym do zagwarantowania prawidłowej realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia. W wyniku tego państwo ma obowiązek ustalenia źródeł finansowania Narodowej Służby Zdrowia. Środki finansowe z budżetu państwa są przekazywane na rzecz poszczególnych regionów⁵⁷. Istotne znaczenie ma także udział świadczeniobiorców w finansowaniu przysługujących im świadczeń opieki zdrowotnej. Są oni zobowiązani do uiszczenia opłaty za niektóre rodzaje udzielanych świadczeń⁵⁸. Wysokość środków prywatnych przeznaczanych na płatności świadczeniobiorców związane z ochroną zdrowia wynosi ok. 17,8% całości wydatków systemu⁵⁹.

Zasadnicze znaczenie dla finansowania Narodowej Służby Zdrowia mają środki ustawowo przekazane do dyspozycji regionom włoskim. Należy do nich zaliczyć przede wszystkim podatek regionalny od działalności produkcyjnej⁶⁰, dodatek regionalny do podatku dochodowego od osób fizycznych⁶¹, jak również część środków pochodzących z wpływów

⁵⁶ 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” 2014/16 (4), s. 21–22.

⁵⁷ G. Cilione, *Diritto sanitario. Profili costituzionali e amministrativi, ripartizione delle competenze, organizzazione, prestazioni, presidi sanitari privati, professioni*, „Santarcangelo di Romagna Maggioli Editore” 2005, s. 265.

⁵⁸ F. Reviglio, *Health care and its financing in Italy: issues and reform options*, „IMF Working Paper” 2000, s. 6.

⁵⁹ F. Ferre, A. Giulio de Belvis, L. Veriano, S. Longhi, A. Lazzari, G. Fattore, W. Ricciardi, A. Maresso, *Italy...*, s. 41.

⁶⁰ Imposta regionale sulle attività produttive, dalej powoływany jako IRAP.

⁶¹ Imposta sul reddito delle persone fisiche, dalej powoływany jako IRPEF.

z podatku od wartości dodanej⁶². Warto podkreślić, że w większości przypadków regiony nie mają wpływu na konstrukcję prawną źródeł finansowania ochrony zdrowia, zostały im jedynie przekazane wpływy z poszczególnych danin publicznych.

Tak ukształtowany katalog źródeł finansowania jest efektem wieloletnich przeobrażeń organizacji włoskiego systemu ochrony zdrowia. Na przestrzeni lat Narodowa Służba Zdrowia była finansowana z różnych źródeł. Obok ogólnych dochodów budżetowych przeznaczanych na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia funkcjonowała także obowiązkowa składka na ubezpieczenie zdrowotne.

Odpowiedzialność za kształt źródeł finansowania Narodowej Służby Zdrowia we Włoszech ponoszą organy administracji państwowej. Źródła te przekazano do dyspozycji regionów, które mogą nimi swobodnie dysponować w celu realizacji nałożonych na nie zadań. Sposób wydatkowania środków publicznych zależy w dużej części od przyjętych w danych regionach modeli zarządzania regionalnym systemem zdrowotnym. Skutkiem przyznania regionom autonomii w przedmiocie finansowania Narodowej Służby Zdrowia jest powstanie systemu ochrony zdrowia, którego podstawę stanowią modele regionalne⁶³.

3. Model socjalistyczny

Trzecim wywodzącym się z państw europejskich modelem ochrony zdrowia był socjalistyczny model narodowego systemu ochrony zdrowia. Powstał w latach 30. XX w. i funkcjonował w krajach Europy Środkowo-Wschodniej do końca lat 80⁶⁴.

⁶² F. Ferre, A. Giulio de Belvis, L. Veriano, S. Longhi, A. Lazzari, G. Fattore, W. Ricciardi, A. Maresso, *Italy...*, s. 51; M. Urbaniak, *Aspekty publicznoprawne...*, s. 307.

⁶³ M. Urbaniak, *Aspekty publicznoprawne...*, s. 319.

⁶⁴ Model ten został oparty na założeniach skonstruowanych przez ówczesnego komisarza do spraw zdrowia ZSRR Mikołaja Siemaszkę, dlatego socjalistyczny model służby zdrowia jest nazywany także modelem Siemaszki.

Stanowił on podstawę tworzenia socjalistycznej służby zdrowia, której ideą było przejęcie przez państwo odpowiedzialności za zdrowie społeczeństwa. W nauce wskazuje się jednak, że szczegółowa analiza modelu Siemaszki jest bardzo utrudniona. Wynika to przede wszystkim z faktu, że jest on mocno związany z dominującą ideologią, brakuje także wyraźnego oddzielenia teoretycznych postulatów od rzeczywiście funkcjonujących rozwiązań systemowych⁶⁵.

Model socjalistyczny charakteryzował się scentralizowaną organizacją i finansowaniem ochrony zdrowia opartym na centralnym planowaniu. Udzielane świadczenia zdrowotne były finansowane z ogólnych dochodów podatkowych za pośrednictwem budżetu państwa. Opiekę zdrowotną na rzecz obywateli świadczyły wyłącznie podmioty państwowe. Personel lekarski był zatrudniany jedynie na państwowych stanowiskach. Według modelu Siemaszki obywatele mieli mieć zagwarantowany całkowicie bezpłatny dostęp do świadczeń zdrowotnych, z wyjątkiem niektórych leków. Brak też było jakiegokolwiek autonomii podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej. W tym modelu nie było prywatnej służby zdrowia⁶⁶.

Wskazuje się, że jego podstawową funkcją nie było zaspokajanie zbiorowych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, ale przede wszystkim realizowanie politycznej kontroli nad nim. Powszechny i sprawiedliwy dostęp do świadczeń zdrowotnych miał charakter teoretyczny, zaś uprzywilejowane były w tym zakresie elity polityczne⁶⁷.

Do zalet socjalistycznego modelu służby zdrowia zalicza się objęcie ochroną zdrowia całego społeczeństwa, symboliczne obciążenie obywateli kosztami leków oraz jednolite kierownictwo⁶⁸. Jednakże powyższe założenia ideologiczne w rzeczywistości nie były realizowane i miały charakter wyłącznie polityczny. Wskutek stosowania w państwach re-

⁶⁵ J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania...*, s. 67.

⁶⁶ A. Frączkiewicz-Wronka, Z. Skrzypczak, *Organizacja i funkcjonowanie europejskich systemów ochrony zdrowia* [w:] *Ochrona zdrowia na świecie*, red. K. Ryć, Z. Skrzypczak, Warszawa 2011, s. 172.

⁶⁷ W. Włodarczyk, *Polityka...*, s. 320.

⁶⁸ A. Rabiega, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego...*, s. 49.

alnego socjalizmu modelu Siemaszki stan zdrowia obywateli nie był wystarczająco dobry⁶⁹.

Powyższy model funkcjonował także w Polsce. Pod koniec lat 90. XX w. zrezygnowano z niego na rzecz utworzenia ubezpieczeniowego systemu ochrony zdrowia opartego na funkcjonowaniu kas chorych.

4. Model rezydualny

Ostatnim mającym istotne znaczenie modelem ochrony zdrowia jest funkcjonujący obecnie w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie tzw. model rezydualny. W przeciwieństwie do opisywanych wyżej rozwiązań w modelu rezydualnym organy władzy publicznej w znacznej części nie są odpowiedzialne za zapewnienie swoim obywatelom świadczeń opieki zdrowotnej⁷⁰. Z uwagi na brak odpowiedzialności państwa istotne znaczenie ma zasada odpowiedzialności indywidualnej poszczególnych jednostek. W modelu amerykańskim obywatele podejmują swobodne decyzje dotyczące ponoszenia ryzyka zdrowotnego. Pozostawia im się wybór w zakresie przeznaczania dochodów i decydowania o swoich wydatkach.

W modelu rezydualnym należy odróżnić sferę zdrowia publicznego od sfery zdrowia indywidualnego. Za obszar zdrowia publicznego odpowiedzialność ponoszą organy władzy publicznej, tak jak w przypadku modelu Bismarcka czy Narodowej Służby Zdrowia. Gwarantuje to powszechny dostęp do świadczeń zapobiegawczych, który jest uznawany za cel polityczny. Obszar zdrowia indywidualnego jest natomiast pozostawiony poszczególnym obywatelom⁷¹.

⁶⁹ W. Włodarczyk, *Polityka...*, s. 322–323.

⁷⁰ W. Jagoszewski, *Opieka zdrowotna w działalności samorządów terytorialnych* [w:] *Funkcjonowanie instytucji demokratycznych w Polsce. Zarządzanie w samorządach terytorialnych*, red. J. Muszyński, Gdynia–Warszawa 2000, s. 102–103.

⁷¹ W. Włodarczyk, *Polityka...*, s. 318.

Model rezydualny jest prywatnym systemem ubezpieczeń zdrowotnych. Zasadniczo podmioty ubezpieczone opłacają składkę na ubezpieczenie zdrowotne samodzielnie, ewentualnie jest ona uiszczana przez pracodawców lub inne organizacje. Wysokość składki jest uzależniona od sytuacji ubezpieczonego (z wyłączeniem składki zdrowotnej opłacanej przez pracodawców za pracowników). Na wysokość składki ma wpływ przede wszystkim wiek ubezpieczonego oraz jego sytuacja zdrowotna⁷². Im większe ryzyko poniesienia przez ubezpieczyciela kosztów udzielonych ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych, tym wyższa składka na ubezpieczenie zdrowotne.

Świadczenia opieki zdrowotnej w niektórych przypadkach są również finansowane ze środków publicznych. Ma to miejsce przede wszystkim w sytuacji, gdy ze świadczeń korzystają osoby, których dochody nie przekraczają określonego minimum, osoby starsze oraz matki i dzieci znajdujące się w złej sytuacji majątkowej i osobistej⁷³.

Sektor prywatny ochrony zdrowia, który pełni zasadniczą rolę w zapewnieniu społeczeństwu świadczeń zdrowotnych, jest traktowany w taki sam sposób jak inne gałęzie gospodarki. Podmioty świadczące usługi medyczne są postrzegane jako przedsiębiorcy prowadzący standardową działalność gospodarczą, zaś prowadzenie takiej działalności jest oceniane w kategoriach ekonomicznych. System ochrony zdrowia jest kontrolowany głównie przez korporacyjne organizacje zawodowe. Decydują one w dużym stopniu o możliwości prowadzenia przez poszczególne podmioty działalności z zakresu ochrony zdrowia⁷⁴. W modelu rezydualnym każda aktywność ekonomiczna w sektorze ochrony zdrowia powinna przynosić zysk.

Do pozytywnych cech modelu rezydualnego w literaturze przedmiotu zalicza się przede wszystkim dominującą rolę sektora prywatnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz indywidualną odpowiedzialność jednostek za zapewnienie sobie opieki zdrowotnej.

⁷² M. Urbaniak, *Aspekty publicznoprawne...*, s. 44.

⁷³ J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania...*, s. 66.

⁷⁴ J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania...*, s. 44.

Wskazuje się także, że walorem tego modelu jest kontrola rynku usług medycznych. Za jego wady natomiast uznaje się głównie traktowanie sektora usług zdrowotnych jako zwykłego obszaru prowadzenia działalności gospodarczej ukierunkowanej przede wszystkim na osiągnięcie zysku oraz uzależnianie dostępu do usług medycznych od możliwości finansowych poszczególnych osób⁷⁵.

Celem przedstawionych europejskich modeli teoretycznych oraz rozwiązań legislacyjnych obecnie obowiązujących w państwach UE jest zapewnienie powszechnego dostępu obywateli do świadczeń udzielanych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

W modelach Bismarcka i Beverdige'a znaczącą rolę odgrywa państwo. W przypadku teoretycznego modelu Narodowej Służby Zdrowia ponosi ono całkowitą odpowiedzialność za zapewnienie świadczeń opieki zdrowotnej dla swoich obywateli. W przypadku modelu ubezpieczeniowego państwo kontroluje działalność instytucji ubezpieczeniowych. W modelu rezydualnym działalność organów władzy publicznej ogranicza się natomiast do zapewnienia zdrowia publicznego oraz zorganizowania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla przedstawicieli określonych grup społecznych, którzy nie są w stanie samodzielnie pokryć wydatków na ochronę zdrowia lub którym sytuacja społeczno-zdrowotna nie pozwala na skorzystanie z prywatnego ubezpieczenia. Model rezydualny jest zatem zupełnie odmienny od przedstawionych wyżej modeli ochrony zdrowia funkcjonujących w państwach europejskich.

Analiza działających obecnie europejskich modeli ochrony zdrowia prowadzi także do wniosku, iż w każdym z nich występują co najmniej dwa źródła finansowania systemu. W przypadku niemieckiego ubezpieczenia zdrowotnego jest to składka oraz środki pochodzące z budżetu centralnego. Włoski model ubezpieczeniowy jest finansowany z budżetów lokalnych przy istotnym wparciu z budżetu centralnego. Natomiast angielska Narodowa Służba Zdrowia, której zasadniczy dochód stanowią

⁷⁵ A. Rابيةga, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego...*, s. 49.

środki pochodzące z budżetu państwa, ma także udział we wpływach ze składki na ubezpieczenie społeczne. Oznacza to, iż z doświadczeń krajów Europy Zachodniej wynika, że jeden zasób środków publicznych nie wystarczy do zapewnienia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Konieczne są dodatkowe źródła jego utrzymania.

Rozdział IV

PODMIOTY POLSKIEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Po przedstawieniu podstawowych modeli organizacji i finansowania ochrony zdrowia na świecie przedmiotem badań w tej części pracy będzie organizacja polskiego systemu ochrony zdrowia. W szczególności analizie poddano kompetencje, status i zasady gospodarki finansowej podmiotów w nim funkcjonujących, do których należy zaliczyć Narodowy Fundusz Zdrowia, podmioty wykonujące działalność leczniczą, a także organy jednostek samorządu terytorialnego oraz organy administracji rządowej¹. Są to podmioty o charakterze czynnym, które w zróżnicowany sposób korzystają z publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia, w zależności od funkcji pełnionych w badanym systemie.

W części rozdziału dotyczącej podmiotów czynnych polskiego systemu ochrony zdrowia opisano zasady prowadzenia gospodarki finansowej przez NFZ, który jest podmiotem odpowiedzialnym za organizację i finansowanie ochrony zdrowia, w tym samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Są one nadal powszechną formą wykonywania przez władze publiczne zadań z zakresu ochrony zdrowia, otrzymują

¹ Poza zakresem badań w niniejszej części pracy pozostanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych, który jest odpowiedzialny za pobór składki na ubezpieczenie zdrowotne będącej głównym źródłem finansowania ochrony zdrowia. Charakter zadań oraz rola organów ZUS będą przedmiotem ustaleń w rozdziale dotyczącym konstrukcji prawnej składki na ubezpieczenie zdrowotne.

w związku z tym znaczną część środków finansowych pochodzących z różnych źródeł, wciąż podejmuje się też próby ich restrukturyzacji i komercjalizacji. W drugiej części rozdziału ustalony zostanie zakres zadań organów administracji rządowej oraz organów jednostek samorządu terytorialnego. Finansowanie ochrony zdrowia przez te podmioty determinowane jest nałożonymi ustawowo zadaniami finansowanymi za pośrednictwem budżetu państwa oraz budżetów samorządowych.

Celem analizy problematyki podmiotów biernych polskiego modelu ochrony zdrowia będzie ustalenie kręgu osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Istotne znaczenie ma określenie katalogu osób podlegających obowiązkowemu i dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, który jest uregulowany przepisami rozdziału 1 działu IV ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zakres podmiotowy ubezpieczenia zdrowotnego ustalany na podstawie tytułów ubezpieczeniowych jest bowiem związany z konstrukcją prawną składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Ustawodawca, tworząc katalog osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, odwołał się do przepisów dotyczących ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia społecznego rolników. W związku z tym przedmiotem analizy w tej części pracy będą także przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników dotyczące zakresu podmiotowego ubezpieczeń społecznych i jednocześnie mające wpływ na katalog osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu².

² Poza zakresem analizy pozostanie procedura związana ze zgłoszeniem oraz wyrejestrowaniem z ubezpieczenia zdrowotnego, a także moment powstania obowiązku ubezpieczeniowego wynikające z przepisów art. 67, 69–73 i 75–77 u.ś.o.z. Problematyka związana z postępowaniem w przedmiocie zgłoszenia, w chwili powstania oraz wygaśnięcia obowiązku ubezpieczeniowego ma niewątpliwie doniosłe znaczenie dla podmiotów funkcjonujących w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego, nie ma ona jednak istotnego wpływu na elementy konstrukcji prawnej składki zdrowotnej, a także na jej charakter prawny. Powyższe kwestie będą poruszane jedynie wówczas, gdy będzie to konieczne dla prawidłowego ustalenia zakresu podmiotowego obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. W rozdziale 1 działu IV ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ustawodawca zawarł podstawowe

1. Podmioty czynne polskiego modelu ochrony zdrowia

W literaturze przedmiotu wskazuje się na trzy podstawowe strony stosunku ubezpieczenia zdrowotnego. Są to: ubezpieczony oraz pozostali świadczeniobiorcy, ubezpieczyciel oraz świadczeniodawca³. Funkcję ubezpieczyciela i jednocześnie płatnika pełni Narodowy Fundusz Zdrowia, a funkcję świadczeniodawców – podmioty wykonujące działalność leczniczą. Fundusz jako ubezpieczyciel gwarantuje udzielenie świadczeń zdrowotnych w razie ziszczenia się ryzyka niezdrowia, ale sam takich świadczeń nie udziela.

1.1. Narodowy Fundusz Zdrowia

1.1.1. Status Narodowego Funduszu Zdrowia

Jak już wskazywano, funkcjonowaniem systemu ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce zarządza Narodowy Fundusz Zdrowia. Wynika to przede wszystkim z katalogu nałożonych na niego zadań, o którym mowa w art. 97 u.ś.o.z. Przejął on rolę kas chorych, które wcześniej zarządzały przychodami z tytułu składek ubezpieczeniowych oraz zawierały umowy ze świadczeniodawcami⁴. Fundusz, utworzony ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jako państwowa osoba prawna jest samodzielny i niezależny od Skarbu Państwa. Zgodnie z art. 232 ust. 1 u.ś.o.z. NFZ utworzony na podstawie tej ustawy

zasady ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z art. 65 u.ś.o.z. są to przede wszystkim zasady równego traktowania i solidarności społecznej oraz zasada zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców. Wymienione zasady mają wpływ na niektóre elementy konstrukcji prawnej składki na ubezpieczenie zdrowotne. Zasady te nie zostaną jednak odrębnie scharakteryzowane. Badania przeprowadzane nad konstrukcją oraz charakterem prawnym składki będą wymagały bezpośredniego odwołania się do zasad ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 65 u.ś.o.z.

³ A. Mokrzycka, I. Kowalska, *Podmioty lecznicze w Polsce. Przekształcenia, struktura, zasady działania*, Warszawa 2012, s. 101.

⁴ B. Kucia-Guściora, *Prawnofinansowy status kas chorych [w:] Prawo finansowe i nauka prawa finansowego na przełomie wieków*, red. A. Kostecki, Kraków 2000, s. 217.

wstąpił w prawa i obowiązki Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w NFZ⁵. Nie korzysta on z jego osobowości prawnej. Sytuacja prawna Funduszu jest determinowana działaniami organów władzy publicznej z uwagi na przyznane im ustawowo kompetencje do powoływania i odwoływania jego organów⁶. Nie prowadzi on również działalności gospodarczej, co wynika wprost z art. 97 ust. 5 u.ś.o.z. Mają do niego zastosowanie przepisy dotyczące zaciągania zobowiązań, reprezentacji oraz ochrony dóbr osobistych osób prawnych zawarte w księdze pierwszej dziale II Kodeksu cywilnego⁷.

Fundusz działa na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz statutu. Statut NFZ zawarty jest w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 11.12.2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia⁸. Określa on w szczególności strukturę organizacyjną Funduszu, w tym centrali i oddziałów wojewódzkich, oraz siedziby tych oddziałów.

Zarówno w doktrynie prawa publicznego, jak i prywatnego wyróżnia się osoby prawne typu korporacyjnego oraz fundacyjnego (zakładowego), a także osoby prawne mające charakter mieszany⁹. Najistotniejszą cechą korporacyjnych osób prawnych jest pozostawanie przez założyciela (założycieli) w szczególnych stosunkach prawnych z daną osobą prawną. Dotyczy to przede wszystkim relacji majątkowych, wyposażenia korporacji w majątek początkowy i prawa do pozostałej części majątku po dokonanej likwidacji podmiotu. Założyciele mogą też wpływać na funkcjonowanie osoby prawnej oraz uczestniczyć w jej zyskach i stratach. W polskim porządku prawnym przykładami korporacyjnych osób

⁵ Mienie poprzedniego NFZ stało się z dniem wejścia w życie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej mieniem nowo utworzonego Funduszu, a bilans jego zamknięcia stał się bilansem otwarcia obecnego NFZ (art. 232 ust. 2 i art. 233 ust. 1 u.ś.o.z.).

⁶ Między innymi Rady Funduszu i Prezesa Funduszu.

⁷ J. Nowak-Kubiak, B. Łukasik, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 230.

⁸ Dz.U. poz. 1840.

⁹ A. Kidyba, *Prawo handlowe*, Warszawa 2012, s. 132.

prawnych są przede wszystkim spółki kapitałowe, spółdzielnie oraz stowarzyszenia¹⁰.

W przypadku osób prawnych typu zakładowego można również wyróżnić stosunek prawny istniejący pomiędzy założycielem a osobą prawną, nie jest on jednak tak rozbudowany jak w przypadku korporacyjnych osób prawnych. Co do zasady, jest ograniczony wyłącznie do okresu tworzenia osoby prawnej przez jej założyciela. W trakcie funkcjonowania osoby prawnej typu zakładowego założyciel nie ma istotnego wpływu na jej działalność, a jego uprawnienia ograniczają się do możliwości wykonywania ograniczonego nadzoru nad jej działalnością. Jako przykład takiego podmiotu wskazuje się przedsiębiorstwa państwowe. W ich przypadku organ założycielski posiada uprawnienia związane z przekształcaniem przedsiębiorstwa państwowego oraz z gospodarowaniem jego majątkiem. Do osób prawnych typu zakładowego zalicza się również fundacje, instytucje kultury, państwowe osoby prawne lub osoby prawne jednostek samorządu terytorialnego, z wyłączeniem spółek Skarbu Państwa lub j.s.t., które zalicza się do korporacyjnych osób prawnych¹¹.

Narodowy Fundusz Zdrowia został utworzony ustawą, w związku z tym można uznać, że jego założycielem jest Skarb Państwa. Prezesa oraz Radę Funduszu powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia. Ponadto, zgodnie z art. 123 ust. 3 u.s.o.z., minister ten w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych może w określonych sytuacjach dokonywać zmian w planie finansowym Funduszu oraz ustalać go w drodze zarządzenia. Zatem Skarb Państwa jako założyciel posiada istotne uprawnienia nie tylko na etapie tworzenia, ale także w toku funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia. Powyższe uwagi mogą przemawiać za zaliczeniem NFZ jako państwowej osoby prawnej do osób prawnych typu korporacyjnego.

Można jednak twierdzić, że wskazane uprawnienia podmiotów reprezentujących państwo nie wynikają ze stosunku członkostwa, a są jedynie

¹⁰ J. Frąckowiak, *Osoby prawne [w:] System Prawa Prywatnego*, t. 1, *Prawo cywilne – część ogólna*, red. M. Safjan, Warszawa 2012, s. 1185–1188.

¹¹ J. Frąckowiak, *Osoby prawne...*, s. 1188.

wyrazem nadzoru państwowego nad instytucją zarządzającą systemem ochrony zdrowia. Taki wniosek pozwala na zakwalifikowanie Funduszu do osób prawnych typu zakładowego (fundacyjnego).

Trybunał Konstytucyjny w powoływanym już wyroku z 7.01.2004 r., K 14/03 stwierdził, że Fundusz w świetle poprzednio obowiązującej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w NFZ był jednostką organizacyjną opartą na „negacji i niezrozumiałym zespoleniu tradycyjnie przyjmowanych w teorii prawa cech: państwowej osoby prawnej typu «fundacyjnego», erygowanej na bazie majątku nie pochodzącego od Państwa, ale od podmiotów prywatnych (ubezpieczonych) oraz osoby prawnej typu korporacyjnego”.

W literaturze przedmiotu dotyczącej Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazano, że jest on osobą prawną typu zakładowego z pewnymi elementami charakterystycznymi dla korporacyjnych osób prawnych¹².

1.1.2. Struktura organizacyjna Narodowego Funduszu Zdrowia

Działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia kierują organy enumeratywnie wymienione art. 98 u.ś.o.z. Są nimi: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu i dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu. Centralne organy Funduszu (Rada i Prezes) mają zapewnioną obsługę techniczno-organizacyjną przez centralę Funduszu. Rady oraz dyrektorzy oddziałów wojewódzkich obsługują oddziały wojewódzkie Funduszu.

W sprawach niezastrzeżonych do zakresu zadań Rady Funduszu, rady oddziału wojewódzkiego Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódz-

¹² G. Machulak, *Komentarz do art. 96 [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Warszawa 2010, s. 688.

kiego Funduszu organem właściwym jest Prezes Funduszu (art. 98 ust. 2 u.ś.o.z.). Przepis ten statuuje zasadę domniemania kompetencji Prezesa NFZ, w związku z tym art. 98 ust. 2 u.ś.o.z. stanowi podstawę prawną rozstrzygnięcia wątpliwości co do organu Funduszu właściwego do realizacji określonych zadań i kompetencji. Ponadto, zgodnie z art. 102 ust. 1 u.ś.o.z., Prezes Funduszu kieruje jego działalnością. Jest on powoływany i odwoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru po zasięgnięciu opinii rady Funduszu (art. 102 ust. 2 u.ś.o.z.)¹³.

Drugim obok Prezesa Funduszu organem centralnym NFZ jest Rada Funduszu. Przepis art. 100 ust. 1 u.ś.o.z. wskazuje dziesięć rodzajów kompetencji Rady. Należy do nich zaliczyć przede wszystkim: kontrolowanie bieżącej działalności Funduszu, uchwalanie planu pracy Funduszu oraz rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych, opiniowanie projektu planu finansowego na dany rok, przyjmowanie sprawozdań z działalności NFZ, podejmowanie uchwał w sprawach dotyczących majątku Funduszu, kontrolę prawidłowej realizacji planu finansowego Funduszu, wyrażanie opinii w sprawie kandydata na Prezesa NFZ. Ponadto, zgodnie z art. 100 ust. 1a u.ś.o.z., Rada Funduszu może w drodze uchwały upoważnić Prezesa Funduszu do dokonywania zmian rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych do wysokości określonej przez Radę kwoty lub w zakresie określonym przez Radę. W doktrynie przyjmuje się, że

¹³ Katalog zadań Prezesa Funduszu określono w art. 102 ust. 5 u.ś.o.z. Z uwagi na domniemanie kompetencji z art. 98 ust. 2 u.ś.o.z. należy stwierdzić, że katalog zadań wykonywanych przez Prezesa NFZ jest otwarty. W przepisie tym wskazano ponad 30 rodzajów zadań powierzonych do wykonywania Prezesowi. Do jego kompetencji należy przede wszystkim prowadzenie gospodarki finansowej Funduszu, efektywne i bezpieczne zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu, zaciąganie w imieniu Funduszu zobowiązań, opracowywanie i realizacja projektu planu finansowego NFZ, sporządzanie rocznego planu finansowego Funduszu, pełnienie funkcji pracodawcy w stosunku do osób zatrudnionych w centrali NFZ, wykonywanie uchwał Rady Funduszu, nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich NFZ. Wskazane wyżej zadania są zadaniami o charakterze zarządczym. W ich świetle Prezes NFZ zarządza Funduszem oraz odpowiada za jego działalność. Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie wskazują wprost, że Prezes Funduszu jest organem wykonawczym. Można z nich jednak wywnioskować, że w świetle nałożonych na Prezesa zadań, z uwzględnieniem domniemania kompetencji, może być on uznany za organ wykonawczy Funduszu.

powyższe kompetencje Rady Funduszu można podzielić na kompetencje kontrolne, stanowiące i opiniujące¹⁴.

Struktura organizacyjna Narodowego Funduszu Zdrowia ma charakter zdecentralizowany. Zgodnie z § 5 statutu NFZ ma on 16 oddziałów wojewódzkich. Oddziały jako jednostki organizacyjne Funduszu nie mają osobowości ani zdolności prawnej. Zobowiązania zaciągane przez dyrektora oddziału wywołują skutek prawny w sferze majątkowej NFZ, a nie tylko w sferze danego oddziału wojewódzkiego. W każdym z oddziałów funkcjonują rady oddziałów wojewódzkich Funduszu będące jego organami¹⁵. Do ich kompetencji należy przede wszystkim opiniowanie projektu planu finansowego oddziału, uchwalanie planu pracy oddziału, monitorowanie prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji tych umów, kontrolowanie bieżącej działalności oddziału, występowanie do Prezesa NFZ o przeprowadzenie kontroli oddziału, przy którym działa rada¹⁶.

Drugim obok rad oddziałów wojewódzkich organem NFZ działającym w strukturze terytorialnej Funduszu jest dyrektor oddziału wojewódz-

¹⁴ G. Machulak, *Komentarz do art. 100 [w:]* K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej...*, s. 708. Większość kompetencji Rady Funduszu dotyczy działalności opiniodawczo-kontrolnej. W świetle obecnych przepisów nie ma ona skutecznych instrumentów prawnych, za pomocą których może wpływać na decyzje Prezesa NFZ. Za kompetencje istotne i mające znaczenie z punktu widzenia funkcjonowania Funduszu należy uznać uchwalanie planu pracy funduszu na dany rok, uchwalanie rzeczowego planu wydatków oraz podejmowanie uchwał w sprawach dotyczących majątku Funduszu i inwestycji przekraczających zakres upoważnienia statutowego dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu, a także podejmowanie uchwał w sprawach pokrycia straty netto oraz przeznaczenia zysku netto. Pozostałe uprawnienia Rady mają w większości charakter opiniodawczy, a wydawane przez nią opinie nie są wiążące dla Prezesa Funduszu. Zgodnie z art. 100 ust. 3 u.ś.o.z. Rada nie ma prawa wydawania Prezesowi Funduszu wiążących poleceń dotyczących bieżącej działalności Funduszu.

¹⁵ Zgodnie z art. 106 ust. 1 u.ś.o.z. mają one wyłącznie charakter opiniodawczo-nadzorczy. Rada wojewódzkiego oddziału składa się z dziewięciu członków powołanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

¹⁶ W związku z taką konstrukcją kompetencji rad oddziałów wojewódzkich można stwierdzić, że wbrew art. 106 ust. 1 u.ś.o.z. rady nie mają kompetencji o charakterze nadzorczym. Charakter kompetencji rady oddziałów wojewódzkich należy uznać raczej za kontrolny niż nadzorczy.

kiego. Kieruje on tym oddziałem oraz reprezentuje go na zewnątrz w zakresie właściwości danego oddziału. W treści art. 107 ust. 5 u.s.o.z. został określony szeroki katalog zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego. Jest on przede wszystkim odpowiedzialny za efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi oddziału wojewódzkiego Funduszu, realizację planu finansowego oddziału i planu pracy oddziału, zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych i programów lekowych¹⁷.

Z tak ukształtowanych kompetencji zarówno Rady Funduszu, jak i rad oddziałów wojewódzkich wynika, że mają one w istocie charakter opiniodawczy i nie wywierają istotnego wpływu na wykonywanie zadań Funduszu¹⁸. Głównymi organami NFZ są Prezes Funduszu i dyrektorzy oddziałów wojewódzkich. Ustawodawca przyznał im najszersze kompetencje, odpowiadają oni za działalność Funduszu oraz reprezentują go na zewnątrz¹⁹.

¹⁷ Dyrektor oddziału jest także odpowiedzialny za zawieranie i rozliczanie umów o realizację programów zdrowotnych, sporządzanie sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok, przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, przeprowadzanie kontroli świadczeniodawców i aptek oraz monitorowanie celowości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach umów. Wydaje także indywidualne decyzje w sprawach ubezpieczenia zdrowotnego.

¹⁸ Rada Funduszu ma wpływ na działalność NFZ jedynie poprzez uchwalanie planu pracy Funduszu i rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych.

¹⁹ W tym miejscu należy wskazać, że dyrektor oddziału wojewódzkiego w pewien sposób ogranicza kompetencję Prezesa Funduszu. Ten ostatni upoważniony jest do reprezentowania Funduszu na zewnątrz. Jednak dyrektor oddziału wojewódzkiego reprezentuje oddział na zewnątrz w zakresie swojej właściwości. Oddział wojewódzki nie ma osobowości prawnej, działa w strukturze NFZ. W związku z tym, gdyby nie ustawowe zastrzeżenie kompetencji do reprezentowania oddziału na zewnątrz dla dyrektora oddziału, uprawnionym do składania wszelkiego rodzaju oświadczeń w stosunkach z osobami trzecimi byłby Prezes Funduszu. Zatem uprawnienie do reprezentowania na zewnątrz oddziału, a w konsekwencji również Funduszu, wyłącza możliwość reprezentowania Funduszu w tym zakresie przez Prezesa.

1.1.3. Zadania Narodowego Funduszu Zdrowia

Najistotniejszym zadaniem NFZ jest, zgodnie z art. 97 ust. 1 u.ś.o.z., zarządzanie środkami finansowymi, o których mowa w art. 116. Są to środki publiczne w rozumieniu art. 5 u.f.p. W literaturze prawa finansowego przez zarządzanie środkami publicznymi rozumie się m.in. czynności „mające charakter przygotowawczy lub podsumowujący, formalny lub techniczny, prowadzenie ewidencji, sprawozdawczości, rachunkowości, kontroli, audytu i nadzoru wykonań, egzekucji finansowej, obsługi finansowej”²⁰. W art. 97 ust. 1 u.ś.o.z. umieszczono odesłanie do art. 116 u.ś.o.z., w którym wymieniono enumeratywnie katalog przychodów NFZ. Są to przede wszystkim: należne składki na ubezpieczenie zdrowotne i odsetki od nich, darowizny i zapisy, dotacje, przychody z lokat oraz środki przekazane na realizację zadań zleconych. Środki finansowe Funduszu mogą także pochodzić z kredytów i pożyczek.

Z rocznego planu finansowego NFZ na 2017 r.²¹ wynika, że głównym przychodem Funduszu jest składka na ubezpieczenie zdrowotne pobierana od ubezpieczonych lub ich płatników. Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma jednak uprawnień do bezpośredniego pobierania składki. Podmiotem uprawnionym do pobierania i ewidencji składki zdrowotnej jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Fundusz otrzymuje zaś wpływy z tytułu pobieranej składki. W związku z tym nie ma on istotnego wpływu na sposób ustalenia, pobierania i gromadzenia składki na ubezpieczenie zdrowotne, która stanowi główne źródło finansowania jego zadań.

Dookreślenie katalogu zadań nałożonych ustawowo na Fundusz stanowi art. 97 ust. 3 u.ś.o.z., który wymienia 20 ich rodzajów. Najistotniejszym z nich jest przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich monitorowanie i rozliczanie. Według art. 138 u.ś.o.z. do zawieranych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych. Narodowy Fundusz Zdrowia jest także zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wynika-

²⁰ E. Chojna-Duch, *Polskie prawo finansowe. Finanse publiczne*, Warszawa 2007, s. 11.

²¹ Zob. <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/> (dostęp: 10.02.2017 r.).

jących z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz innych ustaw, w tym ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym²².

Można więc stwierdzić, że Narodowy Fundusz Zdrowia jest główną publiczną instytucją odpowiedzialną za organizację i finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Odpowiada za zapewnienie świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W systemie ochrony zdrowia pełni funkcję płatnika, co przejawia się w tym, że jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń zdrowotnych udzielonych przez świadczeniodawcę usług.

1.1.4. Zasady gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia

Podstawą działalności Funduszu jest roczny plan finansowy. Według obowiązujących przepisów wydatki tego planu są przeznaczane także na świadczenia zdrowotne dla osób nieposiadających statusu ubezpieczonych. Do przychodów planu, z których finansowane są wskazane świadczenia, zalicza się przede wszystkim dotacje celowe przeznaczone na finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom oraz finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej osobom nieobjętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym wymienionym w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4 u.ś.o.z.

Z art. 9 pkt 9 u.f.p. wynika, że Narodowy Fundusz Zdrowia jest jednostką sektora finansów publicznych. Fundusz prowadzi gospodarkę finansową na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia wykonawczego.

²² Ponadto do zadań Funduszu należą także m.in. opracowywanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych, wykonywanie zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, promocja zdrowia, a także prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. NFZ jest odpowiedzialny również za rozliczanie z instytucjami państw członkowskich UE lub EFTA kosztów udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w stosunku do osób uprawnionych do tych świadczeń (art. 97 ust. 3a u.ś.o.z.).

Finansowanie powyższych świadczeń jest zaliczane do kosztów Funduszu w świetle art. 117 ust. 1 u.ś.o.z. Przepis ten wskazuje na katalog dziewięciu rodzajów kosztów ponoszonych przez NFZ. Do kosztów Funduszu zalicza się m.in. koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych czy koszty refundacji określone ustawą o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych²³. Do tej kategorii włącza się także koszty zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie, koszty działalności Funduszu, jak również koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne²⁴. Przepis art. 117 ust. 1 pkt 9 u.ś.o.z. wskazuje, że kosztami NFZ są także inne koszty wynikające z odrębnych przepisów. W związku z taką konstrukcją powoływanego przepisu katalog kosztów Funduszu należy uznać za otwarty, z tym jednak zastrzeżeniem, że każdy koszt niewynikający wprost z art. 117 ust. 1 u.ś.o.z. musi mieć swoje umocowanie w odpowiednim przepisie. Nie może zatem wystąpić sytuacja, w której w planie finansowym NFZ zostanie zaplanowany koszt niemający podstawy prawnej.

W myśl art. 131 ust. 2 u.ś.o.z. minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określa w drodze rozporządzenia szczegółowe zasady prowadzenia gospodarki finansowej Funduszu, uwzględniając konieczność prawidłowego i rzetelnego gospodarowania środkami publicznymi. Minister Finansów, realizując powyższą delegację ustawową, wydał w tym zakresie dotychczas dwa rozporządzenia. Pierwsze rozporządzenie Ministra Finansów z 31.05.2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia²⁵ zostało uchylone na podstawie § 14 obowiązującego rozporządzenia Ministra Finansów z 23.12.2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia

²³ Ustawa z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844 ze zm.).

²⁴ Koszty można podzielić na związane z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej (np. koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych) oraz pozostałe (np. koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne).

²⁵ Dz.U. Nr 104, poz. 875 ze zm.

gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia²⁶. Środki finansowe Funduszu są środkami publicznymi (art. 114 ust. 1 u.ś.o.z.). Zgodnie z wykładnią systemową przez środki publiczne wymienione w powołanym przepisie należy rozumieć środki publiczne, o których mowa w art. 5 ust. 1 u.f.p.

Do kompetencji Prezesa Funduszu należy sporządzanie planu finansowego NFZ, zrównoważonego w zakresie dochodów i przychodów. Plan finansowy określa wysokość planowanych kosztów dla centrali oraz dla poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu. Katalog kosztów w obu przypadkach powinien zawierać koszty finansowania działalności centrali i odpowiednio oddziałów wojewódzkich oraz rezerwy określone w przepisie art. 118 ust. 2 pkt 1 i 2 u.ś.o.z. Plan finansowy powinien ponadto określać wysokość łącznych przychodów i kosztów NFZ.

W terminie do 1 lipca każdego roku Prezes Funduszu zobowiązany jest do opracowania i przedstawienia projektu planu finansowego w celu przedłożenia do zaopiniowania Radzie Funduszu oraz komisjom sejmowym właściwym do spraw finansów publicznych oraz do spraw zdrowia. Powyższe organy są zobowiązane wydać w ciągu 14 dni od dnia otrzymania opinii o przedłożonym projekcie. Przekroczenie tego terminu jest równoznaczne z wydaniem pozytywnych opinii (art. 121 ust. 2 u.ś.o.z.).

Na tej podstawie Prezes Funduszu sporządza właściwy plan finansowy i do dnia 15 lipca przekazuje go wraz z wydanymi opiniami ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, który w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych zatwierdza plan finansowy (art. 121 ust. 4 u.ś.o.z.). Współuczestnictwo ministra właściwego do

²⁶ Dz.U. z 2017 r. poz. 1935. Powołane rozporządzenie określa szczegółowe zasady prowadzenia gospodarki finansowej NFZ, w tym sposób tworzenia planu finansowego i rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz ich wzory i rodzaje sprawozdań okresowych dotyczących wykonania planu finansowego, sposób ich tworzenia oraz terminy przekazywania. Ma ono zatem przede wszystkim charakter techniczny. Merytoryczne zręby gospodarki finansowej wynikają wprost z działu V rozdziału 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

spraw finansów publicznych w tworzeniu planu finansowego powoduje, że również i on ma możliwość oddziaływania na treść tego planu²⁷. Konstrukcja terminów przekazywania projektu planu finansowego do zaopiniowania oraz właściwego planu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia może wydawać się nierealna. Zakładając, że Prezes Funduszu przekazuje do dnia 1 lipca projekt planu komisjom oraz Radzie, a organy te przekazują opinię 14. dnia, Prezes Funduszu nie jest już w stanie dokonać ewentualnych zmian oraz poprawek zgodnych z wydanymi opiniami. Należy zatem przyjąć, że ustawodawca zakłada, iż projekt planu finansowego zostanie przekazany organom opiniującym dużo wcześniej niż przed 1 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy projektowany plan.

Istotne są także konsekwencje niedotrzymania przez Prezesa Funduszu terminu na przekazanie sporządzonego planu finansowego ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Wówczas, zgodnie z art. 121 ust. 5 u.ś.o.z., minister ten ustala, w drodze zarządzenia, plan finansowy Funduszu do 31 lipca roku poprzedzającego rok, którego plan dotyczy. Prezes Funduszu, aby nie doprowadzić do sytuacji, w której zostanie wydane zarządzenie zastępcze w zakresie ustalenia planu finansowego, musi przedstawić projekt planu z odpowiednim wyprzedzeniem, jeżeli wydawane do niego opinie mają mieć realne znaczenie przy ostatecznej konstrukcji planu. W przypadku złożenia projektu wskazanym wyżej organom w celu zaopiniowania, wydane przez nich w terminie 14 dni opinie mogą mieć wyłącznie charakter formalny.

Przesłankami niezatwierdzenia planu finansowego są naruszenie prawa lub powstanie nierównowagi pomiędzy przychodami i kosztami Funduszu. W takim przypadku Prezes Funduszu może w terminie wyznaczonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, nie dłuższym niż siedem dni, dokonać odpowiednich zmian. W przypadku

²⁷ B. Kucia-Guściora, *Status prawny Ministra Finansów w procedurze budżetowej oraz gospodarce finansowej jednostek sektora finansów publicznych*, Lublin 2015, s. 254.

niedokonania zmian plan jest ustalany w drodze zarządzenia w wyżej opisanym trybie²⁸.

Kompetencje organów administracji rządowej na etapie sporządzania i realizacji planu finansowego Funduszu nie są istotne. Ustawa wprost wskazuje na dwie sytuacje, w których powoływane organy mogą nie zatwierdzić planu finansowego i ustalić go w drodze zarządzenia. Przesłanki niezatwierdzenia planu finansowego są jednoznacznie sformułowane i nie mają charakteru ocennego. W związku z tym trzeba stwierdzić, że Fundusz charakteryzuje się dużą samodzielnością finansową w zakresie prowadzonej gospodarki finansowej.

Plan finansowy NFZ może po uchwaleniu zostać zmieniony wyłącznie we wskazanym ustawowo przypadku. Zgodnie z art. 124 ust. 1 u.ś.o.z. zmiany planu finansowego Funduszu można dokonać w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu. Wówczas organem kompetentnym do dokonania zmian jest Prezes Funduszu. Jeżeli plan został ustalony przez właściwego ministra, wówczas zmiany może dokonać tylko ten organ. W takiej sytuacji Prezes Funduszu jest uprawniony jedynie do złożenia wniosku w tym przedmiocie²⁹.

²⁸ Minister Zdrowia nie ma kompetencji do ingerowania w strukturę planu finansowego sporządzonego przez Prezesa poza dwoma wskazanymi wyżej przypadkami. Ma to na celu uniezależnienie Funduszu jako podmiotu zarządzającego oraz finansującego system ochrony zdrowia od działalności organów administracji rządowej. Zgodnie z art. 102 ust. 2 u.ś.o.z. minister właściwy do spraw zdrowia może jednak odwołać Prezesa Funduszu niezależnie od przyczyn swojej decyzji. W tym przypadku wymagana jest opinia Rady Funduszu, która nie jest jednak w żaden sposób wiążąca. Pewnym ograniczeniem samodzielności finansowej Funduszu jest natomiast obowiązek uzyskania pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych w celu uruchomienia przez Prezesa NFZ rezerwy ogólnej, która wynosi 1% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne (art. 124 ust. 6 u.ś.o.z.). Do zaciągnięcia przez Fundusz kredytu lub pożyczki wymagana jest również zgoda wskazanych wyżej ministrów.

²⁹ Na Narodowy Fundusz Zdrowia nałożono również obowiązki z zakresu wieloletniego planowania finansowego. Zgodnie z art. 120 ust. 1 u.ś.o.z. Prezes Funduszu w porozumieniu z wyżej wskazywanymi ministrami zobowiązany jest do sporządzania corocznej prognozy przychodów na kolejne trzy lata w terminie do 1 czerwca. Należy jednak podkreślić, że Prezes Funduszu nie jest zobowiązany do sporządzania

Zgodnie z art. 162 ust. 1 u.ś.o.z. nadzór nad działalnością Funduszu sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia, stosując kryterium legalności, rzetelności i celowości. Może on przede wszystkim stwierdzać nieważność uchwał i zarządzeń organów NFZ, jak również nałożyć karę pieniężną na Prezesa lub dyrektora oddziału w wysokości trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby³⁰.

Taka konstrukcja struktury organizacyjnej Narodowego Funduszu Zdrowia oraz jego zadań, a także zakresu kompetencji poszczególnych organów Funduszu jest jednak krytykowana w nauce prawa ochrony zdrowia. Wskazuje się, że zarządzanie środkami publicznymi, w tym przychodami ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, przy ograniczonym udziale organów władzy ustawodawczej może sprzyjać marnotrawieniu środków publicznych. Twierdzi się również, że ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie zawiera przepisów dotyczących odpowiedzialności osób sporządzających plan finansowy NFZ. Prezes NFZ nie ponosi żadnej odpowiedzialności za realizację sporządzonego przez siebie planu finansowego. Podnosi się także, że organy administracji rządowej nie mają szerokich kompetencji

prognozy finansowej kosztów NFZ. Artykuł 118 ust. 3 u.ś.o.z. określa sposób podziału w planie finansowym NFZ środków pomiędzy oddziały wojewódzkie. Podstawowym kryterium podziału środków finansowych jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale. Przy podziale środków należy uwzględnić wydzielone według wieku i płci grupy ubezpieczonych oraz wydzielone grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczenia wysokospecjalistyczne i ryzyko zdrowotne odpowiadające danej grupie ubezpieczonych w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej w porównaniu z grupą odniesienia. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej określa również obowiązki z zakresu sprawozdawczości dyrektorów oddziałów wojewódzkich oraz Prezesa Funduszu. Zgodnie z art. 126 ust. 1 u.ś.o.z. dyrektor oddziału wojewódzkiego przygotowuje roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego, które jest zatwierdzone przez radę właściwego oddziału. Następnie Prezes Funduszu sporządza na podstawie otrzymanych od dyrektorów oddziałów sprawozdań roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ nie później niż w ciągu sześciu miesięcy od zakończenia roku, którego sprawozdanie dotyczy. Sprawozdanie przyjmuje Rada Funduszu, a następnie podlega ono zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 130 ust. 3 u.ś.o.z.).

³⁰ Nadzór nad w zakresie gospodarki finansowej NFZ sprawuje ponadto minister właściwy do spraw finansów publicznych, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności. Cały dział VII ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczy m.in. nadzoru nad działalnością Funduszu.

nadzorczych wobec Funduszu³¹. Z drugiej jednak strony w literaturze przedmiotu wskazuje się na przerost ich kompetencji w odniesieniu do NFZ³².

Uzasadnione wydaje się też twierdzenie, że Prezes NFZ ponosi odpowiedzialność za gospodarkę finansową Funduszu. Należy wskazać, że zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych³³ odpowiedzialności tej podlegają m.in. osoby wchodzące w skład organu wykonującego plan finansowy jednostki sektora finansów publicznych i kierownicy jednostek sektora finansów publicznych. Niewątpliwie Prezes Funduszu znajduje się w katalogu tych podmiotów. Można mieć natomiast wątpliwości, czy zagrożenie poniesieniem takiej odpowiedzialności jest wystarczające dla zagwarantowania prawidłowego prowadzenia gospodarki finansowej Funduszu.

Należy pamiętać, że pomimo braku rozbudowanych kompetencji nadzorczych minister właściwy do spraw zdrowia może odwołać Prezesa Funduszu niezależnie od zachodzących przesłanek. Takie uprawnienie może skutecznie wpływać na sposób prowadzenia gospodarki finansowej i zarządzania NFZ, a jednocześnie zmniejszać skutki braku szerszych kompetencji nadzorczych.

Zarządzanie przychodami ze składki na ubezpieczenie zdrowotne bez udziału organów władzy ustawodawczej nie musi sprzyjać marnotrawieniu środków publicznych. Brak byłoby gwarancji lepszego wydatkowania środków pochodzących ze składki zdrowotnej, gdyby stanowiła ona dochód budżetu państwa, a organy władzy ustawodawczej miały udział w zarządzaniu nimi.

³¹ J. Pacian, A. Pacian, *Zmiany w prawie ochrony zdrowia na przykładzie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz podmiotów leczniczych* [w:] *Prawo ochrony zdrowia. Doświadczenia i perspektywy rozwoju*, red. M. Szewczak, B. Drop, R. Śmiech, Lublin 2013, s. 135–137.

³² J. Jończyk, *Czwarta wersja powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2004/11, s. 4.

³³ Ustawa z 17.12.2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1311 ze zm.).

1.2. Rodzaje podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia realizowane jest na podstawie umowy zawartej pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcą. W art. 5 pkt 41 u.ś.o.z. zawarty jest katalog podmiotów, które mogą być zaliczone do kręgu świadczeniodawców mogących ubiegać się w trybie konkursu ofert lub rokowań o zawarcie stosownej umowy z Funduszem. Świadczeniodawcami w myśl ustawy są podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, osoby fizyczne niebędące podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą, które uzyskały fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udzielają ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, a także podmioty realizujące czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie definiują podmiotów wykonujących działalność leczniczą³⁴. W tym zakresie odsyła ona do ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 5 u.d.l. przez podmiot wykonujący działalność leczniczą należy rozumieć podmioty lecznicze oraz lekarza lub pielęgniarkę wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową. W świetle art. 4 u.d.l. podmiotami leczniczymi są przedsiębiorcy³⁵, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe posiadające w swej strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza, instytuty badawcze³⁶, fundacje i stowarzyszenia oraz jednostki tych stowarzyszeń,

³⁴ Działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Może także polegać na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia (art. 3 ust. 1 i 2 u.d.l.).

³⁵ W rozumieniu ustawy z 2.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2017 r. poz. 2168 ze zm.).

³⁶ O których mowa w art. 3 ustawy z 30.04.2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1158 ze zm.).

których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej³⁷.

Przedsiębiorcy mogą prowadzić działalność leczniczą, a w związku z tym posiadać także status podmiotu leczniczego, bez względu na formę prawną prowadzonej działalności gospodarczej³⁸. Formą prawną podmiotu leczniczego mogą być również osobowe i kapitałowe spółki prawa handlowego. Za przedsiębiorcę nie może być uznana natomiast spółka cywilna, z uwagi na to, że przedsiębiorcami będą wyłącznie jej wspólnicy³⁹. Podstawy prawne do tworzenia i przystępowania przez j.s.t. do spółek prawa handlowego wynikają z art. 9 i 10 ustawy o gospodarce komunalnej⁴⁰. Zgodnie z art. 9 tej ustawy jednostki samorządu terytorialnego mogą tworzyć i przystępować do spółek z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółek akcyjnych⁴¹. Poza sferą użyteczności publicznej gmina może natomiast tworzyć spółki prawa handlowego i przystępować do nich w przypadku zaistnienia warunków, o których mowa w art. 10 ust. 1 i 2 ustawy o gospodarce komunalnej⁴². W litera-

³⁷ Do katalogu podmiotów leczniczych zaliczono także osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania. Powyższe podmioty są uznawane za podmioty lecznicze tylko w takim zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

³⁸ J. Nowak-Kubiak, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 149.

³⁹ Lekarze i pielęgniarki mogą wykonywać działalność leczniczą przede wszystkim w formie jednoosobowej działalności gospodarczej, jako indywidualna praktyka lekarska, a także w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska w przypadku lekarzy, a w przypadku pielęgniarek jako grupowa praktyka pielęgniarek. Zgodnie z art. 5 ust. 3 u.d.l. wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego. W związku z tym z punktu widzenia normatywnego w ramach definicji podmiotu wykonującego działalność leczniczą muszą one stanowić grupę odrębną od podmiotów leczniczych.

⁴⁰ Ustawa z 20.12.1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 827 ze zm.).

⁴¹ Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy o gospodarce komunalnej jednostki samorządu terytorialnego mogą także tworzyć spółki komandytowe i komandytowo-akcyjne wyłącznie w celu, o którym mowa w art. 14 ust. 1 ustawy z 19.12.2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz.U. z 2017 r. poz. 1834 ze zm.).

⁴² Poza sferą użyteczności publicznej województwo może tworzyć spółki prawa handlowego na zasadach i w formach określonych w ustawie o samorządzie wojewódz-

turze przedmiotu podnoszono, iż poza wyjątkiem z art. 9 ust. 2 ustawy o gospodarce komunalnej mogą powstawać wątpliwości interpretacyjne związane z możliwością tworzenia przez jednostki samorządu terytorialnego handlowych spółek osobowych⁴³.

Z ustawy o działalności leczniczej wynika, iż j.s.t. mogą tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze w formie spółki kapitałowej (art. 6 ust. 2 pkt 1 u.d.l.)⁴⁴. Brak jest jednak podstawy prawnej upoważniającej organy tych jednostek do tworzenia bądź przystępowania do handlowych spółek osobowych. Ponadto, na mocy art. 6 ust. 4 u.d.l., do podmiotów leczniczych tworzonych i prowadzonych przez j.s.t. nie stosuje się przepisów ustawy o gospodarce komunalnej. Tym samym nie pojawiają się wątpliwości związane z zakresem wykorzystywania wszystkich dopuszczalnych w świetle Kodeksu spółek handlowych form organizacyjno-prawnych prowadzenia działalności, tak jak to ma miejsce na gruncie art. 9 i 10 u.d.l.

Podmioty lecznicze mogą działać jako podmioty prywatne oraz publiczne. Zgodnie z art. 6 ust. 1 i 2 u.d.l. państwo oraz jednostki samorządu terytorialnego mogą utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej, jednostki budżetowej lub samodzielnego publicz-

twia. Przepisy ustawy o samorządzie powiatowym nie zawierają podstaw prawnych do tworzenia spółek prawa handlowego przez powiaty poza sferą użyteczności publicznej.

⁴³ Twierdzono, iż art. 9 i 10 w zw. z art. 2 ustawy o gospodarce komunalnej nie dają prawnej możliwości tworzenia przez jednostki samorządu terytorialnego spółek osobowych (C. Banasiński, M. Kulesza, *Ustawa o gospodarce komunalnej. Komentarz*, Warszawa 2002, s. 81; J. Zięty, *Ustawa o gospodarce komunalnej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 36 i n.; K. Byjoch, D. Klimek, *Spółka komunalna. Aspekty prawne, ekonomiczne i społeczne*, Toruń 2015, s. 39; M. Szydło, *Ustawa o gospodarce komunalnej. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 161). Istnieje także pogląd przeciwny, w świetle którego użycie *expressis verbis* w art. 2 i 10 ustawy o gospodarce komunalnej pojęcia „spółki prawa handlowego” pozwala na tworzenie przez j.s.t. handlowych spółek osobowych (W. Gonet, *Ustawa o gospodarce komunalnej. Komentarz. Wzory umów i regulaminów*, Warszawa 2010, s. 69; W. Popiołek, *Samorządowe spółki akcyjne* [w:] *Rozprawy prawnicze*, red. R. Mikosz, Katowice 2000, s. 111; A. Modras, *Status spółki komunalnej w świetle przepisów prawa administracyjnego*, „Samorząd Terytorialny” 2004/7–8, s. 63 i n.).

⁴⁴ Pozostałymi dopuszczalnymi formami tworzenia i prowadzenia podmiotów leczniczych są jednostka budżetowa i samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (art. 6 ust. 2 pkt 2 i 3 u.d.l.).

nego zakładu opieki zdrowotnej. Wówczas reprezentantem państwa jest minister, centralny organ administracji rządowej albo wojewoda. Organy te wykonują również uprawnienia Skarbu Państwa w stosunku do spółek przez nich utworzonych i prowadzonych. Uczelnie medyczne także mogą tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze w formie spółek kapitałowych lub samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (art. 6 ust. 6 u.d.l.).

W związku z tym, że zostały wyodrębnione przepisy dotyczące podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych oraz w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej⁴⁵, zasadne jest zbadanie zasad tworzenia tych podmiotów, a także prowadzenia przez nie gospodarki finansowej.

Jednostki budżetowe oraz samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej są zaliczane przez ustawodawcę do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Działają one na podstawie statutu, który określa ich ustrój oraz inne sprawy dotyczące ich funkcjonowania nieuregulowane w ustawie (art. 42 u.d.l.). Statut nadawany jest przez podmiot tworzący, chyba że przepisy ustawy stanowią inaczej. Zakłady udzielają świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. Zgodnie z art. 46 u.d.l. odpowiedzialność za zarządzanie podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami ponoszą ich kierownicy⁴⁶.

Podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą funkcjonować w formie jednostek budżetowych w sferze samorządowej oraz w sferze administracji rządowej. W przypadku jednostek budżetowych będących podmiotami leczniczymi działającymi w strukturze danej jednostki

⁴⁵ Zagadnienia dotyczące jednostek budżetowych oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej regulują przepisy oddziałów 2 i 3 zamieszczonych w rozdziale 3 ustawy o działalności leczniczej.

⁴⁶ Działają tutaj także rady społeczne, które w świetle ustawy o działalności leczniczej są organami inicjującymi i opiniodawczymi podmiotu tworzącego oraz doradczymi kierownika podmiotu leczniczego.

samorządu terytorialnego ustawodawca wskazał wprost na organ j.s.t. uprawniony do ich utworzenia. Zgodnie z art. 83 pkt 2 u.d.l. organem tym jest organ stanowiący j.s.t. Powyższy przepis to zatem powtórzenie art. 12 ust. 1 pkt 2 u.f.p., który wskazuje na zasady ogólne tworzenia samorządowych jednostek budżetowych. Wydaje się więc, że art. 83 pkt 2 u.d.l. jest zbędnym powtórzeniem przepisów ustawy o finansach publicznych i stanowi *superfluum* ustawowe.

Inaczej jest w przypadku państwowych jednostek budżetowych będących podmiotami leczniczymi. W tej kwestii ustawa o działalności leczniczej zawiera przepisy szczególne w stosunku do zasad tworzenia jednostek budżetowych przewidzianych w art. 12 u.f.p. Zgodnie z art. 6 ust. 1 u.d.l. Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie jednostki budżetowej. Wskazanie na organ reprezentujący Skarb Państwa na etapie tworzenia podmiotu w formie jednostki budżetowej przesądza, że tylko ten organ może utworzyć jednostkę budżetową. Wskazuje na to również art. 83 u.d.l., zgodnie z którym tworzenie, przekształcenie i likwidacja podmiotu leczniczego w formie jednostki budżetowej następuje w drodze zarządzenia ministra, centralnego organu administracji rządowej albo wojewody. Wyłącza to zatem zastosowanie do tworzenia podmiotów leczniczych w tej formie prawnej przepisu art. 12 ust. 1 pkt 1 u.f.p. Ustawa o działalności leczniczej zawężyła w związku z tym krąg organów uprawnionych do tworzenia państwowych jednostek budżetowych powołanych do prowadzenia działalności leczniczej. Nie mogą jej utworzyć kierownicy urzędów centralnych niebędący jednocześnie organami administracji rządowej oraz inne organy działające na podstawie odrębnych ustaw⁴⁷.

⁴⁷ Przepisy ustawy o działalności leczniczej wskazują na obligatoryjne elementy uchwały lub zarządzenia o utworzeniu jednostki budżetowej. W świetle art. 84 u.d.l. powinny one określać co najmniej nazwę podmiotu, miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, jego formę organizacyjno-prawną oraz rodzaj działalności leczniczej wraz z zakresem udzielanych świadczeń. Nie wystarczy zatem wskazanie tylko mienia przekazywanego jednostce w zarząd oraz nadanie jej statutu. Niewątpliwie katalog elementów obligatoryjnych uchwały lub zarządzenia o powołaniu jednostki będzie zawierał także jej statut, co nie zwalnia z obowiązku wskazania tych elementów w uchwale lub zarządzeniu.

Ustawa o działalności leczniczej nie odnosi się do sposobu prowadzenia gospodarki finansowej przez jednostki budżetowe. Wskazuje tylko, że prowadzą one gospodarkę finansową na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych (art. 86 ust. 1 u.d.l.). W świetle art. 11 u.f.p. jednostki budżetowe nie posiadają osobowości ani zdolności prawnej, nie mogą pozywać ani być pozywane, nie mają zatem jakiegokolwiek podmiotowości prawnej. Są jednostkami organizacyjnym samorządu terytorialnego lub Skarbu Państwa.

Jako jedyne podmioty z katalogu jednostek sektora finansów publicznych na podstawie art. 11 u.f.p. rozliczają się z budżetem samorządowym lub państwowym metodą brutto (poza wyjątkami dotyczącymi jednostek zagranicznych oraz działających w systemie oświaty). W myśl powołanego przepisu pokrywają swoje wydatki bezpośrednio z budżetu, a pobrane dochody odprowadzają na rachunek odpowiednio dochodów budżetu państwa albo budżetu jednostki samorządu terytorialnego. Podstawą gospodarki finansowej jednostek budżetowych jest plan dochodów i wydatków. Działają one w ramach gospodarki budżetowej j.s.t. lub budżetu państwa.

Przedmiotem działalności jednostek budżetowych jest, co do zasady, świadczenie usług o charakterze nieodpłatnym lub wykonywanie innych zadań z obszaru administracji publicznej. W związku z tym dochody, jakie uzyskują te jednostki, są w większości przypadków niewystarczające do pokrycia kosztów ich działalności. Realizacja wskazanych zadań jest konieczna wówczas, gdy podmiot publiczny jest zobowiązany do ich wykonywania bez względu na to, czy uzyskane z określonej działalności wpływy chociaż w części pokryją wydatki przeznaczane na określone zadanie. Wówczas za finansowanie danego zadania odpowiadają podmioty władzy publicznej⁴⁸. Funkcjonowanie podmiotu leczniczego w formie jednostki budżetowej powoduje, że wielkość jego wydatków nie zależy od poziomu uzyskiwanych przez niego dochodów. Ponadto uzyskane przez taki podmiot dochody nie mogą być bezpośrednio przeznaczone

⁴⁸ K. Sawicka, *Formy prawno-organizacyjne jednostek sektora finansów publicznych* [w:] *System prawa finansowego*, t. II..., s. 45.

na pokrycie kosztów jego działalności. Muszą być tylko odprowadzone do odpowiedniego budżetu⁴⁹.

Można więc twierdzić, że w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej podmioty lecznicze prowadzone w formie jednostek budżetowych nie są w stanie pokrywać w pełni kosztów prowadzenia działalności leczniczej, dlatego muszą być finansowane bezpośrednio z budżetu państwa lub budżetu j.s.t. Podmioty lecznicze udzielają świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie zawartej z NFZ umowy. Za ich wykonywanie na podstawie wskazanej umowy otrzymują wynagrodzenie. Ustawodawca przyjął, że wynagrodzenie otrzymywane za wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie stosunku prawnego łączącego podmiot leczniczy z Funduszem jest niewystarczające do pokrycia wszelkich kosztów wynikających z udzielania zakontraktowanych świadczeń. Wynikiem takiego założenia może być stwierdzenie, że podmioty lecznicze inne niż jednostki budżetowe w celu osiągnięcia pozytywnego wyniku finansowego muszą wykonywać także dodatkową działalność komercyjną lub ograniczać do minimum koszty swojej podstawowej działalności. Może to jednak mieć negatywne konsekwencje z punktu widzenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że kierownicy jednostek budżetowych nie mają dużej samodzielności w zakresie ustalania planu finansowego swojej jednostki⁵⁰. Wynika to z faktu, że projekt planu finansowego jednostki musi być dostosowany do treści budżetu państwa. Zgodnie z art. 146 ust. 2 u.f.p. jednostki budżetowe po otrzymaniu informacji o kwotach dochodów i wydatków budżetu sporządzają swoje plany finansowe w celu ich zgodności z uchwałą lub ustawą budżetową⁵¹.

Reasumując dotychczasowe ustalenia, należy stwierdzić, że plan finansowy podmiotu leczniczego działającego w formie jednostki bu-

⁴⁹ K. Sawicka, *Formy prawno-organizacyjne...*, s. 46.

⁵⁰ E. Malinowska-Misiąg, *Komentarz do art. 11 [w:] Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, red. W. Misiąg, Warszawa 2015, s. 62.

⁵¹ W przypadku samorządowych jednostek budżetowych możliwość kształtowania planu finansowego jednostki jest zbliżona do jednostek państwowych. Ich plany finansowe również muszą być zgodne, ale z budżetem samorządowym.

dżetowej jest ściśle związany z budżetem danej jednostki samorządu terytorialnego lub budżetem państwa. Planowane wielkości wydatków nie mogą być przekraczane, a przeznaczenie tych wydatków nie może być dowolnie zmienione przez kierownika jednostki. Zmiana przeznaczenia może nastąpić wyłącznie w formie zmiany budżetu lub zmiany w budżecie w trybie przewidzianym w ustawie o finansach publicznych⁵². Do jednostek budżetowych będących podmiotami leczniczymi będą miały zastosowanie zasady wykonywania budżetu, o których mowa w art. 162 u.f.p. Kierownicy tych jednostek oraz ich pracownicy będą ponosili odpowiedzialność za naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Podmioty lecznicze działające w tej formie prawnej nie mogą uzyskiwać dotacji z uwagi na bezpośrednie powiązanie z właściwym budżetem.

W związku z powyższym ustawa o działalności leczniczej zawiera odmienne uregulowania od przepisów art. 11 i 12 u.f.p. tylko w zakresie tworzenia i likwidacji jednostek budżetowych. W przypadku pozostałych aspektów ich funkcjonowania odsyła natomiast do przepisów o finansach publicznych.

Z uwagi na to, że jednostki budżetowe nie mają osobowości prawnej, Skarb Państwa lub j.s.t. ponoszą wszelkie konsekwencje ich działalności w sferze majątkowej. W związku z tym, że jednostki te nie są nastawione na generowanie zysku, stanowią one istotne obciążenie finansowe dla właściwego budżetu. Może to mieć duże znaczenie z punktu widzenia limitów zadłużenia przewidzianych w ustawie o finansach publicznych.

Podsumowując analizę statusu prawnego podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych, należy wskazać, że taka forma organizacyjno-prawna omawianych podmiotów jest z punktu widzenia interesów budżetu państwa lub budżetów samorządowych niebezpieczna. Obecnie sytuacja finansowa podmiotów leczniczych jest niezadowolająca, wskazane podmioty będą więc stanowiły znaczny koszt dla budżetu państwa i budżetów samorządowych.

⁵² K. Sawicka, *Komentarz do art. 11* [w:] M. Karlikowska, W. Miemiec, Z. Ofiarski, K. Sawicka, *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, Wrocław 2010, s. 50.

W ustawie o działalności leczniczej obok jednostek budżetowych jako podmiotów leczniczych zostały również uregulowane zagadnienia prawne, w tym prawno-finansowe samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Działalności s.p.z.o.z. dotyczą przepisy oddziału 2 w rozdziale 2 ustawy. Regulują one sposób prowadzenia gospodarki finansowej zakładu, zasady jego łączenia, przekształcania oraz likwidacji. Ustawodawca zalicza s.p.z.o.z. do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. W doktrynie wskazuje się natomiast, że prowadzą one działalność zarobkową, a tym samym gospodarczą. Przesądza to o przyznaniu im statusu przedsiębiorcy na gruncie przepisów Kodeksu cywilnego oraz ustawy o swobodzie działalności gospodarczej⁵³.

Poprzednią formą prawną obecnie funkcjonujących s.p.z.o.z. były publiczne zakłady opieki zdrowotnej prowadzone w formie samodzielnego zakładu. Zgodnie z art. 35b ust. 3 u.z.o.z. samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej podlegał obowiązkowi rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym. Z chwilą wpisania do rejestru uzyskiwał on osobowość prawną. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej została uchylona art. 220 pkt 1 u.d.l. Przepis ten wszedł w życie 1.07.2011 r. i od tego momentu przestały funkcjonować publiczne zakłady opieki zdrowotnej działające na dotychczasowych zasadach. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej funkcjonują dalej, z tym że na odmiennych zasadach określonych ustawą o działalności leczniczej.

Powoływany wcześniej art. 35b u.z.o.z. przyznawał tym zakładom osobowość prawną, którą uzyskiwały z chwilą wpisu do rejestru, stanowił więc źródło prawne ich podmiotowości. Zgodnie z art. 33 k.c. osobami prawnymi są Skarb Państwa i jednostki organizacyjne, którym przepisy szczególnie przyznają osobowość prawną. W związku z uchyceniem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej obowiązujące do 15.07.2016 r. przepisy prawne nie przyznawały s.p.z.o.z. *expressis verbis* osobowości prawnej. W tym dniu weszła w życie ustawa o zmianie ustawy o działalności leczniczej⁵⁴. Powołaną ustawą dodano art. 50a u.d.l., na podstawie

⁵³ A. Dyląg, *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej*, „Monitor Prawniczy” 2011/17, s. 917 i n.

⁵⁴ Ustawa z 10.06.2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej (Dz.U. poz. 960).

którego podmioty wymienione w art. 6 u.d.l. mogą tworzyć s.p.z.o.z. Według art. 50a ust. 2 u.d.l. utworzony s.p.z.o.z. uzyskuje osobowość prawną z chwilą wpisu do właściwego rejestru⁵⁵.

⁵⁵ Do dnia wejścia w życie powoływanych przepisów nowelizujących ustawę o działalności leczniczej istniał jednak problem, czy na podstawie tej ustawy można twierdzić, że obecnie funkcjonujące zakłady zachowały osobowość prawną. Zgodnie z art. 204 ust. 2 u.d.l. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej działające na podstawie dotychczasowych przepisów stały się z dniem wejścia w życie ustawy podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami. Wprowadzenie regulacji prawnej stanowiącej podstawę prawną do uzyskania przez zakłady osobowości prawnej nie rozwiązało jednak problemu. Ustawa zmieniająca nie zawiera żadnych przepisów intertemporalnych dotyczących stosowania nowego art. 50a u.d.l. do istniejących już s.p.z.o.z. Ich brak wskazuje na to, iż art. 50a, stanowiący podstawę prawną uzyskania osobowości prawnej, należy stosować do nowo utworzonych zakładów. Analizując przepisy ustawy o działalności leczniczej, można jednak dojść do wniosku, że zakłady, które funkcjonowały jeszcze przed wejściem w życie powołanej nowelizacji, posiadają jednak osobowość prawną. Zgodnie z art. 67 ust. 3 u.d.l. w przypadku połączenia nowo powstały zakład uzyskuje osobowość prawną z chwilą wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego. W związku z tym twierdzi się, że skoro s.p.z.o.z. powstające w drodze wyjątku uzyskują osobowość prawną, to tym bardziej zdolność taką zachowały zakłady powstałe na podstawie wcześniej obowiązującej ustawy (T. Głąb, *Komentarz do art. 204 [w:] Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, red. F. Grzegorzcyk, Warszawa 2013, s. 482–483; M. Wielgolaski, *Nowe zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych [w:] Prowadzenie działalności leczniczej. Zakłady opieki zdrowotnej, praktyki lekarskie i pielęgniarskie oraz inne podmioty w świetle ustawy o działalności leczniczej*, red. G. Moroz, Z. Orzeł, Warszawa 2012, s. 12). Nieracjonalnym działaniem ustawodawcy byłoby przyznanie części zakładom osobowości prawnej oraz pozbawienie jej tych s.p.z.o.z., które zostały utworzone przed 15.07.2016 r. przy jednoczesnym wykonywaniu przez nie takiej samej działalności. Warto podkreślić, że w przypadku osób prawnych, które uzyskały osobowość prawną na podstawie ustawy, tylko ustawa decyduje o ich ustaniu (J. Frąckowiak, *Osoby...*, s. 1055, wyrok SN z 13.02.2009 r., II CSK 464/08, OSP 2010/2, poz. 17). Przyznanie osobowości prawnej oraz jej utrata w świetle obowiązujących przepisów musi wynikać z ustawy, zatem przyjmuje się, że także z tego względu s.p.z.o.z. nie można odmówić osobowości prawnej. Jednocześnie podnosi się, że w celu usunięcia wątpliwości interpretacyjnych niezbędna jest interwencja ustawodawcy (J. Karolczak, *Opinia prawna na temat osobowości prawnej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej*, „Zeszyty Prawnicze” 2011/4 s. 244–245). Ponadto w doktrynie powszechnie uznawano s.p.z.o.z. za osoby prawne typu fundacyjnego. Posiadają one założyciela, który określa strukturę organizacyjną, cele działania oraz wyposaża zakład w majątek (Z. Kubot, *Umowa o zarządzanie samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” 1999/1, s. 52).

Zgodnie z art. 9 pkt 10 u.f.p. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej zostały zaliczone do jednostek sektora finansów publicznych, a ich gospodarka finansowa prowadzona jest na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej. W przypadku s.p.z.o.z. jej przepisy nie zawierają odesłania do stosowania w tym zakresie regulacji prawnych zawartych w ustawie o finansach publicznych. Jednak z uwagi na to, że zakłady są zaliczane do sektora finansów publicznych, będą miały do nich zastosowanie w określonym zakresie przepisy ustawy o finansach publicznych, a do ich organów oraz pracowników przepisy ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

Ustawa o działalności leczniczej nie wskazuje, w jakiej formie prawnej ma być tworzony plan finansowy zakładów. Należy podzielić stanowisko formułowane w literaturze prawa medycznego, że powinien on przyjmować prawną formę zarządzenia kierownika s.p.z.o.z.⁵⁶

Zakłady pokrywają koszty swojej działalności i regulują zobowiązania z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów. Nie są zobowiązane do przekazywania nadwyżki finansowej. Samodzielnie decydują o podziale osiągniętego zysku. Zgodnie z art. 56 ust. 1 u.d.l. wartość majątku zakładu określają fundusz założycielski oraz fundusz zakładu. Fundusz założycielski zakładu stanowi wartość wydzielonej samodzielnie publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej części mienia Skarbu Państwa, j.s.t. lub uczelni medycznej, w tym przekazanego w nieodpłatne użytkowanie. Osiągnięty w roku obrotowym zysk zwiększa fundusz zakładu, a nie fundusz założycielski⁵⁷.

⁵⁶ M. Dercz, *Komentarz do art. 53 [w:] M. Dercz, T. Rek, Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 218.

⁵⁷ Podmioty tworzące nie mają instrumentów prawnych do ingerowania w sposób podziału osiągniętego zysku, chyba że został on dokonany niezgodnie z prawem. Wówczas mogą korzystać z przysługujących im kompetencji nadzorczych. Organem uprawnionym do podjęcia decyzji o podziale zysku jest kierownik zakładu. Wynika to z faktu, że kierownik podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą (w tym s.p.z.o.z.) odpowiada za jego działalność (art. 46 u.d.l.). Zakłady są zobowiązane we własnym zakresie pokrywać ujemny wynik finansowy, powinny zatem gromadzić środki finansowe i gospodarować nimi tak, aby samodzielnie mogły wykonywać swoje zobowiązania.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie zostały powiązane z budżetem państwowym lub samorządowym, choć ich działalność może ostatecznie przynosić pewne skutki w sferze gospodarki finansowej wskazanych budżetów. Zgodnie z art. 59 ust. 2 pkt 1 u.d.l. podmiot tworzący s.p.z.o.z. może, w terminie dziewięciu miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia jego sprawozdania finansowego, pokryć stratę netto⁵⁸ za rok obrotowy tego zakładu w wysokości nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji. W przypadku niepokrycia straty netto podmiot ten zobowiązany jest do likwidacji zakładu. Jak wynika z powoływanego przepisu, pokrycie ujemnego wyniku finansowego s.p.z.o.z. przez podmiot go tworzący jest tylko jedną z możliwości⁵⁹.

Wskazano, że działalność zakładów może zatem wpływać na gospodarkę finansową podmiotów tworzących i prowadzących s.p.z.o.z. Wynika to z przepisu art. 61 u.d.l., zgodnie z którym zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa, uczelni medycznej bądź właściwej j.s.t. Jeżeli podmiot tworzący s.p.z.o.z. godzi się na jego funkcjonowanie w przypadku osiągnięcia straty netto (ujemnego wyniku finansowego), wówczas zobowiązany jest ten wynik pokryć z własnego budżetu. Natomiast w przypadku podjęcia negatywnej decyzji o jego pokryciu dochodzi do likwidacji s.p.z.o.z. W związku z tym podmiot tworzący i tak odczuje w swoim planie finansowym negatywne skutki działalności nierentownego zakładu.

Na rynku usług medycznych s.p.z.o.z. są w gorszej sytuacji niż np. spółki prawa handlowego. Wynika to z art. 55 u.d.l., który w ust. 1 statuuje zamknięty katalog przychodów s.p.z.o.z. Zgodnie z nim zakład może uzyskiwać środki finansowe przede wszystkim z odpłatnej działalności leczniczej (chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej), z wydzielonej działalności innej niż wymieniona w pkt 1, jeżeli statut przewiduje prowadzenie takiej działalności, na cele i na zasadach określonych

⁵⁸ Na skutek nowelizacji przepisów ustawy o działalności leczniczej od 15.07.2016 r. strata netto zastąpiła pojęcie ujemnego wyniku finansowego.

⁵⁹ Ocena realizowanej w tym zakresie praktyki stanowi przedmiot rozważań w rozdziale VII.

w przepisach art. 114–117 u.d.l., na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami, na pokrycie straty netto, a także z odsetek, darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej. W porównaniu ze spółkami prawa handlowego zakłady nie mogą zatem uzyskiwać innych przychodów niż wskazane wyżej. Zakład, chcąc osiągnąć pozytywny wynik finansowy, musi tak zorganizować swoją działalność, aby przychody osiągnięte z tych źródeł wystarczały na pokrycie jego zobowiązań.

Zakłady zobowiązane są do udziału w procedurach konkursowych dotyczących zawierania z NFZ umów w przedmiocie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na takich samych zasadach jak pozostałe podmioty wykonujące działalność leczniczą. W związku z tym nie mają one gwarancji zawarcia umowy z Funduszem⁶⁰.

Zgodnie z nieobowiązującym art. 204 ust. 1 u.d.l. od dnia wejścia w życie tej ustawy nie mogły być tworzone samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Zestawienie tego przepisu z przepisami ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu sprzed powołanej nowelizacji, dotyczącymi funkcjonowania s.p.z.o.z. w zakresie pokrywania wyniku finansowego oraz możliwości likwidacji tych zakładów, prowadzi do wniosku, że w ocenie ustawodawcy podmioty prowadzące działalność leczniczą w tej formie były jedynie przejściową formą organizacyjno-prawną, a ich liczba na rynku usług medycznych powinna się zmniejszać. Miały je zastępować spółki kapitałowe prowadzące działalność leczniczą.

Pomimo niekorzystnej sytuacji prawnej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej funkcjonowały one w dalszym ciągu, wykonując przede wszystkim zadania z zakresu ochrony zdrowia nałożone na jednostki samorządu terytorialnego. Potwierdzeniem takiego stanowiska jest struktura podmiotów leczniczych, których podmiotem tworzącym jest województwo dolnośląskie. Liczba s.p.z.o.z. funkcjonujących w strukturze województwa dolnośląskiego w 2017 r. wynosiła 26. Należy wskazać, że województwo dolnośląskie w 2014 r. było

⁶⁰ A. Dyląg, *Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jako forma prywatyzacji zadań publicznych*, Toruń 2014, s. 171.

właścicielem tylko sześciu spółek kapitałowych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, w tym trzech uzdrowisk i sanatoriów⁶¹. Nowelizacja ustawy o działalności leczniczej, która weszła w życie 15.07.2016 r., umożliwiła ponowne tworzenie s.p.z.o.z. Skutkiem tego jest zwiększenie liczby takich zakładów i odejście od komercjalizacji podmiotów leczniczych.

Do spółek kapitałowych należy spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółka akcyjna. Zgodnie z art. 12 k.s.h. podmioty te posiadają osobowość prawną. W obrocie prawnym są całkowicie niezależne od podmiotów je tworzących (wspólników lub akcjonariuszy). Jako podmioty lecznicze mogą być tworzone zarówno przez Skarb Państwa, j.s.t., jak i przez osoby fizyczne lub prawne działające wyłącznie w sferze prawa prywatnego⁶².

Przedstawione podmioty lecznicze stanowią istotny element systemu ochrony zdrowia w Polsce. Udzielają świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i nie są w żaden sposób powiązane z główną instytucją zarządzającą funkcjonowaniem ochrony zdrowia. Z punktu widzenia organizacyjnego są w pełni niezależne od Narodowego Funduszu Zdrowia, mimo to ich sytuacja finansowa jest determinowana działalnością Funduszu. Od wartości zawartych z NFZ umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zależy sposób funkcjonowania podmiotów leczniczych. W większości przypadków wynagrodzenie z tytułu udzielanych świadczeń nie wystarcza do pełnego pokrycia kosztów działalności danego podmiotu. W związku z tym przepisy ustawy o działalności leczniczej umożliwiają Skarbowi Państwa, uczel-

⁶¹ Informacja zamieszczona na stronie internetowej <http://bip.umwd.dolnyslask.pl> (dostęp: 18.01.2017 r.).

⁶² W zakresie gospodarki finansowej nie stosuje się do nich przepisów ustawy o finansach publicznych. Prowadzenie gospodarki finansowej przez spółki kapitałowe, nawet wówczas, gdy większość ich kapitału zakładowego należy do Skarbu Państwa lub j.s.t., nie jest determinowane przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o finansach publicznych. Działają one wyłącznie na zasadach komercyjnych i zasadniczo w celu osiągnięcia zysku, chociaż nastawienie na osiągnięcie dodatniego wyniku finansowego nie jest warunkiem ich funkcjonowania. Ich strukturę organizacyjną, sposób powstania, uprawnienia i obowiązki organów oraz stosunki wewnętrzne regulują przepisy Kodeksu spółek handlowych.

niom medycznym oraz j.s.t. dodatkowe finansowanie tych podmiotów. W niektórych przypadkach obok działalności leczniczej finansowanej ze środków pochodzących z NFZ mogą one prowadzić dodatkową działalność komercyjną.

W związku z powyższym przychody NFZ, z których finansowane są koszty zawieranych z podmiotami leczniczymi umów, są niewystarczające dla prawidłowego zabezpieczenia funkcjonowania świadczeniodawców stanowiących istotny element systemu ochrony zdrowia. Muszą one szukać dodatkowych źródeł finansowania, korzystając ze środków pochodzących m.in. z budżetu państwa oraz budżetów j.s.t. w celu pokrycia kosztów świadczeń udzielanych na podstawie umów zawartych z Funduszem.

1.3. Organy jednostek samorządu terytorialnego oraz organy administracji rządowej

W strukturze organizacyjnej przyjętego w Polsce modelu ochrony zdrowia duże znaczenie ma działalność jednostek samorządu terytorialnego oraz terenowych organów administracji rządowej. Rozdział 2 działu I ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Przepis art. 6 u.s.o.z. zawiera ogólną normę dla wszystkich rodzajów władz publicznych ustalającą wspólny dla nich katalog zadań w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z nim zadaniami władz publicznych są w szczególności: tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, analiza i ocena potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, promocja zdrowia i profilaktyka, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu oraz finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej⁶³. W nauce wskazuje się, że j.s.t. w wyniku reformy ustroju samorządu terytorialnego w 1998 r. należy zaliczyć do

⁶³ Zadania z zakresu ochrony zdrowia nałożone na j.s.t. wynikają z kilku różnych ustaw. Wskazać tutaj trzeba ustawy ustrojowe, ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej

podmiotów odpowiadających za organizację służby zdrowia⁶⁴. Stały się one bowiem organami tworzącymi i prowadzącymi podmioty wykonujące działalność leczniczą w formie s.p.z.o.z., jednostek budżetowych i spółek kapitałowych.

Z ustaw ustrojowych j.s.t. poszczególnych szczebli wynikają zadania z zakresu ochrony zdrowia. Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 u.s.g. do zadań własnych gminy zostały zaliczone sprawy z zakresu ochrony zdrowia. W przypadku powiatów oraz województw samorządowych zadania te zostały ujęte inaczej – na te jednostki nałożono zadania z zakresu ochrony i promocji zdrowia (art. 4 ust. 1 pkt 2 u.s.p. i art. 14 ust. 1 pkt 2 u.s.w.).

Zadania j.s.t. z zakresu ochrony zdrowia wynikają jednak przede wszystkim z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepisy art. 7–9 u.ś.o.z. nakładają na jednostki każdego szczebla zadania własne. Regulacje te nie stanowią zamkniętego katalogu zadań w zakresie ochrony zdrowia wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na gminy zostały również nałożone zadania zlecone⁶⁵.

Pozostałe zadania j.s.t. wskazane w powołanych przepisach mają charakter intencjonalny⁶⁶. Dotyczą one inicjowania, wspomagania i monitorowania działań organów lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie danej jednostki, pobudzania działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia, podejmowania innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych, a także inspirowania i promowania rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia. W literaturze

finansowanych ze środków publicznych, ustawę o działalności leczniczej oraz ustawy materialnoprawne z zakresu szczegółowych dziedzin prawa.

⁶⁴ M. Dercz, *Samorząd terytorialny...*, s. 80.

⁶⁵ Do zadań zleconych gmin należy wydawanie decyzji, o których mowa w art. 54 u.ś.o.z., w sprawach świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni. Zadania te są finansowane przez gminy z dotacji celowych stanowiących wydatki budżetu państwa przeznaczane na sfinansowanie ich kosztów.

⁶⁶ J. Nowak-Kubiak, B. Łukasik, *Ustawa o działalności leczniczej...*, s. 33.

podnosi się, że zadania te mają wyłącznie charakter wytycznych i odnoszą się do celów i kierunków prowadzenia przez j.s.t. polityki społecznej w zakresie ochrony zdrowia⁶⁷.

Od 15.07.2016 r. zadaniem samorządów jest finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzono bowiem art. 9a i 9b, na podstawie których j.s.t. mogą finansować dla swoich mieszkańców świadczenia gwarantowane w celu zaspokojenia potrzeb wspólnoty samorządowej. Jednostki samorządu terytorialnego mogą finansować świadczenia opieki zdrowotnej także w przypadku gdy stanowią one element programu profilaktyki zdrowotnej⁶⁸.

Szczególne zadania samorządów wynikają z ustawy o działalności leczniczej. Jak już ustalono, mogą one prowadzić podmioty wykonujące działalność leczniczą. W przypadku s.p.z.o.z. jednostki samorządu terytorialnego zostały obciążone obowiązkiem pokrywania ich wyników finansowych lub zmuszone do przejścia wszystkich zobowiązań likwidowanych zakładów.

Ponadto samorzady na podstawie przepisów art. 114–115 u.d.l. mogą przekazywać środki finansowe podmiotom wykonującym działalność leczniczą. Jest to ich uprawnienie, a nie obowiązek. Środki finansowe na zadania, o których mowa w art. 114 i 115 u.d.l., mogą być przekazywane na podstawie umowy zawartej pomiędzy j.s.t. a podmiotem wykonującym działalność leczniczą lub w formie dotacji.

Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia wynikają także z poszczególnych ustaw materialnego prawa administracyjnego. Przykładowo można wymienić ustawę o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁶⁹, gdzie stwierdza się,

⁶⁷ D.E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 48–50.

⁶⁸ K. Baka, *Komentarz do art. 5 [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej...*, s. 133.

⁶⁹ Ustawa z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2016 r. poz. 487 ze zm.).

że prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu należy do zadań własnych gmin. Innym przykładem jest ustawa o lecznictwie uzdrowiskowym⁷⁰. Zgodnie z jej art. 46 pkt 3 do zadań własnych gmin uzdrowiskowych oraz posiadających status obszaru ochrony uzdrowiskowej należy m.in. tworzenie warunków do funkcjonowania zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego oraz rozwoju infrastruktury komunalnej dla zaspokajania potrzeb osób przebywających w gminie w celu lecznictwa uzdrowiskowego.

Jednostki samorządu terytorialnego zostały więc obciążone bardzo szerokim zakresem zadań w sferze ochrony zdrowia. Mimo że zasadniczo nie finansują bezpośrednio świadczeń opieki zdrowotnej, są zobowiązane do dokonywania istotnych wydatków przede wszystkim związanych z organizacją ochrony zdrowia na swoim obszarze. Uzasadnione jest zatem stwierdzenie, że budżety poszczególnych jednostek mają duże znaczenie w systemie źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

Zadania z zakresu ochrony zdrowia wykonują także centralne i terenowe organy administracji rządowej. Pełnią one funkcje organów nadzorczych oraz pokrywają określone ustawowo wydatki, m.in. na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej i ratownictwo medyczne. Mogą także przekazywać podmiotom leczniczym środki pieniężne na wskazane ustawowo cele.

Do centralnych organów administracji rządowej odpowiedzialnych za nadzór nad organizacją i funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia należy zaliczyć przede wszystkim ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych. Kompetencje nadzorcze przyznają im w szczególności ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawa o działalności leczniczej. Minister właściwy do spraw zdrowia oraz wojewodowie są także odpowiedzialni za finansowanie określonego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej. Zakres finansowania tych świadczeń

⁷⁰ Ustawa z 28.07.2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1056 ze zm.).

wynika z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która zawiera obszerny katalog zadań ministra. Obejmuje on ogólny wykaz zadań, które są następnie konkretyzowane poszczególnymi przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub innych ustaw. Najistotniejsze z nich dotyczą nadzoru nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia oraz jego organów. To samo dotyczy zadań ministra właściwego do spraw finansów publicznych, który sprawuje nadzór w zakresie gospodarki finansowej NFZ oraz zatwierdza sprawozdanie finansowe Funduszu⁷¹.

Minister właściwy do spraw zdrowia jest zobowiązany do finansowania programów zdrowotnych oraz niektórych świadczeń opieki zdrowotnej w formie dotacji przekazywanej z budżetu państwa. Do jego zadań należy planowanie, przekazywanie i rozliczanie dotacji na sfinansowanie kosztów udzielania świadczeń m.in. świadczeniobiorcom niezaliczanym do katalogu osób ubezpieczonych oraz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza granicami kraju w ustawowo przewidzianych wypadkach. Z części budżetu pozostającej w jego dyspozycji finansowane są także świadczenia gwarantowane, w tym w stosunku do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji⁷².

W związku z brzmieniem art. 115 u.d.l. minister właściwy do spraw zdrowia może także przekazywać podmiotom wykonującym działalność leczniczą środki pochodzące z budżetu państwa na podstawie umowy zawartej ze Skarbem Państwa reprezentowanym przez ministra lub w prawnej formie dotacji. Może on zatem finansować podmioty wyko-

⁷¹ Do pozostałych zadań ministra właściwego do spraw zdrowia należy zaliczyć także m.in.: zadania z zakresu edukacji zdrowotnej, opracowywanie, finansowanie i ocenę programów zdrowotnych, kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, sprawowanie nadzoru nad Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym. Wskazane zadania dotyczą organizacji oraz nadzoru nad systemem ochrony zdrowia.

⁷² Minister właściwy do spraw zdrowia jest także odpowiedzialny za finansowanie lotniczych zespołów ratownictwa medycznego (art. 48 ust. 1 u.p.r.m.).

nujące działalność leczniczą na podobnych zasadach jak w przypadku samorządów.

Zadania wojewodów jako terenowych organów administracji rządowej reguluje przede wszystkim art. 10 u.ś.o.z. Do ich kompetencji należą w szczególności ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego oraz przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia rocznych informacji o zrealizowanych w ubiegłym roku programach polityki zdrowotnej i o programach polityki zdrowotnej planowanych na rok kolejny⁷³.

Istotne zadania nakłada na wojewodów ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zgodnie z art. 46 ust. 1 u.p.r.m. zadania zespołów ratownictwa medycznego są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie. Środki na finansowanie zadań z zakresu ratownictwa medycznego (umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego) wojewodowie przekazują Narodowemu Funduszowi Zdrowia w formie dotacji celowej na zasadach określonych w ustawie o finansach publicznych w celu zapewnienia finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Wojewodowie nie odpowiadają natomiast za finansowanie lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

Organy administracji rządowej (obok samorządów) wykonują istotne zadania z zakresu finansowania ochrony zdrowia. Z budżetu państwa finansowane są niektóre świadczenia opieki zdrowotnej oraz państwowe ratownictwo medyczne, jak również podmioty lecznicze (na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej). Z budżetu tego pokrywany jest ujemny wynik finansowy s.p.z.o.z., gdy są one prowadzone przez *stationes fisci*, a Skarb Państwa jest zobowiązany przejąć zobowią-

⁷³ W świetle ustawy o działalności leczniczej wojewodowie mogą w imieniu Skarbu Państwa tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze w formie spółek kapitałowych, jednostek budżetowych oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wojewodowie są też organami prowadzącymi rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ust. 1 u.d.l. Tak jak ministrowie i jednostki samorządu terytorialnego mogą przekazywać środki finansowe na podstawie art. 115 u.d.l.

zania likwidowanego zakładu. Przedstawione organy są zatem znaczącymi elementami systemu ochrony zdrowia w Polsce, a budżet państwa, którego częściami dysponują, stanowi istotne źródło jego finansowania.

2. Podmioty bierne polskiego systemu ochrony zdrowia

Celem funkcjonowania obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego jest zapewnienie świadczeniobiorcom gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Przepis art. 2 ust. 1 u.ś.o.z. wskazuje, że do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo wyłącznie podmioty zaliczane do katalogu świadczeniobiorców. W świetle tego przepisu świadczeniobiorcami są przede wszystkim osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym – ubezpieczeniem zdrowotnym (art. 2 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z.). Wynika z niego także, że świadczeniobiorcami są też zasadniczo inne osoby niż ubezpieczeni, jeżeli zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, mają obywatelstwo polskie oraz spełniają określone ustawowo kryteria dochodowe, osoby przed ukończeniem 18. roku życia posiadające obywatelstwo polskie, a także inne osoby zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu. Osoby posiadające status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy traktuje się na równi z osobami posiadającymi obywatelstwo polskie. Oznacza to, że prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego mają także inne osoby niż ubezpieczeni. Powstanie prawa do korzystania ze świadczeń jest determinowane spełnieniem ustawowych przesłanek, a nie wydaniem decyzji potwierdzającej przysługujące świadczeniobiorcy uprawnienia⁷⁴.

⁷⁴ M. Zieleniecki, *Problemy zakresu podmiotowego prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2007/2, s. 503. Organ wykonawczy gminy nie ma prawa odmówić wydania zaświadczenia z uwagi na ustalenie, że udzielenie określonego świadczenia zdrowotnego nie jest w przypadku danej osoby uzasadnione. Odmowa potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej może nastąpić tylko wówczas, gdy osoba, która ubiega się o wydanie zaświadczenia, nie spełnia

Artykuł 15 ust. 1 u.ś.o.z. podaje zakres świadczeń, z jakich świadczeniobiorcy mogą korzystać w przypadku wystąpienia określonego ryzyka. Zgodnie z tym przepisem świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Artykuł 15 ust. 2 u.ś.o.z. zawiera szczegółowy katalog 19 rodzajów przysługujących świadczeniobiorcom świadczeń gwarantowanych. Świadczenia te przysługują niezależnie od tytułu prawnego, na podstawie którego świadczeniobiorca nabył do nich prawo.

Zakres podmiotowy świadczeniobiorców wskazuje, że z punktu widzenia zakresu przedmiotowego udzielanych świadczeń podmioty nieposiadające statusu ubezpieczonych są traktowane tak samo jak ubezpieczeni. Najszerszą zakresowo grupą świadczeniobiorców są osoby podlegające powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu.

2.1. Osoby ubezpieczone obowiązkowo

W art. 66 ust. 1 u.ś.o.z. wymieniono ponad 50 grup zawodowych i społecznych, które podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. Zakres podmiotowy obowiązkowego ubezpieczenia, o którym mowa w art. 66 ust. 1 u.ś.o.z., determinowany jest treścią art. 3 ust. 1 u.ś.o.z. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 u.ś.o.z., będą podlegać obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu tylko wtedy, gdy spełnią co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 3 ust. 1 u.ś.o.z. (miejsce zamieszkania, obywatelstwo, status). Analizując zakres podmiotowy obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, w pierwszej kolejności należy dokonać podziału wyżej wskazanych grup ubezpieczonych. Można go przeprowadzić na podstawie kilku kryteriów, które częściowo wynikają z art. 66 ust. 1 u.ś.o.z.

ustawowych przesłanek do zakwalifikowania jej do katalogu świadczeniobiorców (A. Si-dorko, *Bezpłatne leczenie osób nieubezpieczonych*, „Służba Pracownicza” 2009/10, s. 19).

Po pierwsze, istnieje możliwość podziału podmiotów podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu na osoby, których podleganie ubezpieczeniu jest determinowane spełnieniem warunków do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, oraz na osoby, których obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego nie jest w żaden sposób związany z ubezpieczeniami społecznymi. Do pierwszej kategorii podmiotów należy zaliczyć osoby wyczerpująco wymienione w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a–i u.ś.o.z. Będą to przede wszystkim pracownicy w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, rolnicy i ich domownicy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, a także osoby prowadzące działalność gospodarczą oraz wykonujące pracę na podstawie umowy zlecenia lub umowy agencyjnej.

Do drugiej grupy należy zaliczyć pozostałe osoby wymienione w art. 66 ust. 1 pkt 2–37 u.ś.o.z. Przykładowo będą to sędziowie i prokuratorzy, posłowie i senatorowie niepozbierający uposażeń, a także funkcjonariusze służb mundurowych (m.in. policjanci, funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Straży Granicznej) oraz bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innych tytułów. W tym przypadku za kryterium dokonania podziału należy przyjąć rodzaj przesłanek do objęcia ubezpieczeniem społecznym właściwym dla danej osoby.

Po drugie, podziału grup podmiotów podlegających obowiązkowi ubezpieczeniowemu można dokonać według kryterium sposobu oraz źródła finansowania składki. Na podstawie tego kryterium istnieje możliwość podziału ubezpieczonych na tych, których składka finansowana jest z ich własnych środków, oraz na osoby, za które składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana przez podmioty trzecie i jednocześnie jej źródłem finansowania nie jest przychód ubezpieczonego (zasadniczo będą to środki pochodzące z budżetu państwa), a także na osoby, które korzystają z ubezpieczenia zdrowotnego z uwagi na fakt, że są członkami rodziny osoby podlegającej obowiązkowemu ubezpieczeniu z innego tytułu (np. dzieci ubezpieczonego).

W świetle konstrukcji prawnej składki zdrowotnej oraz wysokości przychodów osiągniętych z niej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a także obciążeń poszczególnych budżetów jako odrębnych źródeł finansowania ochrony zdrowia obowiązkiem ponoszenia ciężaru opłacania składki za ubezpieczonego najistotniejszy wydaje się podział oparty na kryterium sposobu oraz źródeł finansowania składki. Wynika to przede wszystkim z faktu, że wysokość składki opłacanej za grupy ubezpieczonych wyodrębnione według powyższego kryterium wpływa na plan finansowy Funduszu. Członkowie rodziny ubezpieczonego pracownika lub innej osoby, dla której wysokość składki obliczana jest od osiąganego przez nią przychodu, ani właściwy ubezpieczony nie są zobowiązani do zapłaty wyższej składki zdrowotnej ze względu na to, że korzystają z przysługujących im jako świadczeniobiorcom uprawnień. Podleganie przez członków rodziny ubezpieczonego obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu nie ma znaczenia dla obliczania wysokości składki. W konsekwencji sytuacja ta jest bez znaczenia dla przychodów uzyskiwanych przez NFZ. Liczba członków rodziny ubezpieczonego ma wpływ na wysokość kosztów ponoszonych przez Fundusz na realizację świadczeń zdrowotnych, im wyższa bowiem liczba osób ubezpieczonych, tym większa jest możliwość wystąpienia ryzyka ubezpieczeniowego po stronie świadczeniobiorców.

Liczba grup ubezpieczonych, za których składka zdrowotna jest opłacana przez podmioty trzecie (z reguły ze środków pochodzących z budżetu państwa), ma istotny wpływ na wysokość wydatków budżetowych, a zatem na relacje zachodzące pomiędzy poszczególnymi źródłami finansowania ochrony zdrowia. W ocenie autora powyższe twierdzenia uzasadniają dalszą charakterystykę zakresu podmiotowego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego z uwzględnieniem kryterium podziału grup ubezpieczeniowych według sposobu oraz źródeł finansowania ich składek zdrowotnych⁷⁵.

⁷⁵ Nie można jednak odmówić doniosłości prawnej kryterium podziału grup podmiotów podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu, które wymaga spełnienia przesłanek do podlegania właściwym ubezpieczeniom zdrowotnym determinującym obowiązek ubezpieczeniowy na gruncie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2.1.1. Osoby ubezpieczone obciążone obowiązkiem opłacania składki zdrowotnej

Przechodząc do szczegółowej analizy zakresu podmiotowego obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, należy stwierdzić, że w świetle art. 66 ust. 1 u.ś.o.z. najliczniejszą grupę ubezpieczonych stanowią osoby, których składka zdrowotna jest odprowadzana od uzyskiwanych przez nie przychodów (ewentualnie jest za nie opłacana z innych źródeł niż budżet państwa). Będą to zatem osoby spełniające warunki objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, które są: pracownikami w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, rolnikami lub ich domownikami w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą lub osobami z nimi współpracującymi, z wyłączeniem osób, które zawiesiły wykonywanie działalności gospodarczej na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej⁷⁶.

Jak już ustalono, podleganie obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu wymienionych grup społecznych determinowane jest spełnieniem określonych ustawowo przesłanek pozwalających na objęcie danego podmiotu ubezpieczeniem społecznym lub ubezpieczeniem społecznym rolników, w zależności od rodzaju prowadzonej działalności. Spełnienie warunków do objęcia właściwymi ubezpieczeniami społecznymi stanowi warunek *sine qua non* podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. W związku z tym nie wszystkie osoby zaliczane do grup zawodowych i społecznych wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a–i u.ś.o.z. będą podlegać obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu.

⁷⁶ Do powyższego katalogu zaliczają się także: osoby wykonujące pracę nakładczą, osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące zlecenia lub osoby z nimi współpracujące, duchowni, członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych, spółdzielni kółek rolniczych lub członkowie ich rodzin, osoby pobierające świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu oraz osoby pobierające zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, a także osoby pobierające wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego albo w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie, wynikające z odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy, jak również osoby pobierające świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia.

Szczegółowa analiza podmiotów, których podleganie obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu zależy od spełniania określonych przesłanek wynikających z przepisów dotyczących właściwych ubezpieczeń społecznych, wymaga odwołania się w niezbędnym zakresie do przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Zależność podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu od spełnienia określonych kryteriów wynikających z odrębnych ustaw dotyczących właściwych dla danej osoby ubezpieczeń społecznych czyni niepełną regulację prawną zawartą w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczącą zasad podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu, a w konsekwencji odnoszącą się także do składki zdrowotnej. Podmioty enumeratywnie wskazane w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a–i u.s.o.z. stanowią najliczniejszą grupę społeczną w Polsce. W konsekwencji zdecydowana większość przychodów NFZ pochodzących z tytułu pobierania składki na ubezpieczenie zdrowotne pomniejsza przychody osób wymienionych w analizowanym przepisie. Można z tego wyciągnąć wniosek, zgodnie z którym przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników mają istotny wpływ na zakres podmiotowy, a w związku z tym na ogólną wysokość przychodów z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne uzyskiwanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia⁷⁷.

Z art. 66 ust. 1 pkt 1 u.s.o.z. wynika, że podleganie obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu przez osoby wymienione w tym przepisie wymaga formalnego zarejestrowania w świetle przepisów o ubezpieczeniach społecznych. Istotny z punktu widzenia ubezpieczenia zdrowotnego jest fakt, że osoby te spełniają jedynie przesłanki do podlegania odpo-

⁷⁷ Ustawodawca, konstruując zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu wynikające z działu IV ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, odwołuje się do przepisów dotyczących właściwych ubezpieczeń społecznych nie tylko w przypadku zakresu podmiotowego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Istotne znaczenie ma przede wszystkim bezpośrednie odwołanie się do powyższych przepisów w zakresie elementów konstrukcji prawnej składki zdrowotnej. Problematyka ta będzie jednak przedmiotem badań w dalszej części pracy.

wiednim ubezpieczeniem⁷⁸. Ponadto przepis art. 66 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z. nie wskazuje na rodzaj właściwego ubezpieczenia. *Lege non distinguente* dla podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu nie będzie miało znaczenia, czy dany podmiot spełnia przesłanki obowiązkowego lub tylko dobrowolnego właściwego ubezpieczenia społecznego. W przypadku spełnienia przez określoną osobę przesłanek dobrowolnego ubezpieczenia społecznego w świetle art. 66 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z. nie jest ważne, czy podmiot ten skorzystał z przysługujących mu uprawnień i dobrowolnie się ubezpieczył w zakresie ubezpieczeń społecznych.

W przypadku właściwego dla danej osoby ubezpieczenia społecznego, gdy zostaną spełnione przesłanki do dobrowolnego ubezpieczenia, nie musi ona podlegać ubezpieczeniu społecznemu. Podmiot spełniający określone przesłanki ma zatem jedynie prawo, a nie obowiązek podlegania ubezpieczeniu społecznemu⁷⁹. Trzeba podkreślić, że w przypadku ubezpieczenia zdrowotnego podmiotów wskazanych w art. 66 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z. spełnienie przesłanek dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego rodzi obowiązek ubezpieczenia. Taka konstrukcja analizowanego przepisu zwiększa niewątpliwie zakres podmiotowy ubezpieczenia zdrowotnego. W świetle przychodów uzyskiwanych przez NFZ z tytułu opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne jest to rozwiązanie bardzo korzystne, w przeciwieństwie do ubezpieczonego obciążonego obowiązkiem opłacania składki zdrowotnej z każdego tytułu ubezpieczeniowego. Spełnienie przesłanek do dobrowolnego ubezpieczenia społecznego powoduje, że ubezpieczeni wymienieni w art. 66 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z. muszą opłacać składkę również z tytułów ubezpieczeniowych wskazanych w tym przepisie. W związku z tym już na tym etapie pracy uzasadnione wydaje się twierdzenie, zgodnie z którym przy konstrukcji zasad podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu celem ustawodawcy jest zapewnienie właściwego poziomu finansowania udzielanych w ramach systemu ubezpieczeniowego świadczeń, a nie dbałość o właściwe obciążenie ubezpieczonych obowiązkiem opłacania składki.

⁷⁸ A. Sidorko, *Komentarz do art. 66 [w:]* K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej...*, s. 525–526.

⁷⁹ D.E. Lach, *Zasada równego dostępu...*, s. 154.

W myśl art. 6 ust. 1 u.s.u.s. obowiązek ubezpieczeniowy w zakresie ubezpieczeń społecznych powstaje wyłącznie w stosunku do osób wykonujących określoną działalność lub posiadających określony status na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W świetle zakresu podmiotowego ubezpieczenia zdrowotnego przepis art. 6 ust. 1 u.s.u.s. należy interpretować w związku z art. 3 ust. 1 u.ś.o.z. Zgodnie z nim osobami ubezpieczonymi w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są m.in. osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego UE⁸⁰.

W pierwszej kolejności do katalogu ubezpieczonych, których obowiązek ubezpieczeniowy determinowany jest spełnieniem przesłanek do objęcia właściwym ubezpieczeniem zdrowotnym, zaliczono pracowników. W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie ma autonomicznej definicji pracownika. W tym zakresie art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a u.ś.o.z. wprost odsyła do stosowania przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. W ten sposób ustawodawca konstruuje podwójne odesłanie do tych samych przepisów. W pierwszej kolejności art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a u.ś.o.z. uzależnia podleganie obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu od spełniania przez dany podmiot przesłanek do objęcia ubezpieczeniami społecznymi. Przez to nakazuje badać sytuację potencjalnego ubezpieczonego przez pryzmat przepisów o ubezpieczeniach społecznych. W dalszej kolejności, oceniając możliwość podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu przez pracownika, ustawodawca wprost odsyła do ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, nie kreując odrębnej definicji pracownika jako podmiotu podlegającego obowiązkowi ubezpieczeniowemu.

Definicja pracownika została zawarta w art. 8 ust. 1 u.s.u.s., według którego za pracownika uważa się osobę pozostającą w stosunku pracy. Nie wchodząc w szczegółową analizę *essentialia negotii* stosunku pracy, należy jedynie wskazać, że zgodnie z art. 22 § 1 k.p.⁸¹ przez nawiązanie

⁸⁰ A. Siwiecka, A. Staszyńska, *Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne*, Warszawa 2005, s. 62–64.

⁸¹ Ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2018 r. poz. 108 ze zm.).

stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca – do zatrudniania pracownika za wynagrodzeniem⁸².

Analizując obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób pozostających w stosunku pracy, należy wskazać, że zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. d u.ś.o.z. podmiotami podlegającymi obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu są osoby wykonujące pracę nakładczą. Szczegółowe zasady i warunki świadczenia pracy nakładczej zostały uregulowane w rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie uprawnień pracowniczych osób wykonujących pracę nakładczą⁸³. Nie definiuje ono stosunku pracy nakładczej. W nauce prawa pracy przez umowę o pracę nakładczą rozumie się zobowiązanie wykonawcy do wytwarzania rzeczy lub ich części z materiałów powierzonych przez nakładcę lub stanowiących jego własność oraz zobowiązanie nakładcy do zapłaty wynagrodzenia⁸⁴.

Zgodnie z art. 8 ust. 2a u.s.u.s. za pracownika uważa się także osobę wykonującą pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia albo umowy o dzieło, jeżeli umowę taką zawarła z pracodawcą, z którym pozostaje w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy. W świetle obowiązku ubezpieczeniowego na gruncie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę oraz na podstawie którejkolwiek z wyżej wskazanych umów posiada jedynie status pracownika⁸⁵. Tytuł do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego będzie zatem wynikał tylko z art. 66 ust. 1

⁸² Wskazać także trzeba, że w myśl art. 22 § 1¹ k.p. zatrudnienie na wyżej określonych warunkach jest zatrudnieniem na podstawie stosunku pracy, bez względu na nazwę zawartej przez strony umowy.

⁸³ Rozporządzenie Rady Ministrów z 31.12.1975 r. w sprawie uprawnień pracowniczych osób wykonujących pracę nakładczą (Dz.U. z 1976 r. Nr 3, poz. 19 ze zm.).

⁸⁴ A. Rycak, *Komentarz do art. 303 [w:] Komentarz do kodeksu pracy*, red. K. Walczak, Warszawa 2015, Legalis.

⁸⁵ A. Sidorko, *Komentarz do art. 66...*, s. 527.

pkt 1 lit. a u.ś.o.z. Dla podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu w tej sytuacji nie będzie miał znaczenia przepis art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. e u.ś.o.z.

Obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące zlecenia, lub osoby z nimi współpracujące (jeżeli spełniają warunki do objęcia właściwymi ubezpieczeniami społecznymi). Jak już wskazano, art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. e u.ś.o.z. będzie miał zastosowanie jedynie do samoistnie funkcjonujących umów nazwanych, o których mowa w Kodeksie cywilnym. Przepis ten nie będzie zatem dotyczył ubezpieczonego, który pozostaje w powoływanych stosunkach umownych ze swoim pracodawcą w rozumieniu Kodeksu pracy. Duże znaczenie w świetle przychodów uzyskiwanych ze składki na ubezpieczenie zdrowotne jako źródła finansowania ochrony zdrowia ma przepis art. 735 § 1 k.c., który dopuszcza możliwość pozostawania w nieodpłatnym stosunku zlecenia. W doktrynie przyjmuje się, że zleceniobiorca nie podlega wówczas obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu zawarcia umowy zlecenia⁸⁶.

Gdy osoba pozostająca w stosunku pracy nawiąże jeden ze wskazanych wyżej stosunków zobowiązaniowych z podmiotem niebędącym jej pracodawcą, wówczas będzie podlegać obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z co najmniej dwóch różnych tytułów. Porównując zatrudnienie na podstawie wskazywanych umów cywilnoprawnych zawartych z podmiotem niebędącym pracodawcą z zatrudnieniem na ich podstawie u pracodawcy ubezpieczonego, trzeba wskazać, że z punktu widzenia fiskalnego rozróżnienie tych dwóch sytuacji nie będzie miało większego znaczenia. W świetle art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a u.ś.o.z. w zw. z art. 8 ust. 2a u.s.u.s. powstanie jeden tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, co już zostało wyżej wskazane. Gdy pracownik nawiąże właściwy stosunek zobowiązaniowy z podmiotem innym niż pracodawca, wówczas będą istnieć jednocześnie dwa odrębne tytuły ubezpieczeniowe, z których osobno należałoby odprowadzić składkę zdrowotną.

⁸⁶ A. Sidorko, *Ubezpieczenie zdrowotne zleceniobiorców*, „Służba Pracownicza” 2010/4, s. 11.

Nie oznacza to jednak, że w tych dwóch przypadkach wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne będzie znacznie od siebie odbiegać. Wynika to z faktu, że w przypadku zawarcia jednej z umów, o których mowa w art. 8 ust. 2a u.s.u.s., uzyskany z nich przychód zostanie doliczony do przychodu wynikającego z istniejącego już stosunku pracy. Następnie od zsumowanego przychodu zostanie obliczona składka na ubezpieczenie zdrowotne⁸⁷.

Powoływane umowy będą miały natomiast inny charakter prawny, gdy będą zawierane w ramach prowadzonej przez ubezpieczonego pozarolniczej działalności gospodarczej. Zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c u.s.o.z. obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają także osoby prowadzące działalność pozarolniczą⁸⁸ lub osoby z nimi współpracujące, z wyłączeniem osób, które zawiesiły wykonywanie działalności gospodarczej na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej. Oznacza to, że w przypadku umów zawieranych w związku z prowadzoną pozarolniczą działalnością gospodarczą jedynym tytułem do podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu będzie ta działalność. Wynika to przede wszystkim z faktu, że istotą prowadzonej przez ubezpieczonego działalności gospodarczej jest osiąganie zysków ze wskazanych rodzajów umów. Dlatego też tytułem do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego będzie wyłącznie prowadzenie działalności pozarolniczej. Ma to duże znaczenie z punktu widzenia wysokości składki zdrowotnej obciążającej ubezpieczonego. Odmiennie natomiast ustawodawca ukształtował sposób obliczania składki zdrowotnej w przypadku wskazanych wyżej umów cywilnoprawnych, które nie są zawierane przez podmiot ubezpieczony w ramach prowadzenia pozarolniczej działalności

⁸⁷ A. Sidorko, *Komentarz do art. 66...*, s. 527.

⁸⁸ Definiując pojęcie osoby prowadzącej działalność pozarolniczą, ustawodawca w art. 5 pkt 21 u.s.o.z. odsyła do art. 8 ust. 6 u.s.u.s. Zgodnie z tym przepisem za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność uważa się osobę, która na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych prowadzi taką działalność, tj. twórcę i artystę, osobę prowadzącą działalność w zakresie wolnego zawodu, współnika jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz współników spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej, a także osobę prowadzącą publiczną lub niepubliczną szkołę, inną formę wychowania przedszkolnego, placówkę lub ich zespół, na podstawie przepisów o systemie oświaty.

gospodarczej. Ważny jest fakt, że prowadzenie działalności pozarolniczej nie stanowi tytułu do podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w przypadku gdy przedsiębiorca zawiesił wykonywanie działalności gospodarczej na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej⁸⁹.

Na podstawie art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c u.ś.o.z. obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają także osoby współpracujące z osobami prowadzącymi działalność gospodarczą. W tym zakresie ustawodawca również odsyła do właściwych przepisów o ubezpieczeniach społecznych. W świetle art. 5 pkt 24 u.ś.o.z. osobą współpracującą jest osoba, o której mowa w art. 8 ust. 11 u.s.u.s.⁹⁰

Tak szeroki katalog podmiotów zaliczanych do kategorii osób współpracujących powoduje, że po spełnieniu określonych w przepisie art. 8 ust. 11 u.s.u.s. przesłanek pewne osoby są zobowiązane do uiszczenia składki zdrowotnej z tytułu posiadania określonego statusu. Uznanie danej osoby za osobę współpracującą w rozumieniu powyższych przepisów powoduje, że podlega ona ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu wynikającego z art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c u.ś.o.z. Konsekwencją tego jest fakt, że osoba współpracująca nie będzie podlegać obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tytułów, w których obowiązek uiszczenia składki za ubezpieczonego ciąży na podmiocie publicznoprawnym. Zaliczenie osoby współpracującej do członków rodziny ubezpieczonego w świetle art. 5 pkt 3 u.ś.o.z. nie zwolni ponadto danej osoby od obowiązku opłacania składki zdrowotnej z tytułu współpracy z przedsiębiorcą prowadzącym pozarolniczą działalność gospodarczą. Konstrukcja art. 8 ust. 11 u.s.u.s.

⁸⁹ Tryb oraz przesłanki zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej wynikają z art. 14a ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. W świetle tego przepisu działalność gospodarcza może być, co do zasady, zawieszona na okres od 30 dni do 24 miesięcy. W tym okresie przedsiębiorca nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, a w związku z tym nie jest zobowiązany do opłacania składki zdrowotnej z tego tytułu.

⁹⁰ Za osobę współpracującą z osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność oraz zleceniobiorcami uważa się małżonka, dzieci własne, dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodziców, macochę i ojczyma oraz osoby przysposabiające, jeżeli pozostają z nimi we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracują przy prowadzeniu tej działalności lub wykonywaniu umowy agencyjnej lub umowy zlecenia. Nie dotyczy to osób, z którymi została zawarta umowa o pracę w celu przygotowania zawodowego.

wskazuje, że po raz kolejny ustawodawca przedkłada interesy finansowe systemu ubezpieczeń zdrowotnych nad interesy podmiotów podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Liczną grupą podmiotów podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu są rolnicy lub ich domownicy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników. Do tej grupy należy odnieść te same uwagi dotyczące spełniania przesłanek do objęcia ubezpieczeniem społecznym rolników. Zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. b u.ś.o.z. ich spełnienie wpływa na podleganie przez rolników lub ich domowników obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Ponadto ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie zawiera odrębnych uregulowań w zakresie definicji rolnika oraz posiadania jego statusu.

Ubezpieczenie społeczne rolników obejmuje rolników i pracujących z nimi domowników, którzy są m.in. obywatelami polskimi lub obywatelami UE (art. 1 ust. 1 u.s.r.)⁹¹. Powoływana ustawa zawiera normatywną definicję rolnika. W myśl art. 6 pkt 1 u.s.r. przez rolnika należy rozumieć pełnoletnią osobę fizyczną, zamieszkującą i prowadzącą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, osobiście i na własny rachunek, działalność rolniczą w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym, w tym również w ramach grupy producentów rolnych, a także osobę, która przeznaczyla grunty prowadzonego przez siebie gospodarstwa rolnego do zalesienia.

W świetle powoływanej definicji najważniejsza jest przesłanka prowadzenia działalności rolniczej⁹². Determinuje ona objęcie rolnika właści-

⁹¹ Ubezpieczenie społeczne rolników obejmuje także osoby, które są obywatelami Konfederacji Szwajcarskiej, strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na pobyt czasowy, zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego UE zgody na pobyt ze względów humanitarnych, zgody na pobyt tolerowany lub w związku z uzyskaniem w Rzeczypospolitej Polskiej statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej.

⁹² Zgodnie z art. 6 pkt 3 u.s.r. przez działalność rolniczą rozumie się działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej.

wym dla niego ubezpieczeniem społecznym, osoba będąca jedynie właścicielem lub posiadaczem gospodarstwa rolnego nie jest bowiem objęta ubezpieczeniem społecznym rolników. Osoba ta nie jest również rolnikiem na gruncie art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. b u.ś.o.z., który w tym zakresie odsyła wprost do regulacji prawnej zawartej w ustawie o ubezpieczeniu społecznym rolników. W związku z tym nie zostaje spełniona żadna z przesłanek koniecznych do podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego są objęci też domownicy rolników. Pojęcie domownika nie jest objęte regulacjami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która w tym zakresie odsyła do przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników. Przez domownika należy rozumieć osobę, która łącznie spełnia następujące przesłanki: ukończyła 16 lat, pozostaje z rolnikiem we wspólnym gospodarstwie domowym lub zamieszkuje na terenie jego gospodarstwa rolnego albo w bliskim sąsiedztwie, a także stale pracuje w tym gospodarstwie rolnym i nie jest związana z rolnikiem stosunkiem pracy (art. 6 pkt 2 u.s.r.).

Dla ustalenia zakresu podmiotowego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego istotne znaczenie ma także fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez osobę, o której mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c u.ś.o.z., będącą jednocześnie rolnikiem w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników i podlegającą ubezpieczeniu społecznemu rolników. Zgodnie z art. 5a ust. 1 u.s.r. rolnik lub domownik, który podlegając ubezpieczeniu w pełnym zakresie z mocy ustawy nieprzerwanie przez co najmniej trzy lata, rozpocznie prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej lub współpracę przy prowadzeniu tej działalności, podlega nadal temu ubezpieczeniu w okresie prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej lub współpracy przy prowadzeniu tej działalności, jeżeli spełnia jednocześnie przesłanki określone w tym przepisie⁹³.

⁹³ Przesłankami tymi są: złożenie w KRUS oświadczenia o kontynuowaniu ubezpieczenia społecznego rolników w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia wykonywania pozarolniczej działalności gospodarczej lub współpracy przy tej działalności; jednoczes-

Z powołanej regulacji wynika, że gdy rolnik lub jego domownik rozpoczną prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej, o której mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c u.ś.o.z., to zbieg podstaw do podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu nie będzie powodował obowiązku uiszczenia składki przez rolnika prowadzącego działalność gospodarczą z dwóch tytułów do ubezpieczenia zdrowotnego łącznie. Należy podkreślić, że powyższy przypadek stanowi wyjątek od ogólnej zasady, zgodnie z którą w sytuacji powstania zbiegu tytułów do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego dana osoba podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z każdego tytułu odrębnie. Skutkiem funkcjonowania tej zasady jest obowiązek opłacania składki zdrowotnej od każdego z tytułów ubezpieczeniowych odrębnie.

W większości przypadków ustawodawca, konstruując normy regulujące obowiązek podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu, przedkłada interesy finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia nad interesy podmiotów ubezpieczonych. Konstrukcja przepisów regulujących obowiązek podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu rolników prowadzących jednocześnie działalność gospodarczą i spełniających przesłanki, o których mowa w art. 5a ust. 1 u.s.r., wskazuje jednak, że osoby te są uprzywilejowane w stosunku do innych grup podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Wynika to przede wszystkim z przyjmowanej dotychczas przez polskiego ustawodawcę zasady, zgodnie z którą rolnicy jako grupa społeczna i zawodowa są uprzywilejowani w aspekcie ponoszenia ciężarów publicznoprawnych (przede wszystkim w zakresie podatków dochodowych, a także wysokości składek na ubezpieczenie społeczne).

ne dalsze prowadzenie działalności rolniczej lub stała praca w gospodarstwie rolnym, obejmującym obszar użytków rolnych powyżej 1 ha przeliczeniowego, lub w dziale specjalnym; niepozostawanie w stosunku pracy lub w stosunku służbowym; nieustalone prawo do emerytury lub renty albo do świadczeń z ubezpieczeń społecznych, a także nieprzekroczenie określonej kwoty należnego podatku dochodowego za poprzedni rok podatkowy od przychodów z pozarolniczej działalności gospodarczej (zgodnie z art. 5a ust. 8 u.s.r. kwota ta podlega corocznej waloryzacji wskaźnikiem cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem określonym w ustawie budżetowej za rok, którego kwota dotyczy, ustawie o przewidywanym budżetowym lub ich projektach, jeżeli odpowiednie ustawy nie zostały uchwalone).

Dokonując analizy zakresu podmiotowego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego rolników, warto także wskazać, że zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. g u.s.o.z. ubezpieczeniu temu podlegają członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych, spółdzielni kółek rolniczych oraz członkowie ich rodzin. Do tych osób nie będzie miała zastosowania ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników, podlegają bowiem ogólnemu ubezpieczeniu społecznemu. W związku z tym, zgodnie z art. 8 ust. 4 u.s.u.s., przez członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych należy rozumieć członka rolniczej spółdzielni produkcyjnej, innej spółdzielni zajmującej się produkcją rolną oraz spółdzielni kółek rolniczych, zajmujących się produkcją rolną, działających zgodnie z art. 138–178 oraz art. 180 § 3 ustawy – Prawo spółdzielcze⁹⁴, który wykonuje pracę na rzecz spółdzielni na innej podstawie niż stosunek pracy lub wytwarza na jej rzecz produkty rolne w prowadzonym przez siebie gospodarstwie⁹⁵.

Do grupy osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, który determinowany jest spełnieniem przesłanek do objęcia właściwym ubezpieczeniem społecznym, należą również osoby pobierające świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu oraz osoby pobierające zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, a także osoby pobierające wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego albo w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie, wynikające z odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy⁹⁶.

Osoby te nie stanowią istotnej grupy ubezpieczonych z punktu widzenia przychodów uzyskiwanych ze składki na ubezpieczenie zdrowotne. Ilość podmiotów podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu z tego tytułu nie jest znaczna. Podleganie przez te podmioty obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu nie budzi większych wątpliwości z punktu

⁹⁴ Ustawa z 16.09.1982 r. – Prawo spółdzielcze (Dz.U. z 2017 r. poz. 1560 ze zm.).

⁹⁵ Zgodnie z art. 8 ust. 5 u.s.u.s. na równi z członkiem spółdzielni traktuje się inne osoby, które wykonują pracę w spółdzielni lub w gospodarstwie rolnym spółdzielni na innej podstawie niż stosunek pracy, niebędące jej członkami i wynagradzane według zasad obowiązujących członków spółdzielni, w tym kandydatów na członka spółdzielni.

⁹⁶ Obowiązkowi temu podlegają również osoby pobierające świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia.

widzenia zasadności objęcia ich funkcjonującym systemem ubezpieczeniowym, w związku z tym wskazane grupy osób nie będą przedmiotem szerszych badań w niniejszej pracy.

Przyjęta w ustawie konstrukcja prawna katalogu osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu wskazuje, że zakres podmiotowy ubezpieczenia zdrowotnego nie ma charakteru samoistnego w tym znaczeniu, że jest on ściśle uzależniony od zakresu podmiotowego ubezpieczenia społecznego lub ubezpieczenia społecznego rolników. Wynika to przede wszystkim z faktu, że grupa podmiotów wymienionych enumeratywnie w art. 66 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z. jest najliczniejszą w świetle całego katalogu ubezpieczonych. Każda zmiana konstrukcji prawnej przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych lub ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, dotycząca spełniania przesłanek do objęcia tymi ubezpieczeniami osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z., ma istotny wpływ na zakres podmiotowy ubezpieczenia zdrowotnego.

Odwołanie się do przesłanek wynikających z właściwych przepisów dotyczących ubezpieczeń społecznych powoduje, że katalog podmiotów podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu jest uzależniony od konstrukcji przepisów determinujących zakresy podmiotowe ubezpieczenia społecznego i ubezpieczenia społecznego rolników. Liczba ubezpieczonych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z., oraz wysokość uzyskiwanych przez NFZ wpływów z tytułu opłacania przez wskazane podmioty składki zdrowotnej powoduje, że istnieje ścisły związek pomiędzy składką zdrowotną jako głównym źródłem finansowania ochrony zdrowia a zakresem podmiotowym ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia społecznego rolników. Przepisy konstruujące zakres podmiotowy właściwych ubezpieczeń społecznych determinują pośrednio wysokość przychodów uzyskiwanych z tytułu obowiązku uiszczania składki zdrowotnej.

W świetle istniejącego rozdziału ubezpieczeń społecznych od ubezpieczenia zdrowotnego konstrukcja przepisów określających zakres podmiotowy ubezpieczenia zdrowotnego, która uzależnia podleganie obowiązkowi ubezpieczeniowemu, a w konsekwencji obowiązek uisz-

czania składki zdrowotnej od ubezpieczeń społecznych, nie zapewnia samodzielności finansowej powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Z drugiej jednak strony można również twierdzić, że z punktu widzenia legislacyjnego ustawodawca słusznie odsyła do istniejących już przepisów ubezpieczeniowych, nie powielając ich na gruncie rozwiązań normatywnych dotyczących obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przyjęcie ustawowego odesłania do innych aktów normatywnych niedotyczących ubezpieczenia zdrowotnego może natomiast prowadzić do przypadkowej i niechcianej modyfikacji jego zakresu podmiotowego, gdy ustawodawca zdecyduje się na zmianę przepisów dotyczących spełniania przesłanek do objęcia właściwymi ubezpieczeniami społecznymi bez jednoczesnej analizy skutków wprowadzanej regulacji dla podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Do osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu zaliczyć należy ponadto niektóre inne podmioty wymienione w art. 66 ust. 1 u.ś.o.z., których podleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu nie jest już determinowane spełnieniem przesłanek do objęcia właściwym ze względu na rodzaj wykonywanej pracy lub działalności ubezpieczeniem społecznym. Będą to zatem następujące podmioty, których składka na ubezpieczenie zdrowotne jest finansowana z uzyskiwanych przez nich przychodów: żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową, policjanci, funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Biura Ochrony Rządu, Straży Granicznej, Służby Celno-Skarbowej, Służby Więziennej, Państwowej Straży Pożarnej, posłowie pobierający uposażenie poselskie oraz senatorowie pobierający uposażenie senatorskie, sędziowie i prokuratorzy, ławnicy sądowi, w przypadku gdy nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, osoby pobierające emeryturę lub rentę, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenie rodzinne oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze, studenci i uczestnicy studiów doktoranckich niepodlegający ubezpie-

czeniu zdrowotnemu z innego tytułu oraz słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej⁹⁷.

Katalog podmiotów, których podleganie obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu nie jest determinowane spełnieniem przesłanek do objęcia ubezpieczeniem społecznym lub ubezpieczeniem społecznym rolników, nie budzi większych wątpliwości z punktu widzenia aspektów finansowo-prawnych ubezpieczenia zdrowotnego, w tym składki na ubezpieczenie zdrowotne.

W odróżnieniu od zakresu podmiotowego ubezpieczenia społecznego, o którym mowa w art. 6–6b u.s.u.s., sędziowie i prokuratorzy, a także funkcjonariusze służb mundurowych podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Wskazane grupy zawodowe, z uwagi na charakter oraz znaczenie obowiązków wykonywanych przez ich członków na podstawie odrębnych ustaw⁹⁸, są objęte przewidzianymi wyłącznie dla nich systemami zaopatrzeniowymi. Ze względu na wyrażoną w art. 1 pkt 4 u.ś.o.z. powszechność obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego wymienione grupy zostały objęte systemem ubezpieczenia zdrowotnego. Włączenie tych grup

⁹⁷ Do powyższego katalogu zaliczono także: osoby pobierające stypendium sportowe po ukończeniu 15. roku życia niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu; osoby pobierające stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych, które zostały skierowane przez podmiot inny niż powiatowy urząd pracy, niepodlegające jednocześnie obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu; osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne oraz osoby niepobierające tych świadczeń z przyczyn określonych w ustawie z 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2017 r. poz. 1065 ze zm.) niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu; osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu; rolników i ich domowników, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników; członków rad nadzorczych posiadających miejsce zamieszkania na terytorium RP; aplikantów Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury (pobierających stypendium); osoby pobierające nauczycielskie świadczenie kompensacyjne.

⁹⁸ Między innymi ustawa z 27.07.2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 23 ze zm.), ustawa z 28.01.2016 r. o prokuraturze (Dz.U. z 2017 r. poz. 1767 ze zm.) i ustawa z 10.12.1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin (Dz.U. z 2017 r. poz. 2225 ze zm.).

do systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego powoduje, że zakres podmiotowy ubezpieczenia jest zdecydowanie szerszy niż zakres ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia społecznego rolników łącznie⁹⁹.

Dla zakresu podmiotowego osób ubezpieczonych, których składka finansowana jest z ich własnych środków, istotne znaczenie ma także instytucja płatnika. W myśl art. 84 ust. 1 u.ś.o.z. obowiązuje zasada, zgodnie z którą składkę zdrowotną opłaca osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu (art. 84 ust. 1 u.ś.o.z.). Kolejne przepisy wprowadzają szereg wyjątków. W związku z tym osoby samodzielnie opłacające składkę zdrowotną stanowią niewielką część ogółu ubezpieczonych. Są to przede wszystkim osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, rolnicy prowadzący działalność z zakresu działów specjalnych produkcji rolnej, niektóre osoby duchowne, większość osób ubezpieczonych dobrowolnie, a także osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 33 u.ś.o.z.¹⁰⁰ W jednym tylko przypadku składkę na ubezpieczenie zdrowotne będzie zobowiązany odprowadzić także ubezpieczony, za którego jest ona – co do zasady – uiszczana przez płatnika¹⁰¹.

Wyjątki od zasady, w świetle której składka zdrowotna jest uiszczana samodzielnie przez ubezpieczonego, wynikają z art. 85 i 86 u.ś.o.z. Pierwszy z nich dotyczy ubezpieczonych, których składka finansowana jest z ich własnych środków uzyskanych z działalności będącej jednocześnie tytułem do objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, ale jest odprowadzana przez płatnika, a nie ubezpieczonego. Za osoby enumeratywnie wskazane w art. 85 ust. 1–18 u.ś.o.z. składkę zdrowotną

⁹⁹ J. Wantoch-Rekowski, *Składki na ubezpieczenie społeczne. Konstrukcja i charakter prawny*, Toruń 2005, s. 133.

¹⁰⁰ Są to osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

¹⁰¹ Obowiązek samodzielnego uiszczenia składki pojawi się wówczas, gdy wypłata przychodu stanowiącego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne zostanie dokonana przez komornika.

oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza płatnik na właściwy rachunek ZUS¹⁰².

Rodzaj płatnika zobowiązanego do dokonania powyższych czynności jest uzależniony od tytułu ubezpieczeniowego, od którego opłacana jest składka. Co do zasady, płatnikiem jest podmiot zobowiązany do wypłaty świadczenia stanowiącego podstawę wymiaru składki zdrowotnej. Wprowadzenie instytucji płatnika do konstrukcji składki na ubezpieczenie zdrowotne jest uzasadnione. Pełni on taką samą funkcję jak w przypadku składek na ubezpieczenie społeczne i dysponuje odpowiednimi informacjami umożliwiającymi prawidłowe obliczenie i odprowadzanie składki za ubezpieczonego. Tym samym ubezpieczony nie ma obowiązku dokonywania jakichkolwiek czynności z zakresu obowiązku ponoszenia ciężaru ubezpieczeniowego.

Przychody ze składki zdrowotnej finansowanej ze środków własnych ubezpieczonych stanowią zdecydowaną większość całości przychodów z tego źródła finansowania, a także przychodów ogółem Narodowego Funduszu Zdrowia. Ze sprawozdania NFZ dotyczącego składek na ubezpieczenie zdrowotne za 2012 r. wynika, że tylko przychody ze składki zdrowotnej pracowników, emerytów i rencistów oraz osób prowadzących działalność pozarolniczą wyniosły ponad 85% przychodów ze składki zdrowotnej ogółem¹⁰³.

¹⁰² Wyjątkiem są funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej będący w służbie kandydackiej oraz osoby współpracujące z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą wskazane w art. 85 ust. 1, 3 i 14 u.s.o.z. Za te podmioty składka zdrowotna odprowadzana jest odpowiednio ze środków własnych szkoły Państwowej Straży Pożarnej lub osoby prowadzącej pozarolniczą działalność.

¹⁰³ *Struktura przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne za 2012 rok (z uwzględnieniem tytułów ubezpieczenia zdrowotnego i kryterium dochodowego)*, http://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultstronaopisowa/349/3/1/2013_07_24_przychody_nfz_2012.pdf, s. 7 (dostęp: 4.04.2016 r.). Warto podkreślić, że powyższy dokument stanowi jedyne zestawienie przychodów NFZ z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne uwzględniające tytuły ubezpieczeniowe oraz kryteria dochodowe sporządzone przez podmioty publiczne. Nie ma podobnych zestawień za kolejne lata działalności Funduszu.

Podsumowując analizę zakresu podmiotowego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego osób, które są zobowiązane ponosić koszty opłacania składki zdrowotnej z własnych środków, należy wskazać na możliwość zbiegu powyższych tytułów ubezpieczeniowych z innymi tytułami ubezpieczeniowymi charakteryzującymi się brakiem obciążenia obowiązkiem opłacania składki¹⁰⁴.

2.1.2. Osoby ubezpieczone, które nie opłacają składki zdrowotnej z własnych środków

Do grupy osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, za które składka zdrowotna opłacana jest ze środków pochodzących z budżetu państwa, a także planów finansowych podmiotów wchodzących w skład sektora finansów publicznych (m.in. ZUS i KRUS), należy zaliczyć: żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe oraz pełniących służbę kandydacką, służbę przygotowawczą lub służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu, osoby odbywające służbę zastępczą oraz osoby podlegające kwalifikacji wojskowej pełniące służbę w Policji, Straży Granicznej i Biurze Ochrony Rządu¹⁰⁵.

¹⁰⁴ Problematyka tzw. zbiegów ubezpieczeniowych będzie przedmiotem badań w następnym rozdziale pracy.

¹⁰⁵ Do powyższego katalogu należy także zaliczyć: uczniów oraz słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu; dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub w domach pomocy społecznej, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu; alumnów wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulantów, nowicjuszy i juniorystów zakonów męskich i żeńskich oraz ich odpowiedników; osoby bezrobotne niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu; osoby pobierające specjalny zasiłek opiekuńczy lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu; osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne, przyznane na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczeniowemu z innego tytułu; osoby bezdomne wychodzące z bezdomności; osoby objęte indywidu-

Objęcie tych grup osób obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym jest konieczne w celu zapewnienia im dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Nie są one w stanie ponieść ciężaru opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne z uwagi na brak przychodów. W systemie ochrony zdrowia opartym na obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym konieczne jest, co do zasady, podleganie temu ubezpieczeniu w celu otrzymania świadczeń zdrowotnych. Uprawnieniom wynikającym z podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu odpowiada obowiązek uiszczenia składki zdrowotnej. Ustawodawca, konstruując powszechne ubezpieczenie zdrowotne, przyjął, zgodnie z art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP, że nawet w przypadku braku możliwości partycypowania niektórych grup ubezpieczonych w kosztach ponoszonych w ramach systemu ubezpieczeniowego, powinny one mieć dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W związku z tym konieczność ponoszenia za tych ubezpieczonych ciężaru ubezpieczeniowego została przerzucona przede wszystkim na budżet państwa, a następnie na budżety poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego. Nie przesądzając o prawidłowości przeniesienia obowiązku uiszczania składki zdrowotnej na podmioty publicznoprawne, należy stwierdzić, że w przypadku osób, które nie są w stanie samodzielnie ponieść ciężaru ubezpieczeniowego, konieczne jest partycypowanie w kosztach funkcjonowania systemu. Trzeba także podkreślić, że finansowanie składek niektórych ubezpieczonych z budżetu państwa występuje nie tylko na gruncie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, pojawia się też w systemie ubezpieczenia społecznego¹⁰⁶.

alnym programem zatrudnienia socjalnego lub realizujące kontrakt socjalny w wyniku zastosowania procedury, o której mowa w art. 50 ust. 2 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu; kombatantów i osoby represjonowane niepodlegających ubezpieczeniom społecznym w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierających emerytury lub renty; cywilne niewidome ofiary działań wojennych; osoby korzystające z urlopu wychowawczego, a także osoby, o których mowa w art. 6a ust. 1 u.s.u.s., jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

¹⁰⁶ J. Wantoch-Rekowski, *System ubezpieczeń społecznych a budżet państwa. Studium prawnofinansowe*, Warszawa 2014, s. 124.

Zgodnie z art. 82 ust. 7 zdanie pierwsze u.ś.o.z. w przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, gdy w ramach każdego z tych tytułów składka finansowana jest z budżetu państwa, składka jest opłacana wyłącznie z tytułu, który powstał najwcześniej. Powoływany przepis stanowi jeden z wielu instrumentów prawnych mających na celu zabezpieczenie interesów budżetu państwa. W art. 82 ust. 7 zdanie pierwsze u.ś.o.z. ustawodawca dał wyraz pierwszeństwu wydatków budżetu państwa nad przychodami NFZ, odstępując w przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, z których składka finansowania jest z budżetu państwa, od zasady wyrażonej w art. 82 ust. 1 u.ś.o.z.

Składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, którym przyznano renty na podstawie przepisów o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz członków ich rodzin, jak również osób, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939–1945 lub eksplozji niewypałów i niewybuchów pozostałych po tych działaniach, otrzymujących dochody z tytułu emerytury lub renty zwolnione z podatku dochodowego od osób fizycznych na podstawie odrębnych przepisów, są finansowane z budżetu państwa (art. 87 ust. 2 u.ś.o.z.). Podobnie została rozwiązana problematyka obowiązku odprowadzania składki zdrowotnej za rolników. W przypadku rolników prowadzących gospodarstwa rolne o powierzchni poniżej 6 ha przeliczeniowych użytków rolnych, przyjętych dla celów ustalenia wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, składki opłaca Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. W związku z tym rolnicy, jako odrębna grupa społeczna i zawodowa, zostali przez ustawodawcę rozdzieleni na podstawie kryterium powierzchni prowadzonego gospodarstwa rolnego. Powyższy podział ma doniosłe znaczenie dla KRUS jako podmiotu odpowiedzialnego za finansowanie składki zdrowotnej wskazanej grupy rolników z uwagi na to, że ustrój rolny w dalszym ciągu ukształtowany jest w oparciu o gospodarstwa rolne o stosunkowo niewielkiej powierzchni użytków rolnych.

Z powoływanego wyżej sprawozdania wynika, że przychody NFZ z tytułu składki zdrowotnej opłacanej z budżetu państwa wyniosły ok. 2,7% przychodów uzyskanych z tego źródła, przy czym liczba ubezpieczonych,

za których składka finansowana jest z budżetu państwa, wynosiła około 8,4% ogółu ubezpieczonych¹⁰⁷. Należy wskazać na istotną dysproporcję pomiędzy wysokością przychodów ze składki zdrowotnej a liczbą tytułów ubezpieczeniowych. Z przedstawionych danych wynika, że składka zdrowotna jest finansowana z budżetu państwa w niewielkim zakresie, mimo że jest opłacana za dużą grupę ubezpieczonych. Wynika to z przyjętej w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podstawy wymiaru składki tych osób, która pozostaje na bardzo niskim poziomie.

Ewentualne zwiększenie podstawy wymiaru składki zdrowotnej opłacanej ze środków pochodzących z budżetu państwa niewątpliwie spowodowałoby wzrost przychodów NFZ. Z drugiej jednak strony ubezpieczeni, których składki zdrowotne stanowią podstawę finansowania systemu ochrony zdrowia (m.in. pracownicy), byłiby znacznie obciążeni w sposób pośredni finansowaniem ochrony zdrowia, środki przeznaczone na pokrycie składek zdrowotnych w analizowanym przypadku pochodzą bowiem z ogólnych dochodów budżetowych, na które składa się wiele danin publicznoprawnych obciążających przede wszystkim osoby, które z własnych środków ponoszą ciężar ubezpieczenia zdrowotnego.

2.1.3. Członkowie rodziny osoby ubezpieczonej

Trzecią grupą podmiotów podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w świetle art. 66 ust. 2 u.ś.o.z. są członkowie rodzin osób wymienionych enumeratywnie w art. 66 ust. 1 u.ś.o.z. Są to osoby posiadające status członka rodziny osoby ubezpieczonej oraz status członka rodziny będącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji¹⁰⁸. Objęcie ubezpieczeniem zdro-

¹⁰⁷ *Struktura przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne za 2012 rok...*, s. 7.

¹⁰⁸ Zgodnie z art. 5 pkt 3 u.ś.o.z. przez członka rodziny należy rozumieć: dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia

wotnym tej grupy podmiotów ma duże znaczenie z punktu widzenia finansowych aspektów konstrukcji prawnej składki na ubezpieczenie zdrowotne jako przychodu NFZ. Nie są oni zobowiązani do ponoszenia ciężaru ubezpieczeniowego w formie opłacania składki. Składka zdrowotna ubezpieczonego, którego członkami rodziny są osoby zgłaszane do ubezpieczenia, nie ulega z tego tytułu podwyższeniu. Z definicji członków rodziny z art. 5 pkt 3 u.ś.o.z. nie wynika obowiązek pozostawania na utrzymaniu ubezpieczonego opłacającego składkę. Może to prowadzić do sytuacji, w której osoba osiągająca dużo wyższe przychody niż ubezpieczony, którego jest członkiem rodziny, nie będzie zobowiązana do uiszczenia składki zdrowotnej¹⁰⁹. Objęcie ubezpieczeniem tych osób powoduje wzrost wydatków NFZ na realizację świadczeń zdrowotnych przy braku zwiększonych wpływów z tego tytułu. W ocenie autora pracy jest to jednak rozwiązanie prawidłowe. Osoby te nie otrzymują zasadniczo świadczeń ani przychodów mogących stanowić podstawę wymiaru składki. Finansowanie ich składek z budżetu państwa mogłoby stanowić jego istotne obciążenie, tak samo jak nałożenie obowiązku opłacania składki na członka ich rodziny, którego tytuł ubezpieczeniowy daje podstawę do objęcia ich systemem ochrony zdrowia.

Analiza zakresu podmiotowego osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu prowadzi do wniosku, że katalog z art. 66 ust. 1 i 2 u.ś.o.z. ma charakter bardzo zróżnicowany pod względem grup społecznych i zawodowych nim objętych. Konstrukcja prawna art. 66 u.ś.o.z. świadczy o tym, iż zawarty w nim katalog jest zamknięty¹¹⁰. Ustawodawca enumeratywnie wymienił w nim osoby, które po spełnieniu określonych przesłanek wynikających z posiadanego statusu lub prowadzonej działalności podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. W nauce prawa ubezpieczeniowego i medycznego

doktoranckie – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku, a także małżonków (statusu członka rodziny nie posiadają małżonkowie, wobec których orzeczono separację prawomocnym wyrokiem sądu) ubezpieczonych oraz wstępnych pozostających z ubezpieczonym w wspólnym gospodarstwie domowym.

¹⁰⁹ A. Sidorko, *Leczeni bez płacenia składek*, „Służba Pracownicza” 2008/6, s. 14.

¹¹⁰ A. Sidorko, *Komentarz do art. 66...*, s. 525.

podkreśla się, że zakres podmiotowy obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje ponad 99,9% obywateli¹¹¹.

2.2. Osoby ubezpieczone dobrowolnie

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obok ubezpieczenia obowiązkowego określa także zasady podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. W poprzedniej części niniejszego rozdziału wprost wskazano, iż obowiązkowe ubezpieczenie obejmuje prawie wszystkich obywateli Polski. Poza zakresem tego ubezpieczenia pozostaje bardzo niewielka grupa społeczna. Osoby te muszą mieć zapewnioną możliwość dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z tym stworzono instytucję dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne istnieje w większości systemów ochrony zdrowia opartych na modelu ubezpieczeniowym. Jego kształt determinowany jest zakresem podmiotowym ubezpieczenia obowiązkowego. Im większy jest katalog podmiotów podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, tym mniejsza jest liczba osób zainteresowanych ubezpieczeniem dobrowolnym.

Przed dokonaniem analizy zakresu podmiotowego dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz związanych z nim obowiązków po stronie ubezpieczonego należy wskazać, że podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu nie różni się od jego obowiązkowego rodzaju w aspekcie uprawnień przysługujących ubezpieczonemu. Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie zawierają postanowień, które mogłyby wskazywać na uprzywilejowanie osób ubezpieczonych dobrowolnie. Osoby ubezpieczone obowiązkowo i dobrowolnie mają taki sam zakres uprawnień dotyczących możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych gwarantowanych w ramach systemu. Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne nie stanowi zatem dodat-

¹¹¹ D.E. Lach, *Zasada równego dostępu...*, s. 154; S. Poździejch, *Prawo zdrowia publicznego. Zarys problematyki*, Kraków 2004, s. 40.

kowego ubezpieczenia uprawniającego do szerszego zakresu świadczeń, wyższej ich jakości lub skróconych terminów realizacji.

Zakres podmiotowy oraz zasady przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego zostały uregulowane w art. 68 u.ś.o.z. Analizowane ubezpieczenie obejmuje osoby niewymienione w art. 66 ust. 1 jako podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu, pracowników przebywających na urlopie bezpłatnym, posłów do Parlamentu Europejskiego (wybranych w Rzeczypospolitej Polskiej) lub inne osoby niewymienione w art. 66 u.ś.o.z., do których mają zastosowanie przepisy rozporządzenia Parlamentu i Rady w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego¹¹². Dobrowolnym ubezpieczeniem mogą zostać także objęci wolontariusze¹¹³.

W zdecydowanej większości przypadków osoby przebywające na urlopie bezpłatnym posiadają co najmniej jeden z tytułów do podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Przede wszystkim mogą one posiadać status członka osoby ubezpieczonej, co zwalnia z konieczności dobrowolnego ubezpieczenia w celu korzystania z udzielanych w jego ramach świadczeń. Katalog podmiotów podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu jest bardzo szeroki. Niepodleganie obowiązkowi ubezpieczeniowemu należy uznać za wyjątkowo rzadką sytuację. Podmiotami, które z uwagi na brak powyższego obowiązku mają możliwość dobrowolnego ubezpieczenia, będą zatem osoby niepozostające w stosunku pracy (również w pozapracowniczym stosunku zatrudnienia), nieprowadzące działalności gospodarczej lub rolniczej, nieuzyskujące świadczeń przekazywanych im w ramach pomocy społecznej, a także nieposiadające statusu bezrobotnego¹¹⁴. W powyższym katalogu mieszczą się zarówno osoby bardzo zamożne niepodlegające ubezpieczeniom społecznym

¹¹² Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29.04.2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz. UE L 166, s. 1, ze zm.).

¹¹³ Zgodnie z art. 42 ust. 1 pkt 1–4 ustawy z 24.04.2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2016 r. poz. 1817 ze zm.) przez korzystających należy rozumieć m.in. organizacje pozarządowe, organy administracji publicznej, a także podmioty lecznicze działające na podstawie ustawy o działalności leczniczej.

¹¹⁴ D.E. Lach, *Zasada równego dostępu...*, s. 161.

(np. osoby utrzymujące się z oszczędności lub dochodów kapitałowych), jak i osoby, które z różnych przyczyn nie mogą lub nie chcą legalnie wykonywać pracy i jednocześnie nie są zainteresowane uregulowaniem swojej sytuacji prawnej w aspekcie zabezpieczenia społecznego.

Przepis art. 68 ust. 1 u.ś.o.z. uzależnia podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu od złożenia wniosku o zawarcie umowy z NFZ. Umowa ta określa datę objęcia ubezpieczeniem oraz ewentualnie wysokość składki ubezpieczeniowej. Pozostałe kwestie są regulowane przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹⁵.

Osoba objęta dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym ponosi ciężar ubezpieczeniowy w postaci obowiązku uiszczania składki zdrowotnej obliczonej na podstawie art. 68 ust. 3 u.ś.o.z. Podmiot przystępujący do dobrowolnego ubezpieczenia jest także zobowiązany do uiszczenia stosownej opłaty na rachunek Funduszu, objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem jest bowiem w większości przypadków uzależnione od wniesienia opłaty, co wynika z art. 68 ust. 7 u.ś.o.z.

Zakres podmiotowy opłaty pobieranej z tytułu objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym jest tożsamy z zakresem podmiotowym tego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem art. 68 ust. 9 u.ś.o.z. W świetle tego przepisu opłata nie dotyczy osób wymienionych w art. 3 ust. 2 u.ś.o.z.¹¹⁶ Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej nie kształtują od-

¹¹⁵ W nauce prawa ubezpieczeniowego podnosi się wątpliwości w zakresie obowiązku zawarcia przez NFZ umowy o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne w przypadku złożenia właściwego wniosku. Z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obowiązek zawarcia umowy wprost nie wynika. Przyjmuje się jednak, że na Funduszu ciąży obowiązek zawarcia umowy, który wynika przede wszystkim z zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie postuluje się jednoznaczne uregulowanie tej sytuacji w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (D.E. Lach, *Zasada równego dostępu...*, s. 164).

¹¹⁶ Są to np. studenci i uczestnicy studiów doktoranckich studiujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i nieposiadający jednocześnie obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu.

rębnie katalogu podmiotów zobowiązanych do jej uiszczenia poza wskazanym wyjątkiem. Fundusz może natomiast w uzasadnionych przypadkach odstąpić od pobrania opłaty lub rozłożyć ją na nie więcej niż 12 miesięcznych rat¹¹⁷. W praktyce może wystąpić sytuacja, w której dojdzie do rozwiązania umowy ubezpieczeniowej przed ostatecznym terminem zapłaty wszystkich rat. Nie ma to jednak znaczenia dla obowiązku ich uiszczenia, długość okresu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu nie wpływa bowiem na wysokość oraz konieczność wniesienia opłaty w całości¹¹⁸. Analizowana opłata jest związana z objęciem dobrowolnym ubezpieczeniem a nie czasem jego trwania.

Przedmiotem opłaty jest objęcie dobrowolnym obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. Nie w każdym przypadku osoba zawierająca umowę z NFZ w tym zakresie jest zobowiązana do wniesienia opłaty we właściwej wysokości. Artykuł 68 ust. 8 pkt 1 u.ś.o.z. wskazuje, że brak jest obowiązku uiszczenia opłaty w przypadku, gdy przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi mniej niż trzy miesiące.

Wysokość opłaty jest uzależniona od dwóch czynników. Po pierwsze, podstawę jej wymiaru stanowią dochody przyjęte jako podstawa wymiaru składki ubezpieczeniowej dla danej osoby. W tym miejscu należy jedynie wskazać, że w świetle art. 68 ust. 4 u.ś.o.z. podstawa wymiaru składki jest determinowana statusem osoby ubiegającej się o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem¹¹⁹. Po drugie, wysokość opłaty zależy od długości przerwy w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek. W przypadku przerwy: trwającej nieprzerwanie od trzech miesięcy

¹¹⁷ Jako uzasadnione przypadki odstąpienia od pobrania opłaty wskazuje się m.in.: wysokość osiągniętych dochodów, krąg osób pozostających na utrzymaniu zgłaszającej się osoby, usprawiedliwienie wcześniejszego niezgłoszenia się do ubezpieczenia (A. Sidorko, *Co płatnik i ubezpieczony wiedzieć powinien o ubezpieczeniu zdrowotnym*, Warszawa 2004, s. 136).

¹¹⁸ A. Sidorko, *Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne*, „Służba Pracownicza” 2006/12, s. 23.

¹¹⁹ Zgodnie z art. 68 ust. 4 u.ś.o.z. w przypadku korzystających (ubezpieczających wolontariuszy) podstawę wymiaru stanowi kwota odpowiadająca minimalnemu wynagrodzeniu. W pozostałych przypadkach podstawę wymiaru stanowi kwota deklarowanego przychodu miesięcznego nie niższa od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu.

do roku wysokość opłaty wynosi 20% podstawy wymiaru, trwającej nieprzerwanie powyżej roku do dwóch lat – 50% podstawy wymiaru, trwającej nieprzerwanie powyżej dwóch lat do pięciu lat – 100% podstawy wymiaru, trwającej nieprzerwanie powyżej pięciu lat do dziesięciu lat – 150% podstawy wymiaru, zaś trwającej nieprzerwanie powyżej dziesięciu lat – 200% podstawy wymiaru.

Stawka opłaty za objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem ma zatem charakter progresywny. Im dłuższa jest przerwa w podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu w uiszczaniu składek, tym wyższa jest stawka, a w konsekwencji wysokość opłaty. Przyjęta przez ustawodawcę progresywna stawka opłaty ma na celu zachęcenie ubezpieczonych do objęcia się dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym jak najszybciej od daty powstania przerwy w ubezpieczeniu¹²⁰.

Charakterystyczną cechą polskiego modelu ochrony zdrowia jest oddzielenie funkcji ubezpieczyciela (płatnika) od funkcji świadczeniodawcy. Dopiero w przypadku wystąpienia ryzyka ubezpieczeniowego świadczeniodawca zobowiązany jest na podstawie umowy z płatnikiem do udzielenia świadczeń gwarantowanych w ramach ubezpieczenia. Ma to duże znaczenie z punktu widzenia konstrukcji prawnej źródeł finansowania ochrony zdrowia, a także przepływu środków finansowych pochodzących z tych źródeł pomiędzy podmiotami tworzącymi system ochrony zdrowia.

Analiza struktury organizacyjnej obowiązującego w Polsce systemu ochrony zdrowia wskazuje na zróżnicowany charakter prawny zadań organów w nim funkcjonujących oraz ich różną pozycję w systemie. Narodowy Fundusz Zdrowia jako organizator systemu ochrony zdrowia w Polsce jest odpowiedzialny za zapewnienie wszystkim uprawnionym ustawowo gwarantowanych świadczeń. Z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynika,

¹²⁰ A. Sidorko, *Dobrowolne ubezpieczenie...*, s. 24.

że NFZ nie udziela bezpośrednio świadczeń zdrowotnych, odpowiada jedynie za organizację ich udzielania.

Dla charakteru prawnego publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia, a przede wszystkim dla charakteru składki na ubezpieczenie zdrowotne istotne jest to, że NFZ nie odpowiada za gromadzenie przychodów uzyskiwanych z tytułu opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne. Tę funkcję pełni Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Fundusz odpowiada natomiast za rozdysponowanie środków pochodzących z tego źródła, a także pozostałych przychodów.

Beneficjentami tych środków są podmioty prowadzące działalność leczniczą, pełniące w systemie ochrony zdrowia funkcje świadczeniodawców. Z przeprowadzonych w niniejszym rozdziale rozważań należy wyciągnąć wniosek, zgodnie z którym sytuacja finansowa świadczeniodawców będących podmiotami publicznymi nie jest dobra. Głównym źródłem ich finansowania powinny być środki pochodzące z NFZ wypłacane w ramach umów łączących Fundusz ze świadczeniodawcami w przedmiocie finansowania udzielanych przez nie świadczeń. Powyższe ustalenie może również świadczyć o tym, że przychody uzyskiwane z tytułu składki zdrowotnej są zbyt niskie dla prawidłowej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Należałoby ustalić zasadność ponoszenia kosztów udzielanych w ramach systemu świadczeń zdrowotnych, wykracza to jednak poza zakres przedmiotowy niniejszej pracy.

Zła sytuacja finansowa podmiotów leczniczych zmusza do przerwania ciężaru ich finansowania na inne podmioty publiczne. Przykładem tego jest sytuacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w przypadku których istnieje obowiązek pokrywania ujemnego wyniku finansowego (straty netto) przez podmioty je tworzące. Znaczna część zakładów należy do samorządów. Obowiązek ich corocznego finansowania ma znaczący wpływ na prowadzenie gospodarki finansowej i planowanie budżetu przez poszczególne jednostki. To samo należy odnieść do budżetu państwa, który stanowi źródło finansowania s.p.z.o.z. w przypadku gdy ich organami tworzącymi są organy administracji rządowej. Trzeba także pamiętać, że na podstawie przepisów ustawy

o działalności leczniczej z budżetu państwa i budżetów samorządowych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą mogą być przekazywane środki pieniężne (m.in. dotacje).

Do 15.07.2016 r. celem ustawy o działalności leczniczej była komercjalizacja, a w konsekwencji prywatyzacja tych podmiotów, mimo że wykonywanie zadań z zakresu ochrony zdrowia w formie s.p.z.o.z. było często spotykane. Przepisy ustawy o działalności leczniczej kształtują sytuację s.p.z.o.z. dużo mniej korzystnie niż w przypadku spółek prawa handlowego, co miało zachęcać podmioty prowadzące do przekształcania zakładów i zmusić je do prywatyzacji tych podmiotów. W konsekwencji mogło dojść do sytuacji, w której publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia byłyby przekazywane w zdecydowanej większości podmiotom prywatnym. Z dniem wejścia w życie ustawy nowelizacyjnej z 10.06.2016 r. powrócono do możliwości tworzenia nowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a także zreformowano zasady finansowania ich zadłużenia. Duże znaczenie dla ograniczenia tego procesu ma wprowadzenie ustawowego zakazu zbywania udziałów i akcji w spółkach prowadzących działalność leczniczą, którego brak mógłby skutkować utratą kontroli nad spółką przez Skarb Państwa, j.s.t. oraz uczelnie medyczne (art. 6 u.d.l. w brzmieniu nadanym ustawą nowelizacyjną z 15.07.2016 r.).

Omówiony w tej części monografii katalog osób podlegających powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu pozwala na zbadanie poszczególnych elementów konstrukcji prawnej składki na ubezpieczenie zdrowotne, w tym podstawy wymiaru jej kwoty, w odniesieniu do poszczególnych grup społecznych i zawodowych.

Rozdział V

KONSTRUKCJA PRAWNA SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

Składka na ubezpieczenie zdrowotne stanowi główne źródło finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Ma ona zasadniczy wpływ na wysokość przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia, z których w zdecydowanej większości finansowane są świadczenia opieki zdrowotnej.

Przedmiotem rozważań w niniejszym rozdziale będą zatem poszczególne elementy konstrukcji prawnej składki zdrowotnej wynikające przede wszystkim z działu IV ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także aktów normatywnych, do których odsyłają przepisy tej ustawy. Będą to w szczególności ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników. Ustalenie konstrukcji prawnej składki zdrowotnej jest niezbędne dla przeprowadzenia badań nad jej charakterem prawnym oraz odniesienia jej cech do innych danin publicznych.

Zakresem badań objęto podstawę wymiaru składki oraz stawkę składki. Dalsze części rozdziału dotyczyć będą problematyki rozstrzygnięcia przez ustawodawcę tzw. zbiegów ubezpieczeniowych, zasad uiszczania składki zdrowotnej oraz jej wpływu na kwotę podatku dochodowego od osób fizycznych. Ostatni element poruszanej problematyki ma istotny wpływ na relacje zachodzące pomiędzy składką zdrowotną oraz budżetem państwa jako źródłami finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

Zakres podmiotowy i przedmiotowy składki zdrowotnej zostanie pominięty z uwagi na to, że został on omówiony w poprzednim rozdziale. Przy wskazaniu zakresu podmiotów objętych ubezpieczeniem zdrowotnym ustalono katalog tytułów ubezpieczeniowych, które determinują podleganie ubezpieczeniu. Określono więc wszelkiego rodzaju stany faktyczne, których skutkiem zaistnienia jest powstanie obowiązku zapłaty składki zdrowotnej.

1. Podstawa wymiaru składki zdrowotnej

W świetle art. 79 ust. 1 u.ś.o.z. dla większości grup ubezpieczonych sposób obliczenia kwoty składki zdrowotnej polega na przemnożeniu ustalonej zgodnie z przepisami tej ustawy podstawy wymiaru składki przez ustawowo wyrażony wskaźnik procentowy (stawkę). Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz stawka mają zatem zasadniczy wpływ na jej wysokość.

Problematyka ustalania podstawy wymiaru składki zdrowotnej została uregulowana przede wszystkim w art. 81 u.ś.o.z., który nawiązuje do zakresu podmiotowego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. W art. 81 ust. 1–10 u.ś.o.z. zawarte jest obszerne i kazuistyczne wyliczenie sposobów określania podstawy wymiaru. Metoda ustalania podstawy wymiaru składki dla danego ubezpieczonego jest uzależniona od tytułu ubezpieczeniowego stanowiącego podstawę do objęcia go obowiązkiem ubezpieczenia.

W art. 81 u.ś.o.z. wprost wskazano sposób ustalania podstawy w przypadku każdego tytułu ubezpieczeniowego z osobna. Z uwagi na przedmiot badań pracy szczegółowej analizie zostanie poddany jedynie sposób ustalania składki zdrowotnej w odniesieniu do najliczniejszych grup ubezpieczonych (m.in. pracowników, zleceniobiorców, rolników, a także osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą). W wielu przypadkach podstawa wymiaru jest określona przez ustawodawcę poprzez odesłanie do przepisów odrębnych, właściwych ze względu na status ubezpieczonego.

Dla większości tytułów ubezpieczeniowych podstawę wymiaru składki stanowi zasadniczo przychód ubezpieczonego wynikający z prowadzonej przez niego działalności objętej właściwym tytułem. W odniesieniu do niektórych grup ubezpieczonych podstawa wymiaru składki zdrowotnej wynikającej z objęcia właściwym tytułem nie będzie uzależniona od uzyskiwanego przychodu z prowadzonej działalności (np. w przypadku przedsiębiorców).

Sposób ustalania podstawy wymiaru składki zdrowotnej obciążającej rolników uregulowany został w zróżnicowany sposób, który zależy od rodzaju prowadzonej działalności rolniczej. Przyczyny oraz skutki takiej konstrukcji prawnej podstawy wymiaru składki zdrowotnej rolników zostaną przedstawione niżej.

Podstawa wymiaru składki zdrowotnej wynikającej z większości tytułów ubezpieczeniowych nie jest autonomicznie uregulowana w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawodawca, ustalając sposób obliczenia podstawy wymiaru składki, w art. 81 u.ś.o.z. wprowadził odesłanie do innych aktów prawnych właściwych ze względu na status ubezpieczonego lub wykonywaną przez niego działalność. W związku z tym przedmiotem analiz będą także m.in. właściwe przepisy dotyczące ubezpieczeń społecznych, podatku dochodowego od osób fizycznych, minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz przepisy właściwe dla ustalania wysokości świadczeń pomocy społecznej.

1.1. Uzyskane świadczenie lub przychód jako podstawa wymiaru składki

Jak już ustalono, najliczniejszą grupą społeczną podlegającą obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu są pracownicy w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Podstawa wymiaru składki zdrowotnej obciążającej ich wynagrodzenie ustalana jest w taki sam sposób jak w przypadku składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe, z pewnymi modyfikacjami wynikającymi z art. 81 ust. 5, 6 i 10 u.ś.o.z. Na potrzeby ustalania podstawy wymiaru składki zdrowotnej art. 81

ust. 1 u.ś.o.z. odsyła do stosowania przepisów określających podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe¹.

Sposób ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne pracowników, osób wykonujących pracę nakładczą, członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych, a także funkcjonariuszy Służby Celno-Skarbowej wynika z art. 18 ust. 1 u.s.u.s. W odniesieniu do tych podmiotów podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne stanowi ich przychód zdefiniowany w art. 4 pkt 9 i 10 u.s.u.s. Przychód na gruncie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych należy rozumieć jako wszelkiego rodzaju przychody w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych z tytułu: zatrudnienia w ramach stosunku pracy, pracy nakładczej, służby, wykonywania mandatu posła lub senatora, wykonywania pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania, pobierania zasiłku dla bezrobotnych, świadczenia integracyjnego i stypendium wypłacanych bezrobotnym oraz stypendium sportowego, a także z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności oraz umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, jak również z tytułu współpracy przy tej działalności lub współpracy przy wykonywaniu umowy, oraz przychody z działalności wykonywanej

¹ Przepisy z zakresu ubezpieczeń społecznych determinujące wysokość podstawy wymiaru składek emerytalnych i rentowych będą miały także zastosowanie do osób wykonujących pracę nakładczą, osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące zlecenia, lub osób z nimi współpracujących, osób duchownych, członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych, spółdzielni kółek rolniczych i członków ich rodzin, osób pobierających świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu oraz osób pobierających zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, a także osób pobierających wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego albo w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie, wynikające z odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy, osób pobierających świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia. Przepisy dotyczące ustalania podstawy wymiaru składek emerytalnych i rentowych będą miały także zastosowanie do osób odbywających służbę zastępczą, funkcjonariuszy Służby Celno-Skarbowej oraz członków rad nadzorczych posiadających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

osobiście przez osoby należące do składu rad nadzorczych, niezależnie od sposobu ich powoływania².

W świetle art. 8 ust. 2a u.s.u.s. za pracownika uważa się także osobę wykonującą pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia albo umowy o dzieło, jeżeli umowę taką zawarła z pracodawcą, z którym pozostaje w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy. W przypadku tego rodzaju pracowników w podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe uwzględnia się również przychód z tytułu wskazanych umów.

Sposób obliczania podstawy wymiaru w stosunku do członków rad nadzorczych został określony w art. 18 ust. 4 pkt 10 u.s.u.s. W przypadku tych podmiotów podstawę wymiaru stanowi przychód łącznie z kosztami jego uzyskania i kwotą podatku, o których mowa w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych³.

Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe zleceniobiorców ustala się tak jak w przypadku pracowników i podmiotów wskazanych wyżej, jeżeli w umowie agencyjnej lub umowie zlecenia albo w innej umowie o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, określono odpłatność za jej wykonywanie kwotowo, w kwotowej stawce godzinowej lub akordowej albo prowizyjnie. W pozostałych przypadkach podstawę opodatkowania będzie stanowiła zadeklarowana kwota pieniężna, nie niższa jednak niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę⁴. W od-

² Przychodem z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub spółdzielni kółek rolniczych są przychody z tytułu pracy w spółdzielni i z tytułu wytwarzania na jej rzecz produktów rolnych (art. 4 pkt 10 u.s.u.s.).

³ K. Madej, *Komentarz do art. 18 [w:] Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych*. Komentarz, red. J. Wantoch-Rekowski, Toruń–Warszawa 2007, s. 133.

⁴ A. Sidorko, *Komentarz do art. 81 [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej...*, s. 640. Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z 12.09.2017 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2017 r. (Dz.U. poz. 1747) wynosi ono 2100 zł.

niesieniu do podmiotów współpracujących z wyżej wymienionymi osobami podstawą wymiaru składek zawsze będzie kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę, bez względu na sposób ukształtowania zasad ich wynagradzania⁵.

W przypadku wskazanych osób czas trwania stosunków prawnych stanowiących tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego i społecznego nie ma znaczenia. Ustawodawca nie uzależnił obowiązku uiszczenia składki od okresu istnienia danego stosunku prawnego. Dla powstania obowiązku zapłaty składki wystarczy zatem, aby zlecenie bądź inny powołany wyżej stosunek prawny zaistniał przez chwilę. W kontekście podstawy wymiaru składki znaczenie ma natomiast sposób ustalenia wynagrodzenia z tego tytułu oraz jego wysokość.

Przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych posługują się pojęciem przychodu, o którym mowa w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych. Zgodnie z art. 11 ust. 1 u.p.d.o.f. przez przychody rozumie się otrzymane lub postawione do dyspozycji podatnika w roku kalendarzowym pieniądze i wartości pieniężne oraz wartość otrzymanych świadczeń w naturze i innych nieodpłatnych świadczeń. W świetle powyższej definicji można dokonać podziału przychodu na trzy kategorie, do których zalicza się: pieniądze i wartości pieniężne, świadczenia w naturze i nieodpłatne świadczenia⁶. W literaturze prawa podatkowego wskazuje się, że definicja przychodu ma charakter ogólny, ponieważ dalsze przepisy (art. 12–15 i 16a–20 u.p.d.o.f.) zawierają liczne odstępstwa i modyfikacje od powołanej wyżej definicji⁷. Należy zatem podkreślić, że w skład podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, a w konsekwencji składki zdrowotnej, będzie wchodzić nie tylko wynagrodzenie uzyskane w formie pieniężnej z określonego źródła, ale także inne otrzymane lub pozostawione do dyspozycji nieodpłatne

⁵ A. Pędziński, *Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne niektórych osób niebędących pracownikami*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 2002/5, s. 4.

⁶ A. Mariański, T. Miłek, *Komentarz do art. 11 [w:] Komentarz do ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych*, red. W. Nykiel, A. Mariański, Gdańsk 2015, s. 183.

⁷ W. Nykiel, K. Koperkiewicz-Mordel, *Podatek dochodowy od osób fizycznych. Komentarz*, Warszawa 2003, s. 70; *Podatek dochodowy od osób fizycznych. Komentarz*, red. J. Marciniuk, Warszawa 2015, s. 118.

świadczenia lub świadczenia otrzymane w naturze⁸. Ma to istotne znaczenie w przypadku ubezpieczonych pozostających w stosunku pracy⁹.

Dla ustalenia wysokości podstawy wymiaru składki zdrowotnej ważna jest także chwila uzyskania przez ubezpieczonego przychodu, o którym mowa w art. 11 ust. 1 u.p.d.o.f. Za moment uzyskania przychodu należy uznać chwilę, w której podatnik (ubezpieczony) otrzymuje pieniądze, wartości pieniężne oraz świadczenia w nim wskazane. Chwilą uzyskania przychodu będzie także moment, w którym określone wyżej desygnaty przychodu „postawiono do dyspozycji podatnika tak, aby mógł on z nich swobodnie korzystać”¹⁰. Ustalenie chwili powstania przychodu oparto zatem na zasadzie kasy, w świetle której główne znaczenie ma faktyczne uzyskanie przychodu¹¹. W niektórych przypadkach moment uzyskania przychodu będzie ustalany zgodnie z zasadą memoriału, która stanowi przeciwieństwo kasowego ujmowania przychodu¹². W świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego za element podstawy wymiaru składek mogą być również uważane jedynie fizycznie otrzymane środki pieniężne. Nie-wypłacone wynagrodzenie nie może więc stanowić podstawy opodatkowania. Powyższą konstatację należy również odnieść do wiarygodności przysługujących ubezpieczonemu pracownikowi nawet wówczas, gdy są one wymagalne. Dopóki nie zostaną faktycznie spełnione, nie mogą być traktowane jako element zwiększający podstawę opodatkowania¹³.

⁸ Dla przykładu zwrócone członkom rady nadzorczej koszty przejazdów i noclegów, nawet wówczas gdy nie otrzymują oni żadnego wynagrodzenia, będą wchodzić w skład podstawy wymiaru składki zdrowotnej (A. Siwiecka, A. Staszyńska, *Ubezpieczenia społeczne...*, s. 78).

⁹ W języku potocznym przez wynagrodzenie ze stosunku pracy rozumie się przede wszystkim sumę pieniężną otrzymaną z tytułu świadczenia pracy. Pomijane są natomiast pozostałe świadczenia otrzymane przez pracownika od pracodawcy, które jednak w sposób istotny wpływają na podstawę wymiaru składek, a także na wysokość podstawy opodatkowania.

¹⁰ A. Mariański, T. Miłek, *Komentarz do art. 11...*, s. 185.

¹¹ A. Mariański, T. Miłek, *Komentarz do art. 11...*, s. 185.

¹² Będzie tak w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą stanowiącą źródło przychodu, o którym mowa w art. 10 ust. 1 pkt 3 u.p.d.o.f. W odniesieniu do tych osób przychodem będą także kwoty należne, chociażby nie zostały jeszcze otrzymane (J. Małecki, *Państwowe podatki bezpośrednio* [w:] A. Gomułowicz, J. Małecki, *Podatki i prawo podatkowe*, Warszawa 2011, s. 608).

¹³ Uchwała SN (7) z 10.09.2009 r., I UZP 5/09, OSNP 2010/5–6, poz. 71.

Z punktu widzenia problematyki określania podstawy wymiaru składki zdrowotnej nie ma więc znaczenia okres, za który wypłacono wynagrodzenia. Obojętny jest status wypłaconego przychodu (nie jest istotne, czy otrzymane wynagrodzenie jest wynagrodzeniem zaległym lub bieżącym). Zasadnicze znaczenie ma jedynie faktyczne jego otrzymanie¹⁴.

Na sposób obliczania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne istotny wpływ ma także rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe¹⁵, wydane na podstawie art. 21 ustawy

¹⁴ Dla ustalenia przychodu na potrzeby wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, a w konsekwencji składki zdrowotnej, doniosłe znaczenie ma art. 10 ust. 1 u.p.d.o.f. statuujący katalog źródeł przychodów. W świetle tego przepisu źródłami przychodu są m.in. stosunek pracy, w tym spółdzielczy stosunek pracy, członkostwo w rolniczej spółdzielni produkcyjnej lub innej spółdzielni zajmującej się produkcją rolną, praca nakładczą, działalność wykonywana osobiście. W świetle art. 12 ust. 1 u.p.d.o.f. za przychody ze stosunku służbowego, stosunku pracy, pracy nakładczej oraz spółdzielczego stosunku pracy uważa się wszelkiego rodzaju wypłaty pieniężne oraz wartość pieniężną świadczeń w naturze bądź ich ekwiwalenty, bez względu na źródło finansowania tych wypłat i świadczeń, a w szczególności: wynagrodzenia zasadnicze, wynagrodzenia za godziny nadliczbowe, różnego rodzaju dodatki, nagrody, ekwiwalenty za niewykorzystany urlop i wszelkie inne kwoty, niezależnie od tego, czy ich wysokość została z góry ustalona, a ponadto świadczenia pieniężne ponoszone za pracownika, jak również wartość innych nieodpłatnych świadczeń lub świadczeń częściowo odpłatnych. W przypadku osób wykonujących pracę nakładczą nie wlicza się do przychodu wartości surowców i materiałów pomocniczych dostarczonych przez te osoby oraz zwrotu kosztów poniesionych przez nie z tytułu transportu, zużytej energii, opału, konserwacji maszyn i urządzeń itp., jeżeli osoba, na rzecz której wykonywana jest praca nakładczą, wypłaca należność z tych tytułów w wyodrębnionej pozycji. Szczegółowe kwestie dotyczące sposobu obliczania przychodu ze stosunku pracy oraz innych źródeł mających wpływ na podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne zostały uregulowane w dalszych przepisach ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. Analiza tych przepisów wykracza jednak poza ramy przedmiotowe niniejszej pracy.

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 18.12.1998 r. w sprawie szczegółowych zasad ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (Dz.U. z 2017 r. poz. 1949 ze zm.). Reguluje ono jedynie szczegółowe zasady ustalania podstawy wymiaru składek w stosunku do pracowników zatrudnionych w ramach stosunku pracy. Niektóre przepisy rozporządzenia stosuje się odpowiednio do osób wykonujących pracę nakładczą, funkcjonariuszy Służby Celno-Scarbowej, osób wykonujących odpłatnie pracę w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania na podstawie skierowania do pracy, a także do członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych, członków rad nad-

o systemie ubezpieczeń społecznych¹⁶. Rozporządzenie określa szczegółowy sposób ustalania kategorii przychodów pracowników stanowiących podstawę wymiaru składki, ważny jest jednak katalog przychodów, których nie bierze się pod uwagę przy obliczaniu wysokości podstawy wymiaru, zawarty w § 2 ust. 1 tego rozporządzenia. Zawiera on katalog 33 rodzajów przychodów, które nie mogą stanowić podstawy wymiaru składek. Do najistotniejszych należy zaliczyć m.in. przychody z tytułu: nagród jubileuszowych przysługujących pracownikowi nie częściej niż co pięć lat, odpraw pieniężnych w związku z przejściem na emeryturę lub rentę, odpraw, odszkodowań lub rekompensat w związku z wygaśnięciem lub rozwiązaniem stosunku pracy, ekwiwalentów pieniężnych za zużyte przy wykonywaniu pracy narzędzia, materiały lub sprzęt, diet i innych należności w związku z podróżą służbową pracownika. Katalog jest sformułowany w sposób kategoriyczny i nie pozwala na objęcie nim pozostałych rodzajów przychodów, ma zatem charakter zamknięty.

Na skutek wprowadzenia wyłączeń określonych rodzajów przychodu z podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne powstaje istotna różnica pomiędzy sposobem ustalania podstawy wymiaru wskazanych składek a zasadami ustalania przychodu na gruncie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, a w konsekwencji wysokości podatku dochodowego. Różnica pomiędzy sposobem określania podstawy wymiaru wynika też z faktu, że na potrzeby obliczania podstawy składek ubezpieczeniowych brany jest pod uwagę także przychód zwolniony z opodatkowania na podstawie art. 21 u.p.d.o.f. Powstaje zatem sytuacja, w której zakres przedmiotowy przychodu ustalanego na gruncie przepisów o ubezpieczeniu społecznym zasadniczo różni się od przychodu w świetle ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, mimo że art. 18 ust. 1 w zw. z art. 4 pkt 9 u.s.u.s. postępuje

zorczych otrzymujących wynagrodzenie oraz osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego o zleceniu.

¹⁶ Zgodnie z art. 21 u.s.u.s. minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego określa, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady ustalania podstawy wymiaru składek, z uwzględnieniem ograniczenia, o którym mowa w art. 19 ust. 1, oraz wyłączenia z podstawy wymiaru składek niektórych rodzajów przychodów.

się pojęciem przychodu w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustalając zasady obliczania podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne, modyfikują tak ukształtowany sposób określania podstawy wymiaru składek emerytalnych i rentowych. Zmiany te wynikają z przepisów art. 81 ust. 5, 6 i 10¹⁷ oraz art. 67 ust. 6 u.ś.o.z.

Ostatnia z wymienionych regulacji ma zastosowanie do osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, które na skutek zgłoszenia uzyskały prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Obejmuje ona zatem nie tylko ubezpieczonych, o których mowa w art. 81 ust. 1 u.ś.o.z.¹⁸ Do podstawy opodatkowania nie wlicza się kwoty zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, w przypadku gdy ubezpieczony wraz z członkami rodziny posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w okresie jego pobierania, a po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia. Analizowane wyłączenie kwot otrzymywanego zasiłku z podstawy wymiaru składki może wynikać z faktu, że osoba otrzymująca zasiłek nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tego tytułu (art. 67 ust. 6 u.ś.o.z. wskazuje, że to wyłączenie dotyczy przypadku, w którym nastąpiło wygaśnięcie

¹⁷ Analizowane przepisy dotyczą także tych podmiotów, których podstawa wymiaru składki zdrowotnej nie jest uzależniona od uzyskiwanego przez nich przychodu (dotyczą zatem m.in.: osób odbywających służbę zastępczą, osób duchownych, osób pobierających świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu oraz osób pobierających zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, a także osób pobierających wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego albo w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie, wynikające z odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy, a także osób pobierających świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia). Artykuł 81 ust. 6 u.ś.o.z. ma natomiast bardzo szeroki zakres podmiotowy. Dotyczy on bowiem wszystkich ubezpieczonych, których składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe są potrącane przez płatników składek.

¹⁸ Modyfikacja podstawy wymiaru składki będzie miała jednak zastosowanie w większości przypadków do osób wskazanych w art. 81 ust. 1, w tym do podmiotów, których podstawa wymiaru jest determinowana uzyskiwanym przez nich przychodem, w związku z tym zostanie ona omówiona w tej części pracy.

obowiązku ubezpieczeniowego). Ponieważ obowiązek ubezpieczeniowy wygasł, uzasadniona jest rezygnacja przez ustawodawcę z obowiązku opłacania składki, a możliwość korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w okresie pobierania zasiłku stanowi realizację konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia wyrażonego w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP.

Przy obliczaniu wysokości podstawy wymiaru składki zdrowotnej nie stosuje się wyłączeń wynagrodzeń za czas niezdolności do pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną (art. 81 ust. 5 u.ś.o.z.). Sposób obliczania wysokości tego wynagrodzenia reguluje art. 92 § 1–5 k.p.¹⁹ W literaturze prawa pracy wskazuje się, że art. 92 k.p. jest przepisem funkcjonującym na pograniczu prawa pracy i prawa ubezpieczeń społecznych²⁰. Zakaz stosowania wyłączeń, o którym mowa w art. 81 ust. 5 u.ś.o.z., wpływa także na finansowanie ubezpieczenia zdrowotnego. Nie będzie miał zastosowania zatem art. 18 ust. 2 u.s.u.s., wedle którego w podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe pracowników, osób wykonujących pracę nakładczą oraz członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych nie uwzględnia się wynagrodzeń z tytułu zaistnienia wskazanych okoliczności. Na skutek tego następuje wzrost podstawy wymiaru składki zdrowotnej w porównaniu ze składkami na ubezpieczenie społeczne. Taka regulacja stanowi wyraz dbałości ustawodawcy o finanse ubezpieczenia zdrowotnego przy jednoczesnym pokrzywdzeniu poszczególnych grup ubezpieczonych. Nie ma bowiem innych przesłanek będących przyczyną powiększenia podstawy wymiaru składki zdrowotnej o kwoty wynikające z powyższych tytułów niż

¹⁹ W świetle art. 92 § 1 k.p. za czas niezdolności pracownika do pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną trwającą łącznie do 33 dni w ciągu roku kalendarzowego, a w przypadku pracownika, który ukończył 50. rok życia – trwającej łącznie do 14 dni w ciągu roku kalendarzowego – pracownik zachowuje prawo do 80% wynagrodzenia, chyba że obowiązujące u danego pracodawcy przepisy prawa pracy przewidują wyższe wynagrodzenie z tego tytułu. Wynagrodzenie oblicza się według zasad obowiązujących przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego i wypłaca za każdy dzień niezdolności do pracy, nie wyłączając dni wolnych od pracy (art. 92 § 2 k.p.).

²⁰ W. Sanetra, *Komentarz do art. 92 [w:] Kodeks pracy. Komentarz*, red. J. Iwulski, W. Sanetra, Warszawa 2011, s. 639.

względy fiskalne i zapewnienie dostatecznych środków finansowych na funkcjonowanie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Broniąc jednak decyzji ustawodawcy w zakresie objęcia podstawą wymiaru powyższych wynagrodzeń, należy stwierdzić, że w trakcie okresu niezdolności do pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną podmiot pobierający wynagrodzenie w dalszym ciągu jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym, co uzasadnia obowiązek odprowadzania składki od uzyskanego z tego tytułu przychodu²¹.

Najistotniejsza zmiana sposobu obliczania składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe na potrzeby ustalenia wysokości składki zdrowotnej wynika z niestosowania ograniczenia wynikającego z art. 19 ust. 1 u.s.u.s. Wprowadza on ograniczenie w zakresie pobierania składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe wówczas gdy podstawa ich wymiaru w ujęciu rocznym przekroczy wskazane w nim limity oraz określa procedurę postępowania w takich przypadkach. Zgodnie z nim roczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób, o których mowa w art. 6 i 7 u.s.u.s.²², w danym roku kalendarzowym nie może być wyższa od kwoty odpowiadającej trzydziestokrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok kalendarzowy²³, określonego w ustawie budżetowej, ustawie o prowizorium budżetowym lub ich projektach, jeżeli odpowiednie ustawy nie zostały uchwalone – z zastrzeżeniem ust. 2 i 9. Po przekroczeniu w ciągu roku kalendarzowego wskazanych

²¹ D.E. Lach, *Zasada równego dostępu...*, s. 298–299.

²² Przepisy te określają zakres podmiotowy obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego, w którego skład wchodzi również grupy podmiotów wymienione w art. 81 ust. 1 u.ś.o.z.

²³ W świetle art. 26 ustawy budżetowej na rok 2017 z 16.12.2016 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 108 ze zm.) prognozowane przeciętne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej wynosi 4263 zł. Kwotę ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składki oraz przyjętą do jej ustalenia kwotę prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia ustala w drodze obwieszczenia minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego (art. 19 ust. 10 u.s.u.s.). Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 8.12.2017 r. w sprawie kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w roku 2018 oraz przyjętej do jej ustalenia kwoty prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia (M.P. poz. 1174) kwota ta w 2018 r. wynosi 133 290 zł.

limitów składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe nie powinny być naliczane, pobierane i odprowadzane na rachunek ZUS, z zastrzeżeniem, że ubezpieczony w dalszym ciągu podlega ubezpieczeniu społecznemu²⁴.

Jako powód wprowadzenia ograniczenia z art. 19 ust. 1 u.s.u.s. wskazuje się kilka okoliczności. Po pierwsze, obowiązek uiszczania składek ubezpieczeniowych od przychodów przekraczających analizowane limity skutkowałby obowiązkiem wypłacania bardzo wysokich świadczeń stosunkowo wąskiej grupie społecznej. Doprowadziłyby to do istotnych różnic w wysokości otrzymywanych świadczeń. Liczne grupy ubezpieczonych otrzymują bowiem świadczenia emerytalne w wysokości minimum socjalnego²⁵. Po drugie, celem systemu emerytalnego nie jest zarządzanie środkami finansowymi najlepiej zarabiających grup społecznych. Obowiązek uiszczania składki przez niewielką grupę społeczną od wszystkich uzyskiwanych przychodów może stanowić nieuzasadnione obciążenie jej kosztami ubezpieczenia emerytalnego²⁶. Po trzecie, ograniczenie podstawy wymiaru składki ma na celu zachęcać najlepiej zarabiających do korzystania z innych form oszczędzania, w tym z instrumentów finansowych wynikających z II filara systemu ubezpieczeniowego (jak np. indywidualne konta emerytalne)²⁷.

Ograniczenie podstawy wymiaru składki wynikające z art. 19 ust. 1 u.s.u.s. dotyczy zdecydowanej większości podmiotów podlegających obowiązkowemu i dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalnemu. Wyłączenie stosowania powyższego przepisu na podstawie art. 81 ust. 5 u.ś.o.z. dotyczy jedynie określonej grupy podmiotów wymienionych w art. 81 ust. 1 u.ś.o.z. z uwagi na to, że tylko w stosunku do tych podmiotów stosuje się przepisy dotyczące wymiaru składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe. W odniesieniu do pozostałych grup ubezpieczonych nie ma potrzeby wprowadzania analizowanego wyłączenia stosowania przepisu art. 19 ust. 1 u.s.u.s., ponieważ podstawa wymiaru ich składki

²⁴ J. Wantoch-Rekowski, *Składki na ubezpieczenie...*, s. 159.

²⁵ J. Skoczyński, *Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1999/4, s. 30.

²⁶ M. Góra, *System emerytalny*, Warszawa 2003, s. 106–107.

²⁷ J. Wantoch-Rekowski, *Składki na ubezpieczenie...*, s. 161.

została enumeratywnie wymieniona w art. 80 i 81 u.ś.o.z. i różni się od podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne.

Brak możliwości przestrzegania limitu trzydziestokrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia na potrzeby ustalania wysokości należnej składki zdrowotnej nie jest jedynym wyłączeniem stosowania art. 19 ust. 1 u.s.u.s. w obecnie obowiązującym ustawodawstwie. Badanej regulacji prawnej nie stosuje się również w procedurze wymiaru składek na ubezpieczenie wypadkowe i chorobowe²⁸. Podstawa prawna niestosowania powyższego ograniczenia wynika z art. 20 ust. 2 u.s.u.s.

W przypadku ustalania podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne nieuwzględnienie ograniczenia, o którym mowa w art. 19 ust. 1 u.s.u.s., powoduje istotne obciążenie przychodu osób ubezpieczonych wymienionych w art. 81 ust. 1 u.ś.o.z. Z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących zakresu świadczeń udzielanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że każdemu świadczeniobiorcy przysługuje taki sam zakres świadczeń, ich jakość oraz kolejność udzielenia. Charakter udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej nie jest w żaden sposób uzależniony od wysokości uiszczanej przez ubezpieczonego składki. Powyższa konstatacja dotyczy przede wszystkim osób obowiązkowo ubezpieczonych, których tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego wynika z posiadania statusu pracownika w rozumieniu art. 8 ust. 1 u.s.u.s. Pozostają one w dużo gorszej sytuacji prawnej niż np. osoby prowadzące działalność gospodarczą lub rolnicy. Ich obciążenia wynikające z obowiązku ponoszenia ciężarów publicznych, w tym danin publicznonprawnych, są bardzo wysokie. Są obligatoryjnie opodatkowane skalą podatkową, o której mowa w art. 27 ust. 1 u.p.d.o.f. Nie mogą zatem skorzystać z możliwości opodatkowania uzyskiwanych ze stosunku pracy dochodów liniową stawką podatkową na podstawie art. 30c ust. 1 u.p.d.o.f. Dodatkowo muszą ponosić koszty ubezpieczenia zdrowotnego w wysokości wyższej niż inni ubezpieczeni, mimo że w wielu przypadkach osiągają niższe dochody w porównaniu z innymi grupa-

²⁸ K. Antonów, *Składka na ubezpieczenie społeczne* [w:] *Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych*, red. K. Baran, Warszawa 2013, s. 634.

mi ubezpieczonych. Świadczenia z tytułu ubezpieczenia emerytalnego i rentowego są zasadniczo uzależnione od wysokości składki opłacanej przez ubezpieczonych przez określoną ilość czasu. Mimo to ustawodawca wprowadził limit podstawy wymiaru tych składek, ograniczając tym wysokość przysługujących świadczeń.

Odwrotna sytuacja występuje natomiast w ubezpieczeniu zdrowotnym, w którym zasady udzielania świadczeń nie są uzależnione od wysokości opłacanej składki, a podstawa jej wymiaru w przypadku większości ubezpieczonych nie jest ograniczona górnym limitem.

Konstrukcja prawna podstawy wymiaru składki zdrowotnej, opierająca się na odesłaniu do przepisów właściwych dla składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe z jednoczesnym wyłączeniem stosowania art. 19 ust. 1 u.s.u.s., wydaje się nieprawidłowa. Zrównanie wszystkich ubezpieczonych w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących w ramach systemu ubezpieczeniowego z jednoczesnym bardzo znaczącym zróżnicowaniem wysokości obciążenia publicznoprawnego, jakim jest składka zdrowotna, może zbliżać ją konstrukcyjnie do instytucji podatku, którego wysokość nie ma żadnego związku z otrzymywanymi od państwa lub jednostki samorządu terytorialnego świadczeniami²⁹.

Brak ograniczenia wysokości podstawy wymiaru składki zdrowotnej w stosunku do podmiotów wymienionych w art. 81 ust. 1 u.s.o.z. może wynikać z zasady solidarności społecznej jako ogólnej zasady ubezpieczenia zdrowotnego, o której mowa w art. 65 pkt 1 u.s.o.z. Jej istotą jest zapewnienie każdemu ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych na takich samym warunkach, niezależnie od wysokości opłacanej przez niego składki³⁰. Obciążenie wyższą składką zdrowotną nie stanowi podstawy do nadania ubezpieczonemu większych uprawnień niż te, które przysługują pozostałym ubezpieczonym. Przychody z tytułu opłaca-

²⁹ Problematyka ta będzie przedmiotem szerszych badań w następnym rozdziale niniejszej pracy.

³⁰ A. Sidorko, *Komentarz do art. 65 [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej...*, s. 514.

nia składek stanowią anonimowy fundusz, z którego finansowany jest ogół świadczeń³¹. W świetle zasady solidarności społecznej, rozumianej w wyżej ustalony sposób, wyższe obciążenie składką zdrowotną może być uzasadnione. W ocenie autora zasada solidarności społecznej, o której mowa w art. 65 pkt 1 u.ś.o.z., nie może jednak stanowić samoistnego uzasadnienia dla tak istotnego zróżnicowania obowiązkiem ponoszenia składki na ubezpieczenie zdrowotne. W literaturze prawa zabezpieczenia społecznego podniesiono, że zasada ta została narzucona przez ustawodawcę bez „wystarczającego uzasadnienia etycznego, społecznego i ekonomicznego, zgodnego z ustrojem III RP”³².

Przychody z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne opłacanych przez pracowników wynoszą ponad połowę wszystkich przychodów z tytułu ponoszenia ciężaru ubezpieczeniowego, jakim jest składka zdrowotna³³. Osoby, które znajdują się w przedziale dochodowym powyżej 15 500 zł, stanowią jedynie 0,32% liczby tytułów ubezpieczeniowych, natomiast przychody NFZ z tytułu obciążenia ich składką zdrowotną wynoszą 4,56% przychodów uzyskiwanych ogółem z tytułu opłacania składek zdrowotnych³⁴. Przede wszystkim tych podmiotów dotyczy wyłączenie stosowania art. 19 ust. 1 u.s.u.s. W porównaniu z liczbą podmiotów, do których nie będzie miało faktycznie zastosowania ograniczenie podstawy wymiaru składki z art. 19 ust. 1 u.s.u.s., wysokość przychodów z tytułu ponoszenia przez nich kosztów ubezpieczenia zdrowotnego jest bardzo wysoka. Należy wskazać, że w świetle powyższych danych około 0,32% osób obowiązkowo ubezpieczonych finansuje w znaczny sposób system ubezpieczenia zdrowotnego.

Kolejną modyfikację zasad ustalania wysokości podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe zawiera art. 81 ust. 6 u.ś.o.z. W świetle tej regulacji podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie

³¹ J. Nowak-Kubiak, B. Łukasik, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej...*, s. 185.

³² J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego. Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, bezrobocie i pomoc społeczna*, Kraków 2003, s. 310.

³³ *Struktura przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne za 2012 rok...*, s. 7.

³⁴ *Struktura przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne za 2012 rok...*, s. 8–9.

zdrowotne pomniejsza się o kwoty składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe finansowane przez ubezpieczonych niebędących płatnikami składek, potrącone przez płatników ze środków ubezpieczonego, zgodnie z przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych. W przypadku braku analizowanego zastrzeżenia doszłoby do sytuacji, w której składka zdrowotna obciążałaby również pośrednio składki na ubezpieczenie społeczne. Konsekwencją tego byłaby sytuacja, w której danina publiczna jest pobierana od innej daniny publicznej. Powyższą regulację prawną należy zatem ocenić pozytywnie.

Ostatnie z zastrzeżeń wymienionych w art. 81 ust. 1 u.ś.o.z. modyfikuje jedynie katalog podmiotów, których podstawa wymiaru składki zdrowotnej determinowana jest przepisami określającymi podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe. W świetle art. 81 ust. 10 u.ś.o.z. przedstawiony wyżej sposób określania podstawy wymiaru nie będzie miał zatem zastosowania do osób duchownych, z wyłączeniem podatników podatku dochodowego od osób fizycznych lub zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych³⁵. Dla tych podmiotów ustawodawca przewidział stałą podstawę wymiaru składki odpowiadającą wysokości specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.

Ograniczenie zakresu podmiotowego osób ubezpieczonych, których podstawa wymiaru składki zdrowotnej jest regulowana przepisami określającymi wysokość składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe, może wynikać z faktu, że wskazane osoby nie prowadzą działalności, z której mogą uzyskać jakikolwiek przychód stanowiący podstawę wymiaru składki zdrowotnej. Ustalenie jej wysokości poprzez odesłanie do kwoty specjalnego zasiłku opiekuńczego wydaje się konsekwencją brzmienia art. 86 ust. 4 i 5 u.ś.o.z. W świetle tych przepisów składki na ubezpieczenie zdrowotne osób wymienionych w art. 81 ust. 10 u.ś.o.z. są finansowane z Funduszu Kościelnego, który na opłacenie tych skła-

³⁵ Nie będzie miał on także zastosowania do alumnów wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulantów, nowicjuszy i juniorystów zakonów męskich i żeńskich i ich odpowiedników na takich samych zasadach.

dek otrzymuje dotacje z budżetu państwa. Podstawa wymiaru ustalona w oparciu o wysokość wskazanego zasiłku jest stosunkowo niska. Wskutek tego przychody z tytułu opłacania składki zdrowotnej za wymienione podmioty są niewielkie, a budżet państwa nie jest istotnie obciążony obowiązkiem uiszczania za te osoby składki³⁶.

Przepisy art. 81 ust. 5, 6 i 10 oraz art. 67 ust. 6 u.ś.o.z. w niewielki sposób modyfikują zasady ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne na potrzeby określenia wysokości składki zdrowotnej, z wyjątkiem tej części art. 81 ust. 5 u.ś.o.z., która wyłącza stosowanie ograniczenia podstawy wymiaru składki wynikającego z art. 19 ust. 1 u.s.u.s.

Na podstawie przeprowadzonych rozważań uzasadnione wydaje się twierdzenie, wedle którego składka na ubezpieczenie zdrowotne jako danina publicznoprawna obciążająca ponad połowę osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu nie ma autonomicznej regulacji prawnej w zakresie ustalania podstawy jej wymiaru.

Podjmując próbę uzasadnienia decyzji ustawodawcy w przedmiocie zastosowania odesłania do przepisów z zakresu ubezpieczeń społecznych w celu ustalenia podstawy wymiaru składki zdrowotnej dla największej grupy ubezpieczonych, trzeba stwierdzić, że z punktu widzenia techniki legislacyjnej taka konstrukcja jest zabiegiem prawidłowym. Przyjęcie przez ustawodawcę zasad ustalania podstawy wymiaru składki zdrowotnej bardzo zbliżonych do składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe może częściowo uzasadniać decyzję o wprowadzeniu odesłania do właściwych przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Z uzasadnienia do projektu ustawy nie wynikają jednak przesłanki, które stały się podstawą zastosowania analizowanej konstrukcji³⁷.

³⁶ Problematyka finansowania składek zdrowotnych z budżetu państwa będzie przedmiotem rozważań w dalszej części niniejszego rozdziału.

³⁷ Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, druk sejmowy Sejmu IV kadencji nr 2976, [http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/\(\\$vAllByUnid\)/9E7C89FDBB6EC460C1256EB0006F6774/\\$file/2976.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/($vAllByUnid)/9E7C89FDBB6EC460C1256EB0006F6774/$file/2976.pdf) (dostęp: 30.12.2017 r.).

W stosunku do niektórych grup ubezpieczonych przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określają podstawę wymiaru składki zdrowotnej poprzez wskazanie świadczeń przysługujących danym podmiotom z tytułu wykonywania przez nie działalności lub posiadania określonego statusu prawnego wynikającego z odrębnych przepisów. Ustawodawca konstruując podstawę wymiaru składki tych osób, nie posługuje się pojęciem przychodu, tak jak w przypadku składek obciążających pracowników lub zleceniobiorców. Można stwierdzić, że środki finansowe otrzymywane przez te podmioty są w aspekcie ekonomicznym zbliżone do przychodów, o których jest mowa w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych³⁸.

Do podmiotów tych zaliczono osoby pobierające emeryturę lub rentę, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenie rodzinne oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze. Podstawą wymiaru składek dla tych osób będzie kwota emerytury lub renty pomniejszona o kwotę spłaty nadpłaty świadczenia, z wyłączeniem dodatków, zasiłków, świadczeń pieniężnych i ryczałtu energetycznego, ekwiwalentu pieniężnego z tytułu prawa do bezpłatnego węgla oraz deputatu węglowego albo kwota uposażenia pobieranego w stanie spoczynku lub uposażenia rodzinnego, kwota uposażenia pobieranego po zwolnieniu ze służby lub świadczenia pieniężnego o takim samym charakterze (art. 81 ust. 8 pkt 2 u.ś.o.z.)³⁹. W przypadku osób pobierających zasiłek przedeme-

³⁸ Są one bowiem świadczeniami pieniężnymi otrzymywanymi z określonych tytułów i stanowią pozytywny efekt działalności lub posiadanego statusu. W niektórych przypadkach są przychodem w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

³⁹ W świetle art. 81 ust. 9 u.ś.o.z. w przypadku przyznania ubezpieczonemu prawa do emerytury, renty lub zasiłków z ubezpieczenia społecznego albo świadczeń pieniężnych dla cywilnych ofiar wojny za okres, za który ubezpieczony pobierał świadczenie z innego właściwego organu emerytalnego lub rentowego, zasiłek, dodatek szkoleniowy, stypendium lub inne świadczenie pieniężne z tytułu pozostawania bez pracy albo zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne w wysokości uwzględniającej zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych i składkę na ubezpieczenie zdrowotne – ZUS przy ustalaniu podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne odejmuje te kwoty od przyznanego świadczenia.

rytalny lub świadczenie przedemerytalne podstawą wymiaru składki będzie kwota zasiłku lub świadczenia przedemerytalnego⁴⁰.

Dla osób wymienionych w art. 81 ust. 8 pkt 4, 5, 6 i 13 u.ś.o.z., pobierających określonego rodzaju stypendia, podstawą wymiaru składki będzie kwota otrzymywanego stypendium⁴¹. Podstawa wymiaru składki niektórych grup ubezpieczonych będzie równa kwocie otrzymywanego przez nich: zasiłku stałego z pomocy społecznej, specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku dla opiekuna lub renty socjalnej. Składka będzie obciążała powyższe podmioty, wówczas gdy nie będą podlegały obowiązkowi ubezpieczeniowemu z innych tytułów.

Składka zdrowotna obciążająca sędziów, prokuratorów, a także posłów i senatorów pobierających uposażenie, jest obliczana od kwoty stanowiącej ich uposażenie albo wynagrodzenie, a w przypadku ławników od kwoty uzyskiwanej diety⁴².

Zasady ustalania podstawy wymiaru składki zdrowotnej w odniesieniu do przedstawionych w tej części rozdziału grup ubezpieczonych są zbliżone. Na podstawie dokonanej analizy uzasadnione wydaje się twierdzenie, w którego świetle podstawę wymiaru składki w przypadku tych osób stanowi wszystko, co otrzymują z tytułu świadczonej pracy, wykonywanej osobiście działalności lub posiadanego statusu wynikają-

⁴⁰ Dla osób pobierających nauczycielskie świadczenie kompensacyjne podstawą wymiaru składki będzie kwota tego świadczenia (art. 81 ust. 8 pkt 6a u.ś.o.z.).

⁴¹ Podstawa wymiaru składki zdrowotnej określona w ten sposób dotyczy osób pobierających stypendium sportowe po ukończeniu 15. roku życia niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, słuchaczy Krajowej Szkoły Administracji Publicznej, osób pobierających stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych, na które zostały skierowane przez podmiot inny niż powiatowy urząd pracy, niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, osób bezrobotnych niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu oraz aplikantów Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury.

⁴² Kwota uposażenia będzie stanowić podstawę wymiaru dla żołnierzy zawodowych, a także odbywających nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę nadterminową, policjantów, funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Biura Ochrony Rządu, Straży Granicznej, Służby Więziennej oraz Państwowej Straży Pożarnej.

cego z odrębnych przepisów, z niewielkimi zmianami, o których mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych.

Z analizy literatury przedmiotu wynika, że dokonanie obciążenia składką zdrowotną przychodów ubezpieczonych pozbawione jest ekonomicznego i społecznego sensu, ponieważ nie można mówić o powszechności zatrudnienia, istnieje też duża rozpiętość pomiędzy przychodami ubezpieczonych z przewagą grup ubezpieczonych o niskim dochodzie. W związku z tym przychody z tytułu składki zdrowotnej są stosunkowo niskie⁴³.

1.2. Zadeklarowana kwota jako podstawa wymiaru składki

Sposób obliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne niektórych grup ubezpieczonych ustawodawca ustalił, opierając się na podstawie wymiaru wynikającej z kwot pieniężnych zadeklarowanych przez ubezpieczonego. Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wyznaczające zasady obliczania podstawy wymiaru składki zastrzegają w tych przypadkach, że kwota pieniężna zadeklarowana jako podstawa wymiaru nie może być niższa od kwot określonych na podstawie przepisów odrębnych.

W świetle ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do grup ubezpieczonych, których podstawa wymiaru składki zdrowotnej jest ustalana na podstawie wyżej wskazanych zasad, należy zaliczyć przede wszystkim osoby dobrowolnie objęte ubezpieczeniem zdrowotnym, osoby prowadzące działalność pozarolniczą lub osoby z nimi współpracujące, z wyłączeniem osób, które zawiesiły wykonywanie działalności gospodarczej na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej.

⁴³ J. Jończyk, *Składka na ubezpieczenie zdrowotne*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2007/8, s. 4.

1.2.1. Podstawa wymiaru składki osób dobrowolnie objętych ubezpieczeniem zdrowotnym

Grupą najbardziej zróżnicowaną wewnątrz pod względem sposobu ustalania podstawy wymiaru składki zdrowotnej są osoby objęte dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Regulacja prawna podstawy wymiaru składki tych podmiotów nie została ujęta w art. 81 u.ś.o.z. tak jak w przypadku zdecydowanej większości grup ubezpieczonych. Problematykę tę reguluje art. 68 u.ś.o.z., w którym ujęto zasady podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, a także jego zakres oraz kwestie związane z ustalaniem wysokości opłaty uiszczanej przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.

Podstawę wymiaru składki zdrowotnej dla wszystkich ubezpieczonych dobrowolnie stanowi stała kwota obliczana na podstawie odrębnych przepisów i niezwiązana z działalnością lub statusem ubezpieczonego, z wyjątkiem osób wymienionych w art. 68 ust. 1 u.ś.o.z.⁴⁴ Podstawą wymiaru składki dla tych ostatnich będzie kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu miesięcznemu w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku ogłaszanemu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”⁴⁵. W przypadku składki zdrowotnej uiszczanej przez korzystającego za wolontariusza, podstawa jej wymiaru odpowiada kwocie minimalnego wynagrodzenia za pracę. W stosunku do grupy ubezpieczonych dobrowolnie, o których

⁴⁴ Są to osoby niewymienione w art. 66 ust. 1 u.ś.o.z.: pracownicy przebywający na urlopie bezpłatnym, posłowie do Parlamentu Europejskiego wybrani w Rzeczypospolitej Polskiej lub osoby niewymienione w art. 66 ust. 1 u.ś.o.z., do których ma zastosowanie art. 11 ust. 3 lit. e rozporządzenia nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

⁴⁵ Przeciętne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw ogłaszane jest przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z 17.01.2018 r. w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, włącznie z wypłatami z zysku, w czwartym kwartale 2017 r. (M.P. poz. 128) wynosi ono obecnie 4739,91 zł.

mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1–4 u.ś.o.z.⁴⁶, podstawę wymiaru stanowi kwota odpowiadająca wysokości specjalnego zasiłku opiekuńczego. Tak niska podstawa wymiaru składki dla ostatniej grupy podmiotów wydaje się uzasadniona, gdyż osoby te zasadniczo nie osiągają przychodów z działalności, która stanowi tytuł do objęcia ubezpieczeniem dobrowolnym.

Ustalenie stałej podstawy wymiaru składki zdrowotnej, która nie jest determinowana osiąganymi przez ubezpieczonych dochodami lub innymi otrzymywanymi świadczeniami w przypadku dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, wydaje się uzasadnionym zabiegiem ustawodawcy. Obliczenie podstawy wymiaru składki zdrowotnej, uzależnionej np. od wysokości uzyskiwanego przychodu lub dochodu, mogłoby w praktyce wywoływać istotne problemy. Zdecydowana większość osób objętych ubezpieczeniem dobrowolnym nie uzyskuje regularnie przychodu, który można ustalić na zasadach wynikających z ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (dotyczy to w szczególności podmiotów wymienionych w art. 68 ust. 1 u.ś.o.z.). Z uwagi na zróżnicowany zakres podmiotowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego w zależności od osoby ubezpieczonej składka zdrowotna obliczona od tak ustalonej podstawy może być istotnym obciążeniem finansowym (np. dla osób przebywających na urlopie bezpłatnym) albo nie stanowić dla niej istotnego znaczenia. Może to być krzywdzące dla niektórych grup ubezpieczonych. Trudno jest jednak ustalić zasady wymiaru składki zdrowotnej dla każdego dobrowolnie ubezpieczonego z osobną w sposób odpowiadający specyfice jego działalności oraz statusowi. Trzeba podkreślić, że katalog osób objętych dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym nie ma istotnego wpływu na zakres podmiotowy ubezpieczenia zdrowotnego. Przychody NFZ z tytułu ponoszenia przez nie ciężaru ubezpieczeniowego nie mają zatem zasadniczego znaczenia dla finansowania systemu ochrony zdrowia.

⁴⁶ Są to m.in. studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, którzy studiują w Polsce, członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy, a także odbywający kursy języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, z zastrzeżeniem, że wskazane osoby nie mogą posiadać obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego EFTA.

Powyższe uwagi można także częściowo odnieść do składki zdrowotnej opłacanej przez korzystających z wolontariuszy, która obliczana jest od kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę. Nie ma bowiem mechanizmów ustawowych, na podstawie których można ustalić miarodajnie wartość wykonywanych na rzecz korzystającego świadczeń jako podstawę wymiaru składki. Określenie podstawy wymiaru na stosunkowo niskim poziomie, jakim jest kwota minimalnego wynagrodzenia, może mieć natomiast wpływ na wykorzystywanie w praktyce instytucji wolontariatu z uwagi na niskie koszty obciążające korzystającego ze świadczeń wolontariusza na zasadach wynikających z ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

1.2.2. Podstawa wymiaru składki dla osób prowadzących działalność pozarolniczą

Grupą ubezpieczonych, dla której zasady obliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne wydają się najbardziej kontrowersyjne, są osoby prowadzące działalność pozarolniczą lub osoby z nimi współpracujące (z wyłączeniem osób, które zawiesiły wykonywanie działalności gospodarczej). W ich przypadku podstawę opodatkowania stanowi zadeklarowana kwota pieniężna, która nie może być niższa niż 75% wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku. Jeżeli ubezpieczony prowadzący działalność pozarolniczą uzyskuje przychody z więcej niż jednego z rodzajów działalności, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana odrębnie od każdego jej rodzaju⁴⁷.

⁴⁷ Katalog rodzajów działalności zawiera art. 82 ust. 5 u.s.o.z. Obejmuje on: działalność gospodarczą prowadzoną odrębnie w formie spółki cywilnej, jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, spółki jawnej, komandytowej i partnerskiej, wykonywanie działalności twórczej lub artystycznej jako twórca lub artysta, wykonywanie wolnego zawodu w rozumieniu przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne lub z którego przychody są przychodami z działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, a także inną działalność prowadzoną na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych.

Do podstawy wymiaru składki zdrowotnej przedsiębiorców nie mają zastosowania przepisy art. 81 ust. 5 i 6 u.ś.o.z. Podstawa wymiaru nie jest pomniejszana o kwoty składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe tak jak w przypadku pracowników i zleceniobiorców. Odmienność ta stanowi jedyne pogorszenie sytuacji przedsiębiorców w stosunku do osób wymienionych w art. 81 ust. 1 u.ś.o.z. Ponadto przy ustalaniu podstawy wymiaru nie stosuje się przepisów z zakresu ubezpieczeń społecznych dotyczących składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe. W związku z tym nie będzie miał zastosowania art. 19 ust. 1 u.s.u.s., wprowadzający ograniczenie rocznej podstawy wymiaru składek do wysokości trzydziestokrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok kalendarzowy. Niestosowanie tego przepisu w przypadku podstawy wymiaru składki przedsiębiorców nie ma jakiegokolwiek znaczenia dla ustalenia jej wysokości, skoro podstawę wymiaru stanowi w tych przypadkach zadeklarowana kwota pieniężna, nie niższa niż przeciętne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw, włącznie z wypłatami z zysku, które było już przedmiotem rozważań.

Analizując treść normatywną zasad ustalania składki zdrowotnej dla przedsiębiorców, należy odnieść się do ustawowego zastrzeżenia wynikającego z brzmienia art. 81 ust. 2 u.ś.o.z., zgodnie z którym przeciętne miesięczne wynagrodzenie stanowiące minimalną kwotę podstawy wymiaru obliczane jest za ostatni kwartał roku poprzedniego. Ma to istotne znaczenie dla realności tej kwoty w ciągu roku składkowego. Kwota przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, wynikająca z danych za czwarty kwartał roku poprzedniego, będzie brana pod uwagę przy obliczaniu składki za poszczególne miesiące czwartego kwartału w nowym roku. Występuje zatem istotna różnica czasowa pomiędzy przeciętnym wynagrodzeniem jako podstawą wymiaru składki a przeciętnym wynagrodzeniem wynikającym ze stanu gospodarki na chwilę obowiązku zapłaty przez przedsiębiorcę składki. Ten sposób ustalania minimalnej podstawy wymiaru składki dla przedsiębiorców i osób z nimi współpracujących wprowadzono ustawą z 23.01.2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych⁴⁸. W poprzednim stanie prawnym minimalną podstawę wymiaru składki dla tych osób stanowiło przeciętne wynagrodzenie, o którym była mowa wyżej, ale ustalane na podstawie danych z poprzedniego kwartału, a nie czwartego kwartału roku poprzedniego.

Z uzasadnienia do projektu powołanej wyżej ustawy wynika, że wprowadzona zmiana miała na celu ułatwienie przedsiębiorcom wykonywania czynności związanych z odprowadzaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne. Nowy tryb zwalnia przedsiębiorców od bieżącego monitorowania wysokości przeciętnego wynagrodzenia i pozwala na miarodajną prognozę kosztów prowadzenia działalności⁴⁹. W ocenie autora należy się zasadniczo przychylić do wskazanych przesłanek przemawiających za dokonaną nowelizacją art. 82 ust. 2 u.ś.o.z., z jednym zastrzeżeniem – kwota przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale bieżącego roku może różnić się od bieżącej kwoty przeciętnego wynagrodzenia. Skutkuje to opłacaniem składki od historycznej kwoty tego wynagrodzenia. Nierealna wydaje się jednak sytuacja, w której wysokość przeciętnego wynagrodzenia w ciągu jednego roku ulegnie tak istotnym zmianom, aby z tego tytułu mogło znacząco zmienić się obciążanie składkowe przedsiębiorców. Ponadto sposób ustalania przedziału czasowego, który ma być miarodajny dla określenia minimalnej wysokości podstawy wymiaru składki, ma drugorzędne znaczenie w świetle całej konstrukcji podstawy wymiaru składki dla osób prowadzących działalność pozarolniczą oraz osób z nimi współpracujących.

W świetle art. 81 ust. 2 u.ś.o.z. przedsiębiorcy nie mają ustawowego obowiązku zadeklarowania podstawy wymiaru składki zdrowotnej odpowiadającej uzyskiwanym przychodom, a nawet dochodom. Z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynika zasada, zgodnie z którą prawo do otrzymania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

⁴⁸ Dz.U. Nr 38, poz. 299.

⁴⁹ Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, druk sejmowy Sejmu VI kadencji nr 1458, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruk/1458> (dostęp: 28.12.2017 r.).

nie jest determinowane wysokością opłacanej składki zdrowotnej⁵⁰. Sposób, jakość, zakres oraz termin udzielanych świadczeń nie są również uzależnione od przynależności do określonej grupy ubezpieczonych i opłacania składki wynikającej z konkretnego tytułu ubezpieczeniowego. Brak powiązania wysokości obciążenia składką z zasadami udzielania świadczeń powoduje, że przedsiębiorcy, racjonalnie planując koszty swojej działalności, na potrzeby wymiaru składki zdrowotnej deklarują kwotę na poziomie minimalnym, bez względu na zysk osiągnięty z danej działalności. W praktyce podstawą wymiaru składki staje się 75% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw włącznie z wpłatami z zysku. Określenie w art. 81 ust. 2 u.ś.o.z. podstawy wymiaru składki zdrowotnej dla osób prowadzących działalność pozarolniczą oraz osób z nimi współpracujących jako zadeklarowanej kwoty ma zatem charakter iluzoryczny.

Przedstawiona problematyka budzi uzasadnione wątpliwości co najmniej w dwóch aspektach. Po pierwsze, istnieje znaczna liczba osób prowadzących działalność gospodarczą, których miesięczny dochód, a nawet przychód, są zdecydowanie niższe niż kwota przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw. W niektórych sytuacjach przedsiębiorcy w danym okresie, często dłuższym niż miesiąc, nie osiągają jakichkolwiek przychodów, wykazując jednocześnie stratę. Brak przychodów z prowadzenia danego rodzaju działalności gospodarczej nie zawsze jest spowodowany przesłankami leżącymi po stronie przedsiębiorcy, w obrocie gospodarczym występują bowiem obiektywne czynniki mające wpływ na rentowność prowadzonej działalności.

Przedsiębiorcy, których działalność gospodarcza nie przynosi oczekiwanego rezultatu, są zobowiązani od zapłaty składki zdrowotnej, mimo że z tej działalności nie osiągają przychodu wystarczającego na pokrycie kosztów podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Tego problemu nie rozwiązują zwolnienia z opłacania składki przedsiębiorców oraz ulga, o których mowa w przepisach art. 82 ust. 8–10 u.ś.o.z. W ich świetle składka nie jest opłacana przez ubezpieczonych, których

⁵⁰ A. Sidorko, *Ubezpieczenie zdrowotne przedsiębiorcy. Składki*, „Służba Pracownicza” 2009/6, s. 14.

świadczenie emerytalne lub rentowe nie przekracza miesięcznie kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę lub ubezpieczonych otrzymujących zasiłek macierzyński nieprzekraczający kwoty świadczenia rodzicielskiego, o którym mowa w przepisach o świadczeniach rodzinnych⁵¹. Ten aspekt normatywnej konstrukcji podstawy wymiaru składki wobec analizowanej grupy podmiotów może być częściowo uzasadniony tym, że przedsiębiorca decydujący się na podjęcie działalności gospodarczej musi się liczyć z jej ewentualnymi negatywnymi konsekwencjami w zakresie obciążeń publicznoprawnych. Podmioty prowadzące działalność pozarolniczą są w aspekcie obciążeń podatkowych uprzywilejowane w porównaniu do osób pozostających w stosunku zatrudnienia⁵².

Uzasadnione mogłoby być twierdzenie, że osoba fizyczna, decydując się na prowadzenie działalności gospodarczej, która z założenia jest korzystniejsza z punktu widzenia obciążeń daninowych, powinna również ponosić ryzyko związane z nieefektywnym jej funkcjonowaniem. W ocenie autora pracy przedstawiony pogląd nie zasługuje na pełną aprobatę w świetle powołanego już wyżej argumentu. Istnieją bowiem określone rodzaje działalności, których specyfika funkcjonowania i prowadzenia nie pozwala na osiągnięcie dochodu, a nawet przychodu na poziomie odpowiadającym minimalnej podstawie wymiaru składki dla przedsiębiorców⁵³.

⁵¹ Osoby otrzymujące świadczenie emerytalne lub rentowe muszą także uzyskiwać przychody z tytułu prowadzonej działalności w wysokości nieprzekraczającej 50% kwoty najniższej emerytury lub opłacać podatek dochodowy w formie karty podatkowej. Ze zwolnienia z opłacania składki zdrowotnej na analogicznych zasadach mogą także korzystać osoby zaliczane do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności. Składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana w wysokości nieprzekraczającej kwoty należnej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych, w przypadku gdy osoba zaliczona do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności uzyskuje przychód jedynie z tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, jakim jest prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej.

⁵² Przedsiębiorcy mogą przede wszystkim korzystać z liniowej stawki podatkowej, mają także większą możliwość pomniejszania przychodu o koszty jego uzyskania niż pracownicy.

⁵³ Poczyniona uwaga ma przede wszystkim odniesienie do działalności gospodarczej prowadzonej w niewielkich miejscowościach, polegającej w przeważającej mierze na świadczeniu usług lub sprzedaży detalicznej. Tego rodzaju przedsiębiorcy stanowią w Polsce znaczną grupę zawodową. Prowadzenie takiej działalności (niekiedy niezbędnej

Drugim aspektem wskazanego sposobu obliczania podstawy wymiaru składki dla przedsiębiorców jest znaczące uprzywilejowanie tej grupy, która z prowadzonej przez siebie działalności osiąga wysokie dochody. Ustalenie minimalnej wysokości składki zdrowotnej na stałym i stosunkowo niskim dla tego rodzaju grupy ubezpieczonych poziomie powoduje, że ich udział w finansowaniu systemu ochrony zdrowia jest nieproporcjonalny do uzyskiwanych przez nich przychodów, a nawet dochodów z działalności, która stanowi tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego. Przychody ze składki zdrowotnej przedsiębiorców w 2012 r. wynosiły ok. 5,5 mld zł, gdzie przychody ogółem z tego źródła finansowania kształtowały się na poziomie 60 mld zł. W tej grupie ubezpieczonych ok. 93,5% przychodów z tytułu składek zdrowotnych przypadło na przedział dochodowy oscylujący w granicach minimalnej podstawy wymiaru składki⁵⁴.

Z przedstawionych danych wynika, że ustawodawca przerzucił ciężar utrzymywania systemu ubezpieczenia zdrowotnego przede wszystkim na pracowników (i zleceniobiorców), którzy osiągają bardzo duże przychody ze stosunku pracy (zlecenia lub podobnych stosunków prawnych). Przedsiębiorcy oraz osoby z nimi współpracujące osiągający znaczne przychody nie partycypują w finansowaniu systemu w sposób chociażby zbliżony do osób osiągających podobne przychody, ale pozostających w stosunku pracy.

Przyjęta przez ustawodawcę konstrukcja podstawy wymiaru składki może w istotny sposób dyskryminować pracowników osiągających wyższe przychody niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw. Brak jest bowiem racjonalnych przesłanek do tak znaczącego różnicowania sytuacji prawnej ubezpieczonych osiągających podobne korzyści majątkowe, w których przypadku jedyną różnicą jest sposób prowadzenia działalności zawodowej. W tym miejscu trzeba wskazać na niekonsekwencje ustawodawcy w kierowa-

danej społeczności) nie pozwala na osiągnięcie dochodu lub przychodu zbliżonego do minimalnej podstawy wymiaru składki.

⁵⁴ *Struktura przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne za 2012 rok...*, s. 6 i 11.

niu się ogólnymi zasadami ubezpieczenia zdrowotnego wynikającymi z art. 65 u.ś.o.z. na potrzeby kształtowania podstawy wymiaru składki zdrowotnej. W nauce prawa finansowego przyjmuje się, że powinien istnieć ścisły związek pomiędzy opodatkowaniem a obrotem gospodarczym⁵⁵. W przypadku składki na ubezpieczenie zdrowotne taki związek nie zachodzi. Obowiązek uiszczenia składki oraz jej wysokość nie są bowiem uzależnione od występowania zjawisk ekonomicznych.

Analizowany w niniejszym rozdziale brak stosowania ograniczenia podstawy wymiaru składki (przede wszystkim w odniesieniu do pracowników), o którym mowa w art. 19 ust. 1 u.s.u.s., budził istotne wątpliwości nawet w świetle zasady solidarności społecznej. Sposób obliczania podstawy wymiaru składki zdrowotnej przedsiębiorców również nie może mieć uzasadnienia w świetle powoływanej zasady. Skoro przedsiębiorcy osiągają wymierne korzyści majątkowe z prowadzonej przez siebie działalności, to powinni brać udział w finansowaniu systemu ochrony zdrowia na podobnych zasadach jak osoby pozostające w stosunku pracy. Konsekwencją ustalenia podstawy wymiaru składki w sposób niezwiązany z faktycznie uzyskiwanym przychodem jest fakt, że świadczenia opieki zdrowotnej, z których korzystają osoby prowadzące działalność gospodarczą, są finansowane, w dużej mierze pośrednio, przez osoby pozostające w stosunku pracy i ponoszące bardzo wysokie koszty ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku obciążenia osób prowadzących działalność gospodarczą składką zdrowotną uzależnioną chociażby częściowo od rezultatów tej działalności, trzeba stwierdzić, że mogą one w większy sposób partycypować w kosztach udzielanych im świadczeń zdrowotnych.

Podstawa wymiaru składki osób prowadzących działalność gospodarczą oraz osób z nimi współpracujących ustalana w praktyce na minimalnym poziomie negatywnie wpływa na strukturę przychodów NFZ z tytułu obowiązku opłacania składki zdrowotnej. Przedstawiony sposób obliczania podstawy wymiaru składki jest korzystny tylko dla tych przedsiębiorców, którzy osiągają miesięcznie wyższe przychody niż 75% przeciętnego

⁵⁵ P. Borszowski, *Działalność gospodarcza w konstrukcji prawnej podatku*, Warszawa 2010, s. 36.

wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw włącznie z wpłatami z zysku. Pozostali przedsiębiorcy zobowiązani są opłacać składkę zdrowotną obliczaną od wyższej podstawy wymiaru niż osiągane przez nich przychody. Ustawodawca faworyzuje zatem grupę przedsiębiorców, którzy osiągają istotne korzyści z prowadzonej przez siebie działalności, przez nieobciążanie składką zdrowotną przychodów przewyższających minimalną podstawę jej wymiaru.

W ocenie autora pracy podstawa wymiaru składki zdrowotnej powinna być uzależniona od faktycznie uzyskiwanego przychodu albo dochodu co najmniej w odniesieniu do tych przedsiębiorców i osób z nimi współpracujących, którzy są opodatkowani na zasadach wynikających z ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. W ich przypadku istnieje bowiem możliwość ustalenia wysokości przychodu i dochodu na potrzeby podatku dochodowego. Argumentem przemawiającym za ustaleniem podstawy wymiaru składki na podstawie przychodu podatkowego jest podobne uregulowanie wynikające z art. 82 ust. 1 u.ś.o.z. w zw. z art. 18 ust. 1 u.s.u.s. Przyjęcie za podstawę wymiaru składki przychodu w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych zbliżyłoby sposób jej obliczania do podstawy wymiaru obowiązującej pracowników. Trzeba jednak pamiętać, że pracownicy nie ponoszą istotnych kosztów uzyskania przychodu. W związku z tym ich przychód jest zbliżony do dochodu, jaki faktycznie otrzymują ze świadczonej pracy⁵⁶.

Cechą prowadzenia działalności gospodarczej jest fakt, że generuje ona zasadniczo istotne koszty uzyskania przychodu. Skutkiem tego stanu rzeczy jest znaczna dysproporcja pomiędzy wysokością przychodu i dochodu. Ustalenie podstawy wymiaru składki zdrowotnej jako przychodu podatkowego przy zachowaniu obecnej stawki składki prowadziłoby do nadmiernego obciążenia ciężarem ubezpieczeniowym przedsiębiorców, który nie odzwierciedlałby indywidualnej zdolności do

⁵⁶ Zgodnie z art. 22 ust. 2 u.p.d.o.f. koszty uzyskania przychodu z tytułu stosunku pracy wynoszą miesięcznie, co do zasady, 111 zł i 25 gr ze zmianami wynikającymi z dalszej części art. 22 ust. 2 oraz ust. 11 u.p.d.o.f.

opłacania składki⁵⁷. *De lege ferenda* w przypadku uzależnienia podstawy wymiaru składki zdrowotnej od przychodu podatkowego, konieczne byłoby obniżenie stawki składki. Określenie w tym przypadku wysokości stawki, tak aby odpowiadała ona zdolności ekonomicznej przedsiębiorcy, wymaga przeprowadzenia badań ekonomicznych i wykracza poza ramy niniejszej pracy. Niewątpliwym walorem podstawy wymiaru składki jako wysokości przychodu jest pozbawienie przedsiębiorców możliwości unikania opłacania składki w wysokości odpowiadającej ich rzeczywistej zdolności płatniczej poprzez nadmierne generowanie kosztów uzyskania przychodu. Argumentem przemawiającym za uzależnieniem podstawy wymiaru od dochodu obliczonego na podstawie przepisów ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych jest natomiast uniknięcie sytuacji, w której przedsiębiorca byłby zobowiązany do uiszczenia składki w sytuacji uzyskania straty podatkowej, a także uzależnienie ciężaru ubezpieczeniowego w pełni od indywidualnej zdolności płatniczej.

Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne rolników również nie odpowiada faktycznie uzyskiwanym przez rolników przychodom ani dochodom i w niektórych przypadkach jest uzależniona od kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa wyżej. Problematyka ustalania podstawy wymiaru składki rolników zostanie poddana analizie w dalszej części rozdziału.

1.3. Podstawa wymiaru składki rolników

Sposób obliczania wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne rolników jest zróżnicowany w zależności od przynależności do określonej ich grupy, która jest determinowana rodzajem wykonywanej działalności rolniczej. Zasady obliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne rolników są uregulowane w art. 80 u.ś.o.z. Dotyczą wszystkich rolników, w tym prowadzących działalność w zakresie działów specjalnych

⁵⁷ Problematyka związana z zasadami sprawiedliwości podatkowej oraz zdolności świadczenia będzie przedmiotem rozważań w części rozdziału dotyczącej składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników.

produkcji rolnej⁵⁸. Osoby należące do tej kategorii rolników opłacają składkę zdrowotną od podstawy wymiaru odpowiadającej dochodowi ustalonomu dla opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych, w kwocie nie niższej niż kwota odpowiadająca wysokości minimalnego wynagrodzenia. W przypadku prowadzenia działalności niepodlegającej opodatkowaniu podatkiem dochodowym podstawa wymiaru składki odpowiada minimalnemu wynagrodzeniu za pracę.

Zasady obliczania podstawy wymiaru składki zdrowotnej pozostałych rolników były początkowo uregulowane w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 80 ust. 1 u.ś.o.z. w brzmieniu pierwotnym składka zdrowotna rolników podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników (z wyjątkiem rolników prowadzących działalność w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej) była równa kwocie odpowiadającej cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie, ustalonych dla celów wymiaru podatku rolnego.

Trybunał Konstytucyjny wyrokiem z 26.10.2010 r.⁵⁹ orzekł o niezgodności art. 86 ust. 2 w zw. z art. 86 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z. z przepisem art. 32 ust. 1 w zw. z art. 84 i art. 2 Konstytucji RP w zakresie, w jakim określał on zobowiązanie budżetu państwa do finansowania składek na ubezpieczenie zdrowotne wszystkich wskazanych w nim rolników i ich domowników, podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy, prowadzących działalność rolniczą bez względu na wysokość osiągniętych przez nich przychodów. Przedmiotem orzeczenia nie był natomiast sam art. 80 ust. 1 u.ś.o.z., określający sposób obliczania wysokości składki zdrowotnej rolników. W świetle art. 86 ust. 2 u.ś.o.z. w brzmieniu pierwotnym składka zdrowotna wszystkich rolników bez względu na wielkość prowadzonego gospodarstwa rolnego lub uzy-

⁵⁸ Artykuł 80 ust. 2 u.ś.o.z. w zakresie definicji działów specjalnych produkcji rolnej odsyła do przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników. Przez dział specjalny produkcji rolnej rozumie się dział określony w załączniku do ustawy, który zawiera dziesięć rodzajów działów specjalnych (art. 6 pkt 3 u.s.r.).

⁵⁹ K 58/07, Dz.U. Nr 205, poz. 1363.

skiwane z niego dochody była opłacana ze środków budżetu państwa (z wyjątkiem rolników prowadzących działalność w zakresie działań specjalnych). W powoływanym wyroku TK stwierdził, iż „zdolność opłatowa (...) rolników objętych dziś jednolitym finansowaniem ich ubezpieczenia zdrowotnego przez budżet państwa jest w rzeczywistości zasadniczo różna, co czyni zaskarżoną regulację (art. 86 ust. 2 w związku z art. 86 ust. 1 pkt 1 ustawy zdrowotnej) niezgodną z art. 32 ust. 1 w związku z art. 84 i art. 2 Konstytucji”.

Należy zgodzić się z powyższym rozstrzygnięciem TK i podzielić argumentację wynikającą z uzasadnienia wyroku. Słusznie bowiem przyjęto, iż sytuacja materialnoprawna rolników była w chwili wyrokowania i jest w dalszym ciągu wysoce zróżnicowana. Brak jakichkolwiek argumentów przemawiających za koniecznością finansowania składek na ubezpieczenie zdrowotne osób prowadzących działalność rolniczą, a w szczególności rolników, którzy posiadają gospodarstwa rolne o znaczącym obszarze i z tego tytułu osiągają wymierne przychody.

Sytuację rolników, którzy nie byli objęci ciężarem ubezpieczeniowym w postaci partycypowania w kosztach finansowania systemu, można porównać z osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność gospodarczą, które nie mogły liczyć na finansowanie ich składek zdrowotnych z budżetu państwa. Sposób prowadzenia obu rodzajów działalności oraz ich specyfika różnią się od siebie w istotny sposób. Ich wspólną cechą stanowi jednak cel działalności, którym jest osiągnięcie zysku uzależnionego przede wszystkim od jej rozmiarów. Brak zatem przesłanek przemawiających za zwolnieniem jednej grupy społecznej z obowiązku opłacania składki przy jednoczesnym obciążeniu pozostałych podmiotów, w przypadku gdy prowadzą one komercyjną działalność w warunkach rynkowych. Odrębną kwestią jest wysokość składki zdrowotnej w przypadku rolników, którzy prowadzą niewielkie gospodarstwa rolne, a ich przychody wystarczają jedynie na zapewnienie im i ich domownikom minimum egzystencji⁶⁰.

⁶⁰ Problematyka ta będzie przedmiotem rozważań w dalszej części rozdziału.

Skutkiem powołanego wyroku TK była ustawowa modyfikacja sposobu obliczania i opłacania składki zdrowotnej rolników nieprowadzących działalności w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej. Od 1.02.2012 r. weszła w życie ustawa o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników⁶¹. Na skutek corocznego przedłużania jej obowiązywania funkcjonowała ona w obrocie prawnym jako ustawa o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za latach 2012–2016 i obowiązywała do końca 2016 r.⁶² W 2016 r. zrezygnowano z odrębnej regulacji zasad wymiaru składki zdrowotnej dla rolników nieprowadzących działalności w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej. Na mocy przepisów ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶³ regulacje prawne wynikające z ustawy przejściowej przeniesiono do działu IV ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Od 1.01.2017 r. podstawa wymiaru składki wszystkich rolników wynika z art. 80 u.ś.o.z.

Podstawa wymiaru składki domowników rolników prowadzących działalność w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej, o których mowa w art. 80 ust. 3a u.ś.o.z. (poprzednio w art. 1 pkt 3 ustawy przejściowej),

⁶¹ Ustawa z 13.01.2012 r. o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za lata 2012–2016 (Dz.U. poz. 123 ze zm.), dalej powoływana jako ustawa przejściowa. Na mocy ustawy z 26.11.2010 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z realizacją ustawy budżetowej (Dz.U. Nr 238, poz. 1578 ze zm.) uchylono art. 80 ust. 1 i 3 u.ś.o.z. dotyczące składki zdrowotnej rolników nieprowadzących działalności w zakresie działów specjalnych. Dodano jednocześnie art. 86 ust. 2a u.ś.o.z., w którego świetle KRUS był zobowiązany do przekazywania rocznej kwoty składek wynoszącej 1 862 006 tys. zł miesięcznie w wysokości 1/12 tej kwoty. Zachowano finansowanie składek rolników ze środków pochodzących z budżetu państwa. Powyższa zmiana weszła w życie 1.01.2011 r. Artykuł 6 pkt 3 ustawy o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za 2012 r. uchylił dodany wcześniej art. 86 ust. 2a.

⁶² Zgodnie z art. 1 pkt 1–3 ustawy określała ona wysokość i sposób opłacania składek zdrowotnych przez rolników w rozumieniu przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz rolników niepodlegających tej ustawie i jednocześnie nieposiadających tytułu ubezpieczeniowego na podstawie art. 66 ust. 1 pkt 1–33 i 35–37 u.ś.o.z., a także domowników tych rolników oraz domowników rolników prowadzących działalność w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej i dodatkowo w gospodarstwie rolnym albo wyłącznie w zakresie działów specjalnych.

⁶³ Ustawa z 2.12.2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. poz. 2250).

została określona w sposób kwotowy. W świetle art. 80 ust. 3a u.ś.o.z. (poprzednio art. 2 ust. 2d ustawy przejściowej) podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne w stosunku do wymienionych wyżej osób stanowi kwota 33,4% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku. Dla analizy podstawy wymiaru składki wymienionych domowników znaczenie ma przeniesienie przez ustawodawcę ciężaru ubezpieczeniowego. Składkę zdrowotną tych domowników opłacają bowiem rolnicy.

Z uzasadnienia projektu ustawy przejściowej oraz ustawy o zmianie ustawy zmieniającej z 2016 r. nie wynika, jakimi przesłankami kierował się projektodawca, przyjmując wysokość podstawy wymiaru składki zdrowotnej domowników rolników prowadzących działalność w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej. W porównaniu z osobami współpracującymi z osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność gospodarczą podstawa wymiaru składki zdrowotnej dla domowników tych rolników została wyraźnie ukształtowana w sposób dużo korzystniejszy. W ocenie autora brak jest przesłanek stanowiących podstawę do tak ukształtowanego zróżnicowania sytuacji wskazanych grup ubezpieczonych. Istotną różnicą jest także fakt, że osoby współpracujące odprowadzają składkę zdrowotną z własnych środków. Przedsiębiorca nie ponosi za nich ciężaru ubezpieczeniowego, tak jak w przypadku domowników, o których mowa w art. 80 ust. 3a u.ś.o.z. Innym problemem związanym z wprowadzeniem stałej podstawy wymiaru składki jest wewnętrzny podział ekonomiczny rolników wynikający z różnic w efektach prowadzonej działalności w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej. W związku z tym aktualne są krytyczne uwagi poczynione w stosunku do podobnego sposobu obliczania podstawy wymiaru składki zdrowotnej i jego konsekwencji dla osób prowadzących działalność pozarolniczą i osób z nimi współpracujących.

Wydaje się, że zróżnicowanie podmiotów zobowiązanych do opłacania składki zdrowotnej, będące skutkiem badanej regulacji, dużo bardziej uprzywilejowuje jedną grupę zawodową w stosunku do pozostałych niż w przypadku konstrukcji podstawy wymiaru składki zdrowotnej zastosowanej wobec przedsiębiorców i osób z nimi współpracujących.

W przypadku pozostałych rolników objętych przepisem art. 80 u.ś.o.z. wysokość składki zdrowotnej za każdą osobę podlegającą ubezpieczeniu obliczana jest jako iloczyn hektarów przeliczeniowych prowadzonego gospodarstwa rolnego i stawki wyrażonej kwotowo. Z art. 80 ust. 1a u.ś.o.z. wynika, że wysokość miesięcznej składki na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 1 zł za każdy pełny hektar przeliczeniowy użytków rolnych w gospodarstwie rolnym, przyjęty dla celów ustalenia wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne rolników⁶⁴. Podstawę wymiaru składki zdrowotnej dla większości rolników oraz ich domowników objętych ustawą przejściową stanowi powierzchnia gospodarstwa rolnego wyrażona w hektarach przeliczeniowych⁶⁵.

Podstawa wymiaru składki zdecydowanej większości rolników nie została zatem ukształtowana w sposób ryczałtowy tak jak w przypadku przedsiębiorców. Jej wielkość zależy bezpośrednio od rozmiaru prowadzonego gospodarstwa rolnego, o której świadczy wyłącznie jego powierzchnia. Przy ustalaniu zasad obliczania podstawy wymiaru składki pominięte zostały inne sfery działalności rolniczej niewchodzące w skład działów specjalnych produkcji rolnej. Trzeba uznać, że obszar gospodarstwa rolnego jest istotnym narzędziem do wyznaczenia zysków osiągniętych z jego prowadzenia. W praktyce o rozmiarze działalności i efektach ekonomicznych gospodarstwa rolnego mogą świadczyć także inne mierniki⁶⁶ oraz czynniki zewnętrzne mające wpływ na osiągnięte zyski (np. klęski żywiołowe). Uzasadniałoby to tezę, zgodnie z którą zasady określania podstawy wymiaru składki w powołanych przypadkach są wadliwe właśnie z tych powodów.

⁶⁴ W gospodarstwach rolnych o powierzchni poniżej 1 hektara przeliczeniowego użytków rolnych składka wynosi 1 zł. W przypadku gospodarstw rolnych o powierzchni poniżej 6 hektarów przeliczeniowych użytków rolnych opłaca za rolnika KRUS.

⁶⁵ Zasady ustalania wielkości hektarów przeliczeniowych wynikają z art. 4 ustawy z 15.11.1984 r. o podatku rolnym (Dz.U. z 2017 r. poz. 1892 ze zm.). Liczba hektarów przeliczeniowych jest ustalana na podstawie powierzchni, rodzajów i klas użytków rolnych wynikających z ewidencji gruntów i budynków oraz zaliczenia do okręgu podatkowego.

⁶⁶ Na przykład prowadzenie działalności niemającej związku z obszarem gospodarstwa rolnego i jednocześnie niewchodzącej w skład działów specjalnych produkcji rolnej.

Taki sposób ustalania podstawy wymiaru składki zdrowotnej w powiązaniu z wysokością stawki w kwocie 1 zł za każdy hektar przeliczeniowy może budzić uzasadnione wątpliwości z punktu widzenia zgodności obciążania składką z zasadą sprawiedliwego opodatkowania i zasadą zdolności płatniczej jako przejawem sprawiedliwości podatkowej. W nauce prawa finansowego wskazane zasady są formułowane przede wszystkim w odniesieniu do podatków stanowiących klasyczną daninę publiczną. Jak już ustalono, składka zdrowotna stanowi daninę publicznoprawną w świetle art. 217 Konstytucji RP. Możliwe jest zatem odniesienie ustaleń nauki i dorobku orzecznictwa w przedmiocie powyższych zasad do innych danin, w tym składki zdrowotnej⁶⁷.

Zasada sprawiedliwości podatkowej rozpatrywana jest w dwóch aspektach. Pierwszy dotyczy ustawowego kształtowania konstrukcji prawnej danin publicznych, co ma stanowić gwarancję bezpieczeństwa prawnego podatnika. Jego wyrazem jest art. 217 Konstytucji RP. Drugi aspekt zasady sprawiedliwości polega na obowiązku równego obciążania podatkowego wszystkich podatników⁶⁸. Przedmiotem dalszych rozważań będzie jedynie ten aspekt zasady sprawiedliwości podatkowej. Nie wynika on wprost z art. 217 Konstytucji RP, skupia się bowiem jedynie na wymaganiach legislacyjnych i nie dotyczy materialnych granic opodatkowania⁶⁹.

Analizowana zasada w ujęciu materialnym jest rozumiana w literaturze przedmiotu jako „reguła kształtowania podatków według zasady równości i powszechności”⁷⁰. Powoduje to powstanie wymogu zgodności opodatkowania z zasadą zdolności świadczenia⁷¹. Miernikiem zasady sprawiedliwości społecznej jest „indywidualna zdolność do ponoszenia

⁶⁷ Dalsze rozważania dotyczące zasad sprawiedliwości podatkowej i zdolności świadczenia, a także wnioski z nich płynące należy odnieść do sytuacji osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą i osób z nimi współpracujących.

⁶⁸ A. Nita, *Teoretyczne i normatywne wyznaczniki sprawiedliwego opodatkowania*, „Toruński Rocznik Podatkowy” 2013, s. 16–17, www.trp.umk.pl (dostęp: 10.05.2016 r.).

⁶⁹ T. Dębowska-Romanowska, *Dylematy interpretacyjne artykułu 217 Konstytucji [w:] Ex iniuria non oritur ius. Księga ku czci Profesora Wojciecha Łączkowskiego*, red. A. Gomułowicz, J. Małecki, Poznań 2003, s. 214 i 219.

⁷⁰ J. Oniszczuk, *Podatki i inne daniny w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, Warszawa 2001, s. 141.

⁷¹ R. Mastalski, *Prawo podatkowe – część ogólna*, Warszawa 1998, s. 46.

ciężaru podatkowego przez podmiot obowiązany z tytułu podatku, opierająca się na gospodarczej zdolności płatniczej opodatkowanego⁷². W nauce prawa finansowego zasada zdolności podatkowej jest utożsamiana z zasadą sprawiedliwości⁷³. Koncepcją konkurencyjną do zasady zdolności świadczenia była zasada ekwiwalencji, w świetle której danina publiczna stanowi swojego rodzaju „cenę” usług świadczonych przez państwo, które są finansowane z wpływów podatkowych⁷⁴. W przypadku składki na ubezpieczenie zdrowotne usługą państwa na rzecz ubezpieczonego jest objęcie ochroną ubezpieczeniową, a w konsekwencji udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w razie zaistnienia ryzyka ubezpieczeniowego. Zakres, tryb oraz ilość udzielanych świadczeń zdrowotnych jest jednakowa dla wszystkich ubezpieczonych. Wysokość opłacanej składki zdrowotnej nie ma wpływu na sposób udzielania świadczeń. W związku z tym prawidłowości zasad wymiaru podstawy składki zdrowotnej oraz jej wysokości nie można badać za pomocą tego narzędzia⁷⁵.

Zasada zdolności świadczenia definiowana jest w literaturze przedmiotu jako „zdolność podatnika do poniesienia takiego ciężaru podatkowego, który w sposób zasadniczy nie zmieni jego sytuacji ekonomicznej”, przy czym jako najbardziej obiektywny miernik zdolności świadczenia przyjmuje się uzyskiwany przez podatnika (ubezpieczonego) dochód, ponieważ wyraża on status materialny danej jednostki⁷⁶. Ustawodawca, kształtując podstawę wymiaru oraz stawkę składki na ubezpieczenie zdrowotne, powinien przede wszystkim brać pod uwagę zdolność ubezpieczonego do finansowania składki z własnych środków. Celem

⁷² A. Nita, *Teoretyczne i normatywne wyznaczniki...*, s. 21.

⁷³ A. Gomułowicz, *Postulat sprawiedliwości podatkowej a prawodawstwo podatkowe* [w:] *Księga Pamiątkowa ku czci Profesora Apoloniusza Kosteckiego. Studia z dziedziny prawa podatkowego*, red. B. Brzeziński, Toruń 1998, s. 90.

⁷⁴ A. Gomułowicz, *Zasada sprawiedliwości podatkowej*, Warszawa 2001, s. 48.

⁷⁵ Koncepcja ekwiwalencji była krytykowana w literaturze prawa podatkowego. Postulowano odrzucenie tej teorii jako uniemożliwiającej m.in. zmierzenie wartości świadczeń udzielonych przez podmiot publiczny uprawniony do poboru podatku na rzecz poszczególnych podatników (P.M. Gaudemet, J. Molinier, *Finanse publiczne*, Warszawa 2000, s. 431).

⁷⁶ A. Gomułowicz, *Zasada zdolności płatniczej podatnika*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1990/3–4, s. 27.

respektowania zasady zdolności świadczenia ma być podział ciężaru ubezpieczeniowego pomiędzy wszystkich ubezpieczonych, wynikający z indywidualnej możliwości świadczenia.

W ocenie autora odpowiednim miernikiem efektów prowadzonej działalności gospodarczej stanowiącym podstawę wymiaru składki jest przychód lub dochód ubezpieczonego. Przyjęcie za podstawę wymiaru składki jednej z dwóch powołanych instytucji prawa podatkowego powoduje konieczność zmiany wysokości stawki składki w zależności od wyboru sposobu obliczania podstawy, o czym była już mowa w niniejszym rozdziale.

W świetle obowiązującego ustawodawstwa nie ma normatywnie ustalonych zasad ustalania przychodu lub dochodu z działalności rolniczej (z wyjątkiem działów specjalnych). Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 u.p.d.o.f. wyłączone z opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych oprócz przychodów z działów specjalnych produkcji rolnej są przychody z działalności rolniczej.

Uzasadniony jest zatem wniosek, zgodnie z którym ewentualna modyfikacja sposobu obliczania podstawy wymiaru składki rolników wymaga systemowych zmian w zakresie ustalania pojęcia przychodu lub dochodu rolników.

Z przedstawionym problemem wiąże się zakres czasowy obowiązywania ustawy przejściowej. Z uzasadnienia do projektu tej ustawy wynika, że jej przepisy stanowiły jedynie „rozwiązanie przejściowe”, które pierwotnie miało obowiązywać od końca 2012 r. Zdaniem projektodawcy rozwiązanie docelowe w przedmiotowym zakresie wymagało przebudowy systemu podatkowego dotyczącego rolników⁷⁷. Na konieczność daleko idących zmian w przedmiocie obciążenia składką zdrowotną rolników wskazał również TK w powoływanym wyroku w sprawie K 58/07. Konieczność wprowadzenia systemowych zmian wymagających określonej

⁷⁷ Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za 2012 r., s. 2, druk sejmowy Sejmu VII kadencji nr 103, <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/druk.xsp?nr=103> (dostęp: 10.05.2016 r.).

ilości czasu stanowiła zatem przesłankę do wprowadzenia rozwiązań prawnych o ograniczonym czasowo zakresie obowiązywania.

Wątpliwości budziło jednak przedłużanie okresu obowiązywania ustawy przejściowej. Z uzasadnienia projektu ustawy z 5.12.2014 r. o zmianie ustawy o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za lata 2012–2014⁷⁸ wynika, że systemowe zmiany opodatkowania i oskładkowania rolników mają charakter wielopłaszczyznowy. Ich wejście w życie wymaga ponadto odpowiedniego *vacatio legis* i nie jest możliwe dokładne określenie terminu wprowadzenia systemowych zmian. Dlatego w ocenie projektodawcy istniała konieczność dalszego przedłużenia obowiązywania ustawy⁷⁹.

Z uzasadnienia do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynika jednak, że regulacje prawne powstałe na podstawie przepisów ustawy o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za lata 2012–2016 stanowią realizację konstytucyjnej zasady równości, zgodnie z wyrokiem TK w sprawie K 58/07⁸⁰. Zdaniem ustawodawcy „zróżnicowanie w zakresie opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne między rolnikami, którzy prowadzą działalność w zakresie działów specjalnych, a rolnikami prowadzącymi gospodarstwo rolne, czyni zadość konstytucyjnej zasadzie równości, gdyż wielkość gospodarstwa rolnego (określana w hektarach przeliczeniowych) ma wpływ na wysokość dochodów uzyskiwanych przez rolnika”⁸¹. Nie można zgodzić się z przedstawionym poglądem z wyżej wymienionych przyczyn, niezrozumiała wydaje się także zmiana stanowiska ustawodawcy co do zgodności obowiązujących regulacji

⁷⁸ Dz.U. poz. 1935.

⁷⁹ Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o składkach na ubezpieczenie zdrowotne za lata 2012–2014, druk Sejmu VII kadencji nr 2905, s. 2–3, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruk/1458> (dostęp: 28.12.2017 r.).

⁸⁰ Uzasadnienie do projektu ustawy z 2.12.2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, druk sejmowy Sejmu VIII kadencji nr 1057, s. 9, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?documentId=B762806F406C8C09C1258075005B5015> (dostęp: 28.12.2017 r.).

⁸¹ Uzasadnienie do projektu ustawy z 2.12.2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, s. 9.

z powoływanym wyrokiem TK. Przesłanką obowiązywania przez pięć lat regulacji przejściowej była konieczność wprowadzenia docelowego modelu obciążenia daninami publicznymi rolników. Następnie uznano, że obowiązujące przepisy, które dotychczas miały charakter regulacji przejściowej, są jednak zgodne z zasadą równości i stanowią realizację wyroku TK w sprawie K 58/07.

W ocenie autora ustalenie racjonalnych zasad obliczania wysokości składki rolników stanowi bardziej problem polityczny niż prawny. Od ogłoszenia wyroku TK w sprawie K 58/07 możliwe było wprowadzenie systemowych zmian w zakresie obciążenia rolników nieprowadzących działalności z zakresu działów specjalnych produkcji rolnej daninami publicznoprawnymi, w tym składką na ubezpieczenie zdrowotne.

1.4. Podstawa wymiaru składki w pozostałych przypadkach

Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne w pozostałych przypadkach jest uzależniona od posiadanego przez ubezpieczonego tytułu do podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz od tego, czy ubezpieczony otrzymuje z danego tytułu określone świadczenie. Gdy tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego będzie stanowił źródło jakiegokolwiek dochodu ubezpieczonego, świadczenie z niego otrzymywane będzie podstawą wymiaru składki zdrowotnej. W odniesieniu do tytułów ubezpieczeniowych, z których ubezpieczony nie otrzymuje żadnych świadczeń pieniężnych, podstawę wymiaru składki będzie stanowiła określona kwota, odpowiadająca zasadniczo świadczeniom pomocy społecznej. Kryterium podziału podmiotów ze względu na sposób obliczania podstawy wymiaru składki będzie zatem stanowić charakter danego tytułu ubezpieczeniowego.

Zakres podmiotowy ubezpieczonych, dla których podstawa wymiaru składki uzależniona jest od wysokości otrzymywanego świadczenia, wynika m.in. z art. 81 ust. 8 u.ś.o.z. W ocenie autora w celu ustalenia konstrukcji prawnej składki zdrowotnej nie jest konieczna analiza wszystkich tytułów ubezpieczeniowych oraz otrzymywanych z nich

świadczeń stanowiących podstawę wymiaru składki. Jedynie przykładowo można wskazać, że do kręgu tych osób należą ławnicy sądowi, słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej, osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej, osoby pobierające zasiłek dla opiekuna, przyznany na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów, aplikanci Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury oraz niektóre osoby duchowne⁸².

Ustawodawca konstruując podstawę wymiaru w powyższych przypadkach, nie uzależnił jej zasadniczo od przychodu osiąganego przez ubezpieczonych, tylko od świadczenia uzyskiwanego z danego tytułu ubezpieczeniowego. Świadczenia otrzymywane z wymienionych przykładowo tytułów w niektórych przypadkach stanowią przychód ubezpieczonego w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych i nie zawierają się w katalogu zwolnień przedmiotowych, o których mowa w art. 21 u.p.d.o.f. Niektóre z otrzymywanych świadczeń nie stanowią przychodu lub podlegają zwolnieniom przedmiotowym. Można uznać, że z punktu widzenia ekonomicznego stanowią one jednak przychód dla ubezpieczonego. Wątpliwość może budzić jedynie podstawa wymiaru składki wówczas gdy wysokość otrzymywanego świadczenia nie zapewnia ubezpieczonemu minimum egzystencjalnego. Uwaga ta dotyczy przede wszystkim osób pobierających zasiłek stały z pomocy społecznej, którego maksymalna wysokość wynosi obecnie 604 zł miesięcznie⁸³.

W drugiej grupie podmiotów można także dokonać wewnętrznego podziału ubezpieczonych na podstawie rodzaju świadczenia z pomocy społecznej stanowiącego podstawę wymiaru składki. Podstawę wymiaru składki zdrowotnej dla osób, które podlegają ubezpieczeniu zdrowotne-

⁸² W przypadku tych podmiotów podstawę wymiaru składki stanowi odpowiednio: kwota otrzymywanej diety, kwota pobieranego stypendium, kwota przyznanego zasiłku stałego z pomocy społecznej, kwota zasiłku dla opiekuna przysługującego na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów, kwota pobieranego stypendium, kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę.

⁸³ Kwota ta wynika z § 1 pkt 2 lit. d rozporządzenia Rady Ministrów z 14.07.2015 r. w sprawie zwyfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U. poz. 1058).

mu, ale z ich tytułem ubezpieczeniowym nie jest związane otrzymywanie jakiegokolwiek świadczenia, stanowią kwoty: renty socjalnej⁸⁴, maksymalnego zasiłku stałego z pomocy społecznej, zasiłku dla bezrobotnych⁸⁵, świadczenia przedemerytalnego⁸⁶, minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz specjalnego zasiłku opiekuńczego z pomocy społecznej.

Najliczniejsza grupa ubezpieczonych w tej kategorii to osoby, których podstawę wymiaru składki stanowi kwota specjalnego zasiłku opiekuńczego. W świetle art. 16a ust. 6 ustawy o świadczeniach rodzinnych⁸⁷ wysokość tego zasiłku wynosi 520 zł miesięcznie. Do kręgu ubezpieczonych, w przypadku których kwota specjalnego zasiłku opiekuńczego stanowi podstawę wymiaru składki, ustawodawca zaliczył uczniów i słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty⁸⁸.

Składka zdrowotna w powyższych przypadkach nie obciąża bezpośrednio poszczególnych ubezpieczonych. Na podstawie art. 86 ust. 1 u.ś.o.z. składki za osoby wskazane enumeratywnie w tym przepisie opłacane są zasadniczo z budżetu państwa.

⁸⁴ Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z 27.06.2003 r. o rencie socjalnej (Dz.U. z 2013 r. poz. 982 ze zm.) jej wysokość wynosi 84% kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. W 2017 r. renta socjalna wynosiła 840 zł.

⁸⁵ Kwota zasiłku dla bezrobotnych, o której mowa w art. 81 ust. 8 pkt 5 u.ś.o.z., wynosi 646,70 zł (art. 72 ust. 1 pkt 2 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy).

⁸⁶ W 2017 r. świadczenie przedemerytalne wynosiło 1040 zł miesięcznie – art. 3 ust. 1 ustawy z 30.04.2004 r. o świadczeniach przedemerytalnych (Dz.U. z 2017 r. poz. 2148 ze zm.).

⁸⁷ Ustawa z 28.11.2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1952 ze zm.).

⁸⁸ Będą to także dzieci przebywających w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej, dzieci do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego nieprzebywających w powoływanych placówkach, studentów i uczestników studiów doktoranckich niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe oraz pełniący służbę kandydacką, służbę przygotowawczą lub służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny oraz osoby podlegające kwalifikacji wojskowej pełniące służbę w Policji, Straży Granicznej i Biurze Ochrony Rządu.

Istotny dla zasad opłacania składki z przedstawionych wyżej tytułów jest status członka rodziny w rozumieniu art. 66 ust. 2 u.ś.o.z. Posiadanie tego rodzaju statusu skutkuje brakiem obowiązku opłacania składki m.in. przez osoby pobierające zasiłek stały lub z pomocy społecznej, świadczenie pielęgnacyjne, bezrobotnych, studentów i uczestników studiów doktoranckich, uczniów oraz słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli⁸⁹.

2. Stawka składki zdrowotnej

Stawka jest drugim obok podstawy wymiaru elementem konstrukcyjnym składki na ubezpieczenie zdrowotne, mającym zasadniczy wpływ na jej wysokość. W nauce prawa podatkowego stawkę definiuje się jako „ilościowe określenie wysokości podatku w zależności od podstawy opodatkowania, a zatem jest to stosunek pomiędzy wysokością obciążenia podatkowego a wielkością podstawy opodatkowania”⁹⁰. Definicję stawki funkcjonującą na gruncie prawa podatkowego można także zastosować do innych danin publicznych, w tym składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Wysokość stawki składki zdrowotnej wynika zasadniczo z art. 79 ust. 1 u.ś.o.z. i wynosi obecnie 9% podstawy jej wymiaru. Stawka ta ma zastosowanie przy obliczaniu składek zdrowotnych wszystkich ubezpieczonych, z wyjątkiem rolników i ich domowników, o których mowa w art. 80 ust. 1a u.ś.o.z. W przypadku rolników i ich domowników wskazanych w tym przepisie stawka składki wynosi 1 zł od hektara przeliczeniowego użytków rolnych w gospodarstwie rolnym⁹¹.

W literaturze przedmiotu podniesiono, że istnieje odstępstwo od ogólnej zasady wyrażonej w art. 79 ust. 1 u.ś.o.z., dotyczącej wysokości składki

⁸⁹ D. Karkowska, *Relacje płatnik składek – Zakład Ubezpieczeń Społecznych* [w:] D. Karkowska, A. Nerka, *Pozycja płatnika składek w ubezpieczeniu społecznym i zdrowotnym*, Warszawa 2007, s. 61.

⁹⁰ A. Gomułowicz, *Pojęcie podatku* [w:] A. Gomułowicz, J. Małecki, *Podatki...*, s. 122.

⁹¹ Problematyka związana z wysokością stawki składki zdrowotnej rolników została omówiona w poprzedniej części rozdziału.

zdrowotnej na poziomie 9% podstawy jej wymiaru. Wyłom od wskazanej zasady wynikać ma z art. 82 ust. 1 u.ś.o.z., zgodnie z którym składka zdrowotna obciąża przychody ze wszystkich tytułów ubezpieczeniowych⁹². Nie sposób zgodzić się z przedstawionym poglądem. W konstrukcji prawnej składki należy bowiem odróżnić stawkę od podstawy jej wymiaru oraz zbiegu tytułu ubezpieczeniowego. Bez względu na ilość tytułów ubezpieczeniowych wysokość składki na poziomie 9% zostanie zachowana. Zmianie ulega jedynie liczba tytułów ubezpieczeniowych i globalna kwota podstawy składki, która skutkuje wyższym obciążeniem składkowym, ale procentowa wysokość składki zostaje zachowana. W ocenie autora przepisu art. 82 ust. 1 u.ś.o.z. nie można traktować jako odstępstwa od zasady wyrażonej w art. 79 u.ś.o.z. Jedyna zmiana w zakresie stawki składki zdrowotnej wynika z zasad oskładkowania rolników, o których była mowa.

Stawka składki w wysokości 9% podstawy wymiaru obowiązuje od 1.01.2007 r., do przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzono bowiem mechanizm stopniowego zwiększania stawki składki na ubezpieczenie zdrowotne, który wynika z art. 242 pkt 1–3 u.ś.o.z. Wysokość stawki wynosiła pierwotnie 8,25% podstawy wymiaru i obowiązywała od dnia wejścia w życie przepisów u.ś.o.z. do końca 2004 r. W następnych latach jej wysokość wzrastała rocznie o 0,25 punktu procentowego, aż do osiągnięcia docelowej wysokości 9% podstawy wymiaru⁹³.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się, co do zasady, dwa podziały stawek podatkowych – stawki stałe (liniowe) i stawki zmienne (progresywne, regresywne i regresywne) oraz stawki kwotowe i stawki procentowe⁹⁴. Nie ulega wątpliwości, że stawka stanowiąca element konstrukcji składki zdrowotnej jest stawką procentową, z wyjątkiem rolników i ich

⁹² A. Sidorko, *Komentarz do art. 79 [w:] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, red. A. Pietraszewska-Macheta, Warszawa 2015, s. 707.

⁹³ W 2005 r. wysokość stawki składki zdrowotnej wynosiła 8,5%, a w 2006 r. – 8,75% podstawy wymiaru.

⁹⁴ J. Gluchowski, J. Patyk, *Zarys polskiego prawa podatkowego*, Warszawa 2011, s. 14; B. Brzeziński, *Wstęp do nauki prawa podatkowego*, Toruń 2003, s. 54 i n.

domowników wymienionych w art. 80 ust. 1a u.ś.o.z., gdzie stawka ma charakter kwotowy.

Stawka składki zdrowotnej w przypadku wszystkich grup ubezpieczonych nie jest uzależniona od wysokości uzyskiwanych z danego tytułu ubezpieczonego przychodów lub innych świadczeń stanowiących podstawę wymiaru. Stanowi zatem rodzaj stawki liniowej, której cechą charakterystyczną jest stała wielkość, bez względu na wysokość podstawy wymiaru⁹⁵. Przeciwnieństwo stawki liniowej stanowią stawki zmienne, w tym stawka progresywna, w świetle której stawka daniny publicznej wzrasta wraz ze wzrostem podstawy wymiaru⁹⁶.

W ocenie autora wprowadzenie do konstrukcji prawnej składki zdrowotnej stawki liniowej wskazuje na wewnętrzną sprzeczność przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych determinujących sposób ustalania wysokości składki zdrowotnej z zasadą solidarności społecznej, o której mowa w art. 65 pkt 1 u.ś.o.z. Z jednej strony wprowadzono obowiązek opłacania składki zdrowotnej od każdego z tytułów ubezpieczeniowych (art. 82 ust. 1 u.ś.o.z.), skutkujący oskładkowaniem wszystkich przychodów ubezpieczonego oraz wyłączono stosowanie art. 19 u.s.u.s. ograniczającego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne. Wydaje się to wyrazem wskazanej zasady, w świetle której ubezpieczeni osiągający wyższe przychody finansują system ubezpieczenia zdrowotnego w większym zakresie niż pozostali jego członkowie, bez względu na zakres udzielonej ochrony ubezpieczeniowej. Z drugiej strony wprowadzenie stałej stawki składki zdrowotnej w mniejszy sposób realizuje zasadę solidarności społecznej niż zastosowanie stawki progresywnej, która powodowałaby znaczące obciążenie obowiązkiem ubezpieczeniowym osób osiągających największe przychody.

⁹⁵ K. Jandy-Jendrośka, *Progresja w prawie podatkowym i jej zastosowanie przy opodatkowaniu dochodów w Polsce*, Wrocław 1973, s. 28; A. Gomułowicz, *Pojęcie podatku...*, s. 122.

⁹⁶ B. Brzeziński, *Wprowadzenie...*, s. 57.

Pomimo przedstawionego powyżej problemu uzależnienie wysokości składki zdrowotnej od stałej stawki w ocenie autora należy uznać za uzasadnione. Przychód osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu stanowiący podstawę wymiaru składki zdrowotnej jest już obciążony innymi daninami publicznymi, w tym podatkiem dochodowym, którego zasady ustalania oparte są na progresji podatkowej. Stała stawka składki zdrowotnej powoduje jednak negatywne konsekwencje w świetle wysokości przychodów uzyskiwanych z tej daniny przez NFZ. Wprowadzenie stawki progresywnej mogłoby spowodować zwiększenie przychodów Funduszu. Istnieją jednak inne możliwości zwiększenia wydajności tego źródła finansowania ochrony zdrowia przez chociażby uzależnienie podstawy wymiaru składki przedsiębiorców i rolników od uzyskiwanego przychodu bez ingerencji w rodzaj funkcjonującej stawki.

Z uzasadnienia do projektu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie wynikają przesłanki, jakimi kierował się projektodawca w przypadku ustalania wysokości oraz rodzaju stawki składki zdrowotnej. Nie ma zatem możliwości oceny metodą dogmatycznoprawną wysokości stawki składki⁹⁷. W świetle ogólnego niedofinansowania ochrony zdrowia w Polsce i ciągłego deficytu w planach finansowych NFZ uzasadniony mógłby być pogląd, że stawki składki zdrowotnej są zbyt niskie. Aby móc konstruować wnioski dotyczące optymalnej wysokości stawki składki, w pierwszej kolejności należałoby prawidłowo ukształtować pozostałe elementy konstrukcyjne składki zdrowotnej, w tym sposób ustalania podstawy jej wymiaru, a w dalszej kolejności dokonać oceny wysokości stawki pod względem wydajności składki jako źródła finansowania działalności Funduszu.

3. Zasady opłacania składki zdrowotnej oraz zbieg tytułów ubezpieczeniowych

Analizując zasady opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, w pierwszej kolejności należy wskazać, że wynikają one z kilku ak-

⁹⁷ Uwagi te należy odnieść również do wysokości stawki składki rolników i uzasadnienia do rządowego projektu ustawy przejściowej.

tów prawnych. Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jedynie częściowo regulują analizowaną problematykę. W zakresie opłacania składki zdrowotnej odsyłają one bowiem do stosowania zasad przewidzianych dla składek na ubezpieczenie społeczne, przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych. Ustawodawca posługując się w różnych miejscach działu IV ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych klauzulami odsyłającymi nakazuje stosowanie do zasad opłacania składki zdrowotnej przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z przepisami wykonawczymi, do których ustawa ta odsyła, mimo że używa w tym zakresie niejednorodnych pojęć. Pojawiające się w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nieprecyzyjne zwroty mające na celu odesłanie do przedstawionych aktów prawnych nie wywołują istotnych problemów interpretacyjnych. Budzą one natomiast wątpliwości z punktu widzenia zasad techniki prawodawczej.

Przechodząc do szczegółowych zagadnień związanych ze sposobem i zasadami opłacania składki zdrowotnej, warto wskazać dwie zasady nie tylko związane z procedurą poboru i uiszczania składek, ale także w sposób istotny wpływające na ich wysokość w przypadku niektórych grup ubezpieczonych. Są to zasady niepodzielności i miesięczności składki wynikające z art. 79 ust. 2 u.ś.o.z. Zostały one autonomicznie uregulowane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bez konieczności odwoływania się do treści ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, chociaż art. 79 ust. 2 u.ś.o.z. należy częściowo interpretować z uwzględnieniem właściwych przepisów tej ostatniej. Istotą zasady miesięczności składki zdrowotnej jest mianowicie obowiązek płatnika albo ubezpieczonego (w zależności od rodzaju tytułu ubezpieczeniowego) odprowadzenia składki za każdy miesiąc kalendarzowy. Składka zdrowotna jest zatem obliczana i uiszczana w okresach miesięcznych. Związek art. 79 ust. 2 u.ś.o.z. i zasady miesięczności z przepisami ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wynika z art. 87 ust. 1 u.ś.o.z. Przepis ten nakazuje płatnikom i ubezpieczonym opłacanie i rozliczanie składki bez uprzedniego wezwania

za każdy miesiąc kalendarzowy i w tym zakresie odsyła do stosowania przepisów przewidzianych dla składek na ubezpieczenie społeczne⁹⁸.

Do zasad, trybu i terminu opłacania i rozliczania składki będą miały zastosowanie art. 46–48 u.s.u.s. Pierwszy z powołanych przepisów nakłada na płatnika składek⁹⁹ obowiązek obliczenia, potrącenia z dochodów ubezpieczonego, rozliczenia oraz opłacenia składki za każdy miesiąc kalendarzowy. Jest on zatem zbieżny z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jego konkretyzacją stanowi art. 47 u.s.u.s., który dotyczy terminów opłacania składek oraz technicznych kwestii związanych z obowiązkami płatnika, jak np. odrębność rachunku bankowego ZUS dla wpłaty składek zdrowotnych oraz obowiązek składania deklaracji i zwolnienia w tym zakresie. Sytuacja prawna płatników w zakresie terminów odprowadzania składki jest zróżnicowana i zależy od ich statusu. Osoby fizyczne odprowadzające składkę zdrowotną wyłącznie za siebie są zobowiązane do jej opłacenia nie później niż do 10. dnia następnego miesiąca, a jednostki budżetowe i samorządowe zakłady budżetowe do 5. dnia następnego miesiąca. Pozostali płatnicy (np. spółki prawa handlowego) są zobowiązani do uiszczania składek nie później

⁹⁸ Jeżeli do płatników lub ubezpieczonych nie stosuje się przepisów o ubezpieczeniu społecznym, są oni zobowiązani do uiszczania składki zdrowotnej w terminie do 15. dnia następnego miesiąca.

⁹⁹ Przez płatnika składek należy także rozumieć ubezpieczonego zobowiązanego do opłacenia składek na własne ubezpieczenie społeczne – art. 4 pkt 2 lit. d u.s.u.s. Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie nadają ubezpieczonemu odprowadzającemu składkę zdrowotną za siebie (np. przedsiębiorcy) statusu płatnika. W przypadku stosowania do zasad uiszczania składki zdrowotnej regulacji zawartych w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych podmioty te należy traktować jak płatników. Gdyby przyjąć, że skutek nieprzyznania tego rodzaju podmiotom statusu płatnika przez ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych rozciąga się także na stosowanie przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, powstałaby istotna luka prawna nienadająca się do usunięcia w drodze wykładni. Za wskazaną argumentacją przemawia fakt, że art. 87 ust. 1 u.s.o.z. nie nakazuje stosować regulacji zawartych w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych w sposób odpowiedni, zatem nie jest możliwa tak znacząca modyfikacja treści przepisów tej ustawy na potrzeby ich stosowania do procedury uiszczania składki zdrowotnej.

niż do 15. dnia następnego miesiąca¹⁰⁰. Składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne powinny być opłacane w formie bezgotówkowej, z wyłączeniem składek ubezpieczonych będących osobami fizycznymi nieprowadzącymi działalności gospodarczej (np. twórców, artystów)¹⁰¹. W odniesieniu do składek na ubezpieczenie zdrowotne ZUS posiada uprawnienie do dokonania wymiaru składek z urzędu w wysokości wynikającej z ostatnio złożonej deklaracji rozliczeniowej, jeżeli płatnik składek nie złożył jej w terminie (art. 48 ust. 1 u.s.u.s.). Problematykę związaną z procedurą poboru składek reguluje rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru zobowiązany jest ZUS¹⁰², wydane na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 49 ust. 1 u.s.u.s. Z powołanego przepisu wynika, że wydane rozporządzenie ma uwzględniać pierwszeństwo zaspokojenia należności funduszu emerytalnego. Taka konstrukcja wskazuje na szczególną rolę ubezpieczenia emerytalnego, przenosząc na dalszy plan zabezpieczenie finansowania innych ubezpieczeń, w tym ubezpieczenia zdrowotnego¹⁰³.

W odniesieniu do większości ubezpieczonych składki zdrowotne są opłacane i ewidencjonowane w ZUS (art. 87 ust. 4 pkt 1 i 3 u.s.o.z.)¹⁰⁴. W przypadku rolników i ich domowników w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, w tym rolników, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16 u.s.o.z., pobierających świadczenia emerytalne i rentowe z KRUS, a także rolników i ich domowników, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników i jednocześnie nie podlegają

¹⁰⁰ Twórcy i artyści przesyłają deklaracje rozliczeniowe i imienne raporty miesięczne oraz opłacają składki za okres wykonywania działalności twórczej lub artystycznej przed dniem wydania decyzji Komisji do Spraw Zaopatrzenia Emerytalnego Twórców w terminie opłacania składek za miesiąc, w którym otrzymali decyzję.

¹⁰¹ A. Radziśław, *Opłacanie składek ZUS. Poradnik dla przedsiębiorcy i pracodawcy*, Gdańsk 2008, s. 144; D. Wajda, *Komentarz do art. 47 [w:] Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz*, red. B. Gudowska, J. Strusińska-Żukowska, Warszawa 2011, s. 622.

¹⁰² Rozporządzenie Rady Ministrów z 19.04.2008 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru zobowiązany jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 78, poz. 465 ze zm.).

¹⁰³ J. Wantoch-Rekowski, *Składki na ubezpieczenie...*, s. 172.

¹⁰⁴ Wyjątek stanowią jedynie funkcjonariusze Centralnego Biura Antykorupcyjnego, których składka zdrowotna jest opłacana i ewidencjonowana w centrali NFZ oraz rolnicy.

ubezpieczeniu zdrowotnemu z innych tytułów, składki zdrowotne są opłacane i ewidencjonowane w KRUS. Na mocy art. 87 ust. 1a u.ś.o.z. rolnicy opłacają w KRUS składki zdrowotne za każdą osobę podlegającą ubezpieczeniu, za każdy miesiąc, kwartalnie – w terminach określonych dla składek na ubezpieczenie społeczne rolników. W świetle art. 40 ust. 1 u.s.r. składki na ubezpieczenie społeczne tych podmiotów opłaca się co kwartał do ostatniego dnia pierwszego miesiąca danego kwartału.

Drugą zasadą wynikającą z art. 79 ust. 2 u.ś.o.z. jest zasada niepodzielności składki, zgodnie z którą bez względu na ilość dni w miesiącu objętych danym tytułem ubezpieczeniowym składka zdrowotna powinna być opłacona w pełnej wysokości. Innymi słowy, podleganie obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego przez część miesiąca obliguje ubezpieczonego do zapłaty składki jak za cały miesiąc. Nie powinna ona być pomniejszana proporcjonalnie do liczby dni danego miesiąca, w których istniał obowiązek ubezpieczeniowy¹⁰⁵. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że ma ona istotne znaczenie dla tych podmiotów, które opłacają składkę zdrowotną od stałej podstawy jej wymiaru. Składka opłacana przez osoby, u których podstawa wymiaru uzależniona jest od wysokości ich przychodów (m.in. pracowników), nie jest determinowana zasadą niepodzielności. Pozostawanie w stosunku pracy przez okres krótszy niż miesiąc wiąże się bowiem z obniżeniem wynagrodzenia, a w konsekwencji z niższą podstawą wymiaru składki¹⁰⁶. Analizowana zasada będzie dotyczyć przede wszystkim osób prowadzących działalność pozarolniczą. W myśl zasady niepodzielności składki tego rodzaju ubezpieczeni są zobowiązani do zapłaty składki w pełnej wysokości nawet wówczas, gdy podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego przez jeden dzień w miesiącu. Jest to pozytywne rozwiązanie z punktu widzenia interesów finansowych NFZ, jednocześnie ułatwiające opłacanie i pobór składki¹⁰⁷. Przedstawiona zasada jest jednak zdecydowanie niekorzystna dla wskazanych grup ubezpieczonych, w tym dla przedsiębiorców,

¹⁰⁵ J. Zdanowska, *Ubezpieczenie zdrowotne. Poradnik dla płatników i ubezpieczonych*, Warszawa 2003, s. 123.

¹⁰⁶ A. Sidorko, *Komentarz do art. 79 [w:] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej...*, red. A. Pietraszewska-Macheta, s. 708.

¹⁰⁷ D.E. Lach, *Zasada równego dostępu...*, s. 296.

którzy są zobowiązani do uiszczenia składki zdrowotnej z własnych środków, i jednocześnie nieuzasadniona racjonalnymi przesłankami. Jest to kolejny argument za uznaniem, iż składka zdrowotna (przede wszystkim obciążająca przedsiębiorców) jest ukształtowana w sposób nieprawidłowy.

Jak już wskazano, w systemie poboru składki zdrowotnej główną rolę pełnią instytucje ubezpieczenia społecznego – ZUS i KRUS. Są one zobowiązane do ewidencjonowania i poboru składek wraz z ewentualnymi odsetkami, przekazania kwot składek do centrali Funduszu, a także dokonywania kontroli płatników w zakresie opłacania składki¹⁰⁸. Mogą zatem powstać wątpliwości w przedmiocie zasadności powierzenia instytucjom wskazanych obowiązków ubezpieczenia społecznego. Argumentami przemawiającymi za negatywną oceną przekazania kompetencji z zakresu poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS i KRUS mogłyby być koszty poboru składek oraz sposób przepływu środków z tytułu pobranych składek, które trafiają do centrali NFZ za pośrednictwem ZUS i KRUS. Na podstawie art. 87 ust. 5 i 6 u.ś.o.z. wskazane instytucje są zobowiązane do niezwłocznego przekazania pobranych składek wraz z ewentualnymi odsetkami za zwłokę do centrali NFZ (nie później niż w ciągu trzech dni roboczych od dnia ich wpływu)¹⁰⁹. W przypadku rolników, o których mowa w art. 80 ust. 1a u.ś.o.z., sposób przekazywania kwot z tytułu składek zdrowotnych został uregulowany odrębnie¹¹⁰. Przepływ środków pomiędzy ZUS i KRUS a Funduszem jest ściśle uregulowany w ustawie, a termin ich przekazania jest stosunkowo krótki i nie powinien mieć znaczenia dla płynności finansowej NFZ.

¹⁰⁸ ZUS i KRUS zobowiązane są także do przekazywania centrali i oddziałom wojewódzkim NFZ raportów i sprawozdań, których rodzaje wymieniono w art. 87 ust. 7 i n. u.ś.o.z.

¹⁰⁹ Od kwoty nieprzekazanych terminowo centrali NFZ składek zdrowotnych Prezes Funduszu pobiera odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.

¹¹⁰ Z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego tych rolników KRUS przekazuje do NFZ miesięcznie 155 167 000 zł, w terminie do 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, za który kwota ta jest należna. Obejmuje ona składki pobrane od rolników w poprzednim miesiącu wraz z odsetkami (art. 86 ust. 2b u.ś.o.z.).

W związku z nałożeniem na wskazane instytucje obowiązków z zakresu poboru i ewidencjonowania składek są one zobowiązane do potrącenia kosztów dokonywania określonych czynności w wysokości 0,2% kwoty tej części składek przekazanych do centrali NFZ, które zostały przypisane do konkretnego ubezpieczonego (również w zakresie wysokości wpłat). Pokrycie kosztów obsługi poboru i ewidencjonowania składek w postaci potrącenia ma zatem formę ryczałtu i nie jest uzależnione od faktycznych kosztów ponoszonych przez instytucje ubezpieczeniowe. Z planu finansowego NFZ na 2017 r. wynika, że koszty poboru i ewidencjonowania składek na ten rok wynoszą niecałe 143 mln zł. Na tle całości planowanych przychodów z tytułu składki zdrowotnej, które w 2017 r. mają przekroczyć kwotę 73 mld zł, koszt poboru składek nie ogranicza w istotny sposób możliwości finansowania przez Fundusz świadczeń zdrowotnych¹¹¹. Warto zaznaczyć, że w przypadku samodzielnego pobierania składek przez NFZ również powstałyby koszty związane z tego rodzaju czynnościami. Powierzenie obowiązków z zakresu poboru składki instytucjom ubezpieczenia społecznego jest uzasadnione nie tylko względami finansowymi. Obowiązek odprowadzania każdego rodzaju składek na rachunki bankowe jednej instytucji ubezpieczeniowej jest istotnym uproszczeniem procedury związanej z ponoszeniem obowiązków publicznoprawnych przez płatników i ubezpieczonych.

W pozostałym zakresie związanym z procedurą poboru składek zdrowotnych będą miały zastosowanie przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników i Ordynacji podatkowej¹¹², w zależności od statusu danego ubezpieczonego. Od nieopłaconych w terminie składek zdrowotnych pobiera się odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych (art. 87 ust. 3 u.ś.o.z.). Kwestię odsetek za zwłokę uregulowano w rozdziale 6 Ordynacji podatkowej oraz w roz-

¹¹¹ Roczny plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2017, <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/> (dostęp: 14.02.2017 r.).

¹¹² Ustawa z 29.08.1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. z 2017 r. poz. 201 ze zm.).

porządzeniu Ministra Finansów wydanym na podstawie art. 58 o.p.¹¹³ Wysokość odsetek za zwłokę wynika z art. 56 § 1 o.p. i jest równa sumie 200% podstawowej stopy oprocentowania kredytu lombardowego i 2%, z tym że stawka ta nie może być niższa niż 8%. Przepisy Ordynacji podatkowej dotyczące odsetek za zwłokę należy jednak stosować z uwzględnieniem przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Wynika to z art. 32 u.s.u.s. odsyłającego do stosowania przepisów dotyczących składek na ubezpieczenie społeczne m.in. do wymierzania odsetek za zwłokę w przypadku składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Zasady egzekucji składek na ubezpieczenie zdrowotne, należności z tytułu odsetek, a także zwrotu nienależnie opłaconych składek oraz dokonywania zabezpieczeń na wszystkich nieruchomościach, ruchomościach i prawach zbywalnych dłużnika, odpowiedzialności osób trzecich i spadkobierców oraz stosowania ulg i umorzeń wynikają z przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, do których stosowania odsyła art. 93 ust. 1 i art. 94 ust. 1 u.ś.o.z. oraz art. 32 u.s.u.s. Również w zakresie przedawnienia roszczeń art. 93 ust. 2 u.ś.o.z. odsyła do zasad wynikających z tej regulacji prawnej¹¹⁴. W przypadku rolników pobór i egzekucja składek, a także zasady wymierzania odsetek za zwłokę, dokonywania zabezpieczeń na wszystkich nieruchomościach dłużnika oraz stosowania ulg i umorzeń będą wynikać – na podstawie art. 52a u.s.r. – z przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników¹¹⁵.

¹¹³ Rozporządzenie Ministra Finansów z 22.08.2005 r. w sprawie naliczania odsetek za zwłokę oraz opłaty prolongacyjnej, a także zakresu informacji, które muszą być zawarte w rachunkach (Dz.U. Nr 165, poz. 1373 ze zm.).

¹¹⁴ Z zastrzeżeniem, że od nienależnie pobranej emerytury, renty, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego albo świadczenia pieniężnego dla cywilnych ofiar wojny składka na ubezpieczenie zdrowotne nie podlega zwrotowi – art. 94 ust. 3 u.ś.o.z.

¹¹⁵ Szczegółowe regulacje prawne z zakresu prawa ubezpieczeń społecznych, które należy stosować w procedurze poboru i egzekucji składek zdrowotnych, nie będą przedmiotem badań w niniejszej książce, wykracza to bowiem poza jej zakres przedmiotowy. Regulacje te dotyczą docelowo instytucji prawa ubezpieczeń społecznych, a nie ubezpieczenia zdrowotnego. Wskazać jedynie należy, że należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne przedawniają się zasadniczo po upływie pięciu lat, licząc od dnia, w którym stały się wymagalne (art. 24 ust. 4 u.s.u.s. i art. 41b u.s.r.). W przypadku braku dobrowolnego uiszczenia składki art. 24 ust. 2 u.s.u.s. i 51 u.s.r. odsyłają do stosowania przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

W świetle powyższej analizy trzeba uznać, że procedura poboru składek zdrowotnych zarówno osób spełniających warunki do objęcia ubezpieczeniem społecznym, jak i rolników objętych rygiorem przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, nie została uregulowana przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w sposób autonomiczny. W większości przypadków występują odesłania do innych regulacji prawnych, co jest częstym zabiegiem ustawodawcy w zakresie konstrukcji prawnej składki zdrowotnej. Uwagi poczynione w poprzednim częściach rozdziału na temat stosowania odesłań w konstruowaniu regulacji prawnych determinujących poszczególne jej elementy należy odnieść do wyżej powołanych przepisów odsyłających.

W aspekcie zasad opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne istotnym problemem wydaje się także przepływ środków pochodzących z budżetu państwa przeznaczanych na pokrycie niektórych składek. Jednostki samorządu terytorialnego, m.in. na podstawie art. 86 ust. 3 u.ś.o.z., otrzymują na finansowanie składek zdrowotnych za określone grupy ubezpieczonych dotacje celowe na zadania z zakresu administracji rządowej. Środki te nie trafiają bezpośrednio na właściwy rachunek ZUS, który w świetle art. 87 ust. 4 pkt 1 i 3 u.ś.o.z. jest podmiotem uprawnionym do poboru i ewidencjonowania składek, tylko na rachunki j.s.t. zobowiązanych do ich opłacenia¹¹⁶. Przepływ wskazanych środków wygląda następująco. Z ogólnych dochodów budżetowych są dokonywane wydatki na rzecz poszczególnych samorządów w formie dotacji na zadania zlecone, następnie jednostki odprowadzają należną składkę na rachunek właściwego oddziału ZUS i dopiero wówczas są one przekazywane do centrali Funduszu. Taki sposób finansowania niektórych składek wpływa m.in. na wzrost kosztów obsługi przekazywania środków publicznych, a także wstrzymuje przez długi okres ostateczne wydatkowanie środków przeznaczonych na pokrycie składek.

¹¹⁶ Z art. 86 ust. 1 u.ś.o.z. wynika katalog ubezpieczonych, za które jednostki samorządu terytorialnego poszczególnego szczebla są zobowiązane opłacić składkę zdrowotną. W większości przypadków ustawodawca nie wskazuje wprost na daną j.s.t., obciążając obowiązkiem opłacania składki jej organ wykonawczy, np. wójta (burmistrza lub prezydenta miasta), ewentualnie jednostkę budżetową (ośrodek pomocy społecznej).

W obecnej strukturze zadań powierzonych j.s.t. jako zadań własnych albo zadań zleconych oraz sposobie ich realizacji trudno jednak znaleźć korzystniejsze rozwiązanie. Poszczególne jednostki dysponują bowiem danymi pozwalającymi na identyfikację ubezpieczonego oraz określenie właściwej dla niego podstawy wymiaru składki. Bezpośrednie finansowanie składek zdrowotnych z budżetu państwa byłoby możliwe tylko wówczas, gdyby poszczególni dysponenci budżetowi posiadali zakres danych pozwalających na obliczenie i przypisanie składki do konkretnego ubezpieczonego.

Istotną kwestią, budzącą wątpliwości z punktu widzenia prawidłowości konstrukcji prawnej składki zdrowotnej, jest także ustawowy sposób rozwiązywania problematyki zbiegów tytułów do podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Z przepisów art. 82 ust. 1–7 u.ś.o.z. wynikają dwa rodzaje tzw. zbiegów ubezpieczeniowych. Pierwszy z nich dotyczy sytuacji, w których składka zdrowotna jest finansowana z własnych środków ubezpieczonego. Drugi odnosi się do zasad opłacania składki zdrowotnej w przypadku gdy jest ona finansowana ze środków pochodzących z budżetu państwa. Za kryterium podziału wskazanych zbiegów ubezpieczeniowych można zatem uznać rodzaj źródła finansowania składki zdrowotnej wynikającej z podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu z danego tytułu.

Normatywne zasady rozwiązywania pierwszego rodzaju zbiegów ubezpieczeniowych wynikają z art. 82 ust. 1 u.ś.o.z. Gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie. Treść przepisu jednoznacznie wskazuje, że ubezpieczony prowadzący np. działalność gospodarczą i jednocześnie pozostający w stosunku pracy zobowiązany jest do podwójnego opłacania składki zdrowotnej. Innymi słowy, objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym z jednego tytułu ubezpieczeniowego nie wyłącza obowiązku opłacania składki z innych tytułów, chociażby powstały one później. Wprowadzono zatem zasadę kumulatywnego zbiegu tytułów ubezpieczeniowych, skutkującą zwiększeniem obciążenia ubezpieczonych obowiązkiem ponoszenia ciężarów publiczno-prawnych. Szczegółowe zasady rozstrzygania zbiegów powstałych we-

wnątrz poszczególnych tytułów ubezpieczeniowych wynikają z art. 82 ust. 2–5 u.ś.o.z. Ich istota jest dalej idącą konkretyzacją ogólnej zasady wynikającej z art. 82 ust. 1 u.ś.o.z., gdy w ramach jednego tytułu ubezpieczeniowego uzyskiwany jest bowiem więcej niż jeden przychód, składka zdrowotna jest opłacana od każdego z nich odrębnie¹¹⁷. To samo można odnieść do prowadzenia działalności pozarolniczej, gdzie obowiązek uiszczenia składki zdrowotnej powstaje odrębnie od każdego z rodzajów działalności¹¹⁸.

Na podstawie przedstawionych zasad rozstrzygania zbiegów ubezpieczeniowych można sformułować wniosek, zgodnie z którym celem ustawodawcy wprowadzającego składkę zdrowotną do katalogu danin publicznoprawnych było obciążenie nią wszystkich rodzajów działalności prowadzonej przez ubezpieczonego jednocześnie, w myśl zasady obciążenia wszystkich przychodów ze wszystkich tytułów ubezpieczeniowych¹¹⁹. Prowadzi to do wniosku, że ustawodawca w jaskrawy sposób przedkłada interesy NFZ jako beneficjenta składki zdrowotnej nad interesy osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Cel fiskalny jest nadrzędnym celem składki zdrowotnej. Wskazując na fakt istotnego obciążenia składką zdrowotną ubezpieczonych obowiązkowo na skutek kumulatywnego rozwiązania problematyki zbiegów ubezpieczeniowych, trzeba pamiętać, że część uiszczonej składki zdrowotnej

¹¹⁷ Przykładowo pozostawanie w więcej niż jednym stosunku pracy.

¹¹⁸ Rodzaje działalności zostały enumeratywnie wymienione w art. 82 ust. 5 u.ś.o.z. Podobna zasada występuje w przypadku uzyskiwania przychodów z więcej niż jednej spółki w ramach tego samego rodzaju działalności (spółki cywilnej, jednoosobowej z ograniczoną odpowiedzialnością, spółki jawnej, komandytowej i partnerskiej) – składka zdrowotna opłacana jest od każdego z tych tytułów odrębnie – art. 82 ust. 4 u.ś.o.z.

¹¹⁹ Wyjątkiem od tej zasady jest sytuacja prawna duchownych jako podmiotów ubezpieczonych obowiązkowo, osoby duchowne niebędące podatnikami zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych, które uzyskują przychód jedynie z posiadania statusu pracownika w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych albo pobierania emerytury lub renty (ewentualnie innych podobnych świadczeń wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 16 u.ś.o.z.), opłacają bowiem składkę zdrowotną wyłącznie z tytułu, z którego uzyskiwany jest przychód.

w wysokości 7,75% podstawy jej wymiaru ubezpieczony odlicza od kwoty należnego podatku dochodowego od osób fizycznych¹²⁰.

Autonomiczne zasady rozstrzygnięcia zbiegów ubezpieczeniowych na gruncie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzają istotną różnicę pomiędzy składką zdrowotną a składkami na ubezpieczenie emerytalne i rentowe. W odniesieniu do problematyki zbiegów tytułów ubezpieczeniowych w ubezpieczeniu społecznym przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wprost stanowią, z którego tytułu należy opłacać składkę (pierwszeństwo tytułu)¹²¹. Reguły zbiegów tytułów ubezpieczeniowych ustalono w treści art. 9 u.s.u.s. W przypadku tego rodzaju ubezpieczeń obowiązek ubezpieczenia, a w konsekwencji zapłaty składki, będzie uzależniony od rodzaju zbiegających się tytułów. Brak regulacji, w świetle której każdy zbieg tytułów ubezpieczeniowych powodujących obowiązek opłacania składki zdrowotnej z własnych środków ubezpieczonego skutkuje opłacaniem składki od każdego z nich odrębnie¹²². Ma to duże znaczenie z punktu widzenia świadczeń udzielanych w ramach systemu ubezpieczeń społecznych i systemu ochrony zdrowia. Pierwsze z nich są zasadniczo uzależnione od wysokości składek ubezpieczeniowych, drugie zaś przysługują świadczeniobiorcy bez względu na wielkość ponoszonego ciężaru ubezpieczeniowego w postaci składki zdrowotnej.

Inaczej zostały uregulowane zasady rozstrzygnięcia zbiegów tytułów ubezpieczeniowych, z których składka zdrowotna finansowana jest ze środków budżetu państwa. W art. 82 ust. 7 u.ś.o.z., determinującym sposób uiszczania składki w tych przypadkach, wprowadzono wyjątek od ogólnej reguły przyjętej w art. 82 ust. 1 u.ś.o.z. W sytuacji zbiegu tytułów do objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, w których składka finansowana jest ze środków pochodzących z budżetu państwa,

¹²⁰ Problematyka odliczenia części składki zdrowotnej od kwoty podatku dochodowego będzie przedmiotem analizy w dalszej części rozdziału.

¹²¹ I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, Warszawa 2014, s. 96.

¹²² W zależności od rodzajów tytułów ubezpieczeniowych podlegających zbiegom enumeratywnie wymienionym w art. 9 ust. 1–8 u.s.u.s. sposób rozstrzygnięcia zbiegu będzie różny.

jest ona opłacana wyłącznie z tytułu, który powstał najwcześniej¹²³. Składka zdrowotna finansowana z budżetu państwa jest opłacana tylko wtedy, gdy nie ma innego tytułu ubezpieczeniowego. Nie jest zatem opłacana z budżetu państwa wówczas, gdy dochodzi do zbiegu tytułu ubezpieczeniowego, który determinuje obowiązek jej opłacenia z dochodów budżetowych z innym tytułem ubezpieczeniowym stanowiącym podstawę do opłacenia składki z własnych środków ubezpieczonego.

W ten sposób interesy budżetu państwa zostały zabezpieczone kosztem zmniejszenia przychodów NFZ z tytułu składki zdrowotnej. Dokonując oceny regulacji zasad rozstrzygania zbiegów tytułów ubezpieczeniowych, z których składka zdrowotna opłacana jest z budżetu państwa, należy odwołać się do wniosków przedstawionych już wyżej. Wprowadzenie jednolitego sposobu rozstrzygania zbiegów ubezpieczeniowych w aspekcie obowiązku opłacania składki niezależnie od charakteru prawnego źródła jej finansowania niewątpliwie zwiększyłoby przychody NFZ z tego tytułu, a w konsekwencji możliwości finansowania świadczeń zdrowotnych.

Z drugiej strony wydatki budżetu państwa przeznaczane na pokrywanie składek zdrowotnych pochodzą z ogólnych dochodów budżetowych, w tym w zdecydowanej części z dochodów podatkowych. W przypadku wprowadzenia jednolitego rozwiązania dla obu rodzajów zbiegów ubezpieczeniowych doszłoby do sytuacji, w której zdecydowana część ubezpieczonych finansowałaby system ochrony zdrowia, opłacając z własnych środków składkę zdrowotną nie tylko bezpośrednio, ale także w znacznej części w sposób pośredni. Przy takiej konstrukcji składki zdrowotnej wydaje się, że ustawodawca musi dokonać wyboru pomiędzy prawidłowym zapewnieniem dostępu do świadczeń zdrowotnych, co wiąże się ze zmianą sposobu rozstrzygania zbiegów, a zagwarantowaniem środków finansowych przeznaczanych na inne zadania publiczne oraz pośrednim obciążeniem ogółu podatników finansowaniem systemu ochrony zdrowia.

¹²³ Jeżeli tytuły powstały równocześnie, składka jest opłacana z pierwszego zgłoszonego tytułu do objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

W ocenie autora funkcjonujący sposób rozstrzygnięcia zbiegów ubezpieczeniowych nie wymaga istotnych modyfikacji w celu zwiększenia wydajności składki zdrowotnej jako źródła finansowania ochrony zdrowia. Nie może bowiem dojść do sytuacji, w której tylko określone grupy społeczne i zawodowe będą *de facto* finansowały system ochrony zdrowia. Zmiana innych elementów konstrukcji prawnej składki znacząco zwiększyłaby przychody NFZ z tego tytułu, o czym już była mowa w niniejszym rozdziale.

4. Wpływ składki zdrowotnej na kwotę podatku dochodowego od osób fizycznych

Z chwilą wejścia w życie reformy systemu ochrony zdrowia wprowadzono do polskiego porządku prawnego składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Nałożenie obowiązku opłacania składki zdrowotnej mogło spowodować znaczący wzrost obciążenia daninowego poszczególnych grup społecznych (przede wszystkim pracowników i zleceniobiorców) z uwagi na to, że składka zdrowotna od samego początku jej funkcjonowania była zasadniczo odprowadzana od przychodów ubezpieczonych. W związku z tym na mocy art. 30 u.p.u.z. istniała możliwość odliczenia części składki zdrowotnej od kwoty podatku dochodowego od osób fizycznych oraz zryczałtowanych form jego wymiaru¹²⁴.

W świetle obowiązującego ustawodawstwa możliwość odliczenia części składki zdrowotnej wynika z trzech aktów normatywnych: ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W pierwszej kolejności podstawę do skorzystania z odliczenia stanowi art. 27b u.p.d.o.f. Na mocy powołanego przepisu podatek dochodowy ulega obniżeniu o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne opłaconej

¹²⁴ Tożsame rozwiązanie zawierał art. 35 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia.

w roku podatkowym bezpośrednio przez podatnika lub pobranej w tym roku przez płatnika, z zastrzeżeniem, że kwota składki podlegającej odliczeniu nie może przekroczyć 7,75% podstawy jej wymiaru określonej na zasadach wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunkiem skorzystania z możliwości obniżenia kwoty podatku o część składki zdrowotnej jest jej opłacenie przez ubezpieczonego lub pobranie przez płatnika w tym roku podatkowym, za który należny do zapłaty podatek ma zostać pomniejszony¹²⁵.

Z dniem 1.12.2008 r. weszła w życie nowelizacja art. 27b u.p.d.o.f.¹²⁶, która wprowadziła normatywne podstawy do odliczenia składki zapłaconej w roku podatkowym ze środków podatnika na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne podatnika lub osób z nim współpracujących, zgodnie z przepisami dotyczącymi obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego obowiązującymi w innym niż Polska państwie członkowskim UE, w innym państwie należącym do EOG lub w Konfederacji Szwajcarskiej¹²⁷.

Przed dniem wejścia w życie powyższej regulacji treść art. 27b u.p.d.o.f. nie dawała możliwości obniżenia kwoty podatku o część składki zdrowotnej uiszczonej w innym państwie członkowskim UE. Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej w wyroku z 23.04.2009 r. w sprawie C-554 orzekł, iż „artykuł 18 ust. 1 TWE (obecnie art. 21 ust. 1 TFUE) stoi

¹²⁵ Wyrok NSA z 21.08.2012 r., II FSK 134/11, LEX nr 1244049; wyrok WSA w Gliwicach z 11.08.2010 r., I SA/GI 454/10, LEX nr 748243.

¹²⁶ Ustawa z 6.11.2008 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 209, poz. 1316 ze zm.).

¹²⁷ Pod warunkiem że obniżenie nie dotyczy składki, której podstawą wymiaru jest dochód (przychód) zwolniony od podatku na podstawie umów o unikaniu podwójnego opodatkowania, których stroną jest Polska, składka na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne zapłacona w innym niż Polska państwie członkowskim UE lub w innym państwie należącym do EOG, lub w Konfederacji Szwajcarskiej nie została odliczona od dochodu (przychodu) albo podatku w tym państwie albo nie została odliczona na podstawie art. 26 ust. 1 pkt 2a u.p.d.o.f., istnieje podstawa prawna wynikająca z umowy o unikaniu podwójnego opodatkowania lub innych ratyfikowanych umów międzynarodowych, których stroną jest Polska, do uzyskania przez organ podatkowy informacji podatkowych od organu podatkowego państwa, w którym podatnik opłacał składki na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne.

na przeszkodzie stosowaniu ustawodawstwa państwa członkowskiego, które uzależnia przyznanie prawa do obniżenia kwoty podatku dochodowego o zapłacone składki na ubezpieczenie zdrowotne od warunku, by składki te były odprowadzane w tym państwie członkowskim na podstawie prawa krajowego, i które prowadzi do odmowy przyznania tego rodzaju ulgi podatkowej w przypadku gdy składki nadające się do odliczenia w tym państwie członkowskim zostały odprowadzone w ramach systemu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego innego państwa członkowskiego¹²⁸. W ocenie TSUE istniała zatem możliwość odliczenia składki zdrowotnej zapłaconej w innym państwie UE od kwoty polskiego podatku dochodowego z uwagi na prawo każdego obywatela UE do swobodnego przemieszczania się i przebywania na terytorium innych państw członkowskich.

W literaturze prawa podatkowego podkreśla się, że obowiązujące wcześniej przepisy krajowe dyskryminowały tych obywateli UE, którzy zdecydowali się na korzystanie ze swobody, o której mowa w art. 21 ust. 1 TFUE¹²⁹. Należy zgodzić się z poglądami dopuszczającymi możliwość dokonywania badanego odliczenia. Wyrażana w literaturze prawa podatkowego i orzecznictwie TSUE, a także wprowadzona ustawowo możliwość dokonywania odliczenia przez osoby, które uiściły składkę na ubezpieczenie zdrowotne do innego systemu ubezpieczeniowego, wpływa negatywnie jednak na dochody budżetu państwa z tytułu podatku dochodowego od osób fizycznych. Wprowadzając składkę zdrowotną do porządku prawnego oraz możliwość odliczenia jej części do ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, polski ustawodawca zrezygnował z określonej ilości środków publicznych stanowiących dochód budżetu państwa na rzecz zwiększenia przychodów NFZ. W przypadku możliwości odliczenia składki zdrowotnej na podstawie art. 27b ust. 1

¹²⁸ Wyrok TSUE z 23.04.2009 r. w sprawie C-544/07, *Uwe Ruffler przeciwko Dyrektorowi Izby Skarbowej we Wrocławiu Ośrodek Zamiejscowy w Wałbrzychu*, ZOTSiS 2009/4B, s. I-3389.

¹²⁹ W. Nykiel, M. Sęk, *Komentarz do wyroku Trybunału Sprawiedliwości UE z dnia 23 kwietnia 2009 r. w sprawie C-544/07 Uwe Ruffler przeciwko Dyrektor Izby Skarbowej we Wrocławiu Ośrodek Zamiejscowy w Wałbrzychu*, Zb. Orz. 2009, s. 1-3389 [w:] *Orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawach podatkowych*, red. W. Nykiel, M. Zalański, Warszawa 2014, s. 709.

pkt 2 u.p.d.o.f. ustawodawca rezygnuje z uzyskiwania większych dochodów podatkowych, ale kwota odliczonej składki nie stanowi przychodu, z którego finansowany jest polski system ochrony zdrowia.

Składka zdrowotna nie może zostać natomiast odliczona od kwoty podatku dochodowego, jeżeli podstawę jej wymiaru stanowi dochód (przychód) zwolniony od podatku na podstawie ustawy. Nie można także odliczyć składek, których podstawę wymiaru stanowi dochód, od którego na podstawie przepisów Ordynacji podatkowej zaniechano poboru podatku (art. 27b ust. 1 *in fine*). Nie będzie możliwe obniżenie kwoty podatku o część składki zdrowotnej, która nie została uiszczona ze środków ubezpieczonego. Dotyczy to przede wszystkim osób wymienionych w art. 86 u.ś.o.z., których składka finansowana jest z budżetu państwa¹³⁰.

Podatnik obciążony składką zdrowotną ma możliwość odliczenia od kwoty podatku jedynie 7,75% podstawy wymiaru składki. Pozostała część składki ostatecznie obciąża ubezpieczonego¹³¹. Wprowadzenie możliwości odliczenia części składki zdrowotnej nie zlikwidowało zatem w pełni skutków wprowadzenia dodatkowej daniny publicznej. Kwota składki w wysokości 1,25% pokrywana jest z dochodu netto podatnika¹³². Ponadto mogą wystąpić sytuacje, w których opłacona w danym roku podatkowym składka zdrowotna w wysokości 7,75% podstawy wymiaru będzie zdecydowanie wyższa niż kwota należnego podatku dochodowego. Spowoduje to, że podatnik nie będzie mógł odliczyć składki w granicy przewidzianej ustawowo. Z treści art. 27b u.p.d.o.f. nie wynikają bowiem jakiegokolwiek ograniczenia łącznej wielkości podstawy wymiaru składki zdrowotnej. W praktyce odliczenie składki zdrowotnej

¹³⁰ A. Sidorko, *Komentarz do art. 95 u.ś.o.z. [w:] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej...*, red. A. Pietraszewska-Macheta, s. 774.

¹³¹ Na podstawie art. 83 ust. 1 u.ś.o.z. składka zdrowotna obliczana przez płatników, o których mowa w art. 85 ust. 1–13 u.ś.o.z., zgodnie z przepisami art. 79 i 81 u.ś.o.z. jest wyższa od zaliczki na podatek dochodowy, składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości tej zaliczki. W przypadku nieobliczenia zaliczki na podatek dochodowy przez płatnika składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości 0 zł.

¹³² *Podatek dochodowy od osób fizycznych...*, s. 791.

może doprowadzić do niepowstania zobowiązania podatkowego na skutek dokonania odliczenia w wysokości dużo mniejszej niż 7,75% wymiaru składki¹³³. Pozostała część składki obciąża podatnika i nie będzie mogła być odliczona także wtedy, gdy przekroczy ustawowego progu.

Z przedstawionym problemem wiąże się także kolejność dokonywanych odliczeń od kwoty podatku. Składka zdrowotna podlega odliczeniu w pierwszej kolejności. Przed dokonaniem innych dozwolonych ustawowo odliczeń podatnik powinien obniżyć kwotę należnego podatku o część składki zdrowotnej¹³⁴. Jest to rozwiązanie niekorzystne z punktu widzenia interesów podatników będących ubezpieczonymi. Odliczenie składki zdrowotnej może bowiem spowodować całkowitą redukcję wysokości podatku, co doprowadzi do sytuacji, w której niemożliwe będzie skorzystanie z innych przysługujących odliczeń, np. ulgi na każde małoletnie dziecko wynikającej z art. 27f u.p.d.o.f.

Z dokonanej analizy wynika, że odliczenie od podatku dochodowego składki zdrowotnej w górnej wysokości przewidzianej przez ustawodawcę nie w każdym przypadku jest możliwe. Niektórzy podatnicy muszą ponosić obowiązek podatkowy w wyższej wysokości, co nie zawsze wiąże się z wyższą podstawą opodatkowania. Przedstawioną problematykę komplikuje dodatkowo sposób obliczania podstawy wymiaru podatku i składki zdrowotnej oraz katalog wyłączeń określonych przychodów z podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, a w konsekwencji również składek zdrowotnych, o którym mowa w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych zasad ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, mających zastosowanie przede wszystkim do osób pozostających w stosunku pracy. Wyłączenie niektórych przychodów z podstawy wymiaru składki powoduje, że podatek dochodowy od osób fizycznych i składka na ubezpieczenie zdrowotne są obliczane od innych podstaw. Skutkiem zróżnicowania podstaw wymiaru wymienionych danin w kontekście możliwości dokonywania odliczeń

¹³³ T. Miłek, *Komentarz do art. 27b [w:] Komentarz do ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych...*, s. 929.

¹³⁴ A. Bartosiewicz, R. Kubacki, *Komentarz do ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych*, Warszawa 2014, s. 1074.

jest obciążenie ubezpieczonych będących podatnikami obowiązkiem ponoszenia kosztów objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego w wyższym wymiarze niż 1,25% ich dochodu netto.

Podstawa do odliczenia części składki zdrowotnej wynika z art. 13, 31, 44 i 47 ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne. Składkę zdrowotną mogą odliczać podatnicy opłacający podatek w formie karty podatkowej, w formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych oraz osoby duchowne będące podatnikami zryczałtowanego podatku od przychodów osiąganych z tytułu pełnienia określonych funkcji¹³⁵. Sposób odliczania składki zdrowotnej w przypadku podatku ryczałtowego i karty podatkowej jest zbliżony do zasad wynikających z art. 27b u.p.d.o.f. Wskazane przepisy wprowadzają natomiast ograniczenie możliwości obniżenia należnej kwoty podatku. Nie można bowiem odliczyć składki zdrowotnej, jeżeli została ona odliczona od podatku dochodowego na zasadach ogólnych (art. 13 ust. 1, 31 ust. 1 i 44 ust. 1 ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne). Możliwość odliczenia składki zdrowotnej od kwoty podatku rekompensuje zasadniczo obciążenie podatnika dodatkową daniną publiczną. Nie może mieć zatem dojść do sytuacji, w której od należnego podatku można kilkakrotnie dokonać odliczenia kwoty składki.

Ostatnią podstawą prawną dającą możliwość obniżenia kwoty podatku dochodowego o część składki zdrowotnej jest art. 95 ust. 1 u.s.o.z. Przepis ten jedynie wskazuje na możliwość dokonania odliczenia i odsyła do stosowania przepisów właściwych ustaw podatkowych w tym zakresie. W ocenie autora artykuł ten z uwagi na funkcjonowanie pełnej regulacji prawnej określającej zasady obniżania podatku dochodowego o część składki zdrowotnej stanowi *superfluum* ustawowe. Jego brak w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie pozbawiałby podatnika możliwości odliczenia składki.

¹³⁵ J. Kulicki, *Podatek dochodowy od osób fizycznych*, t. II, Warszawa 2002, s. 418.

Większe znaczenie z normatywnego punktu widzenia ma dalsza część badanego przepisu. W świetle art. 95 ust. 2 u.ś.o.z. odliczenia części składki zdrowotnej od kwoty podatku nie mogą powodować zmniejszenia dochodów jednostek samorządu terytorialnego. W świetle przepisów ustawy o dochodach jednostek samorządu terytorialnego jednostki każdego szczebla posiadają udziały we wpływach z podatków dochodowych, w tym z podatku dochodowego od osób fizycznych. Wprowadzenie przez ustawodawcę ulgi podatkowej w formie możliwości odliczenia części składki zdrowotnej bez jednoczesnego zastrzeżenia z art. 95 ust. 2 u.ś.o.z. spowodowałoby obniżenie faktycznej kwoty wpływów z podatku dochodowego. Analizowany przepis stanowi zatem wyraz troski ustawodawcy o zachowanie stałych źródeł dochodów j.s.t. na odpowiednim poziomie.

Konstrukcja prawna składki zdrowotnej nie została autonomicznie uregulowana w przepisach działu IV ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przede wszystkim zasady ustalania podstawy wymiaru składki zdrowotnej w przypadku osób, o których mowa w art. 81 ust. 1 u.ś.o.z., stanowiących najszerszą grupę ubezpieczonych i finansujących w bardzo istotny sposób system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jedynie częściowo wynikają z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Sposób obliczania podstawy wymiaru składki jest uzależniony od konstrukcji prawnej składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe oraz podatku dochodowego od osób fizycznych. Regulacje prawne zawarte w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych i ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych determinują zatem zakres przedmiotowy składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz jej wysokość. Każda ingerencja ustawodawcy w zasady ustalania przychodu w podatku dochodowym od osób fizycznych oraz podstawy wymiaru wymienionych składek na ubezpieczenie społeczne będzie miała wpływ na przychody NFZ z tytułu pobieranej składki zdrowotnej.

Oceniając zasadność sposobu ustalania podstawy wymiaru składki zdrowotnej poprzez odesłanie do przepisów z zakresu ubezpieczeń społecz-

nych oraz ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, należy powtórzyć uwagi poczynione na gruncie dokonanej w poprzednim rozdziale analizy zakresu podmiotowego ubezpieczenia zdrowotnego. Rozdział ubezpieczeń społecznych od systemu ochrony zdrowia ma charakter pozorny. Przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych mają bowiem zasadnicze znaczenie dla ustalania podstawy wymiaru składki zdrowotnej jako głównego źródła finansowania systemu zdrowotnego w Polsce. Nie stanowi to należytej gwarancji dla samodzielności finansowej ubezpieczenia zdrowotnego. Ustawowe odesłanie do stosowania przepisów z zakresu ubezpieczeń społecznych, a w konsekwencji także ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, może prowadzić (tak jak przy zakresie podmiotowym ubezpieczenia zdrowotnego) do przypadkowej modyfikacji podstawy wymiaru składki oraz zasad jej poboru, a w konsekwencji zmian w strukturze dochodów Narodowego Funduszu Zdrowia. Może to mieć negatywny wpływ na organizację udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Błędnie ustalona przez ustawodawcę podstawa wymiaru składki powoduje negatywne skutki dla podmiotów ubezpieczenia zdrowotnego w dwóch aspektach. Po pierwsze, prowadzi do dyskryminacji niektórych grup ubezpieczonych, w tym najszerszej podmiotowo grupy pracowników i zleceniobiorców. Wpływa także negatywnie na zakres obciążenia publicznoprawnego tych przedsiębiorców, których przychody z prowadzonej działalności nie osiągają minimalnej kwoty podstawy wymiaru ich składki. Najbardziej uprzywilejowaną grupą społeczną w świetle obowiązku opłacania składki zdrowotnej są rolnicy. Ich sytuacja, związana z zakresem oraz wielkością obciążeń publicznoprawnych, jest odmienna od pozostałych grup obywateli i wymaga wprowadzenia zmian, które powinny objąć zasady ustalania wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne tej grupy zawodowej.

Po drugie, opisane w niniejszym rozdziale wadliwości konstrukcji prawnej składki zdrowotnej w sposób istotny wpływają na strukturę

przychodów NFZ uzyskiwanych z tego tytułu. Zakładany deficyt planu finansowego Funduszu na 2017 r. miał wynieść ponad 1,5 mld zł¹³⁶.

Sytuacja finansowa podmiotów leczniczych przedstawiona w rozdziale IV wskazuje, że finansowanie udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest zbyt niskie w stosunku do ponoszonych kosztów. Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest zatem wydajnym źródłem finansowania. Uzależnienie podstawy wymiaru składki zdrowotnej wszystkich grup ubezpieczonych, których członkowie osiągają przychód z danego tytułu ubezpieczeniowego (m.in. przedsiębiorców i rolników), mogłoby istotnie zwiększyć przychody NFZ oraz wydajność tego rodzaju daniny publicznej i jednocześnie uzależnić obowiązek opłacania składki od zasady zdolności świadczenia poszczególnych ubezpieczonych.

Zmiana w zakresie sposobu ustalania wysokości składki nie miałaby zasadniczego wpływu na zakres obciążeń publicznoprawnych osób ubezpieczonych. Wynika to z możliwości odliczenia części składki zdrowotnej od kwoty podatku dochodowego od osób fizycznych. Zmiana w zakresie obciążenia daninowego dotyczyłaby jedynie 1,25% podstawy wymiaru składki. W związku z tym pozorne zwiększenie obciążenia składką zdrowotną osób prowadzących działalność gospodarczą, osób z nimi współpracujących oraz rolników, doprowadziłoby ostatecznie do rezygnacji ustawodawcy z części dochodów budżetu państwa na rzecz zwiększenia przychodów Funduszu. Pozostaje zatem do rozstrzygnięcia kwestia preferencji ustawodawcy w zakresie finansowania określonych zadań ze środków publicznych.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne jest w polskim porządku prawnym ważną daniną publiczną, której przychody stanowią główne źródło finansowania ochrony zdrowia. Dalsze zwiększenie nakładów na zadania publiczne z zakresu ochrony zdrowia wymaga modyfikacji konstrukcji prawnej składki zdrowotnej. Przy zachowaniu możliwości odliczenia jej

¹³⁶ Roczny plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2017, <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/> (dostęp: 10.01.2018 r.).

części od kwoty podatku dochodowego spowoduje to spadek dochodów budżetowych. Z drugiej jednak strony brak wskazanego mechanizmu prowadziłyby do istotnego obciążenia daninowego większości grup ubezpieczonych. Innymi słowy, wzrosłaby różnica pomiędzy wynagrodzeniem brutto i netto osiąganym z poszczególnych rodzajów działalności. Zasadne wydaje się jednak zwiększenie przychodów uzyskiwanych przez NFZ z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne z jednoczesnym zachowaniem mechanizmu odliczenia składki jako rodzaju ulgi podatkowej. Istnieją bowiem szersze sposoby zwiększenia wysokości ogólnych dochodów budżetowych niż zapewnienie dodatkowego tak znaczącego źródła finansowania ochrony zdrowia.

Rozdział VI

CHARAKTER PRAWNY SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

Po opisanu poszczególnych elementów składki na ubezpieczenie zdrowotne można przeprowadzić analizę charakteru prawnego tego świadczenia. Celem niniejszego rozdziału jest zatem ustalenie konstytutywnych cech składki zdrowotnej. Jest to istotne z punktu widzenia możliwości zakwalifikowania składki na ubezpieczenie zdrowotne do katalogu danin publicznoprawnych. Konieczne będzie zatem określenie cech składki zdrowotnej w świetle art. 84 Konstytucji RP, dotyczącego obowiązku ponoszenia ciężarów i świadczeń publicznych, oraz przepisu art. 217 Konstytucji RP, stanowiącego konstytucyjną podstawę do nakładania podatków i innych danin publicznych. Katalog konstytutywnych cech składki zdrowotnej nie został w nauce prawa finansowego opisany w sposób kompleksowy, zasadne zatem wydaje się podjęcie próby jego ustalenia.

W dalszej części niniejszego rozdziału porównano składkę na ubezpieczenie zdrowotne z innymi daninami publicznymi. W szczególności ustalone wcześniej cechy tej składki odniesiono do zasadniczych cech podatku jako daniny publicznej o podstawowym znaczeniu. Pozwoli to na rozstrzygnięcie wyrażanych w literaturze przedmiotu poglądów o podatkowym charakterze tego świadczenia. W dalszej kolejności składka na ubezpieczenie zdrowotne zostanie przeanalizowana w odniesieniu do pozostałych mających istotne znaczenie danin publicznych, tj. składek na ubezpieczenie społeczne oraz opłat i wyróżnianej w nauce prawa finansowego instytucji dopłat.

Konsekwencją ustalenia różnic i podobieństw pomiędzy daninami a składką na ubezpieczenie zdrowotne będzie umiejscowienie jej w katalogu danin publicznych oraz przesądzenie o tym, czy stanowi ona *sui generis* daninę publiczną czy też jest jedynie desygnatem innego rodzaju danin.

1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne jako danina publicznoprawna

Badania nad problematyką cech składki zdrowotnej determinujących jej charakter prawny jako daniny publicznej zostały już częściowo przeprowadzone w rozdziale I w aspekcie podziału źródeł finansowania ochrony zdrowia na źródła publicznych i prywatnych. W świetle dokonanych już ustaleń w literaturze prawa finansowego przez daninę publiczną rozumie się bezzwrotny i oparty na przymusie państwowym instrument prawnofinansowy mający na celu przesunięcie środków pieniężnych na rzecz podmiotu publicznego (przede wszystkim państwa). Wskazuje się także, że świadczenia pieniężne stanowiące daniny publiczne nie mogą mieć charakteru sankcji¹. Elementem definicji danin publicznych powinien być cel fiskalny świadczenia, umożliwiający podmiotom publicznym realizację ich konstytucyjnych i ustawowych zadań².

Konstytucja RP nie zawiera katalogu danin publicznych. W jej przepisach nie został także określony katalog ciężarów i świadczeń publicznych, o których mowa w art. 84. Świadczenia publiczne mają charakter pieniężny i są pojęciem zakresowo szerszym niż termin „daniny publiczne”. Każda danina publiczna wchodzi w zakres pojęciowy terminu „świadczenia publiczne”, o którym mowa w art. 84 Konstytucji RP³.

¹ I. Mirek, *Daniny publiczne w prawie niemieckim*, Warszawa 1999, s. 32.

² W. Sokolewicz, *Komentarz do art. 217 [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej...*, s. 7; A. Bień-Kacała, *Daniny publiczne. Próba rekonstrukcji pojęcia na tle postanowień Konstytucji RP z 1997 r.*, „Prawo i Administracja”, t. II, Piła 2003, s. 100; D. Antonów, *Cechy danin publicznych w polskim systemie prawnym*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie” 2016/LXIII, Sekcja G, s. 11.

³ A. Bień-Kacała, *Zasada władztwa daninowego w Konstytucji z 1997 r.*, Toruń 2005, s. 136.

W nauce prawa finansowego przyjęto, że użyte w powołanym przepisie pojęcie „podatki” oznacza także inne daniny publiczne w rozumieniu art. 217 Konstytucji RP⁴. Jeżeli przyjąć, że składka na ubezpieczenie zdrowotne stanowi jeden z rodzajów danin publicznych wymienionych w art. 217 Konstytucji RP, to należy ją także traktować jako formę świadczeń publicznych, których obowiązek ponoszenia wynika z art. 84 Konstytucji RP.

Z art. 217 Konstytucji RP wynika tylko jeden rodzaj możliwych do wprowadzenia do polskiego porządku prawnego danin publicznych, jakim są podatki. Podatek w świetle przepisów Konstytucji RP stanowi wzorcową daninę publiczną⁵. Nie oznacza to jednak, że jest on jedyną prawnie dopuszczalną formą nakładania na obywateli obciążeń publicznoprawnych o charakterze pieniężnym. W obecnym porządku prawnym istnieją inne niż podatki daniny publiczne mające zasadniczy wpływ na wysokość obciążeń publicznoprawnych poszczególnych jednostek i jednocześnie stanowiące istotne źródła dochodów podmiotów publicznoprawnych, które stają się ich beneficjentami.

Każde świadczenie pieniężne musi spełniać pewne kryteria, aby mogło być zaliczone do katalogu danin publicznych, konstytutywne cechy danin publicznoprawnych determinowane są bowiem zasadami wynikającymi z przepisów Konstytucji RP. W nauce prawa konstytucyjnego i prawa finansowego twierdzi się, że z punktu widzenia zaliczenia określonego rodzaju świadczenia publicznego do katalogu danin publicznoprawnych jego cechy i konstrukcja prawna mają większe znaczenie niż ustawowo przypisana mu nazwa⁶.

Podatki oraz inne daniny publiczne, o których mowa w art. 217 Konstytucji RP, muszą mieć zasadniczo ogólne przeznaczenie. Powinny stanowić dochody budżetu państwa lub dochody budżetów samorządo-

⁴ T. Dębowska-Romanowska, *Prawo finansowe...*, s. 123.

⁵ T. Dębowska-Romanowska, *Prawo finansowe...*, s. 131.

⁶ A. Krzywoń, *Podatki i inne daniny publiczne...*, s. 32; R. Mastalski, *Definicja legalna podatku*, „Przegląd Podatkowy” 2002/11, s. 45; B. Przeziński, M. Kalinowski, A. Olesińska, M. Masternak, J. Orłowski, *Ordynacja podatkowa. Komentarz*, Toruń 2007, s. 42.

wych. Co do zasady, ich celem jest finansowanie całości zadań państwa lub zadań poszczególnych j.s.t.⁷ W polskim porządku prawnym istnieją także inne podmioty, których ustawowym obowiązkiem jest realizacja zadań publicznych – należą do nich m.in. Narodowy Fundusz Zdrowia.

W nauce prawa finansowego przyjmuje się, że tego rodzaju podmioty, realizujące zadania publiczne państwa, mogą korzystać z określonych danin. Wpływa to na ich konkretne przeznaczenie. Warunkiem koniecznym do wprowadzenia daniny publicznej o charakterze celowym jest bowiem rodzaj zadania, na jakie powinna być przeznaczona. Określone zadanie musi być powiązane z prawami lub wartościami konstytucyjnymi, za których realizację jest odpowiedzialne co najmniej w części państwo⁸. Prawem mającym swoją podstawę konstytucyjną jest prawo do ochrony zdrowia wynikające wprost z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP. Z przeprowadzonych w niniejszej pracy rozważań wynika, że NFZ jest odpowiedzialny za zapewnienie świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych. Zarządza on także przychodami z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne, które są w całości przeznaczane na finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że „przesłanką trwałego istnienia odrębnych danin celowych jest szeroko rozumiany system zabezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia”⁹.

Z powyższego wywodu może wynikać, że składka na ubezpieczenie zdrowotne powinna być traktowana jako danina publiczna. W nauce prawa konstytucyjnego i prawa finansowego jest ona zaliczana do katalogu danin publicznych, jednak bez większego uzasadnienia odnoszącego się do konstytutywnych cech składki zdrowotnej, które determinują jej charakter prawny¹⁰. Podstawową cechą składki zdrowotnej jest określony

⁷ T. Dębowska-Romanowska, *Pojęcie podatków i innych danin publicznych w świetle konstytucji* [w:] *Księga Jubileuszowa Profesora Ryszarda Mastalskiego. Stanowienie i stosowanie prawa podatkowego*, red. W. Miemieć, Wrocław 2009, s. 116–117.

⁸ T. Dębowska-Romanowska, *Pojęcie podatków i innych danin publicznych...*, s. 117–118.

⁹ T. Dębowska-Romanowska, *Pojęcie podatków i innych danin publicznych...*, s. 118.

¹⁰ A. Krzywoń, *Podatki i inne daniny publiczne...*, s. 56–57; Z. Ofiarski, *Ogólne prawo podatkowe. Zagadnienia materialne i proceduralne*, Warszawa 2010, s. 28; B. Draniewicz,

cel, na który jest przeznaczana. Z celowością składki wiąże się także jej wzajemność modyfikowana zasadą solidarności społecznej. Te dwie cechy stanowią stałe przesłanki konstytucyjne wprowadzenia do polskiego porządku prawnego danin celowych¹¹. Pozostałe cechy składki zdrowotnej jako daniny publicznej powinny odpowiadać cechom podatku, z uwzględnieniem różnic wynikających ze wskazanych wyżej cech danin o charakterze celowym. Podatek stanowi wzorcową daninę publiczną¹², cechującą się powszechnością, przymusowością, bezzwrotnością oraz publicznoprawnym i pieniężnym charakterem. Przedstawione cechy danin publicznych są także doprecyzowane w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego, który przyjmuje, iż daniną publiczną w świetle art. 217 Konstytucji RP jest „przymusowe, bezzwrotne, powszechne świadczenie pieniężne o charakterze publicznoprawnym, stanowiące dochód państwa lub innego podmiotu publicznego, nakładane jednostronnie (władczo) przez organ publicznoprawny w celu zapewnienia utrzymania państwa (choć mogą mu towarzyszyć także inne cele, np. stymulacyjne, prewencyjne), które służy wypełnianiu zadań (funkcji) publicznych wynikających z Konstytucji i ustaw”¹³. Składka na ubezpieczenie zdrowotne, aby mogła zostać uznana za rodzaj daniny publicznej w świetle art. 217 Konstytucji RP, musi posiadać wszystkie wskazane cechy. Należy zatem ustalić, czy możliwe jest przypisanie jej każdej z nich.

Jak już ustalono, wysokość składki zdrowotnej wynika z przemnożenia podstawy wymiaru składki wyrażonej w walucie polskiej przez procentową stawkę składki¹⁴. Istnieje zatem obowiązek zapłaty składki zdrowotnej wyrażonej w pieniądzu stanowiącym prawny środek płatniczy

Indywidualne interpretacje prawa daninowego po nowelizacji, „Przeгляд Podatkowy” 2009/3, s. 33.

¹¹ T. Dębowska-Romanowska, *Pojęcie podatków i innych danin publicznych...*, s. 118.

¹² Wyrok TK z 15.07.2013 r., K 7/12, Dz.U. poz. 902, sentencja wyroku ogłoszona 8.08.2013 r.

¹³ Wyrok TK z 19.07.2011 r., P 9/09, Dz.U. Nr 160, poz. 963; wyrok TK z 16.03.2010 r., K 24/08, Dz.U. Nr 48, poz. 285.

¹⁴ W przypadku rolników nieprowadzących działalności w zakresie działów specjalnych wysokość składki zdrowotnej wynika z przemnożenia podstawy opodatkowania wyrażonej w hektarach przeliczeniowych przez stawkę składki wyrażoną w walucie polskiej (obecnie 1 zł).

w Polsce. Składka na ubezpieczenie zdrowotne ma więc niewątpliwie charakter pieniężny.

Prawodawca w przepisie art. 84 Konstytucji RP kreuje powszechny obowiązek ponoszenia ciężarów i świadczeń publicznych, konstruując zakres podmiotowy obowiązku ponoszenia wskazanych ciężarów i świadczeń, posłużono się bowiem w powoływanym przepisie sformułowaniem „każdy zobowiązany jest”. Przytoczona norma konstytucyjna, nakładająca określone obowiązki, zawiera najszerszy z możliwych zakresów jej adresatów. Zasada powszechności opodatkowania jest elementem zasady sprawiedliwości podatkowej i stanowi uzupełnienie jej materialnego aspektu¹⁵. Powszechność opodatkowania na gruncie prawa podatkowego oznacza obciążenie daninowe wszystkich podmiotów, w przypadku których zaistniał określony stan faktyczny stanowiący przedmiot opodatkowania¹⁶. Z przedstawioną zasadą wiąże się także zasada zdolności świadczenia determinująca rozkład ciężaru podatkowego¹⁷.

Z przepisów określających zakres podmiotowy ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że objęte są nim prawie wszystkie grupy społeczne i zawodowe. To samo należy odnieść do składki na ubezpieczenie zdrowotne. Jej konstrukcja prawna wskazuje, że obowiązek opłacania składki zdrowotnej ciąży na wszystkich grupach ubezpieczonych osiągniętych jakikolwiek przychód lub inne świadczenie bądź prowadzących działalność, której istotą jest osiągnięcie przychodu. Powszechność składki zdrowotnej oznacza zatem obowiązek jej opłacania przez każdy podmiot, w przypadku którego zaistniały przesłanki determinujące powstanie obowiązku ubezpieczeniowego chociażby tylko z jednego tytułu ubezpieczeniowego. W określonym stanie faktycznym, kreującym podleganie obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, ubezpieczony nie może uchylić się od obowiązku uiszczenia składki w wysokości i terminie wskazanym ustawowo. Ubezpieczony lub jego płatnik zasad-

¹⁵ J. Oniszczyk, *Podatki i inne daniny...*, s. 144; A. Gomułowicz, *Pojęcie podatku...*, s. 105.

¹⁶ J. Orłowski, *Konstytucyjna zasada powszechności opodatkowania – wybrane zagadnienia*, „*Studia Prawnoustrojowe*” 2013/22, s. 83.

¹⁷ J. Małecki, *Przywileje podatkowe w orzecznictwie sądowym* [w:] *Księga pamiątkowa ku czci Profesora Eugeniusza Teglera*, Poznań 1997, s. 87.

niczo dobrowolnie realizują obowiązek składkowy. W praktyce działania organów władzy publicznej w celu zmuszenia określonego podmiotu do realizacji obowiązków z zakresu opłacania składki zdrowotnej będą miały charakter potencjalny i będą uzależnione od działań bądź zaniechań zobowiązanego do opłacenia składki.

Już wyżej wskazano na brak obowiązku opłacania składki zdrowotnej wynikający z art. 86 u.ś.o.z., który stanowi szczególny wyjątek od zasady powszechności składki na ubezpieczenie zdrowotne. Nie oznacza on jednak, że ubezpieczeni nieopłacający z własnych środków składki zdrowotnej uczestniczą jako świadczeniobiorcy w systemie ubezpieczenia zdrowotnego bez przesunięcia środków finansowych na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia jako podmiotu zarządzającego tym systemem. Zwolnienie z obowiązku uiszczania składki zdrowotnej wynika przede wszystkim ze statusu materialnego tych grup ubezpieczonych. Brak tytułu ubezpieczeniowego, determinowanego prowadzeniem określonej działalności, która docelowo powinna skutkować osiągnięciem przychodu pozwalającego na uiszczenie składki zdrowotnej ze środków własnych ubezpieczonego, nie może pozbawiać konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia.

Warunkiem posiadania statusu osoby ubezpieczonej bez obowiązku opłacania składki z własnych środków jednak jest podjęcie przez ubezpieczonego określonego rodzaju działania mającego na celu powstanie tytułu do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, który nie niesie za sobą obowiązku partycypowania w kosztach systemu ochrony zdrowia bezpośrednio przez niego samego. Uzyskanie tego rodzaju tytułu ubezpieczeniowego skutkuje przesunięciem ciężaru ubezpieczeniowego w postaci obowiązku opłacania składki zdrowotnej na podmiot trzeci, którym w większości przypadków jest Skarb Państwa. Środki finansowe przeznaczone na finansowanie składek zdrowotnych tego rodzaju ubezpieczonych pochodzą pierwotnie z ogólnych dochodów budżetowych¹⁸. Nie występuje zatem sytuacja, w której osoba podlegająca obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu korzysta ze świadczeń zdrowotnych

¹⁸ Problematyka finansowania składki zdrowotnej przez podmioty prawa publicznego została omówiona w poprzednim rozdziale.

zagwarantowanych w jego ramach bez obowiązku uiszczania składki. Obowiązek ten istnieje, chociaż w wyniku określonych preferencji ustawodawcy, determinowanych zasadami ubezpieczenia zdrowotnego, został przeniesiony na podmioty prawa publicznego.

Normatywne zasady obciążania obowiązkiem uiszczania składki na ubezpieczenie zdrowotne poszczególnych grup ubezpieczonych wskazują na powszechność składki jako jej konstytutywną cechę. Nie wpływa na nią w sposób zasadniczy przeniesienie w niektórych przypadkach ciężaru ubezpieczeniowego na podmioty trzecie. W literaturze prawa podatkowego przyjmuje się, że z art. 84 Konstytucji RP wynika możliwość wyłączenia lub ograniczenia obowiązku ponoszenia świadczeń publicznych po spełnieniu określonych kryteriów. „Tylko ważne przyczyny społeczne i gospodarcze mogą uzasadnić nierównomierny rozkład ciężaru podatkowego i wyjątki od powszechności opodatkowania (np. niepełnosprawnych, rodzin wielodzietnych, przedsiębiorców działających w trudnych warunkach czy realizujących ważne projekty dla gospodarki narodowej) oparte na znamionach wyróżniających sytuacje faktyczne osób, tzn. elementy przedmiotu opodatkowania”¹⁹. W ocenie autora niniejszego opracowania brak tytułu do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, z którego ubezpieczony uzyskuje albo może potencjalnie uzyskać przychód lub inne świadczenie, stanowi przesłankę do wprowadzenia wyjątku od zasady powszechności obciążenia składką zdrowotną. Wyjątek ten jest minimalizowany poprzez przesunięcie obowiązku opłacania składki na podmioty publiczne i nie może stanowić argumentu przemawiającego za przyjęciem, że składka na ubezpieczenie zdrowotne nie ma powszechnego charakteru.

Z powszechnością składki zdrowotnej w aspekcie podmiotowym wiąże się także obowiązek jej opłacania od wszystkich tytułów do podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. W literaturze prawa ubezpieczeniowego jest on nazywany zasadą uniwersalności składki, skutek której istnieje zróżnicowany sposób ponoszenia kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia przez poszczególne grupy ubez-

¹⁹ J. Orłowski, *Konstytucyjna zasada powszechności opodatkowania...*, s. 87–88.

pieczonych²⁰. Częściowym uzasadnieniem dla funkcjonowania zasady uniwersalności składki jest jednak zasada solidarności społecznej²¹.

Konstytutywną cechą każdej daniny publicznej jest jej publicznoprawny charakter. W nauce prawa podatkowego przyjmuje się, iż publicznoprawny charakter podatku jako daniny publicznej, wynikający z definicji legalnej zawartej w art. 6 o.p., jest jego podstawową cechą²². Podatek to danina publiczna oparta na ustawie podatkowej stanowiącej regulację prawa publicznego. Nie jest on nakładany na podstawie stosunku cywilnoprawnego. Brak jest zatem swobody woli stron, a także ich równorzędności²³. Podatek nie może być przedmiotem uzgodnień pomiędzy podatnikiem a organem podatkowym lub państwem²⁴, odróżnia go to od świadczeń cywilnoprawnych. O publicznoprawnym charakterze podatku świadczy także możliwość nałożenia go wyłącznie przez państwo, które działa w sferze *imperium*²⁵. Składka na ubezpieczenie zdrowotne, podobnie jak podatek, aby mogła być zakwalifikowana do katalogu daniny publicznych, musi mieć charakter publicznoprawny również w takim znaczeniu.

Analizowana cecha danin publicznych została już częściowo scharakteryzowana w poprzedniej części książki w aspekcie kryteriów podziału źródeł finansowania ochrony zdrowia na źródła publicznoprawne i prywatnoprawne. Argumentem przemawiającym za nadaniem składce zdrowotnej publicznoprawnego charakteru jest zatem zaliczenie jej przez ustawodawcę do katalogu środków publicznych w rozumieniu art. 5 u.f.p. i art. 114 ust. 1 u.ś.o.z., w którego świetle środki finanso-

²⁰ D.E. Lach, *Zasada równego dostępu...*, s. 325.

²¹ J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kraków 2001, s. 309. Problematyka nierównego obciążenia ubezpieczonych obowiązkiem opłacania składki została omówiona w poprzednim rozdziale.

²² C. Kosikowski, *Komentarz do art. 6 [w:] Ordynacja podatkowa. Komentarz*, red. C. Kosikowski, L. Etel, Warszawa 2013, s. 75.

²³ A. Gomułowicz, *Podstawowe konstrukcje prawne ordynacji podatkowej*, cz. 1, „Monitor Podatkowy” 1998/4, s. 100.

²⁴ W. Nykiel, *Pojęcie i konstrukcja podatku...*, s. 28.

²⁵ M. Niezgódka-Medek, *Komentarz do art. 6 [w:] S. Babiarczyk, B. Dauter, B. Gruszczyński, R. Hauser, A. Kabat, M. Niezgódka-Medek, Ordynacja podatkowa. Komentarz*, Warszawa 2015, s. 89.

we NFZ, a w związku z tym przychody uzyskane z tytułu składki zdrowotnej, są środkami publicznymi. Narodowy Fundusz Zdrowia został również zaliczony przez ustawodawcę do jednostek sektora finansów publicznych zgodnie z art. 9 u.f.p.²⁶

Składka zdrowotna jest ustawowo nałożona na obywateli posiadających status osób ubezpieczonych. Dotyczy to również osób ubezpieczonych dobrowolnie, ponieważ fakt przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego powoduje powstanie obowiązku opłacania składki z mocy ustawy. W przypadku ubezpieczenia obowiązkowego konieczność uiszczenia składki powstaje z chwilą zaistnienia przesłanek do objęcia tym rodzajem ubezpieczenia. W ubezpieczeniu dobrowolnym za moment powstania obowiązku składkowego należy uznać dzień określony w umowie zawartej z NFZ. W stosunku prawnym dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego wysokość opłacanej składki nie może być umownie modyfikowana między jego stronami. Zasady jej obliczania zostały narzucone ustawowo i nie mogą być przedmiotem odmiennych ustaleń.

Obowiązek zapłaty składki zdrowotnej wynika zatem z ustawy oraz jest jednostronnie nałożony na poszczególne jednostki przez organy władzy państwowej na podstawie ich władztwa administracyjnego i powstaje z chwilą zaistnienia przesłanek wynikających z przepisów rangi ustawowej²⁷. W związku z powyższym składka na ubezpieczenie zdrowotne ma niewątpliwie charakter publicznoprawny, mimo że przychody z jej tytułu nie zasilają budżetu państwa ani budżetów samorządowych. Na publicznoprawny charakter składki zdrowotnej wpływa także możliwość użycia przymusu państwowego wynikającego z powszechnie obowiązujących przepisów, wówczas gdy ubezpieczony bądź jego płatnik nie wykonują swoich obowiązków z zakresu opłacania składki w ustawowo przewidzianych terminach i wysokości. Na podstawie art. 93

²⁶ Szersza analiza tej problematyki znajduje się w rozdziałach I i IV.

²⁷ Oznacza to, iż cechą składki zdrowotnej jest także jej generalny charakter. O generalnym charakterze daniny publicznej świadczy fakt, że jest ona skierowana do ogólnie określonej grupy jednostek (w niezindywidualizowany sposób), a jej przedmiot jest ustalony w sposób abstrakcyjny, to znaczy nie dotyczy konkretnego przedmiotu lub stanu (W. Modzelewski, *Wstęp do nauki polskiego prawa podatkowego*, Warszawa 2010, s. 18).

ust. 1 u.ś.o.z. w zw. z art. 24 ust. 2 u.s.u.s., a także art. 52a u.s.r., składki na ubezpieczenie zdrowotne podlegają przymusowemu ściągnięciu w trybie ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji, a nie na podstawie przepisów Kodeksu postępowania cywilnego²⁸. Rodzaj aktu normatywnego stanowiącego podstawę do prowadzenia egzekucji należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne nie może jednak samodzielnie przesądzać o ich charakterze prawnym.

Z publicznoprawnym charakterem danin publicznych wiąże się także ich przymusowość. Wykonywanie zobowiązań publicznoprawnych wobec podmiotów publicznych działających w sferze *imperium* musi być zabezpieczone przymusem państwowym. Przymus ten jest nieodzowną cechą danin publicznych. Wskazuje się, że przymusowy charakter podatków nie stanowi *differentia specifica* ich definicji. Przymusem mogą być zabezpieczone także inne zobowiązania, w tym zobowiązania umowne²⁹. Powyższą uwagę można odnieść również do pozostałych danin publicznych, przymus publiczny stanowi bowiem jeden z elementów definicji danin³⁰. Spełnienie określonych celów wprowadzenia daniny publicznej do porządku prawnego, w tym przede wszystkim celu fiskalnego, nie byłoby możliwe bez przymusowego zabezpieczenia zobowiązań z niej wynikających. Zabezpieczenie danin publicznych przymusem państwowym jest zatem ich cechą konieczną, nie stanowi natomiast cechy odróżniającej daniny publiczne od innych świadczeń, w tym świadczeń o charakterze prywatnoprawnym.

Podleganie obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu ma charakter przymusowy. Jednostka podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w określonych ustawowo okolicznościach. Osoba, która

²⁸ Ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2018 r. poz. 155 ze zm.).

²⁹ W. Nykiel, *Pojęcie i konstrukcja podatku...*, s. 28. W literaturze prawa finansowego wyrażono także pogląd, iż przymusowość podatku odróżnia go od świadczeń dobrowolnych (J. Głuchowski, *Zagadnienia ogólne podatków [w:] Finanse publiczne...*, red. C. Kosikowski, E. Ruśkowski, s. 493. Przymus jest jednak ogólną cechą prawa, nie tylko prawa podatkowego (R. Mastalski, *Prawo podatkowe*, Warszawa 2012, s. 13), dlatego nie stanowi on głównej i wyróżniającej podatek od innych świadczeń publicznych cechy.

³⁰ L. Adam, *Podatki i opłaty w kapitalizmie*, Warszawa 1962, s. 21.

spełnia przesłanki do podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu, nie ma prawnej możliwości uchylenia się od niego. Przymus uiszczenia składki zdrowotnej wynika zatem z konieczności podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. W przypadku jego dobrowolnego rodzaju przymus w zakresie opłacania składki zdrowotnej będzie skutkiem zawarcia umowy w przedmiocie dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Mimo że objęcie ubezpieczeniem dobrowolnym następuje wyłącznie na wniosek przyszłego ubezpieczonego, to obowiązek zapłaty składki zdrowotnej jest niezależny od jego woli i podlega egzekucji na zasadach obowiązujących w odniesieniu do składki zdrowotnej uiszczanej w ramach ubezpieczenia obowiązkowego.

W większości przypadków ubezpieczony nie jest zobowiązany do samodzielnego odprowadzenia składki zdrowotnej na właściwy rachunek ZUS³¹. Przymus opłacania składki będzie miał zatem zastosowanie przede wszystkim do płatników składek, którzy w świetle art. 85 u.ś.o.z. odpowiadają za uiszczenie składki w terminie i wysokości wynikających z ustawy. Przymusowość opłacania składki zdrowotnej dla podmiotów, za które jest ona obliczana, pobierana i odprowadzana przez płatnika, oznacza zatem, że przy wystąpieniu ustawowo określonego stanu faktycznego podlegają one obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, a z uzyskiwanego przez nie dochodu lub innego świadczenia jest pobierana składka zdrowotna w wysokości określonej w ustawie.

Brak dobrowolnego uiszczenia składki zdrowotnej we właściwym terminie powoduje aktualizację kompetencji wierzyciela oraz organów egzekucyjnych wynikających z ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Brak przymusu państwowego jako cechy składki zdrowotnej wynikającej z jej konstrukcji prawnej uniemożliwiłaby zagwarantowanie stabilności systemu ochrony zdrowia w aspekcie jego zdolności finansowej.

³¹ Dotyczy to w szczególności pracowników, zleceniobiorców, a także osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub innej umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

Zasadniczą cechą danin publicznych jest ich bezzwrotny charakter. W nauce prawa finansowego przez bezzwrotność rozumie się definitywne przekazanie określonych środków pieniężnych przez podmiot do tego zobowiązany „na rzecz budżetu państwa lub innego funduszu celowego”³². Podatki (i inne daniny publiczne) nie podlegają zwrotowi, jeżeli zostały pobrane zgodnie z prawem³³. Uiszczenie kwoty podatku skutkuje definitywnym przesunięciem majątkowym pomiędzy podatnikiem a władzą publiczną³⁴. Pozwala to na odróżnienie podatków od innych rodzajów dochodów budżetowych (np. wewnętrznych pożyczek)³⁵. Brak jest zatem prawnej możliwości dokonania przez organy podatkowe odpowiedzialne za gromadzenie dochodów publicznych o charakterze podatkowym zwrotu prawidłowo uiszczzonego podatku³⁶. Opiszana cecha nie dotyczy zwrotu podatku nienależnie pobranego lub pobranego w nadmiernej wysokości. Na gruncie prawa podatkowego istnieje instytucja zwrotu podatku, jest ona jednak związana z szeroko rozumianymi rozliczeniami podatkowymi i nie stanowi wyjątku od zasady bezzwrotności podatku³⁷. Bezzwrotność jako cechę determinującą charakter prawny danego świadczenia należy także przypisywać innym daninom publicznym³⁸.

Bezzwrotność składki na ubezpieczenie zdrowotne nie wynika wprost z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Brak ustawowej podstawy bezpośrednio wskazującej na bezzwrotność jako cechę składki zdrowotnej nie przesądza o braku możliwości przy-

³² H. Dzwonkowski, *Podstawowe pojęcia i instytucje podatków oraz prawa podatkowego* [w:] *Prawo podatkowe*, red. H. Dzwonkowski, Warszawa 2012, s. 4.

³³ W. Wójtowicz, *Elementy teorii podatku* [w:] *Zarys finansów publicznych...*, s. 134.

³⁴ W. Modzelewski, *Wstęp do nauki...*, s. 17.

³⁵ H. Dzwonkowski, *Ordynacja podatkowa*, Warszawa 2013, s. 60, komentarz do art. 6.

³⁶ M. Niezgodka-Medek, *Komentarz do art. 6...*, s. 72; B. Brzeziński, M. Kalinowski, A. Olesińska, M. Masternak, J. Orłowski, *Ordynacja podatkowa...*, s. 42.

³⁷ B. Brzeziński, *Wprowadzenie do prawa...*, s. 36.

³⁸ W dawnej literaturze prawa finansowego wyróżniano także daniny publiczne o charakterze zwrotnym. Były to wszelkiego rodzaju przymusowe pożyczki, których ekonomiczny skutek w postaci przymusowego uszczuplenia dochodu lub majątku miał taki sam charakter jak uiszczenie bezzwrotnej daniny publicznej (L. Adam, *Podatki i opłaty...*, s. 22).

pisanie jej tej cechy. Na gruncie problematyki związanej z ustawową definicją podatku bezzwrotność jako jego cecha została wprost wyrażona w art. 6 o.p. Brak jednak legalnej definicji składki zdrowotnej. Ustawodawca nie wyraził również wprost jej konstytutywnych cech. Zgodnie z art. 94 ust. 1 u.ś.o.z. w zw. z art. 24 ust. 6c i 6d u.s.u.s. nienależnie opłacone składki na ubezpieczenie zdrowotne podlegają zwrotowi na wniosek ich płatnika³⁹. *A contrario* należy przyjąć, że składka zdrowotna opłacona w wysokości wynikającej z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz pozostałych przepisów, które do jej ustalenia należy stosować, a także po zaistnieniu przesłanek do powstania obowiązku jej uiszczenia nie podlega zwrotowi. Przemawia to za przypisaniem składce na ubezpieczenie zdrowotne cechy bezzwrotności jako ogólnej cechy danin publicznych w Polsce.

Składka zdrowotna stanowi zatem definitywny przychód NFZ. Jej ostateczny charakter ma postać zbliżoną do dochodów budżetowych. Wpływy ze składki zdrowotnej zasilają plan finansowy Funduszu jako jednostki sektora finansów publicznych prowadzącej pozabudżetową gospodarkę środkami publicznymi. Dlatego wszelkiego rodzaju wpływy uzyskiwane przez NFZ stanowią jego przychody, a nie dochody. Gdyby składka na ubezpieczenie zdrowotne zasilala budżet państwa, wówczas musiałaby zostać zaliczona do katalogu dochodów budżetowych, których konstytutywną cechą jest ostateczność i bezzwrotność⁴⁰.

Z problematyką składki zdrowotnej zakwalifikowanej jako przychód Narodowego Funduszu Zdrowia wiąże się jej celowy charakter. Zasadą jest, że daniny publiczne powinny być przeznaczane na realizację ogółu zadań publicznych dokonywanych przez państwo i inne podmioty, na które organy władzy publicznej w sposób przewidziany prawem przeniosły określonego rodzaju obowiązki w tym zakresie (np. jednostki

³⁹ Przez zwrot nienależnie opłaconej składki należy także rozumieć składki opłacone w nadmiernej wysokości stanowiące nadpłatę (M. Łobanowski, *Komentarz do art. 24 [w:] Ustawa o systemie...*, red. J. Wantoch-Rekowski, s. 203.

⁴⁰ R. Mroczkowski, *Dochody budżetowe [w:] Podstawy finansów publicznych...*, s. 332; S. Owsiak, *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Warszawa 2005, s. 420.

samorządu terytorialnego). Jak już ustalono, art. 217 Konstytucji RP dopuszcza istnienie danin publicznych o charakterze celowym.

W świetle art. 116 ust. 1 pkt 1 i 2 u.ś.o.z. wpływy z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne (wraz z odsetkami) stanowią przychody NFZ. Nie zasila ona zatem budżetu państwowego ani budżetów samorządowych. Z art. 97 ust. 1–3 u.ś.o.z. wynika natomiast, że Fundusz zarządza środkami, o których mowa w art. 116 u.ś.o.z., i głównym jego zadaniem jest finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, przy czym w zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

Artykuł 117 u.ś.o.z. zawiera katalog kosztów, jakie mogą być ponoszone w ramach gospodarki finansowej NFZ. Na pierwszym miejscu ustawodawca umieścił koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, a także dla osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji oraz koszty refundacji (art. 117 ust. 1 pkt 1–3 u.ś.o.z.). Przepisy art. 97, 116 i 117 u.ś.o.z. świadczą o tym, iż składka na ubezpieczenie zdrowotne ma charakter celowy, przychody z jej tytułu zasilają bowiem plan finansowy Funduszu jako państwowej osoby prawnej zaliczanej do jednostek sektora finansów publicznych, prowadzącej gospodarkę finansową o charakterze pozabudżetowym. Celowość składki zdrowotnej polega zatem na finansowaniu ściśle określonych w ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w wydanych na jej podstawie przepisach wykonawczych świadczeń zdrowotnych z przychodów uzyskiwanych z tytułu uiszczania przez ubezpieczonych bądź ich płatników składek na ubezpieczenie zdrowotne. Jej cechą charakterystyczną jest ścisły związek z kosztami ujętymi w rocznym planie finansowym Funduszu.

Związek pomiędzy przychodami z tytułu składki zdrowotnej a kosztami ponoszonymi przez Fundusz przeznaczanymi na realizację zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia, w tym realizację świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, stanowi wyjątek od zasady niefunduszowania wyrażonej w art. 42 ust. 2 u.f.p. Oznacza ona „zakaz przeznaczania środków publicznych, pochodzących z poszcze-

gólnych tytułów na finansowanie imiennie wymienionych wydatków⁴¹. W świetle obowiązujących przepisów przychody z tytułu składki zdrowotnej mogą być powiązane ze ściśle określonymi wydatkami, gdyż na podstawie art. 42 ust. 4 u.f.p. zasada jedności materialnej budżetu nie ma zastosowania m.in. do kosztów ponoszonych przez państwowe osoby prawne, do których należy także zaliczyć NFZ.

Celowy charakter składki zdrowotnej wynika z obowiązującego w Polsce systemu ochrony zdrowia opartego w zdecydowanej części na modelu ubezpieczeniowym, w którym ogół ubezpieczonych zobowiązany jest do uiszczania składki finansującej określone świadczenia opieki zdrowotnej osobom z ryzykiem ubezpieczeniowym (ryzyko niezdrówia).

Największą wątpliwość mogą budzić odpłatność i wzajemność jako istotne cechy składki zdrowotnej. Ewentualna odpłatność i wzajemność składki zdrowotnej są ze sobą ściśle powiązane, w związku z tym należy je rozpatrywać łącznie. Odpłatność składki miałaby polegać na możliwości żądania przez ubezpieczonego określonych świadczeń zdrowotnych jako świadczeń wzajemnych z tego tytułu, że została za niego opłacona w należytej wysokości składka zdrowotna. W świetle art. 67 ust. 2 u.ś.o.z. osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do ubezpieczenia uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej⁴². Uiszczenie składki zdrowotnej bądź jego zaniechanie nie wpływa na prawo do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Sytuacja osób dobrowolnie ubezpieczonych kształtuje się natomiast inaczej. Opłacanie składki zdrowotnej przez tych ubezpieczonych ma znaczenie z punktu widzenia objęcia ich dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Zgodnie z art. 68 ust. 5 u.ś.o.z. ubezpieczeni dobrowolnie przestają być

⁴¹ Z. Ofiarski, *Komentarz do art. 42 [w:] M. Karlikowska, W. Miemiec, Z. Ofiarski, K. Sawicka, Ustawa o finansach publicznych...*, s. 135; T. Dębowska-Romanowska, *Realizacja jedności i powszechności budżetu w ustawie budżetowej*, Warszawa 1982, s. 9.

⁴² Osoby dobrowolnie ubezpieczone podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu od dnia określonego w umowie zawartej z Funduszem (art. 68 ust. 5 u.ś.o.z.).

objęci tym rodzajem ubezpieczenia z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca od nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek⁴³.

Brak związku pomiędzy uiszczeniem składki zdrowotnej a objęciem obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym dającym możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych nie może oznaczać braku odpłatności jako cechy składki. Należy jednak ustalić, jaki charakter ma świadczenie otrzymywane w zamian za opłacanie składki na ubezpieczenie zdrowotne. Konieczność zdefiniowania charakteru otrzymywanego świadczenia ma ścisły związek z ustaleniem, czy składka na ubezpieczenie zdrowotne jest świadczeniem wzajemnym i ekwiwalentnym. Przyjmuje się, że konstytucyjną przesłanką wprowadzenia do porządku prawnego danin celowych jest zasadnicza wzajemność świadczeń (połączona z zasadą solidaryzmu społecznego)⁴⁴.

W niniejszym opracowaniu ustalono już, że w ramach polskiego systemu ochrony zdrowia opartego na modelu ubezpieczeniowym istnieją trzy rodzaje podmiotów. Są to: Narodowy Funduszu zdrowia jako podmiot zapewniający organizację i finansowanie świadczeń zdrowotnych, świadczeniodawcy, których zadaniem jest udzielanie określonych świadczeń w razie wystąpienia ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie właściwej umowy zawartej z Funduszem, oraz ubezpieczeni opłacający składkę zdrowotną i w sytuacji zaistnienia wskazanego ryzyka korzystający ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez świadczeniodawców oraz finansowanych i gwarantowanych przez NFZ. Narodowy Fundusz Zdrowia nie udziela zatem jakichkolwiek świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz ubezpieczonych. Nie może być także właścicielem podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej (art. 97 ust. 6 u.ś.o.z.).

⁴³ W ich przypadku warunkiem objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w świetle art. 68 ust. 7 u.ś.o.z. jest wniesienie opłaty na rachunek Funduszu (obok zawarcia umowy z NFZ).

⁴⁴ T. Dębowska-Romanowska, *Pojęcie podatków i innych danin publicznych...*, s. 119.

Na gruncie prawa prywatnego wzajemność świadczeń zdefiniowano w art. 487 § 2 k.c., zgodnie z którym umowa jest wzajemna, gdy obie strony zobowiązują się, że świadczenie jednej z nich ma być odpowiednikiem drugiej. W nauce prawa cywilnego przyjmuje się, że pomiędzy świadczeniami wynikającymi z umowy wzajemnej istnieje taki związek. Niewykonanie któregokolwiek ze świadczeń w ramach zawartej umowy wzajemnej ma wpływ na ważność lub treść tej umowy⁴⁵. Dla wzajemności rozumianej w sposób cywilistyczny istotne znaczenie ma funkcjonalne sprzężenie świadczeń polegające na zależności świadczenia jednej strony od świadczenia drugiej⁴⁶. Można jednak bronić poglądu, zgodnie z którym składka zdrowotna jest świadczeniem wzajemnym na gruncie nauki prawa prywatnego. Instytucją prawa cywilnego najbliższą konstrukcyjnie ubezpieczeniu zdrowotnemu jest umowa ubezpieczenia. W świetle art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. W literaturze prawa cywilnego twierdzi się, że świadczenia wynikające z umowy ubezpieczenia są świadczeniami wzajemnymi⁴⁷. Głównym świadczeniem ubezpieczycieli jest zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej przez przejście ryzyka⁴⁸.

⁴⁵ A. Brzozowski, *Klasyfikacje umów* [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 5, *Prawo zobowiązań – część ogólna*, red. E. Łętowska, Warszawa 2006, s. 410.

⁴⁶ W. Popiołek, *Komentarz do art. 487 k.c.* [w:] *Kodeks cywilny*, t. II, *Komentarz do art. 450–1088. Przepisy wprowadzające*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2015 s. 102; S. Grobel, *Prawo powstrzymania się ze spełnieniem świadczenia w zobowiązaniach wynikających z umów wzajemnych*, Katowice 1991, s. 40 i n.

⁴⁷ M. Orlicki, *Uwagi dotyczące nowelizacji przepisów dotyczących umowy ubezpieczenia na tle nowych przepisów niemieckich*, „Prawo Asekuracyjne” 2008/1, s. 43; J. Kufel, *Umowa ubezpieczenia i stosunek ubezpieczenia* [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Warszawa 1998, s. 125; A. Wiśniewski, *Umowy losowe w prawie polskim*, Warszawa 2009, s. 110–111; W. Dubis, *Komentarz do art. 805* [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. E. Gniewek, P. Machnikowski, Warszawa 2014, s. 1467. Wyrażane są także poglądy o braku wzajemności umowy ubezpieczenia (J. Kondek, *Komentarz do art. 805* [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. II, *Zobowiązania*, red. K. Osajda, Warszawa 2013, s. 1638–1639).

⁴⁸ D. Fuchs, *Konsekwencje nowelizacji art. 805 k.c. dla umowy ubezpieczenia* [w:] *Umowa ubezpieczenia – aktualne problemy prawne*, red. A. Koch, Poznań–Bydgoszcz 2005, s. 52.

Wzajemność wynikająca z przepisów Kodeksu cywilnego nie może być przenoszona bezpośrednio na grunt relacji zachodzących pomiędzy podmiotami ubezpieczenia zdrowotnego. W literaturze przedmiotu wyrażono pogląd, zgodnie z którym w ubezpieczeniu zdrowotnym determinowanym przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie zachodzi wzajemność pomiędzy świadczeniem ubezpieczonego w postaci obowiązku uiszczania składki zdrowotnej a świadczeniem NFZ jako gwarancją opieki zdrowotnej⁴⁹. Obecnie obowiązujące ubezpieczenie zdrowotne ma charakter publicznoprawny. Stosunki pomiędzy beneficjentami tego ubezpieczenia a jego organizatorem determinowane są przepisami prawa publicznego. Normy prawa prywatnego dotyczące charakteru prawnego świadczeń spełnianych w ramach stosunków cywilnoprawnych nie mogą mieć wpływu na konstrukcję oraz charakter prawny świadczeń, do których spełnienia zobowiązane są strony publicznego systemu ochrony zdrowia opartego na modelu ubezpieczeniowym. Pomiędzy ubezpieczonym a Funduszem nie zachodzi bowiem klasyczny stosunek zobowiązaniowy, o którym mowa w art. 353 § 1 k.c. Wskazane podmioty nie pozostają ze sobą w charakterystycznej dla prawa zobowiązaniowego relacji wierzyciel – dłużnik. W związku z tym do obowiązków ciążących na ubezpieczonym i NFZ nie mogą mieć zastosowania przepisy Kodeksu cywilnego.

W ocenie autora składka na ubezpieczenie zdrowotne ma charakter wzajemny. Jest ona także świadczeniem odpłatnym⁵⁰. Jej wzajemny charakter wynika z tego, że wpływy z tytułu składki zdrowotnej stanowią przychód podmiotu odpowiedzialnego za realizację określonego zadania publicznego, jakim jest zapewnienie konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia. Są one w związku z tym przeznaczane na finansowanie świadczeń zdrowotnych w ramach systemu ubezpieczeniowego, do którego ubezpieczony opłacający składkę należy. Nie stanowią ogólnych docho-

⁴⁹ D.E. Lach, *Zasada równego dostępu...*, s. 319.

⁵⁰ R. Rosiński, *Podatek i jego klasyfikacja w polskim systemie podatkowym*, „Zeszyty Naukowe Instytutu Ekonomii i Zarządzania Politechniki Koszalińskiej” 2010/14, s. 84; B. Kucia-Guściora, *Komentarz do art. 5 [w:] Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, red. P. Smoleń, Warszawa 2014, s. 109.

dów budżetowych, które na etapie ich wydatkowania są przeznaczane na realizację wszystkich zadań publicznych, zgodnie z art. 42 ust. 2 u.f.p. Występuje zatem powiązanie opłacanej przez ubezpieczonego składki zdrowotnej z wydatkami przeznaczanymi na organizację systemu ochrony zdrowia, w którym uczestniczy on jako świadczeniobiorca. Ze środków ubezpieczonego finansowana jest działalność NFZ jako podmiotu zobowiązanego do zapewnienia w ramach systemu ubezpieczeniowego możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez świadczeniodawców. Świadczeniem wzajemnym w przypadku składki na ubezpieczenie zdrowotne jest objęcie ubezpieczonego przez NFZ ochroną ubezpieczeniową, tak jak w ubezpieczeniach prywatnych. Zindywidualizowane świadczenia zdrowotne udzielane przez świadczeniodawców w przypadku wystąpienia ryzyka ubezpieczeniowego mają zatem charakter warunkowy. Mimo że ubezpieczony uiszcza składkę w terminach i wysokości przewidzianych w ustawie, to może dojść do sytuacji, w której nie zostanie mu udzielone jakiegokolwiek świadczenie zdrowotne w ramach ubezpieczenia, którym jest objęty. Odpłatność daniny publicznej nie musi w żaden sposób nawiązywać do realnych kosztów otrzymanego w zamian świadczenia. Może mieć nawet charakter symboliczny⁵¹.

Brak zindywidualizowanego świadczenia, jakie może otrzymać ubezpieczony z tytułu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i opłacania składki, może świadczyć o braku jej pełnej ekwiwalentności, przez którą rozumie się równorzędną wartość świadczenia wzajemnego realizowanego przez podmiot publiczny odpowiadającego daninie publicznej, która w niektórych przypadkach jest niemożliwa do rachunkowego ustalenia⁵². Składka zdrowotna jest bowiem opłacana przez wszystkich ubezpieczonych w nierównej wysokości. W niektórych przypadkach ubezpieczeni w ogóle nie ponoszą ciężaru jej opłacania. Wysokość składki zdrowotnej jest ponadto narzucona ustawowo i zasadniczo uzależniona od wysokości uzyskiwanych przez określonego ubezpieczonego przycho-

⁵¹ C. Kosikowski, *Komentarz do art. 2 [w:] C. Kosikowski, H. Dzwonkowski, A. Huchla, Ustawa – Ordynacja podatkowa. Komentarz*, Warszawa 2004, s. 33.

⁵² J. Gliniecka, *Oplaty publiczne w Polsce. Analiza prawna i funkcjonalna*, Bydgoszcz-Gdańsk 2007, s. 15.

dów lub innych świadczeń ze wszystkich źródeł kumulatywnie. Każdy ubezpieczony, bez względu na rodzaj ubezpieczenia, posiadany tytuł ubezpieczeniowy oraz wysokość uiszczanej składki, jest uprawniony do otrzymania takiego samego świadczenia. Wyższa składka zdrowotna nie uprawnia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w sposób uprzywilejowany w stosunku do innych ubezpieczonych. Na gruncie danin publicznych ekwiwalentność oznaczać może także związek przyczynowo-skutkowy zachodzący pomiędzy daniną a uzyskaniem od organu państwa lub innego podmiotu publicznego określonego rodzaju czynności lub świadczenia⁵³. Jedynie w tym znaczeniu uzasadnione jest twierdzenie o ekwiwalentności składki zdrowotnej. Nie można jednak utożsamiać ekwiwalentności składki z jej odpłatnością. Na gruncie danin publicznych odpłatność zakłada wzajemność składki, ekwiwalentność stanowi natomiast cechę ekonomiczną i cywilistyczną⁵⁴.

Przyjmując, że świadczeniem wzajemnym w przypadku ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest zagwarantowanie przez NFZ ochrony ubezpieczeniowej, nie można również mówić o pełnej ekwiwalentności składki rozumianej jako obowiązek świadczenia wzajemnego o równorzędnej wartości, gdyż każdy ubezpieczony ponosi w różnej wysokości koszty świadczenia w postaci ochrony ubezpieczeniowej przysługującej w takim samym stopniu ogółowi ubezpieczonych. Taka konstrukcja składki zdrowotnej wynika z zasady solidarności społecznej. Na gruncie art. 217 Konstytucji RP wzajemność świadczeń w przypadku danin celowych połączona z zasadą solidaryzmu społecznego stanowi stałą przesłankę konstytucyjną ich wprowadzenia, odnoszącą się także do składek na ubezpieczenie zdrowotne⁵⁵.

Badana składka zawiera zatem wszystkie cechy danin publicznych, w tym te, które świadczą o jej przynależności do katalogu danin o cha-

⁵³ T. Dębowska-Romanowska, *Prawo daninowe – podstawowe pojęcia konstytucyjne i ustawowe*, cz. I, „Glosa” 1996/11 (23), s. 3.

⁵⁴ E. Ruśkowski, J. Salachna, *Ustawa o dochodach jednostek samorządu terytorialnego...*, s. 85–86.

⁵⁵ T. Dębowska-Romanowska, *Pojęcie podatków i innych danin publicznych...*, s. 119.

rakterze celowym. W nauce prawa finansowego oraz w orzecznictwie daninowy charakter nie jest zasadniczo kwestionowany⁵⁶. O zaliczeniu składki zdrowotnej do katalogu danin publicznych świadczy także art. 5 ust. 2 pkt 1 u.f.p., który stanowi, że dochodami publicznymi są daniny publiczne, w tym składki.

2. Składka na ubezpieczenie zdrowotne a podatek

W literaturze prawa ubezpieczeniowego twierdzi się, że składka na ubezpieczenie zdrowotne swą konstrukcją prawną przypomina instytucję podatku, z uwagi na to, że jest m.in. świadczeniem przymusowym i obciąża przychody uzyskiwane z tytułu zatrudnienia⁵⁷. Na gruncie prawa podatkowego istnieje definicja legalna i doktrynalna podatku. Pierwsza z nich wynika z art. 6 o.p. Zgodnie z nim podatkiem jest publicznoprawne, nieodpłatne, przymusowe oraz bezzwrotne świadczenie pieniężne na rzecz Skarbu Państwa, województwa, powiatu lub gminy, wynikające z ustawy podatkowej. Podatek jest rozumiany w doktrynie jako „świadczenie pieniężne na rzecz podmiotu publicznego, czyli państwa lub samorządu, jednostronnie przez ten podmiot ustalone, o charakterze ogólnym, zasadniczym, bezzwrotnym, nieodpłatnym i przymusowym”⁵⁸. Definicja na gruncie Ordynacji podatkowej i definicja doktrynalna są do siebie zbliżone. Definicja legalna nie uwzględnia jednak ogólności, zasadniczości i jednostronności ustalenia, które nauka prawa finansowego przypisuje podatkowi. Nie świadczy to jednak o tym, iż ustawowa definicja podatku pozbawia go tych cech⁵⁹. W polskiej

⁵⁶ Uchwała SN z 23.04.2008 r., III CZP 36/08, OSNC 2009/6, poz. 80; R. Mroczkowski, *Dochody budżetowe...*, s. 332; Z. Ofiarski, *Ogólne prawo podatkowe...*, s. 28; R. Bucholski, *Komentarz do art. 5 [w:] Ustawa o finansach publicznych. Komentarz prawno-finansowy*, red. H. Dzwonkowski, G. Gołębiowski, Warszawa 2014, s. 26; Z. Ofiarski, *Komentarz do art. 5 [w:] M. Karlikowska, W. Miemieć, Z. Ofiarski, K. Sawicka, Ustawa o finansach publicznych...*, s. 25; B. Draniewicz, *Indywidualne interpretacje...*, s. 33.

⁵⁷ M. Iżycka-Rączka, *Składki na ubezpieczenie zdrowotne*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych” 1999/6, s. 26; J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kraków 2006, s. 266; D.E. Lach, *Zasada równego dostępu...*, s. 310.

⁵⁸ W. Wójtowicz, *Elementy teorii podatku...*, s. 134.

⁵⁹ W. Wójtowicz, *Elementy teorii podatku...*, s. 134.

nauce prawa finansowego podatek definiowany jest w jednolity sposób poprzez wskazanie, że jest on świadczeniem, a następnie wymienienie jego poszczególnych cech⁶⁰. W nauce prawa podatkowego powszechnie wymienia się następujące cechy podatku: ogólny, publicznoprawny i pieniężny charakter, nieodpłatność, przymusowość, bezzwrotność⁶¹.

Niektóre ustawowe cechy składki na ubezpieczenie zdrowotne są zbliżone do konstytutywnych cech podatku. Dotyczy to przede wszystkim publicznoprawnego, generalnego i pieniężnego charakteru obu danin, a także ich bezzwrotności, przymusowości i powszechności. Znaczenie wskazanych cech określono w poprzedniej części niniejszego rozdziału przy ustalaniu konstytutywnych cech składki zdrowotnej. Gdyby podatek i składka zdrowotna charakteryzowały się tylko wskazanymi wyżej cechami, uzasadnione byłoby twierdzenie, zgodnie z którym składka zdrowotna, z uwagi na jej charakter prawny, mogłaby być uznana za instytucję prawną zbliżoną w istotny sposób do podatku w rozumieniu art. 217 Konstytucji RP, art. 6 o.p., a także w świetle jego definicji ustalonej w nauce prawa podatkowego.

Podatek w ogólnym ujęciu i składka na ubezpieczenie zdrowotne oprócz wskazanych wyżej *differentia specifica* posiadają także dwie inne przeciwstawne sobie cechy. Po pierwsze, wpływy z tytułu wszystkich podatków w polskim systemie podatkowym stanowią dochody budżetu państwa

⁶⁰ W. Nykiel, *Pojęcie podatku, rodzaje podatków* [w:] *Nauka finansów publicznych i prawa finansowego w Polsce...*, s. 285.

⁶¹ A. Gomułowicz, *Pojęcie podatku...*, s. 110; J. Głuchowski, *Polskie prawo podatkowe*, Warszawa 2006, s. 11–12; B. Brzeziński, *Wprowadzenie...*, s. 36; Z. Ofiarski, *Prawo podatkowe*, Warszawa 2006, s. 21–22; L. Adam, *Podatki i opłaty...*, s. 43; R. Oktaba, *Prawo podatkowe*, Warszawa 2016, s. 5–6; W. Wójtowicz, *Pojęcie i charakter podatku jako dochodu publicznego* [w:] *Prawo podatkowe*, red. P. Smoleń, W. Wójtowicz, Warszawa 2014, s. 7; W. Nykiel, *Podatek – zagadnienia ogólne* [w:] *Polskie prawo podatkowe*, red. W. Nykiel, Warszawa 2015, s. 11–12; H. Dzwonkowski, *Ustawowa i doktrynalna definicja podatku* [w:] A. Buczek, H. Dzwonkowski, L. Etel, J. Gliniecka, J. Glumińska-Pawlic, A. Huchla, W. Miemiec, Z. Ofiarski, J. Serwacki, M. Zdebel, Z. Zgierski, *Prawo podatkowe*, Warszawa 2006, s. 2; S. Owsiak, *Finanse publiczne...*, s. 156; A. Komar, *Finanse publiczne*, Warszawa 1994, s. 105; M. Ajchel, *System podatkowy* [w:] *Finanse publiczne z elementami prawa podatkowego*, red. W. Grześkiewicz, Warszawa 2014, s. 99; A. Borodo, *Polskie prawo finansowe. Zarys ogólny*, Toruń 2005, s. 106.

albo dochody budżetów gmin⁶². Podatki są zatem daninami o ogólnym przeznaczeniu. Składka zdrowotna ma natomiast charakter celowy, co zostało już w niniejszej pracy wielokrotnie podkreślone. Po drugie, z legalnej i doktrynalnej definicji podatku jednoznacznie wynika, że ma on charakter nieodpłatny. Brak jest zatem wzajemności świadczenia, które odpowiadałoby świadczeniu podatnika w formie zapłaty podatku. W przypadku składki zdrowotnej nie można mówić o jej nieodpłatności. Brak indywidualnej pełnej ekwiwalentności składki nie może świadczyć o braku jej odpłatności, a w związku z tym wpływać na nadawanie jej charakteru prawnego podatku.

Zgodnie z zasadą jedności materialnej budżetu dochody z tytułu podatków państwowych i samorządowych przeznaczone są na finansowanie ogółu wydatków właściwego budżetu. Innymi słowy, wpływy z tytułu określonego podatku nie mogą być powiązane z finansowaniem zadania publicznego w ramach budżetu państwowego i budżetów samorządowych. W polskim systemie podatkowym nie ma instytucji podatków celowych⁶³. Celem ustanawiania podatków jest zasadniczo zapewnienie państwu lub innemu związkowi publicznoprawnym środków finansowych niezbędnych do prawidłowej realizacji ich funkcji⁶⁴. Oznacza to, że powinny być one przeznaczone na pokrycie wydatków związanych ze wszystkimi zadaniami państwa. Jedynie w tym znaczeniu można mówić o celowości podatku.

Z ustawowej definicji podatku wynika, że tylko daniny publiczne, z których wpływy zasilają budżet państwa lub budżety poszczególnych j.s.t., mogą być zaliczane do katalogu podatków. Przychody z tytułu opłacania przez ubezpieczonych należnych składek zdrowotnych zostały na stałe przekazane Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Składka zdrowotna jest częściowo powiązana z budżetem państwa, ale nie stanowi jego dochodu ani dochodu budżetów samorządowych. Podatki i składkę

⁶² Z wyjątkiem podatku dochodowego od osób fizycznych i podatku dochodowego od osób prawnych, z których wpływy są w części przekazywane jednostkom samorządu terytorialnego każdego szczebla.

⁶³ L. Eteł, *Pojęcie podatku* [w:] *Prawo podatkowe*, red. L. Eteł, Warszawa 2008, s. 24.

⁶⁴ P.M. Gaudemet, J. Molinier, *Finanse publiczne...*, s. 405; M. Bouvier, *Wprowadzenie do prawa podatkowego i teorii podatku*, Warszawa 2000, s. 24.

na ubezpieczenie zdrowotne różni od siebie ich przeznaczenie i już z tego powodu błędne jest twierdzenie, zgodnie z którym cechy składki zdrowotnej wynikające z jej konstrukcji prawnej zbliżają ją w istotny sposób do instytucji podatku.

Drugą istotną różnicą pomiędzy podatkiem a składką na ubezpieczenie zdrowotne jest nieodpłatny charakter pierwszej z danin. Nieodpłatność podatku wynika z jego definicji legalnej, a także z definicji sformułowanych w nauce prawa podatkowego. Nieodpłatny charakter podatku stanowi jego integralną cechę i oznacza, iż podatnik opłacając kwotę podatku w określonych ustawowo wysokościach i terminach, nie uzyskuje jakiegokolwiek uprawnienia do żądania określonego rodzaju świadczeń od podmiotu publicznoprawnego, na którego rzecz podatek został uiszczony⁶⁵. Nie stanowi zaprzeczenia tej tezy twierdzenie, zgodnie z którym dochody podatkowe przeznaczane są na finansowanie potrzeb publicznych⁶⁶. Obciążenia publicznoprawne w formie podatków zapewniają państwu i samorządom możliwość realizacji konstytucyjnie i ustawowo nałożonych na nie zadań. Państwo i samorząd poprzez wykonywanie przypisanych im obowiązków świadczą na rzecz ogółu obywateli określonego rodzaju usługi o charakterze publicznym (np. ochrona życia ludzkiego). Korzyści otrzymywane przez podatnika w ramach świadczeń publicznych nie pozostają w bezpośrednim związku z uiszczonym podatkiem⁶⁷. Tego rodzaju świadczenia nie są w żaden sposób uzależnione od zapłaty podatku. Otrzymuje je każdy, bez względu na to, czy posiada status podatnika. Nie jest możliwe żądanie zwrotu poniesionych ciężarów publicznych w postaci podatku w sytuacji gdy podatnik nie korzysta

⁶⁵ L. Adam, *Podatki i opłaty...*, s. 39 i 42; M. Weralski, *Finanse publiczne i prawo finansowe*, Warszawa 1984, s. 233; N. Gajl, *Finanse i prawo finansowe*, Warszawa 1980, s. 219–220; L. Etel, *Pojęcie podatku...*, s. 24; R. Wolański, *System podatkowy w Polsce*, Warszawa 2016, s. 18; W. Wójtowicz, *Elementy teorii podatku...*, s. 134–135; C. Kosikowski, *Komentarz do art. 6 [w:] Ordynacja podatkowa...*, s. 76; M. Niezgódka-Medek, *Komentarz do art. 6...*, s. 71–72; W. Nykiel, *Pojęcie i konstrukcja podatku [w:] System prawa finansowego*, t. III..., s. 28–29; B. Brzeziński, M. Kalinowski, A. Olesińska, M. Masternak, J. Orłowski, *Ordynacja podatkowa...*, s. 42.

⁶⁶ C. Kosikowski, *Komentarz do art. 6 [w:] C. Kosikowski, H. Dzwonkowski, A. Huchla, Ordynacja podatkowa...*, s. 52.

⁶⁷ A. Gomułowicz, *Aspekt prawny podatku [w:] A. Gomułowicz, J. Małecki, Podatki...*, s. 114.

z szeroko rozumianych usług publicznych finansowanych z wpływów z tytułu uiszczanych podatków⁶⁸.

W świetle orzecznictwa sądów administracyjnych „istota podatku (również w kontekście jego nieodpłatności) wiąże się z tym, że jest to zawsze świadczenie należne, niezależnie od tego, czy wierzyciel podatkowy (w tym przypadku gmina) wywiązuje się ze swoich obowiązków wobec lokalnej społeczności, czy też nie realizuje nałożonych na niego obowiązków⁶⁹. Podatki mogą mieć jedynie cechę odpłatności ogólnej, zgodnie z którą wpływy z tytułu pobieranych podatków służyć mają finansowaniu usług publicznych na rzecz społeczeństwa, w tym podatników⁷⁰. Z ogólnej odpłatności podatku wynikają świadczenia na rzecz ogółu społeczeństwa. Nie jest to wyraz realizacji roszczeń poszczególnych obywateli, których podstawę prawną i faktyczną miałyby stanowić uiszczenie przez nich podatku⁷¹. W literaturze prawa finansowego wskazywano, iż konstrukcja ogólnej odpłatności podatku ma sztuczny charakter, ponieważ ma jedynie służyć przekonaniu, iż obciążenie obowiązkiem uiszczania podatku leży w interesie podatnika. Otrzymuje on bowiem określonego rodzaju korzyści od państwa⁷².

Można także twierdzić, że na gruncie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego uzyskanie gwarantowanych w jego ramach świadczeń również nie jest uzależnione od uiszczenia w prawidłowy sposób składki zdrowotnej. W praktyce ubezpieczonemu ochrona ubezpieczeniowa przysługuje nawet wówczas, gdy nie została za niego odprowadzona składka.

⁶⁸ A. Krzywoń, *Podatki i inne daniny publiczne...*, s. 36.

⁶⁹ Wyrok WSA w Białymstoku z 2.04.2008 r., I SA/Bk 483/07, „Współnota” 2008/50, s. 31.

⁷⁰ W. Nykiel, *Pojęcie podatku* [w:] K. Koperkiewicz-Mordel, W. Chróścielewski, W. Nykiel, *Polskie prawo podatkowe*, Warszawa 2006, s. 12; J. Głuchowski, *Pojęcie podatku i jego konstrukcja* [w:] J. Głuchowski, J. Patyk, *Zarys polskiego prawa podatkowego*, Warszawa 2008, s. 9; B. Brzeziński, *Prawo podatkowe*, Toruń 2000, s. 25; H. Dzwonkowski, *Ustawowa i doktrynalna definicja podatku...*, s. 4.

⁷¹ W. Wójtowicz, *Polskie prawo podatkowe*, cz. I, Lublin 1992, s. 10.

⁷² J. Kaleta, *Gospodarka budżetowa*, Warszawa 1985, s. 111; K. Ostrowski, *Prawo finansowe. Zarys ogólny*, Warszawa 1970, s. 143–144.

Z art. 67 ust. 1 u.ś.o.z. wynika jednak, że obowiązek ubezpieczenia zostaje spełniony dopiero z chwilą uiszczenia składki zdrowotnej. Zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej na wypadek zaistnienia ryzyka ubezpieczeniowego stanowi podstawowe świadczenie NFZ na rzecz ubezpieczonego. Wystąpienie wskazanego ryzyka powoduje zindywidualizowanie świadczenia Funduszu, skutkujące udzieleniem ubezpieczonemu gwarantowanych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnych powierzonych przez NFZ do wykonania świadczeniodawcom. Objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz udzielenie w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego nie jest warunkowane opłacaniem składki zdrowotnej, jednak z jej środków finansowany jest ogół świadczeń gwarantowanych w ramach systemu ubezpieczeniowego. Ubezpieczony uiszcza składkę zdrowotną, za którą w zamian otrzymuje ochronę ubezpieczeniową i ten fakt stanowi o odpłatności składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Ogólna odpłatność podatku, rozumiana jako obowiązek realizacji przez państwo oraz inne podmioty publicznoprawne nałożonych na nie zadań, który skutkuje możliwością korzystania przez wszystkich obywateli (nie tylko podatników) z ogólnodostępnych świadczeń (np. edukacja, ochrona życia i bezpieczeństwa publicznego), nie może być porównywana z odpłatnością składki na ubezpieczenie zdrowotne. Ma ona bowiem charakter szczegółowy, przez który należy rozumieć finansowanie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia z konkretnego źródła, jakim jest składka zdrowotna. Podatek nie ma natomiast cechy odpłatności o charakterze szczegółowym.

Przedstawione wyżej konstytutywne cechy podatków, jakimi są ich ogólne przeznaczenie oraz nieodpłatny charakter, świadczą o tym, iż składka na ubezpieczenie zdrowotne nie może być w żaden sposób utożsamiana z tego rodzaju daniną publiczną. Wynika to z faktu, że cechami różnicującymi składkę zdrowotną są celowość oraz odpłatność o szczegółowym charakterze. Te dwie cechy pozostają w zasadniczej sprzeczności z definicją podatku zawartą w art. 6 o.p. oraz formułowaną na gruncie nauki prawa podatkowego.

O podatkowym charakterze składki na ubezpieczenie zdrowotne nie mogą świadczyć te jej elementy, które odnoszą się do rodzajów tytułów ubezpieczeniowych i podstawy wymiaru składki, a także sposobu rozstrzygania tzw. zbiegów ubezpieczeniowych. Z konstrukcji prawnej składki zdrowotnej wynika, że w zdecydowanej większości przypadków obowiązek opłacania składki obciąża przychody ubezpieczonego. Podstawę wymiaru składki m.in. w przypadku pracowników i zleceniobiorców stanowi przychód podatkowy, co wynika wprost z art. 18 ust. 1 u.s.u.s. w zw. z art. 81 ust. 1 u.ś.o.z. Nie oznacza to jednak, że tylko w przypadku wyżej wymienionych ubezpieczonych zasady obliczania podstawy wymiaru składki oparto na instytucji przychodu podatkowego. Przychodem na gruncie art. 11 ust. 1 u.p.d.o.f. będą także np. świadczenia emerytalne i rentowe pobierane przez uprawnione osoby oraz uposażenie sędziów, które w świetle art. 81 ust. 8 pkt 1 i 2 u.ś.o.z. stanowią odrębną podstawę wymiaru składki zdrowotnej. Wynika to m.in. z art. 10 ust. 1 pkt 1 u.p.d.o.f., który do katalogu źródeł przychodów zalicza również stosunek służbowy, a także emerytury i renty.

Można zatem twierdzić, że podstawa wymiaru składki zdrowotnej w przypadku najliczniejszych grup ubezpieczonych oparta jest na instytucji przychodu podatkowego determinowanego przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. Na gruncie przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wskazywano, że powiązanie składki zdrowotnej z przychodem podatkowym może świadczyć o jej przynależności do kategorii parapodatków⁷³. Drugim aspektem tak ukształtowanych przez ustawodawcę elementów konstrukcyjnych składki zdrowotnej jest stosowanie do ustalania najważniejszego jej elementu – podstawy wymiaru – mającego zasadniczy wpływ na wysokość zobowiązania składkowego, przepisów determinujących zakres przedmiotowy i wysokość podatku dochodowego od osób fizycznych. Uzależnienie podstawy wymiaru składki zdrowotnej od przychodu wynikającego z ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, nie może jednak świadczyć o utożsamianiu składki z podatkiem dochodowym od osób fizycznych. Przede wszystkim obciążenie obowiązkiem opłacania składki przychodów poszczególnych ubezpieczonych nie prze-

⁷³ B. Kucia-Guściora, *Prawnofinansowy status...*, s. 221.

sądza o zakwalifikowaniu składki zdrowotnej do kategorii danin o charakterze podatkowym. Zasadą jest, że daniny publiczne, o których mowa w art. 217 Konstytucji RP, obciążają majątek lub dochód albo przychód jednostki. Skutkiem nałożenia określonego rodzaju daniny publicznej jest w większości przypadków przewłaszczenie środków pieniężnych na rzecz państwa bądź innego podmiotu publicznoprawnego, któremu zostały przekazane wpływy z tytułu jej pobierania. Ustawowe ustalenie zasad obliczania podstawy wymiaru składki zdrowotnej na podstawie przepisów ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych determinujące sposób określania przychodu na gruncie podatku dochodowego od osób fizycznych nie może stanowić argumentu przemawiającego za twierdzeniem, że składka na ubezpieczenie zdrowotne jest rodzajem podatku. Wolą ustawodawcy było obciążenie obowiązkiem składkowym przychodów poszczególnych grup ubezpieczonych. Nie było zatem konieczności tworzenia autonomicznych regulacji prawnych dotyczących sposobu ustalania przychodu na potrzeby obliczania podstawy wymiaru składki zdrowotnej. Istniały już bowiem normatywne zasady dotyczące sposobu ustalania przychodu na potrzeby obliczania kwoty podatku dochodowego od osób fizycznych.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne i podatek mają pewne cechy wspólne. Dotyczy to zwłaszcza powszechności, przymusowości, bezzwrotności oraz publicznoprawnego i pieniężnego charakteru składki i podatku. Są to cechy typowe dla większości danin publicznych. Przesądzają jedynie o zakwalifikowaniu składki zdrowotnej do katalogu danin, o których mowa w art. 217 Konstytucji RP. Posiadanie przez składkę zdrowotną niektórych cech wspólnych wszystkim daninom powoduje, że cechy te pokrywają się z cechami podatku jako daniny o wzorcowym charakterze. W ocenie autora nie oznacza to jednak, że składkę zdrowotną należy utożsamiać z podatkiem. Za przedstawionym stanowiskiem przemawia głównie nieodpłatność podatku, a w związku z tym brak obowiązku wzajemnego świadczenia po stronie organu podatkowego oraz fakt, że podatki nie stanowią dochodów o charakterze celowym. Te dwie cechy przede wszystkim świadczą o odrębności składki zdrowotnej od podatku.

3. Składka na ubezpieczenie zdrowotne a składka na ubezpieczenie społeczne

Składki na ubezpieczenie społeczne nie mają jednolitej konstrukcji oraz charakteru prawnego. Nie występuje jedna składka uiszczana łącznie na każdy rodzaj ubezpieczenia. Jedynie przed reformą systemu ubezpieczeń społecznych z 1999 r. była jednolita składka na ubezpieczenie społeczne w wysokości 45% funduszu płac⁷⁴.

Funkcjonującą do 1999 r. jednolitą składkę na ubezpieczenie społeczne zastąpiono czterema rodzajami składek ubezpieczeniowych, które w dalszym ciągu zachowały generalny status składek na ubezpieczenie społeczne, powrócono zatem do rozwiązań prawnych funkcjonujących w XX-leciu międzywojennym⁷⁵. W świetle art. 15 ust. 1 i 2 oraz art. 22 ust. 1 u.s.u.s. obecnie obowiązują: składka na ubezpieczenie emerytalne, składka na ubezpieczenie rentowe, składka na ubezpieczenie chorobowe oraz składka na ubezpieczenie wypadkowe.

Składka na ubezpieczenie emerytalne wynosi 19,52% podstawy wymiaru⁷⁶. Obciążenie obowiązkiem opłacania składki równomiernie rozłożono na pracownika i pracodawcę⁷⁷. W dalszej kolejności składka emerytalna ulega kolejnym podziałom. W zależności od sytuacji

⁷⁴ J. Wantoch-Rekowski, *Składki na ubezpieczenie społeczne i ich charakter prawny*, „Gdańskie Studia Prawnicze. Studia Prawno-Finansowe”, 2007/XVI, s. 351.

⁷⁵ G. Szpor, *Pojęcie składki i zasady jej ustalania [w:] System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, red. G. Szpor, Warszawa 2009, s. 63.

⁷⁶ Podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne stanowi zasadniczo uzyskany przez ubezpieczonego przychód w rozumieniu przepisów ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. Podstawą wymiaru może być także zadeklarowana kwota pieniężna albo kwota ustalona w ustawie. Jest to uzależnione od przynależności ubezpieczonego do określonej grupy zawodowej lub społecznej.

⁷⁷ Rozłożenie ciężaru opłacania składki nie dotyczy jednak wszystkich grup ubezpieczonych. W przypadku osób przebywających na zasiłkach macierzyńskich lub urlopach wychowawczych obowiązkiem opłacania składki emerytalnej obciążony jest budżet państwa. Powyższą uwagę należy także odnieść do składki na ubezpieczenie rentowe.

ubezpieczonego może być np. składką podzieloną lub niepodzielną⁷⁸. Jest to uzależnione od daty urodzenia poszczególnych ubezpieczonych⁷⁹.

Zbliżoną konstrukcyjnie do składki emerytalnej jest składka na ubezpieczenie rentowe, która wynosi obecnie 8% podstawy jej wymiaru. Obowiązek jej opłacania również rozłożono pomiędzy pracownika i pracodawcę. Składka na ubezpieczenie chorobowe obciąża wyłącznie pracownika i wynosi obecnie 2,45% podstawy wymiaru.

Odmierna sytuacja występuje w przypadku składki na ubezpieczenie wypadkowe, której obowiązkiem opłacania z własnych środków został obciążony pracodawca. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe nie ma stałego charakteru. Z art. 22 ust. 1 pkt 4 u.s.u.s. wynika jedynie, że wskazana składka nie może być niższa niż 0,40% i wyższa niż 8,12% podstawy jej wymiaru. Szczegółowy sposób ustalania jej wysokości regulują przepisy rozdziału IV ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych⁸⁰ dotyczące zasad różnicowania stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe w zależności od zagrożeń zawodowych i ich skutków⁸¹.

Z przedstawionych zasad obliczania składek na ubezpieczenie społeczne wynikają podobieństwa i różnice zachodzące pomiędzy nimi a składką na ubezpieczenie zdrowotne. Zasadniczym podobieństwem obu rodzajów składek ubezpieczeniowych jest podobny sposób obliczania podstawy ich wymiaru. W tym zakresie przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych odwołują się w niektórych przypadkach do bezpośredniego stosowania przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych dotyczących podstawy wymiaru

⁷⁸ Zasady podziału składki na ubezpieczenie emerytalne reguluje szczegółowo art. 22 ust. 3 u.s.u.s.

⁷⁹ I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje prawne...*, s. 47.

⁸⁰ Ustawa z 30.10.2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1773 ze zm.).

⁸¹ W świetle tych przepisów stopa procentowa składki uiszczanej przez pracodawcę zależy m.in. od liczby ubezpieczonych zgłaszanych przez pracodawcę do ubezpieczenia, przynależności do określonej grupy działalności wynikającej z Polskiej Klasyfikacji Działalności oraz tzw. wskaźnika korygującego.

składek na ubezpieczenie społeczne. Również tytuły ubezpieczeniowe stanowiące podstawę do podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym i zdrowotnym są do siebie konstrukcyjnie zbliżone⁸².

Istotną różnicą pomiędzy składkami na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne jest wielość składek w pierwszym rodzaju ubezpieczenia. Wprowadzony reformą z 1998 r. podział jednolitej składki na ubezpieczenie społeczne na cztery rodzaje składek odpowiadających poszczególnym formom ubezpieczeniowym zasadniczo odróżnia je od składki zdrowotnej. Wynika to z różnorodności świadczeń pieniężnych otrzymywanych w ramach każdego rodzaju ubezpieczenia społecznego. Jest to skutek objęcia ochroną wielu ryzyk ubezpieczeniowych. Natomiast w ubezpieczeniu zdrowotnym występuje tylko jedno ryzyko, określane mianem ryzyka niezdrowia⁸³. Składka zdrowotna nie ulega ponadto dalszemu podziałowi tak jak w przypadku składki na ubezpieczenie emerytalne. Wynika to z rodzaju świadczeń udzielanych w ramach tych dwóch rodzajów ubezpieczenia. W przypadku ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorcy przysługuje gwarancja udzielania świadczeń zdrowotnych na wypadek wystąpienia określonego ryzyka. Świadczenia te są udzielane w jednakowym zakresie wszystkim ubezpieczonym. W zależności od daty urodzenia ubezpieczonego wysokość świadczenia emerytalnego uzależniona jest natomiast od różnych czynników. Świadczenia w ramach ubezpieczenia emerytalnego mogą zależeć od długości okresów „składkowych” i „nieskładkowych” oraz sumy składek zgromadzonych na koncie ubezpieczonego⁸⁴.

Kolejną istotną różnicą jest sposób rozstrzygania tzw. zbiegów ubezpieczeniowych, mających zasadniczy wpływ na wysokość obciążenia

⁸² Artykuł 6 u.s.u.s. i art. 66 u.ś.o.z., stanowiące katalogi osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu oraz obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, mają zbliżony zakres, a w odniesieniu do niektórych grup ubezpieczonych art. 66 u.ś.o.z. stanowi powtórzenie katalogu z art. 6 u.s.u.s.

⁸³ J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia...*, s. 250 i n.

⁸⁴ M. Szablowska-Juckiewicz, *Świadczenia z zakresu ubezpieczenia emerytalnego* [w:] *Podstawy prawa finansów ubezpieczeń społecznych*, red. J. Wantoch-Rekowski, Toruń 2015, s. 196 i n.; N. Barr, P. Diamond, *Reformy systemu emerytalnego*, Warszawa 2014, s. 224–225.

składką zdrowotną i składkami na ubezpieczenie społeczne poszczególnych ubezpieczonych. Jak już ustalono w rozdziale V, w ubezpieczeniu zdrowotnym przyjęto kumulatywny sposób rozstrzygania powyższych zbiegów. Oznacza to, że niezależnie od ilości tytułów ubezpieczeniowych ubezpieczony lub jego płatnik zobowiązani są do uiszczenia składki od każdego z nich osobno. Nie dotyczy to jedynie tytułów ubezpieczeniowych, w których składka zdrowotna finansowana jest z budżetu państwa. W przypadku ubezpieczenia emerytalnego i rentowego zasady rozwiązywania zbiegów ubezpieczeniowych zależą od poszczególnych tytułów zaliczanych w literaturze prawa ubezpieczeniowego do „tytułów ogólnych” i „tytułów bezwzględnych”⁸⁵.

Składki na ubezpieczenie społeczne definiowano w literaturze przedmiotu jako świadczenia pieniężne, które cechują się przymusowością, celowością oraz odpłatnością⁸⁶. Składki te stanowią cenę gwarancji ubezpieczeniowej na wypadek wystąpienia ryzyka ubezpieczeniowego objętego danym rodzajem ubezpieczenia⁸⁷. Obecnie w nauce prawa ubezpieczeniowego twierdzi się, że analizowane składki mają także bezzwrotny charakter. Nie oznacza to jednak, że przed reformą systemu ubezpieczeń społecznych nie posiadały one cechy bezzwrotności, pomijano ją jedynie przy konstruowaniu definicji składek. Dodatkowo wskazuje się na ich publicznoprawny charakter⁸⁸.

⁸⁵ I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje prawne...*, s. 93 i n.; G. Szyburska-Walczak, *Ubezpieczenia społeczne*, Warszawa 2015, s. 70 i n. Z pewnym uproszczeniem rozstrzygnięcie zbiegów ubezpieczeniowych przedstawia się następująco – w przypadku zbiegu tytułów bezwzględnych obowiązek ubezpieczeniowy powstaje z każdego tytułu, jeżeli występuje bieg tytułu ogólnego i bezwzględnego, wówczas obowiązek ubezpieczeniowy odnosi się jedynie do tytułu bezwzględnego. Dotyczy to również ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego, bowiem zostały one powiązane z ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym. Zwolnienie z obowiązku ubezpieczenia emerytalno-rentowego zwalnia także z obowiązku w zakresie ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego.

⁸⁶ W. Szubert, *Ubezpieczenia społeczne. Zarys systemu*, Warszawa 1987, s. 217; L. Mackiewicz-Golnik, *Powszechne ubezpieczenie emerytalne*, Warszawa 1974, s. 51.

⁸⁷ U. Kalina-Prasznik, *Finansowanie ubezpieczenia społecznego pracowników*, Wrocław 1990, s. 61 i n.; K. Antonów, *Prawo do emerytury*, Kraków 2003, s. 112.

⁸⁸ J. Wantoch-Rekowski, *Składki na ubezpieczenie społeczne...*, s. 351 i 355.

Chcąc porównać charakter prawny składek na ubezpieczenie społeczne i składki na ubezpieczenie zdrowotne, należy wskazać, że składka na ubezpieczenie społeczne jest także świadczeniem pieniężnym. Obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych jest zawsze wyrażony w pieniądzu. Nie ma prawnej możliwości wywiązania się z ciężaru opłacania składki w inny sposób niż zaspokojenie wierzyciela składkowego poprzez przewłaszczenie określonych składników majątkowych wyrażonych w pieniądzu, nawet gdy dochodzi do przymusowej realizacji obowiązku składkowego w postępowaniu egzekucyjnym.

Przymusowość składek na ubezpieczenie społeczne wynika pośrednio z przymusowości ubezpieczenia społecznego⁸⁹. Wskazana cecha oznacza, że składki mogą być dochodzone w trybie właściwym dla należności publicznoprawnych, a nie na zasadach przewidzianych roszczeń prywatnoprawnych⁹⁰. Należności z tytułu analizowanych składek wraz z odsetkami i kosztami egzekucyjnymi podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Taki sam tryb został przewidziany dla składek zdrowotnych na skutek odesłania z art. 93 ust. 1 u.ś.o.z. do stosowania w tym zakresie przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych, a w związku z tym art. 24 ust. 2 u.s.u.s., determinującego sposób prowadzenia egzekucji składek. Zobowiązany do opłacenia składek na ubezpieczenie społeczne jest zawsze płatnik. Obowiązek składkowy będzie ciążył na ubezpieczonym tylko wówczas, gdy będzie on jednocześnie płatnikiem⁹¹.

Publicznoprawny charakter składek na ubezpieczenie społeczne wynika z tego, że są one zaliczane do kategorii danin publicznych, o których mowa w art. 217 Konstytucji RP⁹². Każda danina musi mieć charakter publiczny. Na korzyść tej tezy przemawia też fakt, że składki ubezpieczeniowe wynikają z ustawy. Prawo do nakładania obowiązku

⁸⁹ W. Szubert, *Ubezpieczenia społeczne...*, s. 217.

⁹⁰ W. Warkałło, *Prawo ubezpieczeniowe*, Warszawa 1974, s. 51.

⁹¹ J. Wantoch-Rekowski, *Składki na ubezpieczenie emerytalne...*, s. 109.

⁹² Z. Ofiarski, *Komentarz do art. 5 [w:] M. Karlikowska, W. Miemiec, Z. Ofiarski, K. Sawicka, Ustawa o finansach publicznych...*, s. 25; T. Dębowska-Romanowska, *Pojęcie podatków i innych danin publicznych...*, s. 118; B. Kucia-Guściora, *Komentarz do art. 5...*, s. 108.

ubezpieczeniowego i składkowego jest wyłącznym atrybutem władzy publicznej. Wiąże się z tym również jednostronność nakładania obowiązku opłacania składki przez państwo oraz jej generalny charakter. Nie jest możliwe ustalenie z ubezpieczonym wysokości ponoszonej przez niego składki na ubezpieczenie społeczne, konstrukcja prawna składek ubezpieczeniowych nie może być przedmiotem negocjacji. Generalny charakter składek na ubezpieczenie społeczne oznacza, że są one skierowane do określonej ogólnie (w niezindywidualizowany sposób) grupy jednostek, a jej przedmiot jest ustalony w sposób abstrakcyjny, to znaczy nie dotyczy konkretnego przedmiotu lub stanu⁹³. Obowiązek ubezpieczeniowy i związany z nim obowiązek opłacania składki obejmuje swym zakresem podmiotowym zdecydowaną większość grup społecznych i zawodowych. Szeroki katalog osób ubezpieczonych może świadczyć o powszechności składek na ubezpieczenie społeczne. Wskazane cechy omówiono w poprzedniej części rozdziału w aspekcie ustalenia cech składki zdrowotnej.

Przez bezzwrotność składek na ubezpieczenie społeczne rozumie się definitywne przekazanie środków pieniężnych przez płatnika lub ubezpieczonego na rzecz ZUS jako podmiotu uprawnionego⁹⁴. Zobowiązany do uiszczenia składki nie ma możliwości skutecznego żądania jej zwrotu, jeżeli została ona opłacona w należytnej wysokości. Przepisy z zakresu ubezpieczeń społecznych nie dają żadnych podstaw do żądania zwrotu składki wówczas, gdy nie doszło do wystąpienia ryzyka ubezpieczeniowego. Wyjątek od zasady bezzwrotności składki stanowią przepisy ustawy o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych⁹⁵, które dają możliwość „dziedziczenia środków z kapitałowej części składki emerytalnej w razie śmierci ubezpieczonego przed zejściem ryzyka, a także zwrotu zgromadzonych środków z tej części składki w razie śmierci emeryta przed upływem 3 lat pobierania emerytury”⁹⁶.

⁹³ W. Modzelewski, *Wstęp do nauki...*, s. 18.

⁹⁴ J. Wantoch-Rekowski, *Składki na ubezpieczenie emerytalne...*, s. 111.

⁹⁵ Ustawa z 28.08.1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (Dz.U. z 2017 r. poz. 870 ze zm.).

⁹⁶ I. Jędrasik-Jankowska, *Pojęcia i konstrukcje prawne...*, s. 43.

W świetle art. 52 ust. 1 pkt 1 u.s.u.s. składki na ubezpieczenie społeczne są przychodem Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Wyjątek stanowią jedynie składki przekazywane na rzecz otwartych funduszy emerytalnych. Na podstawie art. 22 ust. 3 u.s.u.s. w przypadku odprowadzania składki do otwartego funduszu emerytalnego część składki na ubezpieczenie emerytalne wynosząca 2,92% podstawy wymiaru przekazywana jest przez ZUS do wybranego przez ubezpieczonego otwartego funduszu emerytalnego⁹⁷. Część składki emerytalnej w wysokości 0,35% podstawy wymiaru jest również przekazywana do Funduszu Rezerwy Demograficznej (art. 22 ust. 4 w zw. z art. 112 ust. 4 u.s.u.s.). Celowy charakter analizowanych składek wynika z faktu, że wpływy z ich tytułu są powiązane z wydatkami na świadczenia ubezpieczeniowe⁹⁸. Nie ma do nich zastosowania zasada jedności materialnej budżetu, o której mowa w art. 42 ust. 2 u.f.p., tak jak w przypadku składki zdrowotnej.

Ostatnią istotną cechą składek na ubezpieczenie społeczne jest ich odpłatność. Tak jak w przypadku składki zdrowotnej ma ona zasadniczy wpływ na charakter prawny tych składek. Odpłatność składek ubezpieczeniowych jest przede wszystkim charakterystyczna dla ubezpieczenia emerytalnego. Wynika to z koncepcji tzw. zdefiniowanej składki, która oznacza, że otrzymywane w przyszłości świadczenie emerytalne będzie uzależnione od wielkości zgromadzonych przez ubezpieczonego składek, a także średniej długości dalszego życia⁹⁹. Odpłatność składki emerytalnej oznacza, że zachodzi relacja pomiędzy obowiązkiem wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego a opłacaną składką. Istnieje zatem związek pomiędzy dwoma rodzajami świadczeń¹⁰⁰.

W poprzednim systemie ubezpieczeń społecznych wysokość świadczeń emerytalnych była uzależniona od wysokości uzyskiwanego wynagrodzenia, a także ilości tzw. lat składkowych i nieskładkowych. Nie było bezpośredniego związku pomiędzy wysokością opłacanej składki

⁹⁷ Pozostała część w wysokości 4,38% podstawy wymiaru ewidencjonowana jest przez ZUS na subkoncie, o którym mowa w art. 40a u.s.u.s.

⁹⁸ K. Antonów, *Składka...*, s. 630.

⁹⁹ J. Wantoch-Rekowski, *Składki na ubezpieczenie społeczne...*, s. 356–357.

¹⁰⁰ T. Sowiński, *Składka ubezpieczeniowa* [w:] *Leksykon prawa finansowego. 100 podstawowych pojęć*, red. A. Drwiłło, D. Maśniak, Warszawa 2015, s. 439.

a uzyskiwanym w przyszłości świadczeniem, istniał jedynie związek pomiędzy obowiązkiem opłacania składki a prawem do świadczeń¹⁰¹. Za ekwiwalent składki zdrowotnej uważano przejęcie i ponoszenie przez ubezpieczyciela ryzyka ubezpieczeniowego¹⁰². W odniesieniu do poprzedniego stanu prawnego można mówić o odpłatności podobnej do odpłatności i wzajemności składki na ubezpieczenie zdrowotne. Oznacza to, że przez odpłatność i wzajemność składki należy rozumieć objęcie ochroną ubezpieczeniową, na której skutek w razie zaistnienia ryzyka ubezpieczeniowego ubezpieczony może żądać określonego rodzaju świadczeń. W pozostałych rodzajach ubezpieczenia społecznego (m.in. w ubezpieczeniu chorobowym i wypadkowym) nie można mówić o pełnej odpłatności składek ubezpieczeniowych¹⁰³. W przypadku obecnie funkcjonującego ubezpieczenia emerytalnego wskazuje się, że składka ma charakter zindywidualizowany i nosi cechy ekwiwalentności¹⁰⁴. Nie jest to jednak stanowisko powszechnie aprobowane w literaturze prawa ubezpieczeniowego¹⁰⁵.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne oraz składki w ubezpieczeniu społecznym są do siebie konstrukcyjnie zbliżone¹⁰⁶. Poszczególne cechy obu typów składek ubezpieczeniowych pokrywają się. Dotyczy to przede wszystkim ich pieniężnego i publicznoprawnego oraz generalnego charakteru, a także jednostronności nakładania, przymusowości i bezzwrotności. Składka zdrowotna i składki na ubezpieczenie społeczne mają również charakter celowy. Są powiązane z określonymi rodzajami ubezpieczenia, a wpływy zgromadzone z ich tytułów są wydatkowane na określonego rodzaju świadczenia w zależności od typu ubezpieczenia. Cel rozdysponowania środków pochodzących z opłacanych przez lub za ubezpieczonych składek jest zasadniczo różny. Różnica ta wynika z ryzyka ubezpieczeniowego, które jest inne w ubezpieczeniu zdrowot-

¹⁰¹ W. Szubert, *Ubezpieczenia społeczne...*, s. 217; T. Liszcz, *Ubezpieczenie społeczne i zaopatrzenie społeczne w Polsce*, Kraków–Lublin 1997, s. 44.

¹⁰² W. Warkałło, W. Marek, W. Mogiński, *Prawo ubezpieczeniowe*, Warszawa 1983, s. 254.

¹⁰³ J. Wantoch-Rekowski, *Składki na ubezpieczenie społeczne...*, s. 357.

¹⁰⁴ J. Wantoch-Rekowski, *Składki na ubezpieczenie społeczne...*, s. 356.

¹⁰⁵ K. Antonów, *Składka...*, s. 630.

¹⁰⁶ Podobieństwa te ujawniają się w widoczny sposób zwłaszcza przy porównaniu składki zdrowotnej i składki na ubezpieczenie emerytalne.

nym i społecznym. Cechą zbliżającą składkę zdrowotną i składki na ubezpieczenie społeczne jest ich odpłatność. Wskazać jednak należy, że cecha odpłatności jest w pełni widoczna jedynie w ubezpieczeniu emerytalnym, a nie w pozostałych rodzajach ubezpieczenia społecznego. W ubezpieczeniu emerytalnym odpłatność i wzajemność składki ma charakter zindywidualizowany, co wynika z koncepcji zdefiniowanej składki emerytalnej. W ubezpieczeniu zdrowotnym trudno mówić o odpłatności zindywidualizowanej, a w konsekwencji o ekwiwalentności składki. Cechą wspólną wszystkich rodzajów wskazanych wyżej ubezpieczeń i składek ubezpieczeniowych jest objęcie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i zagwarantowanie mu określonego rodzaju świadczeń na wypadek wystąpienia ryzyka, które ma charakter przyszyły i niepewny, w zamian za uiszczenie składki ubezpieczeniowej w ustawowo określonej wysokości.

4. Składka na ubezpieczenie zdrowotne a inne daniny publicznoprawne

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że przepis art. 217 Konstytucji RP kreuje otwarty katalog pozostałych danin publicznych o charakterze niepodatkowym. Zalicza się tutaj także opłaty i dopłaty stanowiące dochody budżetu państwa lub dochody budżetów samorządowych¹⁰⁷.

W obecnie obowiązującym systemie państwowych i samorządowych dochodów budżetów istnieje obszerny katalog danin publicznych, nazwanych przez ustawodawcę opłatami lub posiadających cechy świadczące o możliwości zakwalifikowania ich jako opłat publicznych. W związku z tym nie jest celowe przeprowadzenie badań w przedmiocie porównania składki zdrowotnej z każdą daniną publiczną będącą opłatą lub noszącą jej zasadnicze cechy. Składka na ubezpieczenie zdrowotne zostanie zatem porównana do definicji opłat publicznych oraz ich podstawowych cech formułowanych w doktrynie prawa finansowego.

¹⁰⁷ T. Dębowska-Romanowska, *Prawo finansowe...*, s. 136 i 140.

W dawniejszej literaturze przedmiotu opłaty definiowano jako „publiczne daniny bezzwrotne i odpłatne, czyli przymusowe świadczenia pieniężne, bezzwrotne, pobierane w określonych terminach od podmiotów gospodarujących, w celu pokrycia wydatków państwa związanych z niektórymi czynnościami organów państwowych, określonymi aktem ustawodawczym”¹⁰⁸. Przyjmowano, że charakter opłat mają daniny publiczne powiązane z czynnościami organów państwowych. Sprawą drugorzędną była problematyka podmiotu, który miał być zobowiązany do spełnienia świadczenia w zamian za pobranie opłaty. Nie było zatem istotne, czy opłata zostanie pobrana przez określony rodzaj zakładu użyteczności publicznej w związku z usługami, jakie świadczy, lub przez organ administracji państwowej w zamian za dokonanie czynności urzędowej¹⁰⁹. Z przedstawionej definicji wynika, iż konstytutywnymi cechami opłat były: publicznoprawny, pieniężny, przymusowy i bezzwrotny charakter, wynikanie obowiązku opłatowego z ustawy i przede wszystkim odpłatny charakter. Podkreślano także wzajemność opłat¹¹⁰.

Wskazywano na podział odpłatnych danin publicznych na opłaty i składki, te ostatnie zaliczano jednak do tzw. opłat nietypowych¹¹¹. Nie określano jednocześnie, którego rodzaju daniny publiczne funkcjonujące w porządku prawnym należy zaliczyć do katalogu składek, przyjmowano jednak, że są to m.in. składki ubezpieczeniowe. Przy tego rodzaju opłatach nie było bezpośredniego związku pomiędzy obowiązkiem opłatowym a skonkretyzowanym świadczeniem na rzecz podmiotu zobowiązanego do uiszczenia opłaty. Możliwość skorzystania z danego świadczenia miała potencjalny charakter lub stanowiła jedynie skutek przyjęcia przez ustawodawcę fikcji prawnej¹¹². W świetle powyższej teorii składki jako „opłaty nietypowe” były świadczeniem powiązanym jedynie pośrednio z otrzymywanym w zamian za ich uiszczenie

¹⁰⁸ L. Adam, *Podatki i opłaty...*, s. 78; L. Adam, M. Mazurkiewicz, *Opłaty [w:] System instytucji prawno-finansowych PRL*, t. III, *Instytucje budżetowe*, red. M. Weralski, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź 1985, s. 469.

¹⁰⁹ L. Adam, *Podatki i opłaty...*, s. 79.

¹¹⁰ L. Kurowski, *Wstęp do nauki prawa finansowego*, Warszawa 1982, s. 173; M. Weralski, *Finanse publiczne...*, s. 231.

¹¹¹ L. Adam, M. Mazurkiewicz, *Opłaty...*, s. 468 i 476.

¹¹² L. Adam, M. Mazurkiewicz, *Opłaty...*, s. 477–478.

świadczeniem wzajemnym, którego otrzymanie uzależnione było od wystąpienia zdarzenia losowego¹¹³.

W przeciwieństwie do definicji podatku zawartej w art. 6 o.p. w obecnym stanie prawnym nie ma definicji legalnej opłaty¹¹⁴. We współczesnej nauce prawa finansowego opłaty publiczne definiuje się jako formę władczego dochodu będącego „świadczeniem pieniężnym pobieranym przez podmiot publicznoprawny (państwo lub j.s.t. albo oba jednocześnie) na rzecz gospodarki budżetowej w związku z jego wzajemnym świadczeniem polegającym na czynności urzędowej lub świadczeniem usług jednostek sektora publicznego, opartym na określonej podstawie i pobieranym w określonej wysokości z zachowaniem warunków płatności”¹¹⁵. Wskazuje się przy tym na następujące cechy opłat (częściowo wynikające z przedstawionej definicji): publicznoprawny, przymusowy, bezzwrotny i pieniężny charakter, jednostronne nałożenie obowiązku opłatowego w formie ustawy, a także odpłatność i powszechność¹¹⁶.

Zasadniczą różnicą pomiędzy opłatą a podatkiem jest odpłatny charakter pierwszej ze wskazanych danin publicznych¹¹⁷. Rozróżnienie opłaty i podatku oparte jest na kryterium tzw. wzajemności świadczeń¹¹⁸. Uza-

¹¹³ L. Adam, M. Mazurkiewicz, *Opłaty...*, s. 478; L. Adam, K. Jandy-Jendroška, M. Mazurkiewicz, *Prawo finansowe. Zeszyt 3. Część szczegółowa. Prawo finansowe ubezpieczeń gospodarczych. Prawo finansowe przedsiębiorstw socjalistycznych. Prawo o pieniądzu i kredycie*, Warszawa–Wrocław 1967, s. 7.

¹¹⁴ W literaturze przedmiotu postuluje się ustawowe zdefiniowanie opłaty jako daniny publicznej chociażby z tego powodu, że ich liczba jest kilkakrotnie wyższa od liczby tytułów podatkowych (Z. Ofiarski, *Ogólne prawo...*, s. 25).

¹¹⁵ J. Gliniecka, *Opłaty publiczne w Polsce...*, s. 12.

¹¹⁶ A. Gomułowicz, *Pojęcie podatku...*, s. 116; Z. Ofiarski, *Ogólne prawo...*, s. 27; J. Gliniecka, *Opłaty publiczne w Polsce...*, s. 28 i 30.

¹¹⁷ H. Dzwonkowski, *Ustawowa i doktrynalna definicja podatku...*, s. 4; L. Etel, *Pojęcie podatku...*, s. 24; W. Nykiel, *Pojęcie podatku* [w:] K. Koperkiewicz-Mordel, W. Chróścielewski, W. Nykiel, *Polskie prawo podatkowe...*, s. 12; N. Gajl, *Finanse i prawo finansowe...*, s. 195 i n.; H. Sochacka-Krysiak, *Finanse publiczne*, Warszawa 1970, s. 101; D. Antonów, *Charakter prawny opłat publicznych na przykładzie opłaty skarbowej*, „Wrocławsko-Lwowskie Zeszyty Prawnicze” 2012/3, s. 369; D. Antonów, *Cele opłat publicznych* [w:] *Institucje prawnofinansowe w warunkach kryzysu gospodarczego*, red. W. Miemieć, K. Sawicka, Warszawa 2014, s. 140.

¹¹⁸ J. Gliniecka, *Opłaty publiczne w Polsce...*, s. 13.

sadnione jest zatem przypisanie opłatom niektórych pozostałych cech podatku wynikających z jego ustawowej i doktrynalnej definicji, które zostały już opisane w tej części pracy. Przechodząc do odpłatnego charakteru opłat publicznych jako ich zasadniczej cechy, należy wskazać, że jej istota polega na otrzymaniu przez uiszczającego opłatę wzajemnego świadczenia występującego głównie w formie usługi¹¹⁹. Przez odpłatność tego rodzaju danin publicznych rozumie się ich związek z otrzymywanym przez uiszczającego opłatę świadczeniem wzajemnym ze strony podmiotu publicznoprawnego. Ma ona indywidualny i prawny charakter, przez który należy rozumieć możliwość wystąpienia przez podmiot, który uiścił opłatę, z roszczeniem o spełnienie świadczenia wzajemnego na jego rzecz¹²⁰. Konsekwencją odpłatności opłat publicznych jest ich wzajemność. Nie w każdym przypadku z odpłatnością i wzajemnością opłaty będzie związana jej równowartość (ekwiwalentność), odpłatność nie zakłada bowiem równowartości opłaty¹²¹.

W obecnym systemie danin publicznych w Polsce istnieją daniny zakwalifikowane przez ustawodawcę do kategorii opłat poprzez ustawowe nadanie im określonej nazwy. Nie wykazują one jednak zasadniczych cech wynikających ze stosunku opłatowego. Przede wszystkim nie mają charakteru odpłatnego. W literaturze przedmiotu dokonuje się podziału opłat publicznych na opłaty o charakterze odpłatnym, częściowo nieodpłatnym i częściowo odpłatnym, a także opłaty nieodpłatne¹²².

Niektóre opłaty publiczne mogą nosić cechy podatków. Do tej kategorii opłat zaliczane są przede wszystkim: opłata miejscowa¹²³, opłata od posiadania psów¹²⁴ oraz inne opłaty, których obowiązek uiszczenia

¹¹⁹ Z. Ofiarski, *Ogólne prawo...*, s. 25.

¹²⁰ J. Gliniecka, *Opłaty publiczne w Polsce...*, s. 13.

¹²¹ C. Kosikowski, *Komentarz do art. 2...*, s. 33.

¹²² J. Gliniecka, *Opłaty publiczne w Polsce...*, s. 14.

¹²³ A. Hanusz, *Opłata miejscowa* [w:] A. Hanusz, P. Czernski, *Gminne podatki i opłaty budżetowe*, Kraków 2004, s. 217.

¹²⁴ Opłata od posiadania psów funkcjonowała wcześniej w prawnej formie podatku, którego zasadność i konstrukcja również były poddawana krytyce (C. Kosikowski, J. Matuszewski, *Opodatkowanie posiadania psów. Studium obyczajowo-prawne*, Warszawa 2002, s. 211 i n.).

wynika z ustawy o podatkach i opłatach lokalnych¹²⁵. Opłatą posiadającą wszystkie cechy opłat publicznych wskazywane w literaturze prawnofinansowej jest np. opłata za korzystanie przez operatora i przewoźnika z przystanków komunikacyjnych lub dworców, których właścicielem lub zarządzającym jest samorząd¹²⁶.

Przedmiotem porównania ze składką na ubezpieczenie zdrowotne będą jednak opłaty publicznoprawne w ujęciu teoretycznoprawnym, którym przypisuje się w nauce prawa finansowego cechę odpłatności jako element odróżniający je od innych należności publicznoprawnych.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne oraz klasyczne opłaty publicznoprawne mają wspólne cechy. Są daninami publicznymi, a w związku z tym mają charakter publicznoprawny, pieniężny, bezzwrotny i przymusowy. Ponadto są świadczeniami powszechnymi i generalnymi, których obowiązek spełnienia wynika z aktu normatywnego rangi ustawowej. Składka zdrowotna i część opłat publicznych są także kwalifikowane jako daniny celowe. W zróżnicowanym katalogu obowiązujących obecnie opłat publicznych występują takie ich rodzaje, z których dochody powiązane są z określonymi ustawowo wydatkami, co stanowi dopuszczalny w świetle art. 42 ust. 2 *in fine* u.f.p. wyjątek od zasady jedności materialnej budżetu¹²⁷. Najistotniejszą cechą wspólną składki zdrowotnej i opłat publicznych jest jednak ich odpłatny charakter. W tym świetle oba rodzaje danin publicznych mogą być do siebie bardzo zbliżone, różni je sposób rozumienia odpłatności i wzajemności na gruncie składki zdrowotnej i opłat publicznych.

¹²⁵ L. Etel, R. Dowgier, *Podatki i opłaty lokalne – czas na zmiany*, Białystok 2013, s. 95–96 i 134; *Opłaty samorządowe w Polsce – problemy praktyczne*, red. G. Liszewski, Białystok 2010, s. 318.

¹²⁶ D. Antonów, *Opłaty na gruncie ustawy o publicznym transporcie zbiorowym* [w:] *Finanse samorządowe po 25 latach samorządności. Diagnoza i perspektywy*, red. W. Miemieć, Warszawa 2015, s. 377.

¹²⁷ Opłatami o celowym przeznaczeniu są m.in. opłaty za wydanie zezwoleń, o których mowa w art. 9 ust. 1 i 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dochody z tytułu ich pobierania przeznaczane są bowiem na wskazane imiennie w tej ustawie wydatki.

W przypadku opłat publicznych odpłatność przejawia się w tym, że z obowiązkiem uiszczenia opłaty związany jest ściśle obowiązek podmiotu publicznego do określonego zachowania się wobec obciążonego tego rodzaju daniną. Wzajemność i odpłatność świadczenia polega zatem na tym, że uiszczający opłatę może żądać od organu władzy publicznej lub innego podmiotu publicznego spełnienia konkretnego i zindywidualizowanego zasadniczo już w chwili dokonywania opłaty świadczenia. Równowartość i pełna ekwiwalentność świadczenia wzajemnego w stosunku do uiszczonej opłaty jest uzależniona od jej konkretnego rodzaju. Z uwagi na zróżnicowany katalog obowiązujących w Polsce opłat publicznych mają one charakter ekwiwalentny lub częściowo ekwiwalentny wobec wysokości nałożonej opłaty, a niektóre z nich w ogóle nie będą ekwiwalentne z uwagi na brak odpłatności i wzajemności. W ujęciu teoretycznoprawnym opłacie zawsze towarzyszy wzajemne świadczenie w postaci określonego zachowania się – w zależności od rodzaju opłaty – organu lub podmiotu publicznego. Uiszczający opłatę wie, jakie świadczenie w aspekcie ilościowym i jakościowym otrzyma w zamian.

Odpłatność i wzajemność składki na ubezpieczenie zdrowotne różni się od odpłatności i wzajemności w innych opłatach publicznoprawnych. W przypadku uiszczenia składki zdrowotnej ubezpieczonemu przysługuje jedynie ochrona ubezpieczeniowa na wypadek wystąpienia ryzyka „niezdrowia”, gwarantowana przez NFZ. W sytuacji zaistnienia określonego rodzaju ryzyka aktualizują się uprawnienia ubezpieczonego do żądania spełnienia świadczeń zdrowotnych wynikających z przedmiotowego zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Na etapie obejmowania obowiązkiem ubezpieczeniowym i opłacania składki zdrowotnej ubezpieczony nie wie, czy w zmian za uiszczenie składki będzie musiał skorzystać ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Nie ma on także obowiązku korzystania ze świadczeń gwarantowanych w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego. W razie wystąpienia ryzyka ubezpieczeniowego ubezpieczony może skorzystać z innego rodzaju dostępnych ubezpieczeń, które swoją ochroną obejmują określone ryzyko. Świadczeniobiorca, świadczeniodawca oraz organizator

ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) w chwili opłacania składki nie są w stanie przewidzieć, jakiego rodzaju świadczenia będą musiały być udzielone w ramach przysługującej ochrony ubezpieczeniowej. Indywidualizują się one tylko w przypadku zaistnienia ryzyka ubezpieczeniowego. Odpłatność i wzajemność składki zdrowotnej jest rozumiana jako przysługiwanie ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej. Wzajemność i odpłatność składki w zakresie otrzymania zindywidualizowanego świadczenia zdrowotnego ma jedynie charakter warunkowy, jest bowiem uzależniona od zdarzenia przyszłego i niepewnego.

Opłaty publicznoprawne oraz składka na ubezpieczenie zdrowotne posiadają cechy wspólne wszystkim daninom publicznym (z wyjątkiem odpłatności), o których mowa w art. 217 Konstytucji RP. Nie oznacza to jednak, że kategorię opłat publicznych i składkę zdrowotną należy ze sobą utożsamiać. Inny jest bowiem cel pobierania tych danin, na czym innym polega też ich odpłatność i wzajemność. Podobieństwa między opłatami a składką zdrowotną wynikają jedynie z zaliczenia ich do katalogu danin publicznoprawnych.

W nauce prawa finansowego istniał spór co do charakteru prawnego dopłat oraz ich klasyfikacji w katalogu danin publicznoprawnych. Opowiadano się za samodzielnością dopłat jako danin publicznych¹²⁸. Wskazywano, że stanowią one jedynie rodzaje opłat, nie ma bowiem wystarczającej liczby charakterystycznych cech i kryteriów, które mogłyby prowadzić do ich wyodrębnienia¹²⁹. Dyskusja ta toczona jest również obecnie. Formułowane są poglądy, że dopłaty stanowią odrębną od opłat instytucję prawnofinansową¹³⁰. W nowszej literaturze prawa finansowego stwierdza się, że charakter i konstrukcja wskazanych danin daje

¹²⁸ I. Czaja-Hliniak, *Dopłaty [w:] System instytucji prawno-finansowych PRL...*, s. 480 i n.

¹²⁹ L. Adam, *Podatki i opłaty...*, s. 88–90. Autor ten posługiwał się pojęciem dopłat specjalnych.

¹³⁰ I. Czaja-Hliniak, *Prawnofinansowa instytucja dopłat jako forma pozapodatkowych danin publicznych*, Kraków 2006, s. 11. W literaturze wskazuje się także, iż dopłaty są formą „parapodatków” (Z. Ofiarski, *Ogólne prawo podatkowe...*, s. 29).

uzasadnione podstawy do traktowania ich jako zbiorczej kategorii¹³¹. Dopłaty są obecnie rodzajem finansowego udziału osób korzystających z inwestycji o charakterze publicznym w kosztach ich realizacji¹³². Koszty tego rodzaju inwestycji „mogą być pokrywane bądź to w całości z publicznych zasobów finansowych, bądź to obciążać mogą w całości podmioty, które w przyszłości korzystać będą z efektów inwestycji, bądź też przyjęte może być rozwiązanie pośrednie, polegające na tym, że koszty w przyjętej proporcji obciążać będą po części związek publicznoprawny, a po części użytkowników inwestycji”¹³³. Cechą charakterystyczną dopłat jest więc powstanie przysporzenia majątkowego po stronie podmiotu zobowiązanego do jej uiszczenia¹³⁴.

Dla ustalenia relacji pomiędzy dopłatami a składką na ubezpieczenie zdrowotne bez znaczenia jest, w ocenie autora, spór w przedmiocie klasyfikacji dopłat jako odrębnego rodzaju daniny publicznej albo jako jednej z form opłat publicznoprawnych. Dopłaty są zaliczane do katalogu danin publicznoprawnych bez względu na ich charakter prawny mogący świadczyć o ich przynależności do opłat publicznych albo ich autonomiczności. Noszą one wszystkie cechy konieczne do uznania jej za daniny publicznej, w związku z tym muszą także nosić niektóre cechy składki zdrowotnej, np. publicznoprawny, pieniężny, przymusowy i bezzwrotny charakter.

Z konstrukcji obu danin publicznych wynikają jednak zasadnicze różnice pomiędzy nimi. Inny jest bowiem cel ich pobrania i przeznaczenia. Inaczej kształtuje się także ich odpłatność i wzajemność. Dopłaty są związane z koniecznością partycypowania w kosztach określonych inwestycji publicznych w zależności od rodzaju uiszczanej opłaty. W zamian za to podmiot obciążony opłatą otrzymuje przysporzenie majątkowe zasadniczo polegające na możliwości korzystania z efektów współfi-

¹³¹ R. Kowalczyk, *Wydajność dochodowa wybranych opłat samorządowych [w:] XXV lat przeobrażeń w prawie finansowym i prawie podatkowym – ocena dokonania i wnioski na przyszłość*, red. Z. Ofiarski, Szczecin 2014, s. 286.

¹³² B. Brzeziński, *Wstęp do nauki...*, s. 37.

¹³³ B. Brzeziński, W. Matuszewski, W. Morawski, A. Olesińska, A. Zalasiński, *Prawo finansów publicznych...*, s. 211.

¹³⁴ I. Czaja-Hliniak, *Prawnofinansowa instytucja dopłat...*, s. 14 i 26.

nansowanej inwestycji. Składka na ubezpieczenie zdrowotne przeznaczana jest na finansowanie systemu ochrony zdrowia. Ubezpieczony partycypuje w kosztach funkcjonowania systemu razem z pozostałymi podmiotami obciążonymi obowiązkiem opłacania składki i otrzymuje jedynie świadczenie w postaci objęcia go ochroną ubezpieczeniową na wypadek wystąpienia określonego ryzyka. Podmiot obciążony składką nie otrzymuje jakiegokolwiek przysporzenia majątkowego. Nie ma także, co do zasady, obowiązku korzystania ze zindywidualizowanych świadczeń przysługujących mu w ramach ochrony ubezpieczeniowej.

Konstrukcja prawna składki na ubezpieczenie zdrowotne świadczy o tym, że posiada ona wszystkie niezbędne cechy pozwalające na zaliczenie jej do katalogu danin publicznych, o których mowa w art. 217 Konstytucji RP. Z przeprowadzonych wyżej rozważań wynika, że składka na ubezpieczenie zdrowotne jest daniną publiczną, stanowiącą publicznoprawne, powszechne, generalne, bezzwrotne i przymusowe świadczenie pieniężne nakładane na podstawie przepisów ustawy, o charakterze odpłatnym i celowym, przeznaczane na realizację konstytucyjnych zadań państwa z zakresu ochrony zdrowia realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach powszechnego obowiązkowego lub dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz innych aktów prawnych rangi ustawowej, tj. ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, a także ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, które należy stosować do składki zdrowotnej na skutek ustawowych odesłań, wynikają poszczególne elementy konstrukcji prawnej składki jako daniny publicznej. Są to: podmiot, przedmiot, podstawa wymiaru składki, stawka oraz ulgi i zwolnienia. Nie wszystkie z wymienionych elementów zostały skonstruowane przez ustawodawcę w klasyczny sposób (zbliżony do elementów podatku jako wzorcowej daniny publicznej). Dotyczy to przede wszystkim podmiotu oraz przedmiotu składki. Te elementy składki zdrowotnej są determinowane zakresem podmiotowym oraz przedmiotowym obowiązkowego i dobrowolnego

ubezpieczenia zdrowotnego. O przynależności do obowiązkowego rodzaju ubezpieczenia zdrowotnego decyduje posiadanie przynajmniej jednego tytułu ubezpieczeniowego, z którego ubezpieczony osiąga przychody bądź świadczenia podobne, lub w założeniu ustawodawcy powinien je osiągać (np. prowadzenie działalności osobistej, którego celem jest osiągnięcie zysku). Przedmiotem składki zdrowotnej jest zatem określone zachowanie się ubezpieczonego, które determinuje podleganie obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Z uwagi na to, że istnieją tytuły ubezpieczeniowe, w których ekonomiczne skutki działalności nie mają wpływu na wysokość podstawy wymiaru składki, nie w każdym przypadku będzie ona ściśle związana z przedmiotem oskładkowania, jak w większości podatków, np. w podatkach dochodowych.

Taki sposób określenia poszczególnych elementów składki zdrowotnej nie wpływa na jej charakter prawny. Wszystkie elementy konstrukcyjne składki, mimo że nie zostały przez ustawodawcę nazwane, wynikają jednak z ustawy.

Uzasadnione jest twierdzenie, że składka na ubezpieczenie zdrowotne stanowi *sui generis* daninę publicznoprawną i nie może być utożsamiana z innymi tego rodzaju świadczeniami, w tym z instytucją podatku. Ich wspólne cechy świadczą jedynie o przynależności do kategorii danin publicznych, których katalog jest wewnętrznie zróżnicowany. W ocenie autora brak autonomicznej regulacji prawnej niektórych elementów konstrukcji prawnej składki (np. podstawy wymiaru) w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i jednoczesne odesłanie do stosowania przepisów dotyczących innych danin publicznych (podatków i składek na ubezpieczenie społeczne) nie stanowi przeszkody w uznaniu jej za samodzielną instytucję prawnofinansową.

Z porównania składki zdrowotnej i innych niż podatek danin publicznych (składek na ubezpieczenie społeczne oraz opłat wraz z dopłatami) nie wynikają również tego rodzaju podobieństwa, które mogłyby skutkować traktowaniem przedmiotowego świadczenia jako desygnatu którejkolwiek ze wskazanych danin. Obok cech zasadniczo wspólnych wszystkim daninom publicznym wyżej wymienione ich rodzaje w nie-

których przypadkach charakteryzują się odpłatnością i celowością. Inne jest jednak przeznaczenie tych świadczeń oraz ich funkcja. Odpłatność składek na ubezpieczenie społeczne, a także opłat i dopłat (bez względu na to, czy ostatecznie z nich stanowią jednolitą lub odrębną kategorię danin) polega na czym innym niż odpłatność składki zdrowotnej. Wynika to bowiem z zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz warunków korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Rozdział VII

RODZAJE WYDATKÓW NA FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA Z BUDŻETU JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO ORAZ BUDŻETU PAŃSTWA

W rozdziale IV ustalono zakres zadań organów władzy publicznej dotyczących organizacji systemu ochrony zdrowia. Ustawowe nałożenie tych obowiązków na organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego implikuje konieczność dokonywania nakładów finansowanych w celu realizacji powierzonych zadań.

Należy zatem ustalić i zbadać rodzaje wydatków pochodzących z budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia, jak również skutki ich ponoszenia. Przeprowadzenie badań nad zakresem oraz rodzajem tych wydatków jest niezbędne dla prawidłowego opisanie relacji zachodzących pomiędzy budżetem państwa i budżetami samorządowymi a pozostałymi publicznoprawnymi źródłami finansowania ochrony zdrowia.

1. Budżet jako podstawowy plan finansowy państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego

W nauce prawa finansowego podkreśla się, że budżet państwa oraz budżety samorządowe mają charakter publicznych planów finansowych. Budżet państwa jest definiowany jako „plan będący podstawą prowadzenia gospodarki finansowej państwa obejmujący szczegółowe zestawienie dochodów i wydatków oraz przychodów i rozchodów władz i organów oraz administracji rządowej, który musi być corocznie uchwalany przez Sejm na rok budżetowy w formie ustawy budżetowej”¹. Powszechnie przyjmuje się, że zasadniczymi cechami wpływającymi na kształt tej definicji są roczny okres obowiązywania budżetu oraz podstawowe jego elementy, tj. dochody i wydatki oraz przychody i rozchody². Te same uwagi należy odnieść do budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

Z przepisów ustawy o finansach publicznych wynika, że analizowane budżety są rocznymi planami dochodów i wydatków oraz przychodów i rozchodów państwa i jednostek samorządu terytorialnego oraz stanowią podstawę ich gospodarki finansowej (art. 109 i 211 u.f.p.). Są one uchwalane na rok budżetowy (rok kalendarzowy). Budżet państwa i budżety j.s.t. stanowią odpowiednio element ustawy i uchwały budżetowej. Na gruncie nauki prawa finansowego wskazuje się, że budżet jest „planem finansowym obejmującym zestawienie przewidywanych dochodów i wydatków podmiotu publicznego (...), ujętych w odpowiednim stopniu szczegółowości i w określonym przedziale czasowym”³.

¹ T. Dębowska-Romanowska, *Pojęcie budżetu i ustawy budżetowej* [w:] *Prawo finansowe*, red. W. Wójtowicz, Warszawa 2000, s. 71.

² Z. Ofiarski, *Prawo finansowe*, Warszawa 2010, s. 131; D. Cyman, *Definicja budżetu państwa* [w:] *Podstawy finansów i prawa finansowego*, red. nauk. A. Drwiłło, Warszawa 2014, s. 324; M. Karlikowska, *Komentarz do art. 109* [w:] M. Karlikowska, W. Miemieć, Z. Ofiarski, K. Sawicka, *Ustawa o finansach publicznych...*, s. 293.

³ K. Sawicka, *Budżet jako podstawowa instytucja systemu finansów samorządowych* [w:] W. Miemieć, K. Sawicka, M. Miemieć, *Prawo finansów publicznych sektora samorządowego*, Warszawa 2013, s. 76.

Zakres budżetu państwowego i samorządowego może być rozpatrywany w trzech aspektach: czasowym, przedmiotowym i podmiotowym⁴. Czasowy zakres obowiązywania budżetu wynika z art. 109 ust. 1 oraz art. 211 ust. 2 i 3 u.f.p. i został już wskazany wyżej. Zakres podmiotowy budżetu związany jest z problematyką podmiotów i organów, do których jest kierowany i które są odpowiedzialne za jego wykonanie⁵. Przedmiotowy zakres wynika natomiast z art. 110 i 212 u.f.p. statujących katalog elementów obligatoryjnych i fakultatywnych ustawy i uchwały budżetowej. Muszą one obejmować przede wszystkim łączną kwotę planowanych dochodów i wydatków, kwotę planowanego deficytu albo nadwyżki wraz ze źródłami pokrycia deficytu, albo przeznaczenia nadwyżki budżetowej. Przedmiotowy zakres budżetu i uchwały budżetowej może także dotyczyć zadań finansowanych za pomocą wydatków budżetowych. W tym znaczeniu budżet państwa oraz budżety jednostek samorządowych poszczególnych szczebli będą się zasadniczo różnić. Wynika to z nałożenia na państwo oraz każdy rodzaj j.s.t. innych zadań publicznych.

Duże znaczenie ma także problematyka charakteru prawnego budżetu państwa i budżetów j.s.t. Nie stanowią one indywidualnych aktów administracyjnych, albowiem z ich treści nie wynikają rozstrzygnięcia jednostkowych spraw skierowanych do konkretnego adresata⁶. W literaturze przedmiotu twierdzi się, że budżet państwa, a także budżety j.s.t., należy traktować jako akty zarządzania finansowego państwem⁷. Na ich charakter prawny wpływa także ich moc wiążąca. Na podstawie art. 52 ust. 1 pkt 1 i 2 u.f.p. ujęte w budżecie dochody oraz przychody stanowią jedynie prognozy ich wielkości. Wydatki oraz łączne rozchody są natomiast nieprzekraczalnymi limitami. Wykonawcy budżetowi nie mają prawnego obowiązku uzyskania dochodów budżetowych na określonym

⁴ A. Komar, *Zakres i struktura budżetu* [w:] *System instytucji prawno-finansowych PRL*, t. II, *Instytucje budżetowe*, red. M. Weralski, Wrocław–Warszawa 1982, s. 197–198.

⁵ A. Komar, *Zakres i struktura budżetu...*, s. 197.

⁶ A. Borodo, *System finansowy samorządu terytorialnego w Polsce*, Toruń 2011, s. 30.

⁷ T. Dębowska-Romanowska, *Prawo finansowe. Część konstytucyjna...*, s. 217. Istnieją także poglądy, w świetle których budżet samorządowy „jest specyficznym aktem normatywnym wiążącym podmioty administracji samorządowej” (A. Borodo, *Samorząd terytorialny. System prawnofinansowy*, Warszawa 2008, s. 201–202).

w uchwale budżetowej poziomie. Istnieje jednak prawny zakaz wydatkowania środków budżetowych ponad te, które wynikają z uchwały lub ustawy budżetowej. Drugim aspektem charakteru prawnego budżetów jako publicznych planów finansowych jest brak możliwości dochodzenia roszczeń na podstawie przepisów ustawy (uchwały) budżetowej. Wynika to z art. 51 ust. 1 w zw. z ust. 2 pkt 1 u.f.p., w którego świetle zamieszczenie w budżecie państwa i budżetach j.s.t. dochodów z określonych źródeł lub wydatków na konkretne cele nie stanowi podstawy roszczeń ani zobowiązań państwa wobec osób trzecich, ani roszczeń tych osób wobec państwa.

Dla ustalenia zakresu przedmiotowego wydatków dokonywanych z budżetu państwa oraz z budżetów samorządowych na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia ważne jest także określenie upoważnienia do dokonania wydatku. Powinno ono obejmować m.in. elementy podmiotowe i przedmiotowe⁸. Podmiotowy zakres upoważnienia do dokonywania wydatków publicznych zawiera art. 53 ust. 1 u.f.p., zgodnie z którym za całość gospodarki finansowej jednostki sektora finansów publicznych jest odpowiedzialny jej kierownik. Zakres przedmiotowy jest natomiast ustalany przez podstawę prawną dokonywania wydatku, a także przeznaczenie środków. Zgodnie z art. 44 ust. 1 u.f.p. cel oraz wysokość wydatków publicznych muszą być ustalone w ustawie budżetowej, uchwale budżetowej j.s.t. lub w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych⁹. Wydatek musi być dokonany zgodnie z przepisami dotyczącymi poszczególnych rodzajów wydatków (art. 44 ust. 2 u.f.p.). Musi zatem istnieć określony tytuł prawny do jego dokonania, którym zasadniczo są przepisy prawa materialnego¹⁰.

⁸ Wyrok WSA w Warszawie z 4.08.2010 r., V SA/Wa 739/10, CBOSA.

⁹ Przepis art. 44 u.f.p. zawiera także reguły dokonywania wydatków publicznych, do których zaliczono zasady celowości, oszczędności i terminowości (P. Zawadzka, *Instrumenty finansowe w gospodarce gminy*, Warszawa 2015, s. 221 i n.). Reguły te wynikają też z art. 162 i 254 u.f.p., dotyczących zasad gospodarki finansowej w toku wykonywania budżetu państwa i budżetów samorządowych.

¹⁰ L. Lipiec-Warzecha, *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, Warszawa 2011, LEX.

2. Rodzaje wydatków na ochronę zdrowia z budżetu jednostek samorządu terytorialnego

2.1. Wydatki jednostki samorządu terytorialnego jako podmiotu tworzącego podmioty lecznicze

Z ustaleń dokonanych w rozdziale IV wynika, że wszystkie jednostki samorządu terytorialnego mogą tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze w formie spółki kapitałowej, jednostki budżetowej oraz samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Przepisy ustawy o działalności leczniczej w pierwotnym brzmieniu nie przewidywały możliwości tworzenia nowych zakładów, przywrócono ją jednak od 15.07.2016 r. Z punktu widzenia aspektów prawnych wydatków budżetu jednostki samorządowej przeznaczonych na działalność samorządowego s.p.z.o.z. status zakładu nie ma znaczenia. Nowe przepisy ustawy o działalności leczniczej nie różnicują sytuacji nowo tworzonych oraz już istniejących zakładów, a zasady ich finansowania są jednolite. Wprowadzenie możliwości tworzenia nowych s.p.z.o.z. nie wpływa na rodzaj oraz charakter dokonywanych przez jednostki samorządowe wydatków, wprowadzona zmiana może natomiast spowodować zwiększenie wydatków na zadania z zakresu ochrony zdrowia.

Poszczególne jednostki samorządu terytorialnego prowadzące podmioty lecznicze w formie s.p.z.o.z. są zobowiązane do dokonywania określonego rodzaju wydatków w razie zaistnienia ustawowo wymienionych przesłanek. Należą do nich: powstanie straty netto i niepokrycie jej we własnym zakresie przez s.p.z.o.z., chyba że samorząd podejmie decyzję o likwidacji zakładu, likwidacja s.p.z.o.z., która skutkuje przejściem jego zobowiązań i należności na właściwą j.s.t., oraz przekształcenie zakładu powodujące obowiązek przejścia zobowiązań do określonej ustawowo wysokości albo jedynie możliwość ich przejścia w zależności od sytuacji finansowej i zadłużenia przekształcanego s.p.z.o.z. Tego rodzaju wydatki budżetów samorządowych mają istotne znaczenie ekonomiczne i praw-

ne. Zadłużenie s.p.z.o.z., dla których podmiotami tworzącymi są j.s.t., waha się bowiem w granicach 7–8 mld zł¹¹.

Jednostki samorządu terytorialnego mają także możliwość tworzenia i przystępowania do podmiotów leczniczych działających w formie spółek kapitałowych. Ich wydatki związane z funkcjonowaniem spółki, której są akcjonariuszem bądź udziałowcem, dotyczyć będą przede wszystkim zakupu i objęcia akcji i udziałów oraz wniesienia wkładów, o których mowa w art. 236 ust. 4 pkt 2 i 3 u.f.p.

Ostatnią z dopuszczalnych form prowadzenia podmiotu leczniczego przez samorząd jest jednostka budżetowa. W świetle art. 11 u.f.p. jednostka budżetowa jest jedyną jednostką sektora finansów publicznych, której całość wydatków jest pokrywana z właściwego budżetu i stanowi dochody budżetu, a nie dochody tej jednostki. Nie ma jednocześnie odmiennych zasad dokonywania wydatków budżetowych związanych z funkcjonowaniem podmiotu leczniczego w formie jednostki budżetowej. Prowadzenie podmiotu leczniczego w tej formie jest rzadko stosowane przez j.s.t., wydatki budżetowe związane z prowadzeniem działalności leczniczej w formie jednostki budżetowej nie będą więc stanowiły przedmiotu szerszych badań w tej części pracy.

2.1.1. Wydatki związane z finansowaniem zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Na skutek wejścia w życie 15.07.2016 r. ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw modyfikacji uległo brzmienie art. 59 u.d.l., określającego procedurę pokrywania ujemnego wyniku finansowego s.p.z.o.z. Na mocy przepisów ustawy nowelizującej zrezygnowano m.in. z posługiwania się pojęciem ujemnego wyniku finansowego. Został on zastąpiony terminem „strata netto”.

¹¹ Najwyższa Izba Kontroli (Delegatura w Opolu), *Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych (informacja o wynikach kontroli)*, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/15/092/> (dostęp: 30.08.2016 r.).

Wprowadzona zmiana nie ma istotnego znaczenia dla stosowania art. 59 ust. 1 u.d.l. i zasad finansowania zadłużenia s.p.z.o.z. z budżetów samorządowych, pojęcia straty finansowej i ujemnego wyniku finansowego są bowiem tożsame. Celem dokonanej zmiany terminologicznej było ujednoczenie przepisów w tym zakresie i rezygnacja z posługiwania się pojęciem ujemnego wyniku finansowego na rzecz wprowadzenia do ustawy o działalności leczniczej pojęcia straty netto, które funkcjonuje na gruncie ustawy o rachunkowości¹². Zdaniem ustawodawcy termin „ujemny wynik finansowy” miał bardziej potoczny charakter¹³. Ujednoczenie ustawowej terminologii należy ocenić pozytywnie, wprowadzona zmiana w żaden sposób nie wpływa jednak na sytuację podmiotów tworzących s.p.z.o.z., w tym jednostek samorządu terytorialnego. Nie ma ona także znaczenia dla zasad pokrywania straty netto zadłużonych zakładów. Zasadne było zatem uporządkowanie ustawowej terminologii, zwłaszcza że wprowadzenie omawianej zmiany nie spowodowało powstania dodatkowych kosztów po stronie s.p.z.o.z., a także podmiotów je tworzących i prowadzących.

Zasadą jest, że obowiązek pokrycia wygenerowanej straty netto obciąża dany s.p.z.o.z. (art. 59 ust. 1 u.d.l.). Jest on zobowiązany do pokrycia straty w sposób wskazany w art. 57 ust. 2 pkt 1 u.d.l., tj. poprzez zmniejszenie funduszu zakładu o wielkość straty. Fundusz zakładu stanowi wartość jego majątku po odliczeniu funduszu założycielskiego, na który składa się wartość wydzielonej zakładowi części mienia podmiotu go tworzącego. Z art. 55 ust. 1 pkt 6 u.d.l. wynika, że s.p.z.o.z. może uzyskiwać środki finansowe na pokrycie straty netto, o której mowa w art. 59 ust. 2 u.d.l. Oznacza to, że zakłady nie mają prawnej możliwości poszukiwania zewnętrznych źródeł finansowania powstałej straty innych niż budżet podmiotów je tworzących, w art. 59 ust. 2 u.d.l. są bowiem uregulowane zasady pokrycia straty netto przez podmiot tworzący dany zakład. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może zatem pokryć stratę finansową jedynie z funduszu zakładu, jeżeli taki istnieje,

¹² Ustawa z 29.09.1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2017 r. poz. 2342 ze zm.).

¹³ Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, druk sejmowy Sejmu VIII kadencji nr 562, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?nr=562> (dostęp: 18.08.2016 r.).

nie ma jednocześnie ustawowego obowiązku utrzymywania funduszu zakładu. W praktyce powstanie straty netto w większości przypadków nie jest zjawiskiem incydentalnym. Zakłady nie dysponują możliwością pokrycia straty zyskiem netto wypracowanym w latach poprzednich, a tylko on w myśl art. 57 ust. 1 pkt 1–3 u.d.l. stanowi istotne potencjalne źródło zwiększenia funduszu zakładu.

Jeżeli s.p.z.o.z. nie ma możliwości pokrycia powstałej straty ze środków pozyskanych z prowadzonej działalności, obowiązek w tym zakresie przechodzi na jego podmiot tworzący. Według art. 59 ust. 2 u.d.l., gdy strata netto nie może być pokryta we własnym zakresie przez s.p.z.o.z., a po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną, wówczas podmiot go tworzący zobowiązany jest w terminie dziewięciu miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego zakładu pokryć stratę za dany rok obrotowy. Na podmiocie tworzącym ciąży obowiązek pokrycia straty w kwocie, jaka nie może być pokryta we własnym zakresie przez zakład, jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji.

W porównaniu z pierwotnym brzmieniem analizowanego przepisu obecnie obowiązująca regulacja art. 59 ust. 2 u.d.l. wydłuża termin na pokrycie straty przez podmiot tworzący z trzech do dziewięciu miesięcy. Z punktu widzenia j.s.t. jako podmiotów tworzących jest istotna zmiana zasad finansowania s.p.z.o.z. Zgodnie z art. 53 ust. 1 ustawy o rachunkowości roczne sprawozdanie finansowe podlega akceptacji przez organ zatwierdzający nie później niż w terminie sześciu miesięcy od dnia bilansowego¹⁴. W poprzednim stanie prawnym j.s.t. nie mogła realnie zaplanować wydatków swojego budżetu na rok następujący po roku, za który była zobowiązana do pokrycia straty netto (wówczas ujemnego wyniku finansowego). Z art. 59 ust. 2 pkt 1 u.d.l. wynika, że do rozpoczęcia biegu terminu na pokrycie straty netto nie jest konieczne formalne zatwierdzenie sprawozdania finansowego (w praktyce sprawozdanie finansowe s.p.z.o.z. może nie zostać zatwierdzone)¹⁵. Istotne znaczenie

¹⁴ Dniem bilansowym jest dzień, na który jednostka sporządza sprawozdanie finansowe (art. 3 ust. 1 pkt 10 ustawy o rachunkowości).

¹⁵ Ten element regulacji z art. 59 ust. 2 pkt 1 u.d.l. nie został zmieniony.

ma fakt upływu sześciomiesięcznego terminu na jego zatwierdzenie, od tego momentu należy bowiem liczyć bieg terminu do pokrycia ujemnego wyniku finansowego (straty netto). Musiało to nastąpić najpóźniej do 30 września roku budżetowego, w którym zatwierdzano sprawozdanie finansowe. Na etapie planowania budżetu j.s.t. nie były w stanie określić rzeczywistej wysokości wydatków budżetowych związanych z ewentualnym obowiązkiem pokrycia ujemnego wyniku finansowego zakładu, dla którego były podmiotem tworzącym.

Wydłużenie terminu pokrycia straty netto zadłużonego s.p.z.o.z. do dziewięciu miesięcy od upływu sześciomiesięcznego terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego pozwala j.s.t. zaplanować wysokość wydatków budżetowych na ten cel, wydatki budżetowe mające pokryć stratę netto zakładu w obowiązującym stanie prawnym mogą być bowiem dokonane najpóźniej do końca marca roku następującego po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego s.p.z.o.z. Organ wykonawczy j.s.t. na podstawie art. 238 ust. 1 i 2 u.f.p. jest zobowiązany przekazać projekt uchwały budżetowej wraz z uzasadnieniem organowi stanowiącemu oraz regionalnej izbie obrachunkowej (RIO) do 15 listopada roku poprzedzającego rok budżetowy.

W związku z tym na etapie planowania budżetu zarząd jednostki (wójt, burmistrz, prezydent miasta) dysponuje informacją o wysokości straty netto, którą należy pokryć w następnym roku budżetowym, aby nie doszło do likwidacji s.p.z.o.z. na podstawie art. 59 ust. 2 pkt 2 u.d.l. Ma zatem możliwość realnego planowania tego rodzaju wydatków. W poprzednim stanie prawnym organ stanowiący j.s.t., która była podmiotem tworzącym chociażby jeden s.p.z.o.z., nie był w stanie określić nawet samego faktu wystąpienia ujemnego wyniku finansowego, tym bardziej nie było realnej możliwości określenia konkretnej wysokości wydatków budżetowych przeznaczonych na pokrycie ujemnego wyniku finansowego. Dokonana zmiana ma zasadnicze znaczenie dla stabilności budżetów samorządowych po ich stronie wydatkowej.

Na powstanie obowiązku pokrycia straty netto przez podmiot tworzący s.p.z.o.z. duży wpływ ma sposób obliczenia straty jako przesłanki zastosowania art. 59 ust. 1 i 2 u.d.l. Pierwszym warunkiem zaktualizo-

wania się tego obowiązku jest brak możliwości jej pokrycia ze środków własnych s.p.z.o.z. stanowiących fundusz zakładu. Drugą przesłanką jest natomiast utrzymywanie się wartości ujemnej nawet przy dodaniu kosztów amortyzacji¹⁶. Strata s.p.z.o.z. może być pokryta jedynie do wysokości nie większej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji (art. 59 ust. 2 pkt 1 u.d.l.). Wynika z tego, że przy ustaleniu obowiązku podjęcia określonego rodzaju działań przez j.s.t. w stosunku do s.p.z.o.z., wobec którego działa jako podmiot tworzący, koszty amortyzacji nie mogą być brane pod uwagę¹⁷. Ma to pozytywne znaczenie dla funkcjonowania danego s.p.z.o.z. oraz budżetów j.s.t., z których strata netto w przypadku wysokich kosztów amortyzacji musiałaby być pokryta¹⁸.

Alternatywną możliwością w stosunku do obowiązku pokrycia straty netto przez podmiot tworzący s.p.z.o.z. jest jego likwidacja na zasadach wynikających z art. 59 ust. 2 pkt 2 u.d.l. Podmiot ten jest w pierwszej kolejności zobowiązany do pokrycia straty netto w terminie wskazanym w art. 59 ust. 2 pkt 1 u.d.l. Jeżeli nie dojdzie do pokrycia straty, wówczas jednostka samorządu terytorialnego zobowiązana jest w terminie 12 miesięcy od upływu terminu do dokonania pokrycia straty podjąć uchwałę w przedmiocie likwidacji zadłużonego s.p.z.o.z. W obecnym stanie prawnym nie ma innych możliwości restrukturyzacji przez podmiot tworzący zadłużenia zakładu lub dokonania jego przekształcenia

¹⁶ Koszty amortyzacji dotyczą wyłącznie roku obrotowego objętego sprawozdaniem finansowym (art. 59 ust. 3 u.d.l.).

¹⁷ T. Rytlewski, *Komentarz do art. 59 [w:] Ustawa o działalności leczniczej...*, s. 205; A. Dyląg, *Przekształcenie...*, s. 253.

¹⁸ Amortyzacja związana jest zasadniczo z posiadaniem przez dany podmiot majątkiem. Jej koszty są skutkiem zużycia się środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych w danym okresie. Ich wysokość może zatem świadczyć o wielkości zgromadzonego przez zakład majątku i jego inwestycjach związanych np. z zakupem sprzętu medycznego lub modernizacją nieruchomości, których jest właścicielem. Tego rodzaju inwestycje mogą powodować wystąpienie w krótkim okresie straty, która nie może być jednak przesłanką do powstania obowiązku jej pokrycia przez podmiot tworzący albo wszczęcia procedury likwidacyjnej s.p.z.o.z. na podstawie art. 59 ust. 2 pkt 2 u.d.l. Uwzględnienie kosztów amortyzacji w przypadku ustalania przesłanek do pokrycia straty netto albo likwidacji s.p.z.o.z. zrównałoby pozycję zakładów funkcjonujących w prawidłowy sposób z punktu widzenia ekonomicznego oraz dokonujących inwestycji z zakładami, których koszty bieżącej statutowej działalności powodują powstanie straty bez uwzględnienia kosztów amortyzacji.

w inną formę organizacyjno-prawną z zachowaniem statusu podmiotu leczniczego¹⁹.

Wprowadzona zmiana, w wyniku której w przypadku niepokrycia przez podmiot tworzący straty netto nie ma możliwości przekształcenia s.p.z.o.z. w jakąkolwiek inną dopuszczalną dla funkcjonowania podmiotu leczniczego formę prawną, spowodować może zatrzymanie się procesu komercjalizacji, a w konsekwencji prywatyzacji zadłużonych s.p.z.o.z. Jest to odejście od pierwotnych założeń przepisów ustawy o działalności leczniczej, czyli zachęcania samorządów do zmiany formy organizacyjno-prawnej tego rodzaju zakładów i przekształcania ich w spółki prawa handlowego²⁰. Ustawodawca powrócił obecnie do możliwości tworzenia nowych s.p.z.o.z., co jednoznacznie przesądza o odejściu od polityki komercjalizacji podmiotów leczniczych.

Podjęcie przez organ stanowiący decyzji o likwidacji s.p.z.o.z. jako alternatywnego rozwiązania dla obowiązku pokrycia przez j.s.t. działającej wobec zakładu jako podmiot tworzący osiągniętej przez niego straty netto nie zwalnia jednak z samorządu odpowiedzialności za zobowiązania finansowe powstałe w czasie, gdy faktycznie wykonywał uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego. W świetle art. 61 u.d.l. zobowiązania i należności s.p.z.o.z. po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami właściwej j.s.t.²¹ Analogiczne zasady dotyczą również mienia likwidowanego zakładu. W przypadku przejścia zobowiązań i należności likwidowanego s.p.z.o.z. nie mają znaczenia przesłanki

¹⁹ Z pierwotnego brzmienia art. 59 ust. 4 u.d.l. wynikała możliwość podjęcia przez podmiot tworzący decyzji o zmianie formy organizacyjno-prawnej zastępującej likwidację zakładu. Na gruncie wskazanej regulacji istniały wątpliwości w zakresie interpretacji terminu „zmiana formy organizacyjno-prawnej”. Twierdzono, iż oznacza on możliwość przekształcenia s.p.z.o.z. na zasadach wynikających z art. 69–82 u.d.l. albo zmianę formy organizacyjno-prawnej zakładu na jednostkę budżetową (A. Dyląg, *Przekształcenie...*, s. 257). Pojawił się także pogląd, w którego świetle okoliczności wynikające z art. 59 u.d.l. nie mogły stanowić podstawy do zmiany gospodarki finansowej s.p.z.o.z., a w konsekwencji przekształcenia go w jednostkę budżetową (M. Dercz [w:] M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności...*, s. 272).

²⁰ T. Rytlewski, *Komentarz do art. 59...*, s. 203.

²¹ W zależności od podmiotu tworzącego może to być również Skarb Państwa lub uczelnia medyczna.

stanowiące o jego likwidacji. Przepis art. 61 u.d.l. będzie miał zastosowanie do likwidacji s.p.z.o.z. na skutek podjęcia przez organ stanowiący decyzji o niepokryciu jego straty netto, a także w innych przypadkach, w których przeprowadzenie czynności likwidacyjnych będzie w ocenie podmiotu tworzącego uzasadnione. W świetle art. 68 ust. 1 u.d.l. jednostka samorządu terytorialnego jako podmiot tworzący przejmuje tylko te zobowiązania, które powstały wówczas, gdy faktycznie wykonywała uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego s.p.z.o.z. Zobowiązania przejmowane są w częściach ułamkowych odpowiadających wysokości zobowiązań powstałych w tym czasie²².

Obowiązek przejścia zobowiązań likwidowanego s.p.z.o.z. z przyczyn innych niż odmowa pokrycia przez j.s.t. jako podmiot tworzący straty netto zakładu w większości przypadków nie stanowi istotnego obciążenia budżetu właściwej jednostki. Mienie likwidowanego zakładu oraz przejęte należności kompensują w znaczny sposób obowiązek spłaty zobowiązań s.p.z.o.z.

Inaczej kształtuje się natomiast sytuacja j.s.t. jako podmiotu przejmującego całość zobowiązań i należności zakładu, wówczas gdy dochodzi do obowiązkowej likwidacji s.p.z.o.z. na skutek niepokrycia z budżetu samorządowego osiągniętej straty netto. Likwidacja zakładu odbywa się na ogólnych zasadach wynikających z art. 60 u.d.l., inne są natomiast skutki finansowe dla budżetu właściwej j.s.t. Przejęcie zobowiązań zadłużonego s.p.z.o.z. w zasadniczy sposób pogarsza sytuację finansową j.s.t., powodując ograniczenia w wydatkowaniu środków budżetowych na innego rodzaju niż ochrona zdrowia zadania własne. Artykuł 59 u.d.l. nie daje możliwości kontynuowania działalności przez zadłużony s.p.z.o.z. w przypadku nieprzekazania środków przez podmiot tworzący w celu pokrycia straty netto osiągniętej w poprzednim roku obrotowym w porównaniu z poprzednią regulacją z art. 60 u.z.o.z. Na gruncie nieobowiązującego już art. 60 ust. 2 u.z.o.z. ujemny wynik finansowy s.p.z.o.z. nie mógł być podstawą do zaprzestania działalności,

²² Na podstawie art. 68 ust. 3 u.d.l. jednostki samorządu terytorialnego, które faktycznie wykonywały uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego, mogą odmiennie ustalić zasady odpowiedzialności za zobowiązania s.p.z.o.z.

jeżeli dalsze istnienie zakładu uzasadnione było celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, a których nie mógł przejąć inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwane sprawowanie opieki nad ludnością.

Ustawodawca odstąpił w przepisach ustawy o działalności leczniczej od możliwości tolerowania przez samorząd jako podmiot tworzący sytuacji, w której s.p.z.o.z. w dłuższym okresie osiąga stratę netto przy jednoczesnym niepodejmowaniu jakichkolwiek działań w celu uregulowania sytuacji finansowej zakładu albo jego likwidacji. Konieczność pokrycia straty netto albo jej alternatywa w postaci likwidacji zadłużonego s.p.z.o.z. nie daje szans na poprawę sytuacji finansowej zakładu bez ingerencji podmiotu tworzącego w postaci pełnego pokrycia osiągniętej straty. Incydentalne wystąpienie straty netto przy jednoczesnym braku możliwości pełnego jej pokrycia ze środków zgromadzonych w ramach funduszu zakładu powoduje obowiązek dokonania przez j.s.t. wydatku na rzecz przejściowo zadłużonego s.p.z.o.z. Możliwość zwolnienia się z tego obowiązku daje jedynie podjęcie uchwały w sprawie likwidacji zakładu.

Z drugiej jednak strony wprowadzona konieczność następczego finansowania zadłużenia zakładu w postaci obowiązku pokrycia straty netto w przypadku chociażby jednorazowego jej wystąpienia powoduje zmniejszenie się przyrostu zadłużenia poszczególnych s.p.z.o.z. wykazujących regularnie stratę i niedążących do poprawy swojej sytuacji ekonomicznej. Konieczność likwidacji zakładu w przypadku odmowy spłaty jego zadłużenia jest także korzystna dla wierzycieli zakładu. Gdyby nie istniał obowiązek pokrywania straty netto za każdy rok obrotowy, sytuacja wierzycieli zadłużonego s.p.z.o.z. wyglądałaby dużo gorzej niż np. wierzycieli komunalnej spółki prawa handlowego wykonującej działalność leczniczą. W świetle art. 6 pkt 2 Prawa upadłościowego²³ s.p.z.o.z. nie ma bowiem zdolności upadłościowej.

Z sytuacją prawną wierzycieli zadłużonego s.p.z.o.z. wiąże się także doniosła w skutkach dla budżetu j.s.t. problematyka ewentualnych sank-

²³ Ustawa z 28.02.2003 r. – Prawo upadłościowe (Dz.U. z 2017 r. poz. 2344 ze zm.).

cji i odpowiedzialności cywilnej z tytułu zaniechania pokrycia straty netto przy jednoczesnym braku decyzji o przeprowadzeniu likwidacji na podstawie art. 59 ust. 2 pkt 2 u.d.l. Z przepisów ustawy o działalności leczniczej nie wynikają jakiegokolwiek negatywne konsekwencje dla podmiotu tworzącego w przypadku zaniechania podjęcia działań nałożonych na niego art. 59 ust. 2 pkt 1 i 2 u.d.l. Brak jest podstawy prawnej dającej możliwość do nałożenia na j.s.t. lub jej organy sankcji o charakterze publicznoprawnym.

Inaczej kształtuje się sytuacja podmiotu tworzącego na gruncie odpowiedzialności cywilnoprawnej za szkodę wyrządzoną przez niezgodne z prawem działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu władzy publicznej. W świetle art. 417 § 1 k.c. tego rodzaju odpowiedzialność mogą ponosić Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego lub inne osoby prawne wykonujące tę władzę z mocy prawa²⁴. Szczegółowa analiza przesłanek odpowiedzialności cywilnej z art. 417 k.c. wykracza poza ramy niniejszej pracy, należy jednak wskazać, że na gruncie poprzednio obowiązującego art. 60 u.z.o.z. kwestia powyższej odpowiedzialności nie była rozstrzygana w orzecznictwie w sposób jednolity. Początkowo przyjmowano, że podmiot tworzący ponosi odpowiedzialność za zobowiązania zakładu, jeżeli nie podjął koniecznych działań wynikających z przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, mając świadomość niedoboru środków finansowych koniecznych dla prawidłowego funkcjonowania zadłużonego zakładu²⁵. W późniejszym orzecznictwie twierdzono jednak, że obowiązek podjęcia działań w przedmiocie likwidacji albo zmiany formy organizacyjno-prawnej s.p.z.o.z. nie powstaje w sposób automatyczny z chwilą niepokrycia przez podmiot tworzący ujemnego wyniku finansowego²⁶. Wskazywano także, że „samo utrzymywanie się ujemnego wyniku finansowego, nawet w dłuższym okresie, nie jest wystarczającą przesłanką do podjęcia decyzji o likwidacji lub zmiany

²⁴ Zgodnie z art. 417 § 2 k.c., jeżeli wykonywanie zadań z zakresu władzy publicznej zlecono, na podstawie porozumienia, jednostce samorządu terytorialnego albo innej osobie prawnej, solidarną odpowiedzialność za wyrządzoną szkodę ponosi ich wykonawca oraz zlecająca je jednostka samorządu terytorialnego albo Skarb Państwa.

²⁵ Wyrok SN z 29.10.2003 r., III CK 134/02, OSNC 2004/12, poz. 200.

²⁶ Wyrok SN z 20.02.2004 r., I CK 308/03, LEX nr 176090; wyrok SN z 15.03.2007 r., II CSK 498/06, LEX nr 453729.

formy działalności zakładu i brak takiej decyzji nie może świadczyć o bezprawnym zaniechaniu organu założycielskiego, jeżeli podejmowano inne działania prowadzące do uzdrowienia sytuacji finansowej lub chociażby zapewnienia egzystencji zakładu, gdy dalsze jego działanie uzasadnione jest celami, o jakich mowa w art. 60 ust. 2 u.z.o.z.²⁷.

Z art. 60 ust. 2 u.z.o.z. wynikały przesłanki uniemożliwiające zaprzestanie działalności s.p.z.o.z. w przypadku powstania ujemnego wyniku finansowego. Jego wystąpienie nie mogło być podstawą do zaprzestania działalności s.p.z.o.z., jeżeli dalsze istnienie zakładu uzasadnione było celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, a których nie mógł przejąć inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwane sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością. W obecnie obowiązujących przepisach ustawy o działalności leczniczej brak jest odpowiednika art. 60 ust. 2 u.z.o.z. Jednostka samorządu terytorialnego jako podmiot tworzący nie może powoływać się na brak możliwości likwidacji s.p.z.o.z. z tego powodu, że ustawowo nałożone na nią zadanie własne nie może być realizowane z uwagi na brak możliwości przejęcia zadań zadłużonego zakładu przez inny podmiot leczniczy, w tym s.p.z.o.z. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że na gruncie obecnie obowiązującej ustawy powołane wyżej orzecznictwo traci swoją aktualność²⁸. Przepis art. 59 u.d.l. jest sformułowany w sposób kategoryczny i jasno określa zasady postępowania w przypadku wystąpienia straty netto, a w przypadku jej niepokrycia przez podmiot tworzący opisuje działania, których skutkiem ma być likwidacja zadłużonego zakładu i przejęcie zobowiązań s.p.z.o.z. przez j.s.t. jako podmiot tworzący. Argumentem przemawiającym za ponoszeniem odpowiedzialności przez podmiot tworzący na podstawie art. 417 k.c. w zw. z art. 59 ust. 2 pkt 1 i 2 u.d.l. jest także brak zdolności upadłościowej zakładu, co zostało już wyżej wskazane.

Niepodjęcie przez j.s.t. jako podmiot tworzący jakichkolwiek działań mających na celu poprawę sytuacji finansowej zadłużonego s.p.z.o.z., w tym niepokrycie straty netto przy jednoczesnym braku decyzji o jego likwi-

²⁷ Wyrok SN z 3.11.2009 r., II CSK 232/09, LEX nr 570125.

²⁸ A. Dyląg, *Przekształcenie...*, s. 258.

dacji, może posiadać znamiona bezprawnego zaniechania przy wykonywaniu władzy publicznej w rozumieniu art. 417 § 1 k.c. w zw. z art. 59 ust. 2 pkt 1 i 2 u.d.l. Podmiot tworzący w przypadku podjęcia decyzji w przedmiocie likwidacji zakładu nie ma bowiem prawnej możliwości powoływania się na inne niż ekonomiczne przesłanki. Przyjmując, że na samorządzie jako podmiocie tworzącym zadłużony s.p.z.o.z. ciąży odpowiedzialność cywilnoprawna z tytułu niepokrycia straty netto i niepodjęcia przez organ stanowiący decyzji o jego likwidacji, uzasadnione jest twierdzenie, że powstanie straty netto bez możliwości jej pokrycia ze środków własnych s.p.z.o.z., stanowiących wyłącznie fundusz zakładu, skutkuje przejściem odpowiedzialności za zobowiązania zakładu na właściwą j.s.t. Po pierwsze, brak środków pozwalających na pokrycie straty we własnym zakresie przez zakład przenosi opisywany obowiązek na podmiot tworzący. Po drugie, zaniechanie wykonania powyższego obowiązku przez podmiot tworzący powinno skutkować podjęciem decyzji o likwidacji zakładu, której efektem jest przejęcie zobowiązań s.p.z.o.z. Po trzecie, w wyniku niepodjęcia działań wynikających z art. 59 ust. 2 pkt 1 i 2 u.d.l. podmiot tworzący może ponosić odpowiedzialność cywilną wobec wierzycieli zakładu na podstawie art. 417 § 1 k.c.

Konieczność przejęcia zobowiązań s.p.z.o.z. pojawi się również w przypadku jego przekształcenia w spółkę kapitałową na zasadach wynikających z art. 69–82 u.d.l.²⁹ Artykuł 59 ust. 4 u.d.l. w pierwotnym brzmieniu przewidywał możliwość przekształcenia s.p.z.o.z. w inną formę organizacyjno-prawną, jako alternatywę dla pokrycia ujemnego wyniku finansowego albo likwidacji zadłużonego zakładu. Obecnie s.p.z.o.z., którego działalność spowodowała powstanie straty netto, nie może zostać przekształcony. W art. 59 ust. 2 u.d.l. w obowiązującym brzmieniu nie ma możliwości przekształcenia s.p.z.o.z. w przypadku wystąpienia straty netto i niepokrycia jej ze środków własnych zakładu. W świetle art. 72 ust. 1 u.d.l. obowiązek przejęcia zobowiązań przekształcanego

²⁹ W świetle art. 73 ust. 1 u.d.l. istnieje także możliwość przekształcenia kilku s.p.z.o.z. w jedną spółkę kapitałową, pod warunkiem że przekształcane zakłady mają ten sam podmiot tworzący. Na podstawie art. 73 ust. 1 u.d.l. w przypadku s.p.z.o.z., które mają różne podmioty tworzące będące j.s.t., istnieje jednak możliwość dokonania przekształcenia w jedną spółkę kapitałową na zasadzie wyjątku od art. 73 ust. 1 u.d.l.

s.p.z.o.z. przejmuje j.s.t. jako jego podmiot tworzący. Skoro na podstawie art. 59 ust. 2 pkt 1 i 2 u.d.l. nie ma możliwości dalszego funkcjonowania zadłużonego zakładu na skutek niepokrycia straty netto przez jego podmiot tworzący, to należy przyjąć, że w przypadku przekształcenia s.p.z.o.z. w spółkę kapitałową samorząd przejmuje zobowiązania nie- stanowiące o zadłużeniu zakładu, a związane jedynie z prawidłowym prowadzeniem przez niego gospodarki finansowej. W praktyce mogą jednak występować sytuacje, w których zadłużony s.p.z.o.z. funkcjonuje mimo poniesienia w poprzednich latach obrotowych straty netto i nie- podjęcia przez podmiot tworzący działań wynikających z art. 59 u.d.l. W przypadku przekształcenia s.p.z.o.z. posiadającego niepokrytą stratę netto lub ujemny wynik finansowy z poprzednich lat podmiot tworzący zobowiązany jest przejąć te zobowiązania, które nie zostały wykonane na skutek braku realizacji jego obowiązku w postaci pokrycia straty netto, a wcześniej ujemnego wyniku finansowego.

Przed dokonaniem przekształcenia podmiot tworzący zobowiązany jest do ustalenia wskaźnika zadłużenia s.p.z.o.z. na podstawie przychodów ze sprawozdania finansowego za ostatni rok obrotowy oraz danych o zobowiązaniach i inwestycjach krótkoterminowych, według stanu na dzień poprzedzający dzień złożenia wniosku o wpisanie spółki kapitałowej do rejestru przedsiębiorców (art. 70 u.d.l.)³⁰. W przypadku przekształcenia s.p.z.o.z. obowiązek przejęcia zobowiązań przez podmiot tworzący nie wystąpi w każdym przypadku. W pierwszej kolejności należy wskazać, że jest on uzależniony od sytuacji finansowej przekształcanego zakładu, której wyznacznikiem jest wskaźnik zadłużenia obliczany według zasad wynikających z art. 70 u.d.l.

Konieczność ustalenia wskaźnika zadłużenia przekształcanego s.p.z.o.z. i przejęcie części jego zobowiązań w celu osiągnięcia ustawowo określo- nego progu ma na celu zabezpieczenie interesów nowo powstałej spółki

³⁰ Z art. 79 ust. 2 u.d.l. wynika, że niezwłocznie po sporządzeniu aktu przekształcenia zarząd spółki kapitałowej składa wniosek o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców, a po uzyskaniu wpisu do rejestru przedsiębiorców – wniosek o zmianę wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 u.d.l. Za dzień przekształcenia przyjmuje się natomiast dzień wpisania spółki do rejestru przedsiębiorców (art. 80 ust. 1 u.d.l.).

kapitałowej i nieobciążanie jej zadłużeniem swojego poprzednika prawnego³¹. Przejęcie zobowiązań s.p.z.o.z. przez spółkę kapitałową w wielu przypadkach mogłoby oznaczać konieczność złożenia przez jej zarząd wniosku o ogłoszenie upadłości już na samym początku istnienia³².

Obowiązek przejęcia przez j.s.t. zobowiązań przekształcanego zakładu przed dniem jego przekształcenia powstaje jedynie wówczas, gdy wartość wskaźnika zadłużenia ustalona na podstawie art. 70 u.d.l. wynosi powyżej 0,5. Właściwa j.s.t. nie jest zobowiązana w tym przypadku do przejęcia wszystkich zobowiązań zakładu. Muszą one zostać przejęte jedynie do takiej wysokości, aby wartość wskaźnika zadłużenia wyniosła nie więcej niż 0,5. Jeżeli wskaźnik zadłużenia wynosi 0,5 lub mniej, j.s.t. jako podmiot tworzący nie ma prawnego obowiązku przejęcia zobowiązań przekształcanego s.p.z.o.z. Z art. 72 ust. 1 pkt 2 u.d.l. wynika, że w takim przypadku występuje jedynie możliwość, a nie obowiązek przejęcia zobowiązań³³.

³¹ T. Rytlewski, *Komentarz do art. 59...*, s. 243.

³² W przeciwieństwie do s.p.z.o.z. oba rodzaje spółek kapitałowych, tj. spółka akcyjna i spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, posiadają na podstawie art. 5 ust. 2 pkt 1 Prawa upadłościowego zdolność upadłościową.

³³ W przypadku obligatoryjnego przejęcia zobowiązań przekształcanego zakładu podmiot tworzący nie ma pełnej swobody w zakresie wyboru określonego rodzaju zobowiązań zakładu, które mają zostać przejęte. Przejęciu podlegają bowiem w pierwszej kolejności zobowiązania wymagalne najdawniej, obejmujące kwotę główną wraz z odsetkami (art. 72 ust. 2 u.d.l.). Problem może powstać w przypadku podjęcia przez podmiot tworzący decyzji o fakultatywnym przejęciu zobowiązań s.p.z.o.z. na podstawie art. 72 ust. 1 pkt 2 u.d.l. Z wykładni systemowej art. 72 nie wynika, że jego ust. 2, determinujący kolejność przejmowania zobowiązań, dotyczy tylko sytuacji, w której wskaźnik zadłużenia jest większy niż 0,5. Należałoby zatem uznać, iż konieczność przejmowania zobowiązań najdawniej wymagalnych dotyczy także sytuacji, w których j.s.t. jako podmiot tworzący ma jedynie możliwość, a nie obowiązek ich przejęcia. Opierając się na wykładni funkcjonalnej analizowanego przepisu, można jednak twierdzić, iż podmiot tworzący w przypadku fakultatywnego przejęcia zobowiązań ma pełną swobodę w wyborze ich rodzaju. Nie ma bowiem racjonalnych przesłanek prowadzących do ograniczania autonomii podmiotu tworzącego, skoro nie ma on prawnego obowiązku przejęcia zobowiązań s.p.z.o.z. (T. Rytlewski, *Komentarz do art. 59...*, s. 253). W przypadku j.s.t. jako podmiotów tworzących powyższe twierdzenie ma także oparcie w zasadzie samodzielności finansowej j.s.t., o której mowa w art. 165 ust. 2 Konstytucji RP.

W przypadku naruszenia norm z art. 59 u.d.l. na skutek zaniechania podjęcia wynikających z tego przepisu działań mających na celu oddłużenie s.p.z.o.z. albo jego likwidację i podjęcia decyzji o jego przekształceniu podmiot tworzący będzie ostatecznie zobowiązany do przejęcia zobowiązań zadłużonego zakładu. Wystąpienie zadłużenia s.p.z.o.z. w ujęciu rocznym będzie zatem mieć negatywne konsekwencje dla budżetu j.s.t. bez względu na sposób realizacji obowiązków podmiotu tworzącego, wynikających z przepisów u.d.l.

Dla budżetu samorządowego jako źródła finansowania ochrony zdrowia istotne jest ustalenie charakteru prawnego wyżej wskazanych wydatków j.s.t. związanych z koniecznością spłaty zadłużenia s.p.z.o.z. Zakwalifikowanie ich do katalogu wydatków bieżących albo majątkowych ma zasadnicze znaczenie dla konstrukcji budżetu oraz ustalenia wysokości jego poszczególnych parametrów³⁴. Zaliczenie analizowanych wydatków do określonego katalogu wpływa m.in. na możliwości równoważenia budżetu w jego części bieżącej, co wynika z art. 242 u.f.p., oraz determinuje wysokość poszczególnych elementów składowych stanowiących podstawę do obliczenia tzw. indywidualnego wskaźnika zadłużenia, o którym mowa w art. 243 u.f.p.

Na podstawie art. 36 ust. 1 pkt 1 ustawy z 7.12.2012 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej³⁵, j.s.t. ustalając na lata 2013–2015 relację, o której mowa w art. 242 u.f.p., była zobowiązana do wyłączenia wydatków bieżących ponoszonych na spłatę przejętych zobowiązań s.p.z.o.z. przekształconego na zasadach wynikających z ustawy o działalności leczniczej w wysokości, w jakiej nie podlegały sfinansowaniu dotacją z budżetu państwa. W świetle art. 36 ust. 1 pkt 2 ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej powyższe wydatki nie są także brane pod uwagę przy ustalaniu relacji spłaty zobowiązań, o której mowa w art. 243 u.f.p., na lata 2014–2018. Podkreślenia wymaga jednak fakt, że analizowany

³⁴ E. Jerzmańska, *Jak należy rozumieć wprowadzoną zasadę ujmowania w budżecie jednostki samorządu terytorialnego dochodów i wydatków w podziale na bieżące i majątkowe*, „Finanse Komunalne” 2007/6, s. 64–65.

³⁵ Dz.U. poz. 1456 ze zm.

przepis dotyczy tylko tych zobowiązań, które zostały przejęte przez j.s.t. na skutek przekształcenia s.p.z.o.z., o którym mowa w art. 61 u.d.l. Nie dotyczy on natomiast zobowiązań przejętych na skutek likwidacji zakładu, a także wydatków związanych z pokryciem powstałej w wyniku jego działalności straty netto.

Podział wydatków budżetu j.s.t. na wydatki bieżące i majątkowe wynika z art. 236 u.f.p. Zgodnie z nim w planie wydatków budżetu wyszczególnia się, w układzie działów i rozdziałów klasyfikacji budżetowej, planowane kwoty wydatków bieżących i wydatków majątkowych³⁶.

Ustalając w art. 236 u.f.p. podział wydatków budżetowych, ustawodawca przyjął negatywną definicję wydatków bieżących. Z art. 236 ust. 2 u.f.p. wynika, że przez wydatki bieżące budżetu j.s.t. rozumie się wydatki budżetowe niebędące wydatkami majątkowymi. Do ustalenia charakteru prawnego wydatków j.s.t. związanych z zadłużeniem s.p.z.o.z. konieczne jest określenie zakresu przedmiotowego pojęcia wydatków majątkowych. Jeżeli wydatki budżetowe przeznaczone na pokrycie straty netto lub związane z przejściem zobowiązań s.p.z.o.z. nie będą spełniać warunków do zakwalifikowania ich do katalogu wydatków majątkowych, wówczas należy je uznać za wydatki bieżące, co niesie za sobą daleko idące skutki dla konstrukcji danego budżetu oraz możliwości zaciągania zobowiązań przez j.s.t.

Ustawodawca w art. 236 ust. 4 u.f.p. dokonał podziału wydatków majątkowych na trzy grupy. Do pierwszej zaliczył wydatki na inwestycje i zakupy inwestycyjne, w tym programy finansowane z udziałem środków, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2 i 3 u.f.p., w części związanej z realizacją zadań j.s.t.³⁷ Do drugiej i trzeciej grupy zaliczono wydatki związane z tworzeniem i przystępowaniem do spółek prawa handlowego, tj. wydatki na zakup i objęcie akcji i udziałów oraz wniesienie wkładów.

³⁶ Organ stanowiący j.s.t. może ustalić większą szczegółowość planu wydatków.

³⁷ Środkami, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2 i 3 u.f.p., są środki pochodzące z budżetu UE oraz niepodlegające zwrotowi środki z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie EFTA, a także środki pochodzące z innych źródeł zagranicznych i jednocześnie niepodlegające zwrotowi.

Powyższe wyliczenie stanowi zamknięty katalog wydatków majątkowych j.s.t.³⁸ W nauce prawa finansowego za wydatki majątkowe uznaje się natomiast „takie wydatki z budżetu j.s.t., w wyniku realizacji których jednostki nabywają prawo własności lub inne prawa majątkowe, a także udzielają dotacji celowej na inwestycje”³⁹.

Analizując wydatki budżetu j.s.t. dokonywane w celu pokrycia straty netto zadłużonego s.p.z.o.z. pod kątem ich przynależności do wydatków bieżących albo majątkowych, należy stwierdzić, że j.s.t. jako podmiot tworzący przekazuje środki finansowe bezpośrednio na rachunek zakładu do wysokości wynikającej z art. 59 ust. 2 pkt 1 u.d.l. Nie ma ponadto prawnej możliwości imiennego oznaczenia celów, na które zakład powinien przeznaczyć te środki. Jedynym ogólnie ujętym w art. 59 ust. 2 pkt 1 u.d.l. celem jest pokrycie wygenerowanej straty. Bez znaczenia jest zatem sposób jej powstania. Strata netto mogła powstać na skutek dokonywania przez s.p.z.o.z. wydatków kwalifikowanych w świetle art. 236 u.f.p. jako wydatki majątkowe albo bieżące. Przyporządkowanie wydatków zadłużonego s.p.z.o.z. do określonej kategorii nie może mieć jednak wpływu na charakter prawny wydatku j.s.t. dokonywanego w związku z obowiązkiem pokrycia straty netto. Nie można bowiem jednoznacznie wskazać konkretnych wydatków s.p.z.o.z., które spowodowały stratę za poprzedni rok obrotowy. Powstanie straty netto nie musi także oznaczać, że jakiegokolwiek zobowiązanie finansowe s.p.z.o.z. nie zostało spełnione. Wydatki zakładu na pokrycie swoich zobowiązań mogły zostać sfinansowane ze środków majątkowych o charakterze niepieniężnym. Pokrycie straty netto jest zatem operacją księgową i nie w każdym przypadku musi prowadzić do wykorzystania przez s.p.z.o.z. otrzymanych na podstawie art. 59 ust. 2 pkt 1 u.d.l. środków publicznych w celu spłaty istniejącego zadłużenia.

Brak jest podstaw prawnych do wewnętrznego podziału przez j.s.t. wydatków przeznaczanych na pokrycie straty netto zadłużonego zakładu,

³⁸ A. Mikos-Sitek, *Komentarz do art. 236 [w:] Ustawa o finansach publicznych...*, red. W. Misiąg, s. 752.

³⁹ W. Miemiec, *Wydatki jednostek samorządu terytorialnego [w:] W. Miemiec, K. Sawicka, M. Miemiec, Prawo finansów publicznych...*, s. 140.

dla którego jest ona podmiotem tworzącym. Oceniając charakter prawny tego rodzaju wydatków, należy je traktować jako jednolitą całość. Wydatki związane z pokryciem straty netto nie stanowią wydatków inwestycyjnych w rozumieniu art. 236 ust. 4 pkt 1 u.f.p. Badane wydatki związane są z powstaniem zadłużenia po stronie s.p.z.o.z., a nie dokonywaniem przez niego inwestycji, także wówczas, gdy wystąpienie straty netto może być spowodowane działalnością inwestycyjną zakładu, która powinna przynosić zyski. Należy zatem ustalić możliwość zaliczenia kosztów pokrycia straty netto do wydatków przeznaczanych na zakup i objęcie akcji i udziałów lub wniesienie wkładów do spółek prawa handlowego (art. 236 ust. 4 pkt 2 i 3 u.f.p.). W świetle obowiązujących przepisów s.p.z.o.z. nie ma statusu spółki. Dysponuje osobowością prawną, samodzielnie prowadzi gospodarkę finansową i zarządza otrzymanym lub wypracowanym majątkiem oraz decyduje o podziale zysku. Nie oznacza to jednak, że jego struktura własnościowa odpowiada strukturze spółek prawa handlowego. Jego kapitału nie, stanowią akcje lub udziały charakterystyczne dla spółki. Jednostka samorządu terytorialnego tworząc s.p.z.o.z., nie dokonuje na jego rzecz wkładów, mimo że ma ona możliwość wyposażenia go w majątek stanowiący fundusz założycielski zakładu. Nie jest możliwe zakwalifikowanie wydatków j.s.t. na pokrycie straty netto jako wydatków, o których mowa w art. 236 ust. 4 pkt 1 i 2 u.f.p., należących do katalogu wydatków majątkowych. Na gruncie Kodeksu spółek handlowych istnieją instrumenty prawne służące do finansowania działalności spółki, w tym przekazania środków w celu spłaty jej zadłużenia⁴⁰. Z punktu widzenia aspektów finansowych ich skutek jest zbliżony do skutków pokrycia straty netto s.p.z.o.z. W obu przypadkach podmiot prowadzący działalność leczniczą otrzymuje środki służące pokryciu straty powstałej na skutek jego działalności. Mimo zachodzących podobieństw nie można jednak utożsamiać wydatków na pokrycie straty netto zadłużonego s.p.z.o.z. z wydatkami budżetu j.s.t. związanymi z tworzeniem i przystępowaniem do spółek prawa handlowego.

⁴⁰ Przykładowo objęcie nowych udziałów lub akcji po cenie wyższej niż nominalna na podstawie art. 154 § 3 i art. 309 § 2 k.s.h. lub obowiązek dokonywania dopłat wynikający z art. 177 § 1 i art. 396 § 3 k.s.h.

Wydatki j.s.t. przeznaczane na pokrycie straty netto zadłużonego zakładu należy zatem kwalifikować jako wydatki bieżące. Świadczy o tym także treść załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych – Klasyfikacja paragrafów wydatków i środków. Wynika z niej, że pokrycie ujemnego wyniku finansowego s.p.z.o.z. przez podmiot tworzący stanowi wydatek bieżący właściwego budżetu⁴¹. Przy takim charakterze analizowanych wydatków obowiązek finansowania przez podmiot tworzący straty netto s.p.z.o.z. wynikający z art. 59 ust. 2 pkt 1 u.d.l. ma daleko idące konsekwencje dla zasad tworzenia i wykonywania budżetu samorządowego.

Po pierwsze, w świetle art. 242 ust. 1 u.f.p. organ stanowiący j.s.t. nie może uchwalić budżetu, w którym planowane wydatki bieżące są wyższe niż planowane dochody bieżące powiększone o nadwyżkę budżetową i wolne środki, o których mowa w art. 217 ust. 2 pkt 6 u.f.p.⁴² Również na koniec roku budżetowego wykonane wydatki bieżące nie mogą być wyższe niż dochody bieżące powiększone o nadwyżkę i wolne środki⁴³. Konieczność pokrycia straty netto zadłużonego zakładu determinuje możliwość dokonywania innych wydatków bieżących niż te związane z finansowaniem zadłużenia s.p.z.o.z. Katalog wydatków bieżących został przez ustawodawcę określony bardzo szeroko. W art. 236 ust. 3 u.f.p. wskazano jedynie katalog przykładowy, do którego zaliczono m.in. wydatki jednostek budżetowych, w tym wydatki na wynagrodzenia (wraz ze składkami od nich naliczanymi) i wydatki związane z realizacją ich statutowych zadań, dotacje na zadania bieżące, a także wydatki

⁴¹ Pomimo zastąpienia terminu „ujemny wynik finansowy” pojęciem straty netto powoływane rozporządzenie w dalszym ciągu posługuje się nieobowiązującym już na gruncie art. 59 u.d.l. sformułowaniem.

⁴² Zgodnie z art. 217 ust. 2 pkt 6 u.f.p. przez wolne środki należy rozumieć nadwyżkę środków pieniężnych na rachunku bieżącym budżetu j.s.t., wynikającą z rozliczeń wyemitowanych papierów wartościowych, kredytów i pożyczek z lat ubiegłych.

⁴³ W świetle art. 242 ust. 3 u.f.p. wykonane wydatki bieżące mogą być wyższe niż wykonane dochody bieżące powiększone o nadwyżkę budżetową z lat ubiegłych i wolne środki, ale jedynie o kwotę związaną z realizacją wydatków bieżących z udziałem środków pochodzących z budżetu UE oraz niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie EFTA, w przypadku gdy środki te nie zostały przekazane w danym roku budżetowym.

z tytułu poręczeń i gwarancji udzielonych przez j.s.t., przypadające do spłaty w danym roku budżetowym oraz wydatki na obsługę długu j.s.t. Powstanie obowiązku pokrycia straty netto powoduje brak możliwości finansowania bieżącej działalności j.s.t. w prawidłowy sposób odpowiadający jej uzasadnionym potrzebom. Pozostałe wydatki bieżące budżetu samorządowego muszą konkurować z wydatkami przeznaczanymi na pokrycie straty netto s.p.z.o.z.

W krańcowych przypadkach j.s.t. posiadająca niewielkie źródła dochodów bieżących⁴⁴, pełniąca jednocześnie funkcję podmiotu tworzącego wobec kilku zadłużonych s.p.z.o.z., nie będzie w stanie zrównoważyć swojego budżetu w części bieżącej. Na skutek braku możliwości uchwalenia budżetu j.s.t. zgodnie z art. 242 u.f.p. będą miały zastosowanie przepisy art. 240a i 240b u.f.p.⁴⁵

Po drugie, powstanie obowiązku pokrycia straty netto wpływa także na wysokość tzw. indywidualnego wskaźnika zadłużenia wynikającego z art. 243 u.f.p. Istota wskaźnika sprowadza się do tego, iż organ stanowiący j.s.t. nie może uchwalić budżetu, którego realizacja spowoduje, że w roku budżetowym oraz w każdym roku następującym po roku budżetowym relacja łącznej kwoty przypadających w danym roku zobowiązań, o których mowa w art. 243 ust. 1 pkt 1–4 u.f.p.⁴⁶, do planowanych dochodów ogółem budżetu przekroczy średnią arytmetyczną

⁴⁴ Przez dochody bieżące należy rozumieć dochody budżetowe niebędące dochodami majątkowymi (art. 235 ust. 2 u.f.p.). Z art. 235 ust. 3 u.f.p. wynika zamknięty katalog dochodów majątkowych j.s.t., do których zalicza się dotacje i środki przeznaczone na inwestycje, dochody ze sprzedaży majątku oraz dochody z tytułu przekształcenia prawa użytkowania wieczystego w prawo własności.

⁴⁵ Pierwszy z nich nakłada obowiązek opracowania i uchwalenia programu postępowania naprawczego oraz przedłożenia go do zaopiniowania właściwej RIO. Dalej idącą sankcją w przypadku niezachowania równowagi bieżącej części budżetu będzie zastępcze ustalenie budżetu j.s.t. przez RIO, o którym mowa w art. 240b u.f.p.

⁴⁶ Są to kwoty: spłat rat kredytów i pożyczek, o których mowa w art. 89 ust. 1 pkt 2–4 oraz art. 90 u.f.p., wraz z należnymi w danym roku odsetkami od kredytów i pożyczek, o których mowa w art. 89 ust. 1 i art. 90 u.f.p., wykupów papierów wartościowych emitowanych na cele określone w art. 89 ust. 1 pkt 2–4 oraz art. 90 u.f.p., wraz z należnymi odsetkami i dyskontem od papierów wartościowych emitowanych na cele określone w art. 89 ust. 1 i art. 90 u.f.p., a także potencjalnych spłat kwot wynikających z udzielonych poręczeń i gwarancji.

z obliczonych dla ostatnich trzech lat realizacji jej dochodów bieżących powiększonych o dochody ze sprzedaży majątku oraz pomniejszych o wydatki bieżące do dochodów ogółem budżetu.

Indywidualny wskaźnik zadłużenia stanowi formalnoprawne ograniczenie możliwości zaciągania zobowiązań przez samorządy⁴⁷. W poprzednio obowiązującej ustawie o finansach publicznych z 2005 r.⁴⁸ wysokość wydatków bieżących budżetu j.s.t. nie miała wpływu na ustawowy limit zadłużenia. Zgodnie z art. 169 u.f.p. z 2005 r. wskazane w tym przepisie kwoty z tytułu przypadających w danym roku budżetowym zobowiązań dłużnych nie mogły przekroczyć 15% planowanych na dany rok budżetowy dochodów jednostki. Łączna kwota długu j.s.t. na koniec roku budżetowego nie mogła natomiast przekroczyć 60% wykonanych dochodów ogółem w danym roku budżetowym (art. 170 ust. 1 u.f.p. z 2005 r.). Wysokość wydatków bieżących związanych z finansowaniem funkcjonującego wówczas ujemnego wyniku finansowego nie miała istotnego wpływu na możliwość zaciągania zobowiązań przez samorządy. Wysokość wydatków przeznaczanych na pokrycie ujemnego wyniku finansowego zadłużonego s.p.z.o.z. miała jednak ogólny wpływ na sytuację finansową j.s.t. jako podmiotu tworzącego oraz ograniczała możliwości finansowania innych zadań.

Wprowadzenie indywidualnego wskaźnika zadłużenia miało na celu ograniczenie możliwości zadłużania się przez j.s.t. poprzez uzależnienie wysokości możliwego długu od indywidualnej zdolności spłaty długu przez poszczególne jednostki. Na indywidualną zdolność w zakresie spłaty zobowiązań dłużnych zasadniczy wpływ ma tzw. nadwyżka operacyjna, przez którą należy rozumieć dodatnią różnicę pomiędzy dochodami bieżącymi a wydatkami tego samego rodzaju⁴⁹.

⁴⁷ E. Kornberger-Sokołowska, *Komentarz do art. 243 [w:] W. Misiąg, Ustawa o finansach...*, s. 766.

⁴⁸ Ustawa z 30.06.2005 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.).

⁴⁹ K. Sawicka, *Zastępcze ustalenie budżetu jednostki samorządu terytorialnego w świetle art. 240a i 240b u.f.p. [w:] Finanse samorządowe...*, s. 127 i 130.

Z treści wskaźnika zadłużenia wynika, że im większa wysokość wydatków bieżących w poprzednich trzech latach budżetowych, tym mniejsza możliwość zaciągania przez j.s.t. zobowiązań. Umiejscowienie tzw. nadwyżki operacyjnej w każdym liczniku ułamkowym prawej części algorytmu wynikającego z art. 243 ust. 1 u.f.p., stanowiącego sposób obliczania zdolności płatniczej w zakresie zobowiązań dłużnych j.s.t., determinuje dbałość organów jednostki o wygenerowanie w każdym roku budżetowym dochodów bieżących na możliwie jak najwyższym poziomie przy jednoczesnym ograniczeniu wydatków bieżących do relatywnie niskiego pułapu⁵⁰.

Jeżeli w okresie trzech lat przed rokiem budżetowym, którego dotyczy uchwalana uchwała budżetowa, j.s.t. jako podmiot tworzący s.p.z.o.z., realizując nałożony na nią obowiązek pokrycia jego straty netto, dokona wydatków bieżących w tym zakresie, jej indywidualna zdolność do zaciągania zobowiązań zostanie obniżona. Możliwość zaciągania zobowiązań dłużnych będzie uzależniona od wysokości wydatku dokonanego w celu pokrycia wypracowanej przez zadłużony s.p.z.o.z. straty netto.

Powyższe ustalenia prowadzą do wniosku, że dokonywanie wydatków budżetowych w celu pokrycia straty netto wpływa niekorzystnie na sytuację finansową j.s.t. pełniących funkcję podmiotów tworzących zadłużone zakłady. W sposób zasadniczy ogranicza to możliwości realizacji innych zadań własnych j.s.t. niż zadania z zakresu ochrony zdrowia. Wydatki budżetowe przeznaczone na pokrycie straty netto determinują w istotny sposób indywidualną zdolność j.s.t. do zaciągania zobowiązań. Przy założeniu, że j.s.t. nie są przekazywane nowe źródła dochodów bieżących, a tym samym ogólna wysokość ich dochodów bieżących nie wzrasta w zasadniczy sposób, należy przyjąć, że im wyższa wysokość straty netto, do której pokrycia zobowiązana jest j.s.t., tym mniejsza możliwość finansowania innych wydatków bieżących, w tym także tych, które mają zasadniczy wpływ na funkcjonowanie j.s.t.

⁵⁰ Na etapie opracowywania i uchwalania budżetu organy j.s.t. mogą zaplanować dochody z tytułu sprzedaży majątku, które na gruncie art. 243 ust. 1 u.f.p. mogą w przyszłości zwiększyć indywidualną możliwość zaciągania zobowiązań na skutek dodania wpływów z tego tytułu do wypracowanej tzw. nadwyżki operacyjnej.

Mimo wprowadzenia ponownej możliwości tworzenia s.p.z.o.z. realizacja zadań własnych z zakresu ochrony zdrowia przez j.s.t. w tej formie organizacyjno-prawnej niesie za sobą daleko idące skutki dla danego budżetu samorządowego, których j.s.t. nie jest w stanie do końca przewidzieć na etapie tworzenia nowego zakładu. Trzeba zatem ustalić, czy w świetle art. 59 ust. 2 u.d.l. istnieje korzystniejsza dla budżetu samorządowego możliwość sfinansowania zadłużenia s.p.z.o.z.

W przypadku likwidacji albo przekształcenia s.p.z.o.z. podmiot tworzący ma obowiązek przejścia jego zobowiązań bez względu na przyczyny podjęcia przez organ stanowiący j.s.t. decyzji o zakończeniu działalności zakładu lub zmiany jego formy organizacyjno-prawnej. Przejście zobowiązań likwidowanego albo przekształcanego zakładu, w tym s.p.z.o.z., którego strata netto nie została pokryta, powoduje, że j.s.t. jako podmiot tworzący odpowiada całym swoim majątkiem za przejęte zobowiązania i powinna je traktować jako własne.

Konieczne jest ustalenie, czy j.s.t. przejmując zobowiązania s.p.z.o.z., może dokonywać wewnętrznego podziału wydatków przeznaczanych na spłatę tych zobowiązań na wydatki bieżące i wydatki majątkowe, mając na uwadze cel, na jaki zlikwidowany bądź przekształcony s.p.z.o.z. je zaciągnął. Charakter prawny wydatków przeznaczanych na spłatę zobowiązań miałby istotne znaczenie, gdyby zostały one pierwotnie zaciągnięte przez j.s.t. Inaczej sytuacja kształtuje się w przypadku zobowiązań przejętych przez j.s.t. Muszą one być zakwalifikowane przez j.s.t. jako wydatki bieżące, skoro katalog wydatków majątkowych z art. 236 ust. 4 u.f.p. nie zawiera wydatków na spłatę przejętych przez j.s.t. zobowiązań. Nawet jeżeli uznać, że wydatki budżetu związane ze spłatą zobowiązań s.p.z.o.z. pierwotnie przeznaczonych przez ten zakład na inwestycje lub zakupy inwestycyjne spełniają przedmiotowe kryterium z art. 236 ust. 4 pkt 1 u.f.p., to nie można ich kwalifikować jako wydatków majątkowych budżetu właściwej j.s.t.

Wydatki majątkowe są ponoszone na inwestycje jednostek budżetowych funkcjonujących w ramach j.s.t. Mogą być także przeznaczone na inwestycje innych podmiotów, ale tylko w prawnej formie dotacji. Wydatki na zakup i objęcie akcji i udziałów oraz wniesienie wkładów do spółek

prawa handlowego skutkują natomiast powiększeniem finansowych aktywów trwałych jednostki⁵¹. W przypadku wydatków przeznaczanych na spłatę zobowiązań zlikwidowanego bądź przekształcanego zakładu j.s.t. nie ponosi wydatków na własne inwestycje ani na zwiększenie własnych aktywów trwałych. Tym samym nie dokonuje ona samodzielnie inwestycji, jest natomiast zobowiązana do poniesienia ich skutków finansowych. Dlatego nie jest możliwe kwalifikowanie jakichkolwiek wydatków z budżetu j.s.t. związanych ze spłatą przejętych zobowiązań jako wydatków majątkowych.

Zgodnie z powyższymi ustaleniami oraz wnioskami wyciągniętymi z analizy skutków dokonywania przez j.s.t. wydatków przeznaczanych na finansowanie straty netto zadłużonego zakładu uzasadnione jest twierdzenie, że im wyższe wydatki jednostki jako podmiotu tworzącego związane ze spłatą zobowiązań zaciągniętych przez s.p.z.o.z., tym większe jej ograniczenia w kształtowaniu budżetu.

Z porównania skutków dokonywania wydatków z budżetu samorządowego przeznaczanych na pokrycie straty netto zadłużonego zakładu i spłaty zobowiązań zlikwidowanego s.p.z.o.z. wynika, że dla zachowania wymaganych przepisami art. 242 i 243 u.f.p. parametrów budżetowych oraz konsekwencji z tym związanych bez znaczenia pozostaje sposób pokrycia zadłużenia zakładu, dla którego j.s.t. jest podmiotem tworzącym. Jak już ustalono, w przypadku wystąpienia straty netto w świetle obecnego brzmienia art. 59 u.d.l. podmiot tworzący nie ma możliwości przekształcenia s.p.z.o.z. Przekształcenie nie może być zatem rozwiązaniem dla zadłużonego zakładu, który poniósł stratę netto. Z dotychczasowych ustaleń wynika, że organ stanowiący j.s.t., kierując się jedynie finansowymi konsekwencjami dla budżetu samorządowego, jakie niesie za sobą funkcjonowanie zadłużonego s.p.z.o.z., powinien podjąć decyzję o likwidacji zakładu.

⁵¹ K. Sawicka, *Komentarz do art. 236* [w:] M. Karlikowska, W. Miemiec, Z. Ofiarski, K. Sawicka, *Ustawa o finansach publicznych...*, s. 632; J. Glumińska-Pawlic, *Co należy rozumieć przez pojęcie „wydatki majątkowe”* [w:] *Finanse samorządowe 2008*, red. C. Kosikowski, Warszawa 2008, s. 266.

Należy jednak podkreślić, że w przypadku likwidacji s.p.z.o.z. (bądź jego przekształcenia) j.s.t. jest zobligowana do przejęcia wszystkich zobowiązań, bez względu na ich rodzaj oraz charakter prawny, w tym zobowiązań, które nie stały się jeszcze wymagalne. W przypadku likwidacji lub przekształcenia zadłużonych s.p.z.o.z. na podmiocie tworzącym będzie zatem ciążył również obowiązek spłaty zobowiązań powstałych na skutek zaciągnięcia przez dany zakład kredytów lub pożyczek. Przeznaczenie środków publicznych przez j.s.t. na spłatę kredytów i pożyczek w świetle przepisów ustawy o finansach publicznych jest kwalifikowane jako rozchody publiczne. Brak definicji legalnej rozchodów publicznych, ich katalog wynika jednak z art. 6 ust. 2 u.f.p.⁵² W nauce prawa finansowego wskazuje się, że wyliczenie zawarte w powoływanym przepisie ma charakter zamknięty⁵³. Zgodnie z art. 6 ust. 2 pkt 1 u.f.p. rozchodami publicznymi są spłaty otrzymanych kredytów i pożyczek. Cele, na jakie samorządy mogą zaciągać kredyty i pożyczki, wynikają z art. 89 ust. 1 i art. 90 u.f.p.⁵⁴ W większości przypadków spłata zaciągniętego kredytu lub pożyczki będzie kwalifikowana jako rozchód budżetu jednostki w rozumieniu art. 6 ust. 2 u.f.p. Instytucja rozchodów jest ściśle powiązana z przychodami j.s.t. Konsekwencją uzyskania przychodów jest, co do zasady, obowiązek ich spłaty w prawnej formie rozchodu budżetowego.

⁵² Do kategorii rozchodów ustawodawca zaliczył: spłaty otrzymanych pożyczek i kredytów, wykup papierów wartościowych, udzielone pożyczki i kredyty, płatności wynikające z odrębnych ustaw, których źródłem finansowania są przychody z prywatyzacji majątku Skarbu Państwa, inne operacje finansowe związane z zarządzaniem długiem publicznym i płynnością, a także płatności związane z udziałami Skarbu Państwa w międzynarodowych instytucjach finansowych.

⁵³ E. Ruśkowski, *Komentarz do art. 6 [w:] Finanse publiczne. Komentarz praktyczny*, red. E. Ruśkowski, J. Salachna, Gdańsk 2013, s. 95; Z. Ofiarski, *Komentarz do art. 6 [w:] M. Karlikowska, W. Miemieć, Z. Ofiarski, K. Sawicka, Ustawa o finansach publicznych...*, s. 30.

⁵⁴ W świetle art. 89 ust. 1 u.f.p. jednostki samorządu terytorialnego mogą m.in. zaciągać kredyty i pożyczki na: pokrycie występującego w ciągu roku przejściowego deficytu budżetowego, finansowanie planowanego deficytu budżetowego, spłatę wcześniej zaciągniętych zobowiązań z tytułu emisji papierów wartościowych oraz zaciągniętych pożyczek i kredytów, wyprzedzające finansowanie działań finansowanych ze środków pochodzących z budżetu UE. Na podstawie art. 90 u.f.p. jednostki samorządu terytorialnego mogą także zaciągać pożyczki w państwowych funduszach celowych na finansowanie wydatków inwestycyjnych w ramach przedsięwzięć, o których mowa w art. 226 ust. 3 u.f.p. (jeżeli ustawa tworząca fundusz tak stanowi).

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że spłaty zobowiązań j.s.t. będą mogły być zakwalifikowane jako rozchody wówczas, gdy zobowiązania zaciągnięto w celu finansowania budżetu danej jednostki⁵⁵. W przypadku zobowiązań dłużnych przejętych przez jednostki na skutek likwidacji bądź przekształcenia s.p.z.o.z. nie dochodzi do spłaty zaciągniętych kredytów i pożyczek przeznaczonych na finansowanie budżetu. Ponadto z art. 6 ust. 2 pkt 1 u.f.p. wynika konieczność otrzymania spłacanej przez j.s.t. kredytu lub pożyczki. Spłata kredytu na skutek przejęcia zobowiązań nie jest realizacją zobowiązania pierwotnie zaciągniętego przez jednostkę i przeznaczonego na jej wydatki. Zatem środki przeznaczone na spłatę przejętych zobowiązań z tytułu zaciągniętych przez s.p.z.o.z. kredytów lub pożyczek nie mogą być kwalifikowane jako rozchody w rozumieniu art. 6 ust. 2 u.f.p. Nie są one w żaden sposób powiązane z otrzymanymi przychodami. Spłata zobowiązań s.p.z.o.z. z tytułu zaciągniętych kredytów i pożyczek powinna być dokonywana w prawnej formie wydatku bieżącego budżetu. Wydatek związany ze spłatą tego rodzaju zobowiązań ma w świetle art. 236 u.f.p. taki sam charakter prawny jak inne wydatki bieżące, w taki sam sposób wpływa też na wysokość parametrów budżetowych w świetle art. 242 i 243 u.f.p.

Nie istnieją zatem istotne różnice w zakresie charakteru prawnego wydatków dokonywanych w celu pokrycia straty netto wypracowanej w danym roku obrotowym przez zadłużony s.p.z.o.z. i obowiązku spłaty przejętych po nim zobowiązań. Zasadniczą różnicą, mogącą mieć istotny wpływ na sytuację finansową samorządu, jest bezpośrednia odpowiedzialność za przejęte zobowiązania na gruncie prawa cywilnego. W przypadku uzasadnionego roszczenia wierzyciela zakładu, który na skutek przejęcia zobowiązania stał się wierzycielem j.s.t. jako podmiotu tworzącego, jednostka zobowiązana jest do spełnienia żądanego świadczenia. W przypadku obowiązku pokrycia straty netto zakładu przez podmiot tworzący, jego odpowiedzialność z tytułu bezprawnego zaniechania dokonania pokrycia wypracowanej straty na podstawie art. 417 § 1 k.c. w świetle orzecznictwa sądów powszechnych nie zawsze będzie przesądzona, co już zostało wyżej ustalone.

⁵⁵ R. Trykoczko, *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz dla jednostek samorządu terytorialnego*, Warszawa 2010, s. 17.

Z problematyką odpowiedzialności cywilnej j.s.t. z tytułu likwidacji s.p.z.o.z. wiąże się także konieczność restrukturyzacji przejętych zobowiązań. W większości przypadków j.s.t. nie ma realnej możliwości spłaty wszystkich zobowiązań niezwłocznie po ich przejęciu. Należy wskazać, że w przypadku przejęcia zobowiązań zadłużonego zakładu na skutek jego likwidacji w zdecydowanej ich części termin wymagalności upłynął. Dlatego niezwłoczne spełnienie świadczeń pieniężnych na rzecz wierzycieli zlikwidowanego zakładu powoduje konieczność poszukiwania przez j.s.t. zwrotnych źródeł finansowania w celu dobrowolnej realizacji przejętych zobowiązań. Skutkuje to zwiększeniem deficytu budżetowego j.s.t. oraz kosztów obsługi zadłużenia. Pozyskanie źródeł finansowania zobowiązań zadłużonego s.p.z.o.z. w formie przychodów budżetu j.s.t. z tytułu zaciągnięcia kredytów, pożyczek lub emisji papierów wartościowych może być dokonywane w celu pokrycia występującego w ciągu roku przejściowego deficytu budżetowego lub finansowania planowanego deficytu j.s.t. Wynika to z zamkniętego katalogu celów, na jakie j.s.t. może zaciągać kredyty i pożyczki lub emitować papiery wartościowe⁵⁶.

Dochodzi zatem do zadłużania się samorządów na skutek obligatoryjnego zaspokojenia wierzytelności pierwotnie zaciągniętych przez inny podmiot. Zaciągnięcie zobowiązań, którego celem jest spłata wymagalnego zadłużenia przejętego zakładu, uniemożliwia pozyskiwanie tego rodzaju źródeł finansowania w celu realizacji innych przedsięwzięć, w tym dokonywania inwestycji. Konieczność finansowania spłat przejętych przez jednostki zobowiązań uzyskanymi przychodami wymaga zwiększenia rozchodów budżetowych i wydatków przeznaczanych na obsługę zaciągniętego długu, które w świetle art. 243 u.f.p. mają zasadnicze znaczenie dla konstrukcji budżetu samorządowego w latach budżetowych, w których będą dokonywane.

⁵⁶ M. Tyniewicki, *Komentarz do art. 89 [w:] Finanse publiczne...*, red. E. Ruśkowski, J. Salachna, s. 376. Poza wskazanymi celami jednostka samorządu terytorialnego może zaciągać kredyty i pożyczki oraz emitować papiery wartościowe w celu spłaty wcześniej zaciągniętych zobowiązań z wymienionych tytułów lub na wyprzedzające finansowanie działań finansowanych ze środków pochodzących z budżetu UE.

Obowiązek likwidacji zadłużonego s.p.z.o.z. ma zatem duży wpływ na konstrukcję budżetu j.s.t. Ma także znaczenie dla zakresu realizowanych przez nią zadań determinowanych wielkością posiadanych środków finansowych, na którą wpływa spłata zobowiązań powstałych na skutek działalności zlikwidowanego s.p.z.o.z. Występowanie zadłużenia s.p.z.o.z., dla których podmiotami tworzącymi są jednostki samorządu terytorialnego, ma charakter powszechny⁵⁷. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że jedną z przyczyn występującego wśród tego rodzaju podmiotów leczniczych zadłużenia jest zbyt niskie finansowanie przez NFZ świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń, których natychmiastowego udzielania nie można odmówić ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (art. 15 u.d.l.)⁵⁸.

W świetle obowiązujących przepisów samorządy nie mają prawnego obowiązku finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez s.p.z.o.z., dla których są one podmiotami tworzącymi. Wystąpienie straty netto powoduje po stronie podmiotu tworzącego obowiązek jej pokrycia albo podjęcie decyzji o likwidacji zadłużonego s.p.z.o.z. W świetle art. 59 ust. 2 i art. 60 u.d.l., bez względu na wybór podmiotu tworzącego pomiędzy obowiązkiem pokrycia straty netto i likwidacją zakładu, j.s.t. w każdym z przypadków będzie zobowiązana do poniesienia konsekwencji finansowych działalności zakładu. Jeżeli uznać, że jednym z czynników mających wpływ na występowanie zadłużenia wśród s.p.z.o.z. jest niedoszacowanie wartości udzielanych przez nie świadczeń, które finansowane są w ramach umowy z NFZ, to należy przyjąć, iż obowiązek pokrycia powstałej straty netto oraz odpowiedzialność j.s.t. jako podmiotu tworzącego za zobowiązania zlikwidowanego zakładu prowadzą w sposób pośredni do obligatoryjnego finansowania świadczeń zdrowotnych przez j.s.t. W świetle przepisów art. 114–115 u.d.l., stanowiących podstawę fakultatywnego finansowania niektórych inwestycji i przedsięwzięć podmiotów wykonujących dzia-

⁵⁷ D. Woźniak, *Przekształcenia w systemie ochrony zdrowia i ich wpływ na zadłużenie j.s.t.* [w:] *Zadłużenie jednostek samorządu terytorialnego. Wyzwania w obliczu nowej perspektywy finansowej UE*, red. P. Walczak, Warszawa 2014, s. 297.

⁵⁸ M. Dercz, *Komentarz do art. 59 [w:] M. Dercz, T. Rek, Ustawa o działalności leczniczej...*, s. 277.

łałość leczniczą, w tym s.p.z.o.z., wydaje się, iż ustawodawca ma świadomość tego, że wynagrodzenie otrzymywane z tytułu wykonywania przez zakład umowy zawartej z NFZ nie zawsze jest na odpowiednim poziomie zapewniającym prawidłowe funkcjonowanie zakładu, którego głównym przedmiotem działalności jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Obciążenie samorządów obowiązkiem pokrycia straty netto albo podjęcia decyzji o likwidacji zadłużonego s.p.z.o.z. będące konsekwencją przejścia zobowiązań zakładu na skutek zaistnienia przesłanek, o których mowa w art. 59 ust. 2 pkt 1 i 2 u.d.l.⁵⁹, powoduje, że j.s.t. ponoszą odpowiedzialność za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia przy jednoczesnym znikomym ich wpływie na jego kształt. Nałożenie na samorządy tego rodzaju obowiązków, mających zasadnicze znaczenie dla konstrukcji ich budżetów, wydaje się nieuzasadnione. Budżety samorządowe nie powinny być obciążone finansowaniem zobowiązań podmiotów trzecich, na których genezę jednostka nie ma większego wpływu. Obowiązek ponoszenia odpowiedzialności za zobowiązania s.p.z.o.z. może być uzasadniony wówczas, gdy organy jednostki miały lub mogły mieć wpływ na przyczyny ich powstania albo mogły zapobiec ich powstaniu. Wydaje się jednak, iż *de lege ferenda* nie jest możliwe uzależnienie ponoszenia obowiązków, o których mowa w art. 59 ust. 2 i art. 72 u.d.l., od okoliczności faktycznych, na które wpływ miały organy j.s.t. Trudno bowiem wprowadzić obiektywne kryteria ustalenia okoliczności, na podstawie których doszło do zadłużenia s.p.z.o.z.

Z obecnie obowiązującą regulacją prawną w zakresie zasad pokrywania straty netto z budżetów samorządowych wiąże się także problematyka bieżącego finansowania działalności zadłużonych zakładów w trakcie roku budżetowego. Artykuł 59 u.d.l. nie stanowi podstawy prawnej przekazania s.p.z.o.z. środków finansowych pochodzących z budżetu j.s.t. w innym celu niż na pokrycie wygenerowanej straty. Nie ma zatem możliwości doraźnego finansowania zadłużenia zakładów. Dlatego

⁵⁹ Bądź przejścia zobowiązań przekształcanego do wartości wskaźnika wynikającego z art. 72 ust. 1 pkt 1 u.d.l.

j.s.t. finansują s.p.z.o.z. poprzez udzielanie im pożyczek⁶⁰. Dla budżetu samorządowego tego rodzaju nakłady finansowe stanowią rozchody (art. 6 ust. 2 pkt 3 u.f.p.). Z punktu widzenia s.p.z.o.z. środki z tytułu udzielonej pożyczki są zwrotnym źródłem finansowania działalności. Nie zawsze jednak w ostatecznym rozrachunku pożyczka będzie miała charakter zwrotny. W praktyce dochodzi bowiem do ich umorzenia. Stanowi to sposób wyprzedzającego finansowania straty zadłużonych s.p.z.o.z.⁶¹ Udzielenie pożyczki pozwala zakładom na bieżącą realizację swoich zobowiązań bez konieczności oczekiwania na pokrycie straty netto zgodnie z zasadami wyrażonymi w art. 59 u.d.l.

2.1.2. Prawno-finansowe aspekty tworzenia i przystępowania do spółek prawa handlowego

Z możliwością tworzenia i prowadzenia przez j.s.t. podmiotów leczniczych w formie spółek kapitałowych wiąże się konieczność dokonywania wydatków budżetowych przeznaczanych na zakup i objęcie akcji i udziałów oraz wniesienie wkładów. Zasady nabywania akcji i udziałów oraz wnoszenia wkładów do spółek kapitałowych przez j.s.t. wynikają z samorządowych ustaw ustrojowych, a przede wszystkim z Kodeksu spółek handlowych. Nie mają tu natomiast zastosowania przepisy ustawy o gospodarce komunalnej⁶². W przypadku podmiotów leczniczych działających w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością ich kapitał zakładowy dzieli się na udziały o równej albo nierównej wartości

⁶⁰ W. Gonet, *Beneficjenci pożyczek, gwarancji i poręczeń...*

⁶¹ Por. uchwałę Zarządu Województwa Dolnośląskiego nr 5/V/14 z 29.12.2014 r. w sprawie umorzenia należności Województwa Dolnośląskiego przysługującej od Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, <http://bip.umwd.dolnyslask.pl/dokument,iddok,27333,idmp,430,r,r> (dostęp: 2.11.2016 r.).

⁶² Zasady nabywania akcji i udziałów oraz wnoszenia wkładów do spółek kapitałowych zostaną przedstawione w sposób syntetyczny jedynie na potrzeby ustalenia celu dokonywania wydatków budżetowych, szczególnie kwestie związane z nabywaniem akcji i udziałów oraz wnoszeniem wkładów do spółek prawa handlowego wykraczają bowiem poza zakres przedmiotowy nauki prawa finansowego.

nominalnej i nie może być niższy niż 5000 zł (art. 152 i 154 § 2 k.s.h.)⁶³. Na podstawie art. 257 § 2 k.s.h. istnieje także możliwość podwyższenia kapitału zakładowego spółki poprzez podwyższenie wartości nominalnej udziałów istniejących lub ustanowienie nowych⁶⁴. Objęcie przez j.s.t. nowych udziałów w spółce z ograniczoną odpowiedzialnością wiąże się z dokonywaniem wydatków już na etapie funkcjonowania, a nie tworzenia podmiotu leczniczego⁶⁵.

W przypadku spółki akcyjnej jej kapitał zakładowy dzieli się na akcje o równej wartości nominalnej i powinien wynosić co najmniej 100 000 zł (art. 302 i 308 § 1 k.s.h.). Akcjonariusz spółki obowiązany jest do wniesienia pełnego wkładu na akcje. Terminy i wysokość wpłat określa statut lub uchwała walnego zgromadzenia⁶⁶. Kapitał zakładowy spółki akcyjnej jako podmiotu leczniczego również może być podwyższony, podobnie jak kapitał spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. Jego podwyższenie następuje w drodze emisji nowych akcji lub w drodze podwyższenia wartości dotychczasowych (art. 431 § 1 k.s.h.). Zgodnie z art. 442 § 1 k.s.h. kapitał może także zostać podwyższony ze środków własnych spółki, co powoduje, że j.s.t. nie musi dokonywać wydatków na objęcie nowych akcji. W przypadku obu rodzajów spółek kapitałowych występuje możliwość wniesienia przez wspólnika wkładu pieniężnego lub niepieniężnego w postaci aportu.

⁶³ J. Strzępka, E. Zielińska, *Komentarz do art. 152 i 154 [w:] Kodeks spółek handlowych. Komentarz*, red. J. Strzępka, Warszawa 2015, s. 380 i 383. Umowa spółki stanowi, czy wspólnik może mieć tylko jeden, czy więcej udziałów. Jeżeli wspólnik może mieć więcej niż jeden udział, wówczas wszystkie udziały w kapitale zakładowym powinny być równe i są niepodzielne, co wynika z art. 153 k.s.h. Udziały nie mogą być natomiast obejmowane poniżej ich wartości nominalnej. Jeżeli udział jest obejmowany po cenie wyższej od wartości nominalnej, nadwyżkę przelewa się do kapitału zapasowego (art. 154 § 3 k.s.h.).

⁶⁴ A. Szajkowski, M. Tarska, *Komentarz do art. 257 [w:] Kodeks spółek handlowych*, t. II, *Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością*, red. S. Sołtyński, A. Szajkowski, A. Szumański, J. Szwaja, Warszawa 2014, s. 742 i n.

⁶⁵ Jeżeli kapitał zakładowy spółki zostanie podwyższony z jej środków własnych, wówczas nowe udziały przysługują j.s.t. w stosunku do jej dotychczasowych udziałów i nie wymagają ich objęcia oraz dokonania wydatku na ich nabycie. To samo należy odnieść do podwyższenia wartości nominalnej dotychczasowych udziałów (art. 260 § 2 i 3 k.s.h.).

⁶⁶ T. Siemiątkowski, R. Potrzyszcz, *Komentarz do art. 329 i 330 [w:] Kodeks spółek handlowych. Komentarz*, t. 3, *Tytuł III. Spółki kapitałowe. Dział II. Spółka akcyjna*, red. T. Siemiątkowski, R. Potrzyszcz, Warszawa 2012, s. 181–182 i 186.

Z przepisów Kodeksu spółek handlowych nie wynikają jakiegokolwiek odrębności w zakresie finansowania spółek kapitałowych j.s.t., w tym spółek wykonujących działalność leczniczą. Fakt posiadania przez spółkę kapitałową statusu podmiotu leczniczego, a także funkcjonowania w ramach sektora samorządowego, nie ma znaczenia dla stosowania wobec niej oraz jej wspólników lub akcjonariuszy szczególnych zasad wnoszenia wkładów pieniężnych.

Wydatki na zakup i objęcie akcji i udziałów oraz wniesienie wkładów do spółek prawa handlowego są przez ustawodawcę zaliczane do katalogu wydatków majątkowych budżetu samorządowego, o których mowa w art. 236 ust. 4 u.f.p. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że wydatki na zakup i objęcie akcji (udziałów) dotyczą jedynie spółek kapitałowych. Wydatki związane z wniesieniem wkładów do spółek prawa handlowego mają dotyczyć natomiast handlowych spółek osobowych. Podkreśla się przy tym, że w przypadku finansowania jednoosobowych spółek komunalnych poprzez dokonywanie wydatków na etapie tworzenia spółki lub podwyższania jej kapitału zakładowego nie ma podstaw do rozróżniania wydatków majątkowych na wydatki związane z zakupem i objęciem akcji (udziałów) oraz wydatki na wniesienie wkładów⁶⁷. Wydatki na wniesienie wkładów do spółki są bowiem jednocześnie wydatkami na zakup i objęcie akcji lub udziałów⁶⁸.

Bez względu na przynależność wydatków związanych z tworzeniem i podwyższaniem kapitału zakładowego samorządowych spółek kapitałowych do jednej z dwóch wyżej wymienionych grup ważne jest, że są one kwalifikowane jako wydatki majątkowe budżetu samorządowego. Ma to istotne znaczenie dla struktury dochodów i wydatków budżetu j.s.t., w zasadniczy sposób wpływa także na wysokość indywidualnego wskaźnika zadłużenia oraz pośrednio na równowagę bieżącej części budżetu. Charakter prawny wydatków na zakup i objęcie akcji lub udziałów

⁶⁷ M. Bitner, *Samorządowe spółki prawa handlowego jako podmioty przejmujące realizację zadań publicznych* [w:] *Finansowanie zadań przez jednostki samorządu terytorialnego. Niestandardowe instrumenty finansowe, spółki komunalne, zamówienia in-house*, red. P. Walczak, Warszawa 2016, s. 254.

⁶⁸ M. Bitner, *Samorządowe spółki prawa handlowego...*, s. 254.

w spółkach kapitałowych prowadzących działalność leczniczą ma istotne znaczenie dla podjęcia przez organy jednostki decyzji w przedmiocie formy wykonywania nałożonych na nią zadań własnych z zakresu ochrony zdrowia. Z punktu widzenia parametrów budżetowych oraz rygorów wynikających z art. 242 i 243 u.f.p. korzystniejszą dla j.s.t. formą prawną wykonywania wskazanych zadań jest spółka kapitałowa niż s.p.z.o.z.

Wynika to po pierwsze z różnicy charakteru dokonywanych wydatków budżetowych na finansowanie działalności komunalnych spółek kapitałowych i s.p.z.o.z., zwłaszcza gdy podmioty te znajdują się w trudnej sytuacji finansowej lub występuje po ich stronie stan zadłużenia. Wydatki na rzecz spółek kapitałowych mają charakter majątkowy. W przypadku konieczności zapewnienia przez samorząd dalszego funkcjonowania spółki będącej podmiotem leczniczym i zagwarantowania ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych istnieje możliwość jej dofinansowania z budżetu samorządowego poprzez podwyższenie kapitału zakładowego. Bez wątpienia tego rodzaju wydatek obciąża budżet j.s.t. i uniemożliwia przeznaczenie tej części środków na inne zadania własne. Nie wpływa on jednak negatywnie na możliwość zaciągania zobowiązań dłużnych przez jednostkę i utrzymanie prawidłowego poziomu indywidualnego wskaźnika zadłużenia. W konstrukcji algorytmu z art. 243 ust. 1 u.f.p. nie uwzględniono bowiem wydatków majątkowych. Ponadto wydatek majątkowy związany z koniecznością dofinansowania spółki nie ma znaczenia dla obowiązku zachowania równowagi budżetu w jego części operacyjnej. W przypadku wystąpienia trudnej sytuacji finansowej w trakcie roku obrotowego j.s.t. dysponuje możliwością bezzwrotnego dofinansowania spółki. Tryb, wysokość oraz termin podwyższenia kapitału zakładowego są uzależnione wyłącznie od woli zgromadzenia wspólników, a także od możliwości finansowych j.s.t. będących wspólnikiem albo akcjonariuszem spółki oraz decyzji organu stanowiącego.

W przypadku s.p.z.o.z. pokrycie wygenerowanej przez zakład straty netto może nastąpić jedynie po jej ustaleniu, a zatem najwcześniej po zakończeniu roku obrotowego. Inaczej kształtuje się możliwość bieżącego dofinansowania podmiotu leczniczego działającego w formie spółki komunalnej. W sytuacji wystąpienia zadłużenia s.p.z.o.z. jedynym sposobem jego dofinansowania przez j.s.t. jest dokonanie wydatku

w celu pokrycia straty netto, który jest zaliczany do katalogu wydatków bieżących. Ma zatem negatywny wpływ na finanse j.s.t., co zostało już ustalone w tej części pracy.

Po drugie, zgodnie z ogólną regułą wynikającą z art. 40 § 1 w zw. z art. 40 § 3 k.c., j.s.t. nie ponoszą odpowiedzialności za zobowiązania samorządowych osób prawnych, chyba że przepis szczególny stanowi inaczej⁶⁹. Spółka kapitałowa bez względu na posiadany status podmiotu leczniczego oraz komunalny charakter ma w świetle art. 5 ust. 1 i 2 pkt 1 Prawa upadłościowego zdolność upadłościową. W przypadku ogłoszenia upadłości tryb zaspokojenia jej wierzycieli będzie taki sam jak w przypadku innych tego rodzaju podmiotów. Ewentualną odpowiedzialność za zobowiązania spółki poniosą członkowie jej zarządu, a także inne osoby mające prawo do prowadzenia spraw spółki i jej reprezentowania (art. 299 k.s.h. i art. 21 ust. 3 Prawa upadłościowego). Odmienna sytuacja występuje w przypadku zobowiązań s.p.z.o.z. Odpowiedzialność j.s.t. jako podmiotu tworzącego s.p.z.o.z. z tytułu niepokrycia straty netto oraz niepodjęcia działań, o których mowa w art. 59 ust. 2 pkt 2 u.d.l., zmierzających w kierunku jego likwidacji na podstawie art. 417 § 1 k.c. nie została dotychczas jednoznacznie rozstrzygnięta. Nie oznacza to jednak, że jednostka samorządowa nie ponosi jakiegokolwiek odpowiedzialności za zobowiązania swojego zakładu. W przypadku jego likwidacji zobowiązania s.p.z.o.z. stają się w całości zobowiązaniami j.s.t. będącej dla niego podmiotem tworzącym. Z punktu widzenia dbałości o zachowanie stabilności finansowej oraz chęci uniknięcia przejęcia zobowiązań innego podmiotu, na których powstanie organy j.s.t. nie zawsze mają i mogą mieć wpływ, rozwiązaniem bezpieczniejszym dla j.s.t. jest prowadzenie podmiotów leczniczych w formie spółek kapitałowych.

W świetle powyższych argumentów, biorąc pod uwagę jedynie względy natury budżetowej, trzeba uznać, że kształt obecnie obowiązujących przepisów zachęca j.s.t. do wykonywania zadań własnych z zakresu ochrony zdrowia w organizacyjno-prawnych formach spółek kapitałowych. Pomija się jednak przy tym negatywne skutki powierzania wyko-

⁶⁹ Z art. 40 k.c. wynika także, iż samorządowe osoby prawne nie ponoszą odpowiedzialności za zobowiązania jednostek samorządu terytorialnego.

nywania zadań publicznych tego rodzaju samorządowym osobom prawnym. Jak to już wskazano, do dnia wejścia w życie nowelizacji ustawy o działalności leczniczej z 10.06.2016 r. istniała możliwość nieograniczonej prywatyzacji komunalnych spółek kapitałowych posiadających status podmiotów leczniczych. Do tego czasu przekształcenie s.p.z.o.z. lub utworzenie nowego podmiotu leczniczego w formie spółki kapitałowej mogło prowadzić do rezygnacji przez j.s.t. z bezpośredniego wykonywania nałożonych na nie ustawowo zadań własnych. Z art. 6 ust. 9 u.d.l. w brzmieniu obecnie obowiązującym wynika, że w utworzonej przez samorząd spółce kapitałowej, w tym spółce, do której j.s.t. przystąpiła, wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub j.s.t. nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki, a Skarb Państwa lub j.s.t. muszą dysponować bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu⁷⁰. Wskazaną zmianę należy ocenić pozytywnie. Możliwość niekontrolowanej prywatyzacji samorządowych podmiotów leczniczych działających w formie spółek kapitałowych mogła prowadzić do wyzbycia się kontroli j.s.t. nad wykonywaniem zadań własnych. Podmioty lecznicze działające jako s.p.z.o.z. również mogły zostać sprywatyzowane. Artykuł 59 u.d.l. w brzmieniu pierwotnym dopuszczał bowiem przekształcenie s.p.z.o.z., który wypracował ujemny wynik finansowy, w spółkę prawa handlowego. Doprowadzić to mogło do sytuacji, w której j.s.t. nie miałyby wpływu na zapewnienie ciągłości udzielania gwarantowanych świadczeń zdrowotnych na ich terytorium.

Powołaną wyżej nowelizacją dodano także ust. 11 w art. 6 u.d.l. Na jego podstawie w spółce kapitałowej, w której Skarb Państwa, j.s.t. lub uczelnia medyczna posiada udziały albo akcje o wartości nominalnej nie mniejszej niż 51% kapitału zakładowego, nie wypłaca się dywidendy. Przepis ten w zakresie dotyczącym spółek Skarbu Państwa lub uczelni medycznych nie budzi większych zastrzeżeń. Zasadniczym zadaniem

⁷⁰ Przepisu tego nie stosuje się, jeżeli nabywcą lub obejmującym akcje spółki prowadzącej działalność w zakresie, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, jest spółka kapitałowa, wobec której Skarb Państwa sprawuje kontrolę w rozumieniu art. 4 pkt 4 ustawy z 16.02.2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2017 r. poz. 229 ze zm.).

tego rodzaju spółek jest zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Ich celem nie powinna być natomiast maksymalizacja zysku w celu przekazania go swoim akcjonariuszom bądź udziałowcom. Inaczej sytuacja kształtuje się w przypadku j.s.t., które mają konstytucyjnie i ustawowo zagwarantowaną samodzielność. Wprowadzenie ustawowego zakazu wypłacania dywidendy w odniesieniu do wskazanych podmiotów może budzić wątpliwości z punktu widzenia zgodności nowej regulacji prawnej z Konstytucją RP⁷¹.

Samodzielność j.s.t. wynika z art. 16 ust. 2 w zw. z art. 165 ust. 2 i art. 167 Konstytucji RP⁷². W świetle art. 16 ust. 2 Konstytucji RP samorząd terytorialny uczestniczy w sprawowaniu władzy publicznej. Przystępującą mu w ramach ustaw istotną część zadań publicznych wykonuje w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność. Zgodnie z art. 165 ust. 2 Konstytucji RP samodzielność jednostek samorządu terytorialnego podlega ochronie prawnej. Ma ona fundamentalne znaczenie dla konstrukcji prawnej samorządu terytorialnego w Polsce⁷³. W nauce prawa finansowego samodzielność j.s.t. w aspekcie finansowo-prawnym rozumiana jest jako wyposażenie w środki finansowe, a także prawo do dysponowania nimi w ramach prowadzonej gospodarki budżetowej⁷⁴. Samodzielność finansowa jako ogólna zasada finansów publicznych dotyczy m.in. gwarantowania dochodów i dokonywania wydatków w ramach gospodarki budżetowej⁷⁵. W ramach dochodowego aspektu samodzielności finansowej samorządu muszą istnieć prawne mechanizmy, które są w stanie zabezpieczyć stabilne i wydajne źródła oraz

⁷¹ A. Karczmarek, *Opinia prawna dotycząca rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 562)*, s. 8, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/opinieBAS.xsp?nr=562> (dostęp: 29.09.2016 r.).

⁷² D. Bach-Golecka, M. Golecki, *Komentarz do art. 165 [w:] Konstytucja RP, t. II, Komentarz do art. 87–243*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, s. 903.

⁷³ M. Mączyński, *Samodzielność a samorządność [w:] Nadzór nad samorządem a granice jego samodzielności*, red. M. Stec, M. Mączyński, Warszawa 2011, s. 15 i n.; D. Bach-Golecka, M. Golecki, *Komentarz do art. 165...*, s. 903.

⁷⁴ W. Miemiec, *Prawne gwarancje samodzielności...*, s. 33; E. Chojna-Duch, *Polskie prawo finansowe...*, s. 201 i n.

⁷⁵ W. Miemiec, *Prawne gwarancje samodzielności...*, s. 34.

zapewnić organom j.s.t. realny wpływ na ich strukturę i wysokość⁷⁶. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że przez to pojęcie należy rozumieć m.in. możliwość decydowania we własnym zakresie o przeznaczeniu mienia komunalnego, zakresie podejmowanych inwestycji oraz związanych z tym nakładach finansowych⁷⁷.

W art. 167 ust. 2 Konstytucji RP znajduje się katalog dochodów j.s.t., w którym na pierwszym miejscu są dochody własne. Źródła dochodów j.s.t., w tym dochodów własnych, szczegółowo uregulowano w ustawie o dochodach jednostek samorządu terytorialnego. Ustawodawca w art. 4 ust. 1 pkt 4, art. 5 ust. 1 pkt 3 i art. 6 ust. 1 pkt 2 u.d.j.s.t. zaliczył do dochodów własnych gminy, powiatu i województwa dochody z ich majątku. Dochody uzyskiwane z tytułu dywidendy są ściśle związane z posiadanymi przez j.s.t. w spółkach kapitałowych udziałami lub akcjami i należy je zaliczyć do kategorii dochodów z majątku, jako rodzaju dochodów własnych. Ich źródłem jest kapitał wniesiony do spółki w zamian za otrzymane akcje lub udziały. W świetle art. 193 § 1 k.s.h. wspólnik ma prawo do udziału w zysku wynikającym z rocznego sprawozdania finansowego i przeznaczonym do podziału uchwałą zgromadzenia wspólników⁷⁸. W przypadku spółek kapitałowych, w których j.s.t. posiadają udziały o wartości nominalnej nie mniejszej niż 51%, co do zasady to one decydują o ewentualnym podziale zysku i wypłacie dywidendy.

Wprowadzony zakaz wypłaty dywidendy w spółkach kapitałowych będących podmiotami leczniczymi, w których j.s.t., Skarb Państwa lub uczelnia medyczna posiada akcje i udziały o wartości nominalnej nie mniejszej niż 51% kapitału zakładowego, powoduje utratę źródła dochodu własnego samorządu. Dochodzi zatem do sytuacji, w której samorząd

⁷⁶ S. Kańduła, *Samodzielność finansowa samorządu gminnego w Polsce po 1993 roku*, Poznań 2003, s. 30 i n.

⁷⁷ J. Jagoda, *Sądowa ochrona samodzielności jednostek samorządu terytorialnego*, Warszawa 2011, s. 50 i n.

⁷⁸ W przypadku spółki akcyjnej na podstawie art. 347 § 1 k.s.h. akcjonariusze mają prawo do udziału w zysku wykazanym w sprawozdaniu finansowym zbadanym przez biegłego rewidenta, który został przeznaczony przez walne zgromadzenie do wypłaty akcjonariuszom.

dy pozbawione są swobodnego dysponowania środkami pochodzącymi z ich majątku w ramach prowadzonej gospodarki budżetowej. Nie mogą decydować o przeznaczeniu dochodów z niego pochodzących. Organy j.s.t. nie mają jakiegokolwiek wpływu na wydatkowanie środków, które miałyby być przeznaczone na wypłatę dywidendy dla jednostki jako współnika lub akcjonariusza.

W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego przyjmuje się, iż istnieje możliwość ograniczenia zasady samodzielności finansowej j.s.t. przy jednoczesnym spełnieniu warunków formalnych i materialnych. Oznacza to, że ograniczenie samodzielności finansowej może wynikać jedynie z ustawy oraz znajdować oparcie w konstytucyjnie określonych celach i chronionych wartościach⁷⁹. Ograniczenie zasady samodzielności jednostki w postaci wprowadzenia zakazu wypłaty dywidendy w wymienionych rodzajach spółek znajduje oparcie w konstytucyjnie chronionej wartości w postaci zdrowia. Z art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP wynika powszechne prawo do ochrony zdrowia, w tym obowiązek zapewnienia przez władze publiczne obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Brak jednak ustawowej gwarancji przeznaczenia niewypłaconych j.s.t. jako współnikowi albo akcjonariuszowi w ramach dywidendy środków finansowych na realizację przez spółkę zadań z zakresu ochrony zdrowia, w tym wykonywanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Nie ma bowiem mechanizmów prawnych umożliwiających bezpośredni wpływ organów j.s.t. na kierunki dokonywania wydatków przez podmioty lecznicze działające w formie spółek kapitałowych, w których jednostka ta posiada większość udziałów (akcji).

Istnieją uzasadnione wątpliwości co do zgodności wprowadzonej regulacji zakazującej wypłaty dywidendy w takich spółkach z konstytucyjną zasadą samodzielności samorządów, w tym samodzielności finansowej. Nie wprowadzono bowiem prawnych gwarancji przeznaczenia niewypłaconych środków na zadania z zakresu ochrony zdrowia jako wartości

⁷⁹ Wyrok TK z 16.07.2013 r., K 13/10, OTK-A 2013/6, poz. 77; wyrok TK z 26.09.2013 r., K 22/12, OTK-A 2013/7, poz. 95; wyrok TK z 8.04.2010 r., P 1/08, OTK-A 2010/4, poz. 33.

konstytucyjnie chronionej. Nie można zatem w sposób jednoznaczny stwierdzić, że środki finansowe w postaci dywidendy, dotychczas traktowane jako dochody własne j.s.t. i wolą ustawodawcy przeznaczone do swobodnej dyspozycji organów spółki, stanowią źródło finansowania ochrony zdrowia.

2.2. Wydatki na finansowanie działalności realizowanej przez podmioty lecznicze

Kolejnym sposobem finansowania działalności podmiotów leczniczych z budżetu samorządowego jest przekazywanie środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą na podstawie zasad uregulowanych w dziale V ustawy o działalności leczniczej (art. 114–117). Środki publiczne pochodzące z budżetów samorządowych mogą być przekazywane wyłącznie podmiotom wykonującym działalność leczniczą. Ich definicja wynika z art. 2 ust. 1 pkt 5 u.d.l. (problematykę tę przedstawiono szerzej w rozdziale IV).

Z budżetów j.s.t. mogą być dokonywane wydatki na zadania z zakresu ochrony zdrowia w prawnej formie dotacji, o której mowa w art. 115 ust. 3 u.d.l., oraz na podstawie umowy na realizację ustawowo wskazanych zadań, której *essentialia negotii* wynikają z art. 116 ust. 1 u.d.l. Zakres podmiotowy przekazywania środków publicznych we wskazanym trybie jest zatem wyraźnie szerszy niż w przypadku wydatków analizowanych w poprzedniej części niniejszego rozdziału. Z budżetów samorządowych mogą być finansowane określonego rodzaju zadania z zakresu ochrony zdrowia wykonywane przez wszystkie podmioty prowadzące działalność leczniczą. Możliwość przekazywania środków pochodzących z budżetów samorządowych nie została ograniczona jedynie do podmiotów leczniczych działających w formie s.p.z.o.z., dla których podmiotem tworzącym są j.s.t., lub w formie spółek kapitałowych, w których samorzady posiadają udziały (akcje) o wartości nominalnej nie mniejszej niż 51% kapitału zakładowego spółki.

Wspólną regulacją prawną dla dwóch przedstawionych wyżej rodzajów wydatków są przepisy art. 114 ust. 2–4 i 6 oraz art. 116 ust. 2 i 3 u.d.l.

Po pierwsze, z art. 114 ust. 2 wynika, że podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne na podstawie umowy lub w formie dotacji na realizację zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań, jedynie w odniesieniu do wydatków inwestycyjnych⁸⁰, a także na remonty i inne niż wymienione inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego w zakresie, w jakim realizacja tych zadań służy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Są nimi m.in. świadczenia udzielane na podstawie umowy zawartej z NFZ, umowy o realizację programu zdrowotnego, a także umowy z ministrem właściwym do spraw zdrowia o udzielanie świadczeń wyspospecjalistycznych⁸¹. Od lipca 2016 r. katalog ten poszerzono o świadczenia udzielane na podstawie umowy zawartej z j.s.t., która na podstawie art. 9a u.ś.o.z. podjęła decyzję o finansowaniu dla swoich mieszkańców świadczeń gwarantowanych w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia.

⁸⁰ Katalog przedsięwzięć, na które podmiot wykonujący działalność leczniczą może przeznaczyć otrzymane środki publiczne, wynika z art. 114 ust. 1 u.d.l. Są to: 1) realizacja zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań; 2) remonty; 3) inne niż wskazane wyżej inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego; 4) realizacja projektów finansowych z udziałem środków pochodzących z budżetu UE lub niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach; 5) cele określone w odrębnych przepisach; 6) realizacja programów wieloletnich, a także 7) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne. Środki publiczne przekazywane na ostatni z wymienionych celów są przyznawane na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Nie można ich zatem przekazać na podstawie umowy ani w formie dotacji, o których mowa w dziale V ustawy o działalności leczniczej.

⁸¹ K. Borowicz, W. Puzoń, M. Ryba, *Ustawa o działalności leczniczej z komentarzem oraz wybranymi aktami wykonawczymi*, Warszawa 2012, s. 184; M. Dulińska, *Komentarz do art. 114 [w:] Ustawa o działalności leczniczej...*, s. 403.

Redakcja tego przepisu wskazuje, że posiadanie statusu podmiotu wykonującego działalność leczniczą nie jest jedyną przesłanką do skutecznego ubiegania się o środki publiczne z budżetu j.s.t. na zasadach wynikających z działu V ustawy o działalności leczniczej w celu przeznaczenia ich na realizację zadań wymienionych w art. 114 ust. 2 u.d.l. Ponadto powołany przepis może budzić uzasadnione wątpliwości z uwagi na posłużenie się w nim przez ustawodawcę zwrotem niedookreślonym. Powyższa uwaga dotyczy ustawowego zastrzeżenia, że zadania, o których mowa w art. 114 ust. 2 u.d.l., muszą służyć udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Powołane zastrzeżenie jest zwrotem niejasnym i może być interpretowane wieloznacznie. W praktyce większych wątpliwości nie będzie budzić przypadek, w którym uzyskane przez podmiot wykonujący działalność leczniczą środki publiczne przeznaczone są na zakup sprzętu medycznego, który *ex definitione* służyć ma udzielaniu świadczeń zdrowotnych, jeżeli są one finansowane w trybie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Problem ze stosowaniem analizowanego przepisu może powstać wówczas, gdy środki publiczne mają być przeznaczone na remonty bądź zakup innych środków trwałych niż wyżej wskazane. Nie są one bowiem bezpośrednio wykorzystywane do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej bez względu na źródło finansowania tych ostatnich. Wydaje się jednak, że na gruncie powołanego przykładu bez remontu pomieszczeń koniecznych do funkcjonowania podmiotu leczniczego i jednocześnie niewykorzystywanych w sposób bezpośredni do wykonywania świadczeń zdrowotnych świadczenia te nie mogłyby być udzielane w sposób prawidłowy. Powyższe uwagi należy także odnieść do wydatków na środki trwałe niezaliczane do aparatury lub sprzętu medycznego, które są konieczne do prowadzenia przez podmiot działalności leczniczej. W praktyce mogą występować takie sytuacje, w których realizacja zadań zbliżonych do tych opisanych nie będzie mogła zostać sfinansowana na zasadach wynikających z art. 114–116 u.d.l. Na podstawie art. 114 ust. 2 u.d.l. nie można w sposób jednoznaczny określić, jak ścisły związek musi istnieć pomiędzy udzielaniem świadczeń a realizacją zadań, które mają być sfinansowane w trybie przepisów działu V ustawy o działalności leczniczej. Nie wszystkie inwestycje podmiotów wykonujących

działalność leczniczą mogą być sfinansowane poprzez dotację budżetową, mimo że są one związane z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Funkcjonowanie w aktach normatywnych zwrotów nieostrych i niedookreślonych zawsze budzi wątpliwości natury interpretacyjnej, zastrzec jednak trzeba, że w niektórych przypadkach konieczne jest zastosowanie tego typu terminów.

Według art. 114 ust. 2 u.d.l. związek pomiędzy finansowanym zadaniem a udzielaniem jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych jest niewystarczający. Muszą to być świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podmioty prowadzące działalność leczniczą mogą równolegle udzielać świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w innym trybie, w tym na warunkach rynkowych. Powstaje zatem pytanie, czy podmioty te mogą także wykorzystywać nabytą z uzyskanych środków publicznych infrastrukturę w celu udzielania świadczeń zdrowotnych na innych zasadach niż wynikające z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W ocenie autora korzystanie przez podmiot wykonujący działalność leczniczą z pomieszczeń, infrastruktury lub urządzeń wyremontowanych lub nabytych ze środków publicznych uzyskanych na zasadach wynikających z art. 114–116 u.d.l. nie może prowadzić do stwierdzenia przez organy j.s.t., że środki te zostały wykorzystane w sposób nieprawidłowy, oraz żądania ich zwrotu. Wykorzystywanie przez wskazane podmioty zrealizowanych z udziałem środków publicznych zadań, w tym inwestycji, na potrzeby innej działalności niż udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie narusza art. 114 ust. 2 u.d.l., pod warunkiem że służą one w pierwszej kolejności udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w trybie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Brak jest jednak podstaw do przyjęcia, że finansowanie przez j.s.t. analizowanych zadań służących tylko incydentalnie udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest zgodne z przepisami działu V ustawy o działalności leczniczej, w tym z art. 114 ust. 2 u.d.l.

Po drugie, występują dwa ustawowe ograniczenia możliwości otrzymania środków publicznych na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 2 u.d.l. Wysokość środków nie może przekroczyć kosztów koniecznych do realizacji całości zadania. Oznacza to, że dokonano ograniczenia przedmiotowego w zakresie wysokości środków. Zakres ograniczenia jest uzależniony od wielkości kosztów koniecznych do realizacji określonego zadania. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że przez tego rodzaju koszty należy rozumieć koszty obiektywnie niezbędne do prawidłowego wykonania zadania⁸². Występuje także pogląd, że koszty konieczne do realizacji zadania to koszty niestanowiące zysku dla beneficjenta środków publicznych⁸³. W ocenie autora druga ze wskazanych interpretacji wymaga uzupełnienia. Mogą bowiem istnieć koszty związane z realizacją zadania z art. 114 ust. 2 u.d.l., bez których można je będzie wykonać prawidłowo i jednocześnie nie dojdzie do wzbogacenia się podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Beneficjentami korzyści wynikających ze środków przeznaczonych np. na realizację zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia mogą być osoby uczestniczące w nich jako świadczeniobiorcy.

Ponadto wielkość środków publicznych, które może uzyskać podmiot wykonujący działalność leczniczą, ustalana jest na podstawie algorytmu wynikającego z art. 114 ust. 4 u.d.l. Zależy ona od planowanego kosztu realizacji zadania, a także przychodów podmiotu wykonującego działalność leczniczą, z rozróżnieniem na przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, uzyskanych w poprzednim roku obrotowym, oraz przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z innych środków uzyskanych w poprzednim roku obrotowym. Maksymalna wysokość środków publicznych, jakie może uzyskać podmiot wykonujący działalność leczniczą, jest wynikiem przemnożenia planowanych kosztów realizacji zadania przez stosunek przychodów z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do ich sumy z przychodami z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z pozostałych środków. Im wyższe

⁸² T. Rek, *Komentarz do art. 114 [w:] M. Dercz, T. Rek, Ustawa o działalności leczniczej...*, s. 445.

⁸³ M. Dulińska, *Komentarz do art. 114...*, s. 405.

przychody z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych na zasadach wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tym wyższa maksymalna wysokość możliwych do uzyskania środków. Ważnym aspektem algorytmu jest to, że uzyskanie przez podmiot uprawniony do otrzymania środków publicznych przychodów z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych w innym trybie niż przewidziany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wyłącza go z możliwości ubiegania się o przyznanie całości środków koniecznych do realizacji planowanego zadania. Uzyskiwanie przez podmiot wykonujący działalność leczniczą przychodów z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych w trybie niewynikającym z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma odwrotny skutek niż otrzymanie przychodów z tytułu świadczeń udzielanych w ramach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jakikolwiek przychód otrzymany z pierwszego ze wskazanych tytułów powoduje zmniejszenie maksymalnej możliwej do uzyskania kwoty środków publicznych.

Wydaje się, że ustawodawca zakłada, iż podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych także w innym trybie niż wynikający z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają większą zdolność do sfinansowania we własnym zakresie kosztów realizacji zadań, o których mowa w art. 114 ust. 2 u.d.l., ewentualnie budżet j.s.t. ma być dodatkowym źródłem finansowania jedynie tych podmiotów, które udzielają świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Na uwagę zasługuje jednak fakt, że kryteriami ustalania ograniczenia kwoty środków są jedynie określone kategorie przychodów. Przy ubieganiu się o środki publiczne nie ma znaczenia ogólna wysokość przychodów uzyskanych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą. Ustawodawca przy obliczaniu maksymalnej wysokości środków faworyzuje zatem podmioty, których głównym przedmiotem działalności jest udzielanie świadczeń zdrowotnych na zasadach wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wysokość przychodów uzyskiwanych z tego tytułu stanowi jedynie wyznacznik rozmiarów prowadzonej działalności. Jeżeli dla ustalenia wskaźnika z art. 114 ust. 4 u.d.l.

nie mają znaczenia ogólne przychody podmiotu, w tym przychody z innych tytułów niż udzielanie świadczeń zdrowotnych, to można również twierdzić, że założeniem ustawodawcy nie jest uzależnienie maksymalnej wysokości przekazywanych środków od zdolności finansowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą do realizacji określonego zadania. Finansowanie zadań, o których mowa w art. 114 ust. 2 u.d.l., we własnym zakresie w wysokości maksymalnej lub do niej zbliżonej jest zarezerwowane dla tych podmiotów, które nie udzielają świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych lub udzielają ich w nieznacznym zakresie. Inna niż udzielanie świadczeń zdrowotnych działalność tych podmiotów i uzyskiwane z niej przychody nie mają znaczenia dla ustalenia maksymalnej wysokości możliwych do uzyskania środków, mimo że mogą mieć zasadniczy wpływ na ich gospodarkę finansową i zdolność do samodzielnej finansowo realizacji określonego zadania.

Skutkiem przyjęcia przedstawionej metody obliczania maksymalnej do uzyskania przez podmiot kwoty środków publicznych jest *de facto* konieczność wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w poprzednim roku obrotowym, chyba że podmiot wykonujący działalność leczniczą uzyskał przychody z tytułu wykonywania świadczeń za lata poprzednie. Wyjątek stanowi jedynie sytuacja, gdy podmiot wykonujący działalność leczniczą utworzony został w roku obrotowym, w którym ma nastąpić przekazanie środków publicznych. Z art. 114 ust. 6 u.d.l. wynika bowiem, iż do tego rodzaju podmiotów nie stosuje się ograniczenia, o którym mowa w art. 114 ust. 4 u.d.l.⁸⁴

⁸⁴ Artykuł 114 u.d.l. w pierwotnym brzmieniu nie zawierał wyłączenia stosowania jego ust. 4 do podmiotów powstałych w roku obrotowym, w którym nastąpić miało przekazanie środków na zasadach wynikających z działu V ustawy. Na skutek wejścia w życie ustawy z 14.06.2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 742 ze zm.) wprowadzono możliwość ubiegania się o środki publiczne na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 2 u.d.l., także przez wskazane wyżej nowo powstałe podmioty.

Dla ustalenia zdolności otrzymania środków nie ma znaczenia wysokość tej części kosztów, która ma być pokryta ze środków, o jakie ubiega się podmiot wykonujący działalność leczniczą. Z analizowanych przepisów nie wynika obowiązek finansowania danego zadania jedynie ze środków uzyskanych na podstawie umowy lub w formie dotacji.

Częściowo wspólną regulacją dla badanych w tej części rozdziału prawnych form przekazywania środków publicznych pochodzących z budżetów samorządowych są również zasady ich rozliczania po zakończeniu realizacji zadania. Środki otrzymywane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą na podstawie umowy lub w formie dotacji zasadniczo mają odmienny tryb rozliczania z uwagi na ich charakter prawny. Jednolite zasady rozliczania otrzymanych środków wynikają jedynie z art. 116 ust. 2–3a u.d.l. Zgodnie z art. 116 ust. 3 u.d.l. w wyniku rozliczenia uzyskanych środków wymienionych w art. 114 ust. 2 u.d.l., podmiot wykonujący działalność leczniczą jest obowiązany dokonać ich zwrotu w kwocie przewyższającej wartość wskaźnika, o którym mowa w tym przepisie. Jest nim iloczyn kosztów rzeczywistych realizacji zadania i stosunku przychodów podmiotu z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uzyskanych w roku obrotowym, w którym podmiot ten otrzymał środki publiczne (lub w latach obrotowych – w przypadku realizacji zadania, którego dofinansowanie lub finansowanie trwa dłużej niż jeden rok) do przychodów tego rodzaju powiększonych o przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z innych środków niż wyżej wskazane⁸⁵.

Skutkiem rozliczenia uzyskanych środków na zasadach wynikających z art. 116 ust. 3 u.d.l. jest konieczność ciągłego udzielania świadczeń

⁸⁵ Na podstawie art. 116 ust. 2 u.d.l. rozliczenie przyznanych środków finansowych musi uwzględniać dane, o których mowa w art. 114 ust. 4 u.d.l., w zakresie wysokości przychodów uzyskanych w roku obrotowym lub – w przypadku realizacji zadania, którego dofinansowanie albo finansowanie ze środków publicznych trwa dłużej niż jeden rok – w latach obrotowych, w których podmiot wykonujący działalność otrzymał środki publiczne. W przypadku środków przekazanych na podstawie umowy, o której mowa w art. 115 ust. 1 u.d.l., nie stosuje się powołanej regulacji, jeżeli z umowy wynika zwrot środków w kwocie wyższej niż ustalona zgodnie z przedstawionym wzorem (art. 116 ust. 3a u.d.l.).

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Udzielanie tego rodzaju świadczeń i uzyskanie z nich przychodów w poprzednich latach nie jest zatem wystarczające. Warunkiem uzyskania i prawidłowego wykorzystania środków publicznych jest obowiązek udzielania wymienionych świadczeń co najmniej w roku obrotowym poprzedzającym realizację zadania, w trakcie realizacji oraz w przyszłości, gdyż wykonane zadanie ma służyć udzielaniu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Przedstawione powyżej dwa rodzaje ograniczeń wysokości środków publicznych, które można otrzymać na zasadach wynikających z art. 114–116 u.d.l., dotyczą bezpośrednio podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wyłącznie od ich działalności zależy wysokość środków, o jakie mogą się ubiegać. Analizowane ograniczenia dotyczą pośrednio także j.s.t. niemogących przekazać podmiotom wykonującym działalność leczniczą środków w maksymalnej kwocie obliczonej na podstawie wskaźników, których wielkość determinowana jest wyłącznie działalnością tych podmiotów. Brak jest normatywnych wskaźników ograniczających możliwości przekazywania środków publicznych przez j.s.t. odnoszących się do ich zdolności finansowej. Przepisy działu V ustawy o działalności leczniczej w obowiązującym brzmieniu nie nakładają na samorządy obowiązku przekazywania środków publicznych na rzecz podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Nie określają także ich minimalnej wysokości w przypadku podjęcia decyzji o zawarciu umowy lub udzieleniu dotacji. Wysokość przekazywanych środków publicznych w tym trybie jest uzależniona jedynie od decyzji organów samorządowych i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych, których wyrazem jest wielkość uzyskiwanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą przychodów.

2.2.1. Zasady przekazywania środków publicznych w formie dotacji celowej

Jak już zostało ustalone, z budżetu jednostki samorządu terytorialnego podmiotom wykonującym działalność leczniczą mogą być udzielane

dotacje w rozumieniu przepisów o finansach publicznych⁸⁶. Podstawą prawną do ich udzielenia jest art. 115 ust. 3 u.d.l. Stanowi on, że dotacji mogą udzielić podmioty enumeratywnie wymienione w katalogu wynikającym z art. 115 ust. 1 u.d.l., który reguluje problematykę przekazywania środków publicznych na podstawie zawartej umowy. W katalogu tym obok Skarbu Państwa i uczelni medycznych znajdują się także j.s.t. każdego szczebla. Z treści art. 115 ust. 3 u.d.l. wynika, że dotację pochodzącą z budżetu samorządowego mogą otrzymać wszystkie rodzaje podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

W literaturze przedmiotu wyrażono jednak wątpliwość co do tak szerokiego zakresu podmiotowego z uwagi na treść przepisu art. 115 ust. 4 pkt 1 i 2 u.d.l.⁸⁷ Z jego literalnego brzmienia wynika, że dotację przeznaczaną na zadania, o których mowa w art. 114 ust. 2 u.d.l., minister właściwy do spraw zdrowia może przyznać: spółce kapitałowej, w której reprezentowany przez niego Skarb Państwa posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładu, spółce kapitałowej wykonującej działalność leczniczą, w której uczelnia medyczna posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładu, s.p.z.o.z., dla którego podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia albo uczelnia medyczna. Natomiast inny minister, centralny organ administracji rządowej oraz wojewoda może przyznać taką dotację: spółce kapitałowej, w której reprezentowany przez niego Skarb Państwa posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładu, oraz s.p.z.o.z., dla którego jest podmiotem tworzącym.

W związku z tym uzasadnione mogłoby być twierdzenie, że wskazane podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą otrzymać dotację jedynie od podmiotów publicznych enumeratywnie wymienionych

⁸⁶ Z tego rodzaju wydatkami wiąże się także problematyka odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, dotycząca przekazania lub udzielenia dotacji z naruszeniem zasad lub trybu jej przekazywania (zob. szerzej: W. Bożek, *Działalność orzecznicza Główniej Komisji Orzekającej w Sprawach o Naruszenie Dyscypliny Finansów Publicznych. Analiza głównych kierunków w dorobku orzeczniczym w latach 2010–2015*, Szczecin 2016, s. 195 i n.).

⁸⁷ T. Rek, *Komentarz do art. 115 [w:] M. Dercz, T. Rek, Ustawa o działalności leczniczej...*, s. 456.

w art. 115 ust. 4 pkt 1 i 2 u.d.l.⁸⁸ W świetle powołanego poglądu dopuszczalna jest interpretacja, zgodnie z którą art. 115 ust. 4 u.d.l. ogranicza zakres podmiotowy możliwych beneficjentów dotacji, podmioty bowiem, w których Skarb Państwa lub uczelnia medyczna posiadają co najmniej 51% udziałów w kapitale zakładowym bądź są dla nich podmiotem tworzącym, nie mogą uzyskać dotacji udzielanej z budżetu samorządowego. Konieczne jest stosowanie wykładni funkcjonalnej analizowanego przepisu w celu umożliwienia wymienionym w nim podmiotom uzyskania dotacji z budżetu samorządowego.

W ocenie autora uzasadnione jest także twierdzenie, w którego świetle powołany przepis nie budzi większych wątpliwości interpretacyjnych i nie ma konieczności formułowania w związku z jego obecnie obowiązującą treścią wniosków *de lege ferenda*. Statuuje on uprawnienia poszczególnych organów administracji rządowej do udzielenia dotacji z budżetu państwa. Z jego treści wynika jedynie katalog podmiotów, którym wskazane w nim organy mogą przekazać środki publiczne w formie dotacji, nie ogranicza on jednak możliwości ubiegania się określonych w nim jednostek o otrzymanie dotacji z budżetu j.s.t.⁸⁹, w pierwszej kolejności eksponuje bowiem podmioty, które mogą udzielić dotacji z budżetu państwa. Następnie wskazuje na beneficjentów, którym organy administracji rządowej mogą udzielać dotacji. Nie powinno zatem budzić wątpliwości twierdzenie, że j.s.t. mogą udzielać dotacji na zadania wynikające z art. 114 ust. 2 u.d.l. podmiotom enumeratywnie wymienionym w art. 115 ust. 4 u.d.l. Gdyby celem ustawodawcy było ograniczenie możliwości uzyskania dotacji przez podmioty wskazane w art. 115 ust. 4 u.d.l. od innych organów niż wymienione w tym przepisie, to w pierwszej kolejności wymienione zostałyby określonego rodzaju podmioty wykonujące działalność leczniczą, a następnie organy uprawnione do jej udzielenia. Przedstawiony pogląd reprezentowany jest również przez Ministerstwo Zdrowia (Departament Budżetu, Finansów

⁸⁸ M. Dulińska-Michalewicz, *Komentarz do art. 115 [w:] F. Grzegorzcyk, Ustawa o działalności leczniczej...*, s. 413; T. Rek, *Komentarz do art. 115...*, s. 456.

⁸⁹ Problematyka ta została przede mnie przedstawiona w opracowaniu: P. Lenio, *Zasady udzielania dotacji podmiotom wykonującym działalność leczniczą przez jednostki samorządu terytorialnego [w:] Finanse samorządowe po 25 latach samorządności...*, s. 201–210.

i Inwestycji)⁹⁰. Został on także wyrażony w uzasadnieniu do projektu ustawy o działalności leczniczej⁹¹.

W celu ustalenia zasad przyznawania oraz rozliczania przedmiotowej dotacji istotne znaczenie ma ustalenie jej charakteru prawnego. Jego prawidłowe określenie wymaga wskazania zakresu zadań, na jakie mogą być przeznaczone środki pochodzące z dotacji. Katalog zadań, na których realizację środki publiczne mogą być przyznane na zasadach wynikających z działu V ustawy o działalności leczniczej, zawarty jest w art. 114 ust. 1 pkt 1–7 u.d.l. Z art. 115 ust. 3 u.d.l. wynika jednak, że dotacja może być przyznana tylko na wybrane zadania, o których mowa w art. 114 ust. 1–6 u.d.l. Zaliczono do nich: realizację zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań⁹², remonty, inne niż wyżej wskazane inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego, realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu UE lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie, lub innych środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach⁹³, cele określone w odrębnych przepi-

⁹⁰ MZ-BFI-075-8723-16/EC/11, za: pismo RIO w Katowicach z 22.09.2011 r., http://www.rio.katowice.bip.net.pl/?p=document&action=show&id=1469&bar_id=2348 (dostęp: 6.10.2016 r.).

⁹¹ Uzasadnienie do projektu ustawy o działalności leczniczej, druk sejmowy nr 3489 Sejmu VI kadencji, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/3489> (dostęp: 6.10.2016 r.).

⁹² Na wskazane zadania podmiot wykonujący działalność leczniczą może uzyskać dotację jedynie w odniesieniu do wydatków inwestycyjnych i tylko w zakresie, w jakim realizacja tych zadań służy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Konieczność świadczenia udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej dotyczy także remontów oraz innych niż wskazane wyżej inwestycji, w tym zakupu aparatury i sprzętu medycznego.

⁹³ W przypadku otrzymania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą dotacji na ten cel może dojść do sytuacji, w której sfinansuje on realizowane zadanie ze środków zewnętrznych bez konieczności istotnego zaangażowania własnego kapitału, co należy ocenić pozytywnie.

sach oraz umowach międzynarodowych, a także realizację programów wieloletnich⁹⁴.

Na gruncie poprzednio obowiązującej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej również istniała możliwość udzielania dotacji istniejącym wówczas zakładom opieki zdrowotnej funkcjonującym w prawnej formie s.p.z.o.z. Podstawę prawną do jej udzielania stanowił art. 55 u.z.o.z.⁹⁵ W nauce prawa finansowego został wyrażony pogląd, że dotacja udzielana na jego podstawie miała charakter dotacji celowej⁹⁶. Przepis ten wskazywał wprost, na jakie cele może ona być przeznaczona. Ustawowe określenie celów, na które może być przekazana dotacja, determinowało uznanie jej za dotację celową w rozumieniu przepisów ustawy o finansach publicznych⁹⁷. Ministerstwo Finansów stało jednak na stanowisku, że dotacja udzielana na podstawie art. 55 u.d.l. ma charakter dotacji podmiotowej w rozumieniu wówczas obowiązujących przepisów o finansach publicznych (ustawa z 2005 r.)⁹⁸. Podobny

⁹⁴ W literaturze przedmiotu podkreśla się, że odrębnymi regulacjami, z jakich mogą wynikać cele, na które istnieje możliwość przekazania środków publicznych na zasadach wynikających z działu V ustawy o działalności leczniczej, są przede wszystkim przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (M. Dulińska, *Komentarz do art. 114...*, s. 396).

⁹⁵ Dotacja mogła być przyznana na: 1) realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych i promocję zdrowia; 2) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne; 3) remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego; 4) cele szczególne określone w odrębnych przepisach; 5) projekty realizowane ze środków pochodzących z budżetu UE oraz niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie EFTA i innych środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi, a także na realizację programów wieloletnich.

⁹⁶ E. Czołpińska, *Dotacja jako szczególna forma wydatku...*, s. 35; W. Lachiewicz, M. Legutko, M. Winiarz, *Udzielanie dotacji z budżetów samorządowych*, Warszawa 2007, s. 17.

⁹⁷ K. Sawicka, *Dotacje z budżetu gminy...*, s. 182; K. Sawicka, *Wydatki z budżetu gminy w formie dotacji. Zagadnienia prawnofinansowe*, „Przegląd Prawa i Administracji” 2009/LXXX, s. 158.

⁹⁸ Pismo Departamentu Finansów Samorządu Terytorialnego Ministra Finansów w sprawie klasyfikacji dotacji dla Samodzielnego Publicznego Szpitala Okulistycznego z 14.05.2008 r., ST2-4834/49/SZH/2008/292 (Infor LEX). Przedstawione stanowisko wynikało z faktu, że w świetle obowiązującego wówczas rozporządzenia Ministra Finansów z 14.06.2006 r. w sprawie szczególnej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych (Dz.U. Nr 107, poz. 726

pogląd został wyrażony również w literaturze prawa finansowego⁹⁹.

Ustalając charakter prawny dotacji przekazywanej na podstawie art. 115 ust. 3 u.d.l., należy określić cechy szczególne rodzajów dotacji udzielanych z budżetu j.s.t. oparte na regulacji ustawy o finansach publicznych. Z legalnej definicji dotacji zawartej w art. 126 u.f.p. wynika, że są to podlegające szczególnym zasadom rozliczania środki z budżetu państwa, budżetu j.s.t. oraz z państwowych funduszy celowych przeznaczane na podstawie ustawy o finansach publicznych, odrębnych ustaw lub umów międzynarodowych na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zadań publicznych. Środki te muszą mieć zawsze charakter pieniężny¹⁰⁰. Przepisy ustawy o finansach publicznych dopuszczają możliwość udzielania z budżetu państwa oraz z budżetów samorządowych dotacji przedmiotowych, podmiotowych i celowych.

Przez dotację przedmiotową rozumie się środki przeznaczane na dopłaty do określonych wyrobów lub usług, kalkulowane według stawek jednostkowych, które mogą być udzielone przedsiębiorcom wytwarzającym określone rodzaje wyrobów lub świadczącym określone rodzaje usług lub podmiotom wykonującym zadania na rzecz rolnictwa. Dotacja, o której mowa w art. 115 ust. 3 u.d.l., nie jest kalkulowana według stawek jednostkowych, a nie każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą jest przedsiębiorcą lub świadczy usługi na rzecz rolnictwa. Dotacje przedmiotowe są uzależnione od rodzaju oraz rozmiaru wykonywanej przez przedsiębiorcę działalności¹⁰¹. Mają one istotny wpływ na cenę wyrobu lub usługi. „Zasadniczą cechą dotacji przedmiotowej jest wyliczenie jej kwoty jako iloczynu ustalonej stawki dopłaty do danej jednostki

ze zm.) dotacje udzielane na podstawie art. 55 u.d.l. (z wyjątkiem dotacji na inwestycje i zakupy inwestycyjne) ujmować należało w klasyfikacji budżetowej jako dotacje podmiotowe).

⁹⁹ T. Augustyniak-Górna, *Dotacje z budżetów jednostek samorządu terytorialnego* [w:] *Samorządowy poradnik budżetowy na 2005 r.*, red. W. Miemieć, B. Cybulski, Warszawa 2005, s. 102.

¹⁰⁰ Orzeczenie Regionalnej Komisji Orzekającej z 27.04.2007 r., „Biuletyn Naruszenia Dyscypliny Finansów Publicznych” 2007/3, s. 4.

¹⁰¹ K. Sawicka, *Komentarz do art. 29* [w:] M. Karlikowska, W. Miemieć, Z. Ofiarski, K. Sawicka, *Ustawa o finansach publicznych...*, s. 571.

wyrobu lub usługi oraz ilości dotowanych wyrobów lub usług¹⁰². Już z tych przyczyn omawiana dotacja nie może zostać zakwalifikowana do katalogu dotacji przedmiotowych, których cechy wyróżniające zawiera art. 130 ust. 1 i 2 u.f.p.

Dotacje podmiotowe obejmują natomiast środki dla podmiotu wskazanego w odrębnej ustawie lub w umowie międzynarodowej wyłącznie na dofinansowanie działalności bieżącej w zakresie określonym w odrębnej ustawie lub umowie międzynarodowej (art. 131 u.f.p.). Są to środki przekazywane podmiotom dotowanym bez określenia celu ich przeznaczenia lub ze wskazaniem go w sposób bardzo ogólny i szeroki¹⁰³. Dotacja podmiotowa nie może być zatem udzielona na finansowanie lub dofinansowanie realizacji inwestycji¹⁰⁴. Istota dotacji podmiotowych polega na tym, że stanowią one finansowe wsparcie (zasilenie) podmiotu, który je otrzymał. Nie są one przeznaczane na realizację konkretnego zadania¹⁰⁵. Uprawnienie do otrzymania dotacji ma charakter obligatoryjny i wynika z prowadzenia przez dany podmiot określonej działalności. Do uzyskania środków publicznych pochodzących z dotacji podmiotowej powinien wystarczyć wniosek o jej udzielenie bez konieczności spełniania przez podmiot ubiegający się o przyznanie dotacji innych wymagań¹⁰⁶.

Zgodnie z art. 220 ust. 1 oraz art. 221 ust. 1 u.f.p. przez dotacje celowe udzielane przez j.s.t. należy rozumieć wydatki ich budżetów, stanowiące pomoc dla innych jednostek sektora publicznego, w tym innych j.s.t., a także podmiotów niezaliczanych na podstawie art. 9 u.f.p. do jednostek sektora finansów publicznych i nie działających jednocześnie w celu

¹⁰² J.M. Salachna, *Środki publiczne...*, s. 972.

¹⁰³ M. Karlikowska, *Komentarz do art. 131* [w:] M. Karlikowska, W. Miemieć, Z. Ofiarski, K. Sawicka, *Ustawa o finansach publicznych...*, s. 347; J.M. Salachna, *Środki publiczne...*, s. 971.

¹⁰⁴ W. Miemieć, *Wydatki jednostek samorządu terytorialnego...*, s. 141.

¹⁰⁵ W. Misiąg, *Komentarz do art. 131* [w:] *Ustawa o finansach publicznych...*, red. W. Misiąg, s. 472.

¹⁰⁶ W. Miemieć, *Komentarz do art. 11* [w:] *Regionalne izby obrachunkowe. Charakterystyka ustrojowa i komentarz do ustawy*, red. M. Stec, Warszawa 2010, s. 346–347; W. Gonet, *Dotacja w systemie finansów publicznych – wybrane zagadnienia*, „Finanse Komunalne” 2013, nr 6, s. 14.

osiągnięcia zysku. Wydatki te muszą być przeznaczone na sfinansowanie lub dofinansowanie realizacji zadań publicznych pozostających w związku z działalnością jednostki, która udziela dotacji¹⁰⁷. Legalna definicja dotacji celowych, wynikająca z art. 127 u.f.p., ma charakter zakresowy¹⁰⁸. Ustawodawca nie wskazał w niej wprost na dotacje udzielane na podstawie art. 115 ust. 3 u.d.l. Nie oznacza to jednak, że dotacje te zostały wykluczone z katalogu dotacji celowych udzielanych z budżetu j.s.t.

W wyniku otrzymania dotacji celowej jej beneficjent dokonuje wydatków, których wysokość i struktura rodzajowa jest uzależniona od decyzji podmiotu udzielającego dotacji¹⁰⁹. Dotacje celowe są przeznaczone na realizację zadań publicznych przeniesionych na ich beneficjentów¹¹⁰. Stanowią formę wydatków bieżących albo majątkowych na rzecz określonych podmiotów mających ściśle ustalone przeznaczenie i wysokość. Nie mogą być wykorzystane na inny cel niż wynikający z umowy dotacyjnej lub przepisu ustawy¹¹¹. Dotacje celowe od dotacji podmiotowych różni przede wszystkim przeznaczenie ich na sfinansowanie lub dofinansowanie określonego zadania¹¹².

¹⁰⁷ W. Miemieć, *Wydatki jednostek samorządu terytorialnego...*, s. 143.

¹⁰⁸ Zgodnie z tym przepisem dotacje są to środki przeznaczane na finansowanie lub dofinansowanie m.in.: 1) zadań z zakresu administracji rządowej oraz innych zadań zleconych j.s.t. ustawami; 2) ustawowo określonych zadań, w tym zadań z zakresu mecenatu państwa nad kulturą, realizowanych przez jednostki inne niż j.s.t.; 3) bieżących zadań własnych j.s.t.; 4) zadań agencji wykonawczych; 5) zadań zleconych do realizacji organizacjom pozarządowym; 6) kosztów realizacji inwestycji; 7) dopłat do oprocentowania kredytów bankowych w zakresie określonym w odrębnych ustawach. Artykuł 127 ust. 2 u.f.p. wskazuje na katalog dotacji celowych przeznaczanych na realizację zadań finansowanych przede wszystkim ze środków europejskich i źródeł zagranicznych.

¹⁰⁹ W. Gonet, *Dotacja w systemie finansów publicznych...*, s. 7.

¹¹⁰ W. Lachiewicz, M. Legutko, M. Winiarz, *Udzielanie dotacji...*, s. 16–17.

¹¹¹ Z. Ofiarski, M. Ofiarska, *Umowa w sprawie udzielenia dotacji celowej – wybrane aspekty* [w:] *Daniny publiczne. Prawo finansowe wobec wyzwań XXI wieku*, red. A. Dobaczewska, E. Juchiewicz, T. Sowiński, Warszawa 2010, s. 287; M. Karlikowska, *Komentarz do art. 126* [w:] M. Karlikowska, W. Miemieć, Z. Ofiarski, K. Sawicka, *Ustawa o finansach publicznych...*, s. 337.

¹¹² P. Walczak, *Dotacje jako wydatki budżetu j.s.t.* [w:] *Dotacje z budżetów jednostek samorządu terytorialnego*, red. A. Walasik, A. Babczuk, A. Talik, W. Lachiewicz, Warszawa 2013, s. 12.

Ustawodawca wymienił enumeratywnie w art. 114 ust. 1 pkt 1–6 u.d.l. rodzaje zadań, na które mogą być przeznaczane wydatki budżetu j.s.t. dokonywane w formie dotacji. Katalog tych zadań ma ściśle określony charakter. Beneficjent dotacji nie ma prawnej możliwości wykorzystania otrzymanych środków publicznych na inny cel niż wskazany w powołanym przepisie i wniosku o udzielenie dotacji. Z art. 115 ust. 3 u.d.l., stanowiącego podstawę prawną przekazywania dotacji na zadania wymienione w art. 114 ust. 1 pkt 1–6 u.d.l., nie wynika prawny obowiązek jej udzielenia. Podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą nie przysługuje roszczenie o jej udzielenie uzasadnione jedynie jego statusem. Przyznanie dotacji na podstawie przepisów działu V ustawy o działalności leczniczej zależy od decyzji organu wykonawczego j.s.t. Rozliczenie dotacji następuje na podstawie kosztów realizacji zadania, zgodnie z art. 116 ust. 3 i 3a u.d.l.¹¹³ W związku z tym uzasadnione jest twierdzenie, iż wydatki publiczne dokonywane na rzecz podmiotów wykonujących działalność leczniczą w trybie art. 115 ust. 3 u.d.l. mają charakter dotacji celowej, a nie podmiotowej.

Skutkiem tego jest konieczność stosowania do badanej dotacji przepisów art. 250–252 u.f.p. Dotyczą one obowiązku zawarcia z beneficjentem dotacji umowy dotacyjnej. Przepisy te określają także szczegółowe zasady rozliczenia oraz zwrotu dotacji w przypadku jej niewykorzystania, nieprawidłowego lub nieterminowego wykorzystania bądź nienależnego pobrania (również w nadmiernej wysokości)¹¹⁴. Powołane przepisy ustawy o finansach publicznych nie wprowadzają odmiennych zasad rozliczania oraz zwrotu dotacji celowych udzielanych w trybie ustawy o działalności leczniczej. W ich świetle sposób rozliczania dotacji nie odbiega od zasad ogólnych. Wyjątek stanowią jedynie art. 116 ust. 2–3a u.d.l., których znaczenie ustalono już wcześniej. Z uwagi na to, że z przepisów ustawy o finansach publicznych nie wynikają swoiste

¹¹³ Zgodnie z wyrokiem NSA z 29.11.2012 r. (II GSK 1609/11, CBOSA) obowiązek przeprowadzenia rozliczenia dotacji na podstawie dokonanych wydatków jest charakterystyczny dla dotacji celowych, a nie dotacji podmiotowych.

¹¹⁴ Artykuł 115 ust. 6 u.d.l. stanowi, iż dotacja, o której mowa w art. 115 ust. 3 u.d.l., niewykorzystana, wykorzystana niezgodnie z przeznaczeniem, pobrana nienależnie lub w nadmiernej wysokości podlega zwrotowi na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.

zasady rozliczania analizowanego rodzaju dotacji udzielanej na podstawie art. 115 ust. 3 u.d.l., pogłębiona analiza ich treści wykracza poza ramy przedmiotowe niniejszej książki.

2.2.2. Umowa jako podstawa przekazania środków publicznych

Drugą wskazaną w przepisach działu V ustawy o działalności leczniczej formą prawną finansowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą jest umowa, o której mowa w art. 115 ust. 1 i art. 116 ust. 1 u.d.l.¹¹⁵ Na jej podstawie j.s.t. mogą przekazywać środki publiczne na zadania realizowane przez wskazane wyżej podmioty. Katalog tych zadań wynika z art. 114 ust. 1 u.d.l., jego zakres różni się jednak od katalogu zadań, które mogą być finansowane lub dofinansowane w formie dotacji celowej¹¹⁶. Na podstawie umowy nie można przekazać środków finansowych na remonty i inne niż określone w art. 114 ust. 1 pkt 1 u.d.l. inwestycje,

¹¹⁵ Artykuł 115 ust. 1 u.d.l. stosuje się odpowiednio do decyzji, o której mowa w art. 5 pkt 9 ustawy z 6.12.2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz.U. z 2017 r. poz. 1376 ze zm.) oraz w art. 2 pkt 2 ustawy z 11.07.2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. z 2017 r. poz. 1460 ze zm.). Do warunków i trybu przekazywania środków publicznych nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych (art. 115 ust. 5 u.d.l.). W literaturze przedmiotu podkreśla się, że tego rodzaju zabieg stanowi przejaw konsekwencji ustawodawcy i jest kolejną po u.ś.o.z. regulacją prawną z zakresu ochrony zdrowia, do której nie stosuje się przepisów ustawy z 29.01.2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1579 ze zm.) – T. Rytlewski, *Komentarz do art. 59...*, s. 410.

¹¹⁶ Na ostatnie z zadań nie może zostać przekazana dotacja celowa, wskazane zadanie nie jest bowiem objęte katalogiem zadań, o którym mowa w art. 115 ust. 3 u.d.l. Środki finansowe uzyskane z budżetu j.s.t. na podstawie zawartej umowy mogą być przeznaczane jedynie na realizację zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań, realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu UE lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie EFTA, lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach, cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych, realizację programów wieloletnich oraz pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.

w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego. Wydatki z budżetu samorządowego na tego rodzaju zadania mogą być dokonywane jedynie w formie dotacji celowej.

Elementy konieczne umowy wynikają z art. 116 ust. 1 u.d.l.¹¹⁷ Są bardzo zbliżone do elementów umowy dotacyjnej, o której mowa w art. 250 pkt 1–3 u.f.p.¹¹⁸ Obie umowy muszą zawierać określenie wysokości przekazywanych środków, cel przeznaczenia, termin i sposób rozliczenia, a także termin zwrotu środków. Mimo wskazanych podobieństw są to dwie różne formy prawne przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą. Wątpliwości może budzić zasadność wprowadzenia do przepisów ustawy o działalności leczniczej dwóch form przekazywania środków publicznych przy jednoczesnym ograniczeniu stosowania poszczególnych form w enumeratywnie wymienionych zadaniach, skoro są one do siebie w tak istotny sposób zbliżone. Nie ma racjonalnych argumentów przemawiających za wyłączeniem stosowania trybu dotacyjnego w celu finansowania lub dofinansowania zadań z zakresu kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne. Nie ma również uzasadnienia wyłączenie możliwości wydatkowania środków publicznych na podstawie umowy, o której mowa w art. 115 ust. 1 i art. 116 ust. 1 u.d.l., w celu realizacji przez ich beneficjenta remontów oraz niektórych rodzajów inwestycji.

Wydaje się, że wprowadzenie nowej formy finansowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą miało na celu zwiększenie elastycz-

¹¹⁷ Należą do nich: 1) szczegółowy opis zadania, w tym cel, na jaki środki zostały przyznane, i termin jego wykonania; 2) wysokość środków finansowych; 3) sposób ich wypłacenia; 4) termin wykorzystania środków, nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia danego roku budżetowego; 5) tryb kontroli wykonywania zadania; 6) termin i sposób rozliczenia przyznanych środków; 7) termin zwrotu niewykorzystanej części środków finansowych, nie dłuższy niż 15 dni od określonego w umowie dnia wykonania zadania, a w przypadku zadania realizowanego za granicą – 30 dni od tego dnia.

¹¹⁸ Elementami koniecznymi umowy dotacyjnej są: wysokość dotacji, cel lub opis zakresu rzeczowego zadania, na którego realizację są przekazywane środki dotacji, termin wykorzystania dotacji, nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia danego roku budżetowego, termin i sposób rozliczenia udzielonej dotacji oraz termin zwrotu niewykorzystanej części dotacji celowej.

ności w zakresie możliwości finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia ze środków publicznych. Zakres koniecznych elementów umowy o przekazanie środków zbliża tego rodzaju formę prawną wydatkowania środków do dotacji celowej. Organ wykonawczy j.s.t., przekazując środki publiczne na podstawie omawianej umowy, musi umieścić w niej te same elementy, które zawierać powinna umowa dotacyjna, dotyczące przede wszystkim opisu realizowanego zadania, zasad rozliczania i zwrotu środków. W świetle art. 116 ust. 1 u.d.l. i art. 250–252 u.f.p. jedyną istotną różnicą między przekazaniem środków na podstawie zawartej umowy a dotacją celową jest możliwość innego ukształtowania przesłanek, których ziszczenie się powoduje obowiązek zwrotu pobranych środków, w przypadku pierwszej ze wskazanych form. W ocenie autora pracy w ten sposób skonstruowana nowa forma prawną przekazywania środków publicznych na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia nie stanowi alternatywy dla wydatków budżetu j.s.t. dokonywanych w formie dotacji celowych.

2.3. Wydatki na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej

Do czasu wejścia w życie ustawy z 10.06.2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw j.s.t. nie mogły bezpośrednio finansować gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Ich organizacja i finansowanie były zastrzeżone wyłącznie do kompetencji NFZ oraz ministra właściwego do spraw zdrowia. Z budżetów samorządowych na podstawie art. 48 ust. 1 i 3 u.ś.o.z. mogły być dokonywane wydatki jedynie na programy polityki zdrowotnej¹¹⁹. Programy takie dotyczą zwłaszcza ważnych zjawisk epidemiologicznych, innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania

¹¹⁹ Programy polityki zdrowotnej mogą być przez j.s.t. opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane. Od 1.01.2017 r. istnieje także możliwość dofinansowywania przez samorządy (w ramach zadań własnych) programów zdrowotnych i programów profilaktyki zdrowotnej innych niż realizowane przez daną jednostkę, polegających na profilaktyce chorób w formie dotacji celowej (art. 48c u.ś.o.z.).

bądź ograniczania tych problemów, a także wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych. Zgodnie z definicją legalną stanowią zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiającących osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców (art. 5 pkt 29a u.ś.o.z.). Programy profilaktyki zdrowotnej finansowane z budżetów j.s.t., jeżeli dotyczą świadczeń gwarantowanych objętych programami realizowanymi przez Fundusz lub właściwych ministrów, muszą być z nimi spójne merytorycznie i organizacyjnie¹²⁰.

Realizując programy polityki zdrowotnej, jednostki samorządu terytorialnego nie finansują bezpośrednio świadczeń zdrowotnych. Do ich finansowania dochodzi jedynie wówczas, gdy udzielanie tego rodzaju świadczeń stanowi element programu. Organy j.s.t., realizując programy polityki zdrowotnej, nie przeprowadzają postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, o którym mowa w przepisach działu VI ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹²¹. Wyboru realizatora programu dokonuje się w drodze konkursu ofert. Tryb i zasady przeprowadzenia konkursu wynikają z art. 48b ust. 1–6 u.ś.o.z.¹²² W zakresie nieuregulowanym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu należy stosować odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu.

Wprowadzenie 15.07.2016 r. powoływaną ustawę zmieniającą możliwości finansowania z budżetów samorządowych świadczeń gwarantowanych również nie powoduje konieczności stosowania przez zainte-

¹²⁰ Programy finansowane przez j.s.t. mogą być realizowane w perspektywie dłuższej niż okres jednego roku (art. 48 ust. 5 u.d.l.).

¹²¹ Przepisy działu VI ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stosuje się wówczas, gdy NFZ dokonuje wyboru realizatora programu zdrowotnego (art. 48b ust. 5 u.ś.o.z.).

¹²² Do wyboru realizatorów programu nie mają zastosowania przepisy o zamówieniach publicznych.

resowane jednostki przepisów działu VI ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w celu zawarcia umów ze świadczeniodawcami. Zgodnie z dodanym art. 9a u.ś.o.z. w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia jednostka, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. W myśl art. 9b ust. 1 i 2 u.ś.o.z. może ona finansować także świadczenia na podstawie umowy zawartej ze świadczeniodawcą wyłonionym w drodze konkursu ofert, do którego stosuje się analogiczne zasady jak w przypadku zawierania umów na realizację programów profilaktyki zdrowotnej¹²³. Elementy konieczne umowy o finansowanie świadczeń wymieniono enumeratywnie w art. 9b ust. u.ś.o.z.¹²⁴

Nie w każdym przypadku jednostki, które zdecydują się na bezpośrednie finansowanie świadczeń, będą miały obowiązek wyłonienia świadczeniodawcy w trybie konkursu ofert. Dotyczy to tych j.s.t., które są podmiotami tworzącymi dla podmiotu leczniczego lub jedynymi albo większościami wspólnikami albo akcjonariuszami w spółce kapitałowej będącej podmiotem leczniczym udzielającym świadczeń gwarantowanych w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zawieranej umowy. Tego rodzaju podmioty lecznicze na podstawie art. 9b ust. 3 u.ś.o.z. mają pierwszeństwo w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez j.s.t. Celem ustawowego określenia pierwszeństwa w zakresie udzielania świadczeń gwarantowanych na podstawie zawartej z j.s.t. umowy miało być ograniczenie generowania strat przez podmioty

¹²³ Nie mają zatem zastosowania przepisy o zamówieniach publicznych. W zakresie nieregulowanym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych należy stosować odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu (art. 48b ust. 4 i 6 w zw. z art. 9b ust. 2 u.ś.o.z.).

¹²⁴ Należą do nich rodzaj, zakres i liczba udzielanych świadczeń, warunki i organizacja ich udzielania, okres obowiązywania umowy, kwota zobowiązania oraz zasady rozliczeń, z uwzględnieniem taryfy świadczeń (w przypadku jej ustalenia), sposób i tryb kontroli wykonania umowy. W przypadku gdy świadczeniodawca jest stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ umowa z j.s.t. może obejmować wyłącznie świadczenia gwarantowane udzielane ponad kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy w danym zakresie.

lecnicze, dla których j.s.t. jest podmiotem tworzącym lub udziałowcem (akcjonariuszem)¹²⁵. Wprowadzenie obowiązku zawierania umów na realizację świadczeń z podmiotami działającymi z wykorzystaniem majątku publicznego może prowadzić do nieuprawnionego ich uprzywilejowania względem podmiotów prywatnych¹²⁶. Ustawowy nakaz zawierania przez j.s.t. umów z enumeratywnie wymienionymi podmiotami może także budzić wątpliwości z punktu widzenia zgodności z wyrażoną w art. 165 ust. 2 i art. 167 Konstytucji RP zasadą samodzielności j.s.t. Zapewnienie dodatkowych dochodów podmiotom leczniczym działającym w sferze samorządu terytorialnego nie wydaje się wystarczającą przesłanką do wprowadzania wyjątku od zasady samodzielności j.s.t. poprzez ustawowy nakaz zawierania umów z określonymi podmiotami leczniczymi.

W ocenie autora prawidłowym rozwiązaniem z punktu widzenia zgodności wprowadzonej regulacji z konstytucyjnie chronioną zasadą samodzielności byłoby umożliwienie j.s.t. powierzenia realizacji świadczeń gwarantowanych podmiotom leczniczym, dla których jest podmiotem tworzącym albo posiada w ich kapitale zakładowym co najmniej 51% udziałów (akcji), a nie nałożenie obowiązku w tym zakresie. Jak już wskazano wcześniej, przesłanką umożliwiającą wprowadzenie wyłomu od zasady samodzielności j.s.t. są konstytucyjnie chronione wartości, do których należy, zgodnie z art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP, ochrona zdrowia. W analizowanym przypadku konstytucyjna gwarancja ochrony zdrowia nie może być podstawą do ustawowego ograniczenia kompetencji j.s.t. w zakresie wyboru świadczeniodawcy. Zadania z zakresu ochrony zdrowia, w tym udzielania świadczeń gwarantowanych, mogą być bowiem realizowane także przez podmioty lecznicze działające w sektorze prywatnym.

Większe wątpliwości mogą jednak dotyczyć zgodności wprowadzonej możliwości finansowania świadczeń zdrowotnych z budżetów j.s.t.

¹²⁵ Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw..., s. 14–15.

¹²⁶ Problematyka zachowania zasad konkurencyjności na rynku usług medycznych wykracza poza ramy niniejszej książki, nie będzie zatem przedmiotem dalszej analizy.

z zasadą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wyrażoną w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP i zasadą adekwatności udziału j.s.t. w dochodach publicznych do przypadających im zadań, o której mowa w art. 167 ust. 1 Konstytucji RP¹²⁷.

Na podstawie art. 68 ust. 2 Konstytucji RP władze publiczne zobowiązane są zapewnić obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, przy czym warunki i zakres udzielania świadczeń powinny być określone ustawowo. Z powołanego przepisu wynika obowiązek respektowania przez władze publiczne zasady równego dostępu tylko do tych świadczeń zdrowotnych, które finansowane są ze środków publicznych. Prawodawca nie wprowadził w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP ograniczenia katalogu tych środków. Organizacja udzielania świadczeń gwarantowanych w trybie art. 9a i 9b u.ś.o.z. finansowana jest ze środków publicznych, ponieważ środki te pochodzą z budżetów samorządowych. Dlatego zasada równego dostępu, o której mowa w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, dotyczy również świadczeń finansowanych z budżetów j.s.t. Ustawodawca nie może zatem poprzestać na przestrzeganiu analizowanej zasady jedynie w stosunku do świadczeń zdrowotnych, które finansowane są na podstawie umowy zawartej z NFZ w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że w świetle art. 68 ust. 2 Konstytucji RP dopuszczalne jest zróżnicowanie sytuacji prawnej obywateli, które nie może być jednak oparte na dowolnych i niezasadnych kryteriach i prowadzić do dyskryminacji lub uprzywilejowania niektórych grup¹²⁸. Ustawowe zróżnicowanie sytuacji prawnej obywateli może wynikać jedynie z przyjętego przez ustawodawcę „systemu wartości, zasad lub norm konstytucyjnych, uzasadniających odmienne traktowanie podmiotów podobnych”¹²⁹.

¹²⁷ A. Karczmarek, *Opinia prawna...*, s. 8.

¹²⁸ D.E. Lach, *Zasada równego dostępu...*, s. 364.

¹²⁹ D.E. Lach, *Zasada równego dostępu...*, s. 364.

Zakres podmiotowy świadczeń gwarantowanych jasno wynika z art. 9a u.ś.o.z. Mogą one być finansowane przez j.s.t. w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej i udzielane jedynie jej mieszkańcom. Katalog podmiotów uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych na podstawie art. 9a i 9b u.ś.o.z. został ustawowo zawężony do określonej grupy obywateli. Mieszkańcy gminy, powiatu i województwa tworzą z mocy prawa wspólnotę samorządową (w przypadku powiatu i województwa odpowiednio – lokalną i regionalną)¹³⁰. W świetle powołanej regulacji brak jest podstaw prawnych do finansowania przez j.s.t. świadczeń zdrowotnych udzielanych na rzecz innych wspólnot samorządowych. Z powyższego wywodu można wyciągnąć wniosek, zgodnie z którym ustawodawca, wprowadzając możliwość finansowania świadczeń gwarantowanych z budżetów j.s.t., dokonał zróżnicowania sytuacji prawnej poszczególnych obywateli. O możliwości skorzystania ze świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu samorządowego przesądza przynależność danego świadczeniobiorcy do określonej wspólnoty. Przesłanką, która decyduje o tej przynależności, jest posiadanie statusu mieszkańca danej jednostki samorządu terytorialnego. Z powyższych ustaleń wynika zatem jedyne kryterium zróżnicowania sytuacji prawnej obywateli w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jakim jest miejsce zamieszkania. Uzależnienie możliwości korzystania z dodatkowych świadczeń gwarantowanych od miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy prowadzi do dyskryminacji poszczególnych grup obywateli przy jednoczesnym uprzywilejowaniu mieszkańców wspólnot samorządowych, których sytuacja finansowa pozwala na zapewnienie swoim członkom świadczeń gwarantowanych przewyższających świadczenia przysługujące ogółowi świadczeniobiorców. Takie działanie nie znajduje uzasadnienia w przyjętym przez ustawodawcę systemie wartości, a tym bardziej w zasadach lub normach konstytucyjnych. W ocenie autora nie może wystąpić sytuacja, w której miejsce zamieszkania obywatela będzie decydowało o zakresie przysługujących mu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.

¹³⁰ Por. art. 1 ust. 1 u.s.g., art. 1 ust. 1 u.s.p., art. 1 ust. 1 u.s.w.

Celem funkcjonowania jednostek wszystkich szczebli jest zaspokajanie potrzeb wspólnoty samorządowej rozumianej jako ogół obywateli zamieszkujących określone terytorium. Organy nie mają obowiązku ani możliwości zaspokajania zbiorowych potrzeb innych wspólnot samorządowych, dlatego wątpliwości może także budzić bezpośrednie finansowanie świadczeń zdrowotnych przez j.s.t., nawet gdyby nie wprowadzono ograniczenia kręgu świadczeniobiorców do mieszkańców tworzących daną wspólnotę samorządową.

Druga wątpliwość w zakresie zgodności z Konstytucją RP wynika z braku przesunięcia udziałów j.s.t. w dochodach publicznych w związku z nałożeniem na jednostki nowego rodzaju zadań. Artykuł 167 ust. 1 Konstytucji RP zapewnia samorządom udział w dochodach publicznych odpowiednio do przypadających im zadań. Przepis ten wyraża zasadę odpowiedniości, zwaną także w literaturze prawa finansowego zasadą adekwatności¹³¹. Realizacją tej zasady jest przekazanie jednostkom samorządu terytorialnego zasobów finansowych umożliwiających im wykonywanie zadań¹³². Mając na uwadze treść art. 9a i 9b u.s.o.z., wprowadzając jedynie uprawnienie dla j.s.t. do finansowania z budżetów samorządowych świadczeń gwarantowanych, a nie nakładając na te jednostki obowiązku w zakresie organizacji świadczeń zdrowotnych i pokrywania ich kosztów, można mieć wątpliwości, czy przekazanie kompetencji o charakterze fakultatywnym skutkuje w świetle zasady odpowiedniości koniecznością zwiększenia udziałów j.s.t. w dochodach publicznych. W świetle tej zasady przy każdej dokonywanej zmianie zadań lub kompetencji samorządów konieczne jest zapewnienie dochodów, których poziom powinien odpowiadać nowemu zakresowi zadań

¹³¹ W. Miemieć, *Dochody jednostek samorządu terytorialnego* [w:] W. Miemieć, K. Sawicka, M. Miemieć, *Prawo finansów publicznych...*, s. 94; E. Kornberger-Sokołowska, *Realizacja zasady adekwatności w procesie decentralizacji finansów publicznych*, „Samorząd Terytorialny” 2001/3, s. 13 i n.; A. Ostrowska, *System prawnofinansowy powiatów a decentralizacja finansów publicznych*, Białystok 2006, s. 192 i n.; Z. Gilowska, *Finansowanie samorządu terytorialnego według ustaw o finansach publicznych oraz o dochodach jednostek samorządu terytorialnego*, „Samorządu Terytorialny” 1999/3, s. 54–55.

¹³² W. Miemieć, *Europejska Karta Samorządu Terytorialnego jako zespół gwarancji zabezpieczających samodzielność finansową gmin – wybrane zagadnienia teoretycznoprawne*, „Samorząd Terytorialny” 1997/10, s. 66; A. Niezgoda, *Podział zasobów publicznych między administrację rządową i samorządową*, Warszawa 2012, s. 46.

i być jednocześnie skutkiem zmiany w podziale dochodów publicznych. Obowiązki zasady odpowiedniości niesie ze sobą konieczność przekazania j.s.t. większych środków publicznych w związku ze zmianą zakresu kompetencji¹³³. Adekwatność dochodów jest także rozumiana jako „konstytucyjno-prawna ocena potencjalnej wydajności ekonomicznej źródeł dochodów przekazanych samorządowi, w porównaniu z finansowym wymiarem zadań, które na nim ustawowo ciążyą”¹³⁴.

W kontekście zgodności przekazania j.s.t. uprawnień w zakresie finansowania świadczeń gwarantowanych z zasadą adekwatności istotne znaczenie ma uzależnienie ich organizacji i finansowania od decyzji organów j.s.t. Jednostki te nie mają prawnego obowiązku zapewnienia udzielania tego rodzaju świadczeń mieszkańcom tworzącym daną wspólnotę samorządową. Ponieważ nie nałożono na nie nowego zadania, a jedynie dano im możliwość jego realizacji na podstawie samodzielnie podjętej decyzji, uzasadniony jest wniosek, w którego świetle nie dochodzi do realizacji koniecznej do zastosowania normy z art. 167 ust. 1 Konstytucji RP przesłanki, tj. nałożenia na samorządy nowego zadania. Przepis ten posługuje się pojęciem zapewnienia udziałów j.s.t. w dochodach publicznych odpowiednio do przypadających im zadań. Powstaje zatem problem związany z rozumieniem terminu „przypadanie zadań”. Jeżeli przyjąć, że analizowane pojęcie oznacza nałożenie na samorząd zadań o charakterze obligatoryjnym, które na mocy przepisów ustawowych muszą być przez samorząd realizowane, to uzależnienie finansowania świadczeń gwarantowanych od autonomicznej decyzji organów j.s.t. bez jednoczesnego przesunięcia środków publicznych jest zgodne z art. 167 ust. 1 Konstytucji RP.

Powołany przepis nie różnicuje jednak charakteru prawnego zadań przypadających j.s.t. Nie wynika z niego, iż mają to być wyłącznie zadania obligatoryjne. Nie ma konstytucyjnego lub ustawowego zakazu

¹³³ E. Kornberger-Sokołowska, *Realizacja zasady adekwatności...*, s. 3; Z. Gilowska, L. Kieres, R. Sowiński, *Samorząd terytorialny w Polsce a standardy europejskie*, Warszawa 1993, s. 39 i n.

¹³⁴ T. Dębowska-Romanowska, *Zasady podziału dochodów pomiędzy państwo a samorząd terytorialny* [w:] *Prawo finansowe...*, red. W. Wójtowicz, s. 148.

umożliwiania j.s.t. wykonywania zadań fakultatywnych i uzależnienia ich wyłącznie od potrzeb wspólnoty samorządowej, których istnienie może być subiektywnie oceniane przez organy samorządowe. Uzasadnione może być zatem twierdzenie, że zadania o charakterze fakultatywnym również mogą być kwalifikowane jako zadania samorządów w rozumieniu art. 167 ust. 1 Konstytucji RP. Przemawia za tym fakt, że jeżeli tego rodzaju zadania nie mieszczą się w katalogu zadań objętych zasadą adekwatności, to powierzenie ich do fakultatywnej realizacji j.s.t. stanowi niekonsekwencję ustawodawcy. W takiej sytuacji przyjmuje on, że dotychczas przekazane środki w niektórych przypadkach są zbyt wysokie w stosunku do powierzonych zadań. W ocenie prawodawcy obecnie funkcjonujący mechanizm podziału dochodów publicznych między budżet centralny a budżety samorządowe jest błędny.

Uznanie, że z przekazaniem j.s.t. zadań fakultatywnych wiąże się konieczność zmiany w zakresie udziałów w dochodach publicznych, może stwarzać problemy związane z sytuacją, w której dana j.s.t. nie jest zainteresowana realizacją zadań o charakterze fakultatywnym. Powstają wątpliwości dotyczące formy prawnej przekazania środków pochodzących z dochodów publicznych, która zapewniałaby prawidłową kontrolę i zasady rozliczenia środków na ten cel. Wydaje się, że jedynym sposobem realizującym wskazane przesłanki byłaby dotacja celowa. Środki przekazywane w formie dotacji celowej musiałyby pochodzić z dochodów publicznych. W związku z tym konieczne byłoby powiązanie dochodów budżetu państwa o charakterze publicznoprawnym z jego wydatkami, co stanowiłoby kolejny wyłom od zasady jedności materialnej budżetu (art. 42 ust. 2 u.f.p.). Zamiarem ustawodawcy było jednak upoważnienie j.s.t. do organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych w ramach własnych możliwości finansowych. Uzasadnione jest zatem twierdzenie, że przekazywanie jednostkom zadań o charakterze fakultatywnym nie wymaga odpowiedniego przesunięcia na ich rzecz udziałów w dochodach publicznych.

W ocenie autora zgodnie z konstytucyjną zasadą równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz w świetle obowiązującego obecnie modelu ochrony zdrowia w Polsce niemożliwe jest finansowanie dodatkowych świadczeń gwarantowanych przez j.s.t. Jeżeli ustawodawca widzi potrze-

bę zwiększenia zakresu przedmiotowego gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w aspekcie ilościowym, to powinien tego dokonać w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Uzasadniony jest również wniosek, że wprowadzenie art. 9a i 9b do przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych miało na celu przerzucenie na samorządy części odpowiedzialności za prawidłowe funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia i za zapewnienie przez państwo konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia. Umożliwienie jednostkom samorządu terytorialnego finansowania świadczeń zdrowotnych z własnych środków nie jest jedynym tego rodzaju przejawem. Od 3.12.2015 r. weszła w życie ustawa o zdrowiu publicznym¹³⁵, która nałożyła na samorządy obowiązek finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia z ich środków własnych. Ustawowe rozszerzenie katalogu zadań j.s.t. z zakresu ochrony zdrowia nawet o zadania fakultatywne daje podstawy do obarczania samorządu przez organy władzy centralnej winą za nieprawidłowości wynikające z błędnie ukształtowanego systemu organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych i przerzucania na organy j.s.t. odpowiedzialności politycznej w tym zakresie.

¹³⁵ Ustawa z 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. poz. 1916; tekst jednolity Dz.U. z 2017 r. poz. 2237 ze zm.).

3. Rodzaje wydatków z budżetu państwa stanowiących źródło finansowania ochrony zdrowia

3.1. Wydatki związane z tworzeniem i prowadzeniem podmiotów leczniczych oraz finansowaniem działalności realizowanej przez podmioty lecznicze

Przepisy ustawy o działalności leczniczej nie różnicują sytuacji prawnej podmiotów leczniczych, dla których podmiotami tworzącymi są jednostki samorządu terytorialnego lub *stationes fisci* działające w imieniu Skarbu Państwa. W przypadku uprawnień i obowiązków podmiotów tworzących s.p.z.o.z. będą miały zastosowanie przepisy ustawy o działalności leczniczej, będące przedmiotem analiz w poprzedniej części tego rozdziału, ale w odniesieniu do budżetu samorządowego jako źródła finansowania ochrony zdrowia. Zasady pokrywania straty netto zakładów, dla których podmiotami tworzącymi są *stationes fisci*, wynikają z art. 59 u.d.l. Przepis ten w sposób jednolity reguluje problematykę finansowania s.p.z.o.z. w celu ich oddłużenia. W świetle art. 59 ust. 2 pkt 1 i 2 u.d.l. rodzaj budżetu, z którego pochodzą środki publiczne na pokrycie straty zakładu, nie determinuje zasad oddłużania s.p.z.o.z. To samo można odnieść do likwidacji s.p.z.o.z. i przejścia jego zobowiązań na podstawie art. 62 u.d.l. bądź jego przekształcenia i przejścia zobowiązań w zależności od wysokości wskaźnika, o którym mowa w art. 71 i 72 u.d.l.

Skarb Państwa, reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę, może, tak jak samorząd, tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze w formie spółek kapitałowych¹³⁶. Według przepisów ustawy o działalności leczniczej nie ma podstaw do różnicowania zasad finansowania podmiotów leczniczych ze względu na podmiot je tworzący lub źródło ich finansowania. Różnice mogą

¹³⁶ Artykuł 6 ust. 1 pkt 1 u.d.l.

wynikać z ogólnych zasad wydatkowania środków publicznych z poszczególnych budżetów determinowanych przepisami ustawy o finansach publicznych. W przypadku wydatków z budżetu państwa w celu tworzenia i prowadzenia podmiotów leczniczych podział na wydatki bieżące i wydatki majątkowe¹³⁷ nie będzie miał istotnego znaczenia. Na gruncie przepisów rozdziału X Konstytucji RP oraz ustawy o finansach publicznych nie ma mechanizmów prawnych, które uzależniałyby konstrukcję budżetu oraz wysokość jego poszczególnych parametrów od wielkości wydatków majątkowych lub bieżących¹³⁸.

Ustawodawca nie dokonał także zróżnicowania zasad przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą w trybie przepisów działu V ustawy o działalności leczniczej. Ujednolicono procedurę dokonywania wydatków na podstawie umowy, o której mowa w art. 115 ust. 1 i art. 116 u.d.l., oraz w formie dotacji celowej na podstawie art. 115 ust. 3 u.d.l. W świetle powołanych przepisów bez względu na źródło finansowania, z którego pochodzą środki publiczne, zasady ich przeznaczania są jednolite, z zastrzeżeniem różnic wynikających z regulacji prawnych, o których mowa w ustawie o finansach publicznych, w zakresie wydatkowania środków publicznych z poszczególnych budżetów¹³⁹.

Z art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP wynika prawo do ochrony zdrowia, a także zasada równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Muszą zatem istnieć gwarancje prawne przestrzegania przez podmioty funkcjonujące w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego równości świadczeniobiorców w dostępie do świadczeń zdrowotnych w aspekcie ilościowym i jakościowym. Po-

¹³⁷ Zgodnie z art. 124 ust. 4 pkt 1 u.f.p. wydatki majątkowe budżetu państwa obejmują wydatki na zakup i objęcie akcji oraz wniesienie wkładów do spółek prawa handlowego.

¹³⁸ Charakter prawny danego wydatku nie ma wpływu na zachowanie równowagi budżetowej, duże znaczenie ma bowiem ogólna wysokość wydatków budżetowych bez podziału na wydatki majątkowe i bieżące.

¹³⁹ Jedyną różnicą wynikającą z art. 115 ust. 4 u.d.l. jest ograniczenie zakresu podmiotów wykonujących działalność leczniczą, którym mogą zostać przekazane środki publiczne z budżetu państwa przez ministra właściwego do spraw zdrowia, innego ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę.

ziom oraz możliwość przeznaczania otrzymywanych środków publicznych w innym trybie niż w ramach zawartej z NFZ umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na zasadach wynikających z działu VI ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma istotne znaczenie dla jakości udzielanych przez dany podmiot świadczeń.

Brak zróżnicowania zasad finansowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w tym podmiotów leczniczych, stanowi rodzaj gwarancji przestrzegania zasady równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych, rozumianej jako obowiązek zapewnienia świadczeniobiorcom świadczeń zdrowotnych na zbliżonym jakościowo poziomie. W systemie ochrony zdrowia nie może wystąpić sytuacja, w której jakość świadczonych w jego ramach usług (przede wszystkim świadczeń gwarantowanych) jest uzależniona od rodzaju budżetu, z którego finansowana jest działalność podmiotu leczniczego oraz podmiotu, który jest dla niego organem tworzącym.

W świetle zasady równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych brak jest uzasadnienia dla różnicowania statusu świadczeniodawców na podstawie kryterium źródła finansowania jego działalności oraz rodzaju organu tworzącego. Jakość świadczeń zdrowotnych przysługujących świadczeniobiorcom w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie może być determinowana rodzajem budżetu, z którego finansowana jest działalność świadczeniodawców. Przyjęcie innego założenia prowadziłoby do zróżnicowania sytuacji świadczeniobiorców w zależności od korzystania ze świadczeń udzielanych przez podmioty posiadające odmienne źródło finansowania. Uzasadniona jest zatem jednolita regulacja zasad przekazywania środków publicznych pochodzących z budżetu państwa oraz z budżetów j.s.t. podmiotom wykonującym działalność leczniczą, w tym podmiotom leczniczym.

3.2. Wydatki na finansowanie systemu ratownictwa medycznego

Zasady finansowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce zostały uregulowane w rozdziale VI ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (art. 46–50). Ustawa nie definiuje terminu „system ratownictwa medycznego”. W literaturze przedmiotu powszechnie akceptowana jest definicja WHO, mówiąca, że „systemy ratownictwa medycznego to rozmieszczenie personelu, urządzeń i sprzętu, które zapewnia skuteczne i skoordynowane działania systemu w zakresie prewencji i zarządzania zagrożeniami będącymi konsekwencjami nagłych zdarzeń, katastrof, klęsk żywiołowych lub podobnych wydarzeń”¹⁴⁰. W krajach UE systemy ratownictwa medycznego finansowane są w dominującej części ze środków publicznych. W większości przypadków środki te pochodzą z budżetów centralnych poszczególnych państw. Wskazuje się, że finansowanie ratownictwa medycznego jest zasadniczo powiązane z przyjętym w danym państwie systemem organizacji ochrony zdrowia¹⁴¹.

Funkcjonowanie polskiego systemu ratownictwa medycznego również finansowane jest ze środków publicznych. W jego ramach działają organy administracji rządowej właściwe w zakresie wykonywania zadań systemu¹⁴² oraz jednostki systemu, do których zalicza się szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (art. 32 ust. 1 u.p.r.m.). Organy administracji rządowej odpowiedzialne są za organizację oraz finansowanie ratownictwa medycznego. Zadaniem podmiotów, o których mowa w art. 31 ust. 1 u.p.r.m., jest natomiast wykonywanie medycznych czynności ratunkowych w ramach systemu ratownictwa medycznego.

Zadania wymienionych wyżej organów administracji rządowej odpowiedzialnych za funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego

¹⁴⁰ A. Bem, *Organizacja i finansowanie ratownictwa medycznego* [w:] *Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce. Nowe wyzwania*, red. M. Węgrzyn, M. Łyszczak, D. Wasilewski, Wrocław 2013, s. 159.

¹⁴¹ A. Bem, *Organizacja...*, s. 162.

¹⁴² Zgodnie z art. 18 pkt 1 i 2 u.p.r.m. są to minister właściwy do spraw zdrowia oraz wojewoda.

w Polsce są różne w zależności od rodzaju jednostek systemu, którym należy zapewnić finansowanie. To samo należy odnieść do źródeł finansowania tego systemu, którymi są środki NFZ, pochodzące w zdecydowanej większości z tytułu poboru składki na ubezpieczenie zdrowotne, oraz budżet państwa. Większość jednostek oraz zadań ratownictwa medycznego jest finansowana pośrednio z budżetu państwa. Dotyczy to przede wszystkim zadań zespołów ratownictwa medycznego (art. 46 ust. 1 u.p.r.m.).

W świetle powołanego przepisu zadania zespołów ratownictwa medycznego, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, są finansowane z budżetu państwa, z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie. Ustawodawca szczegółowo określa procedurę ustalania wysokości środków przeznaczanych na ten cel. W pierwszej kolejności wojewoda przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia założenia dotyczące finansowania zespołów ratownictwa medycznego¹⁴³. Następnie minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycję wysokości środków przeznaczonych na finansowanie zadań zespołów wraz z ich podziałem pomiędzy województwa. Podstawę przedstawianej propozycji stanowią założenia opracowane przez poszczególnych wojewodów¹⁴⁴. Wysokość środków przeznaczanych na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego nie może być dowolna. W myśl art. 46 ust. 5 u.p.r.m. środki te muszą być obliczane dla każdego województwa w jednolity sposób, z zastrzeżeniem, że ich wysokość będzie uzależniona od zmiennych wynikających z tego przepisu¹⁴⁵.

¹⁴³ W myśl art. 46 ust. 1 u.p.r.m. wojewoda zobowiązany jest przedstawić założenia do 31 marca roku poprzedzającego rok budżetowy.

¹⁴⁴ Minister właściwy do spraw zdrowia zobowiązany jest przedstawić propozycję wysokości środków do 20 maja roku poprzedzającego rok budżetowy (art. 46 ust. 4 u.p.r.m.).

¹⁴⁵ W celu ustalenia propozycji wysokości środków na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego z uwzględnieniem podziału między poszczególne województwa należy kolejno obliczyć: dla każdego województwa sumę iloczynu liczby zespołów podstawowych w tym województwie i wskaźnika kosztów całodobowego utrzymania zespołu podstawowego stanowiącego 0,75 kosztów całodobowego utrzymania zespołu specjalistycznego oraz liczby zespołów specjalistycznych, sumę unormowanej liczby zespołów łącznie dla wszystkich województw, a dla każdego województwa – udział procentowy unormowanej liczby zespołów. Wysokość środków na finansowanie zespołów

Ustawodawca nie określił wprost charakteru prawnego przedstawianej przez ministra zdrowia propozycji środków oraz jej mocy wiążącej. Wskazane w art. 46 ust. 5 i 8 u.p.r.m. zasady obliczania wielkości środków dotyczą jedynie ich proponowanej wysokości. Obowiązek ich stosowania obciąża jedynie ministra właściwego do spraw zdrowia na etapie sporządzania propozycji, o której mowa w art. 46 ust. 4 u.p.r.m. Minister właściwy do spraw finansów publicznych nie jest zatem związany przedstawioną mu na etapie procedury opracowywania budżetu propozycją wysokości środków przeznaczanych na finansowanie zadań, w związku z tym może on dowolnie ingerować w wysokość proponowanych środków¹⁴⁶.

Jedynym obowiązkiem ministra właściwego do spraw finansów publicznych na etapie projektowania budżetu jest, zgodnie z art. 46 ust. 7 u.p.r.m., przekazanie prezesowi NFZ informacji o wysokości środków ujętych w projekcie ustawy budżetowej. Minister właściwy do spraw finansów publicznych zobowiązany jest do przekazania informacji o wysokości środków w terminie, o którym mowa w art. 120 ust. 1 u.ś.o.z. w zw. z art. 46 ust. 7 u.p.r.m. Na podstawie art. 120 ust. 1 u.ś.o.z. prezes NFZ w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia w terminie do 1 czerwca musi sporządzić coroczną prognozę przychodów na kolejne trzy lata. Ustawodawca dopuszcza więc możliwość przekazania przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych prezesowi NFZ informacji o wysokości środków na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego w ostatnim dniu terminu na sporządzenie prognozy, co z punktu widzenia konieczności ustalenia wskaźników prognozy w sposób realny oraz konieczności współdziałania w tym zakresie z innymi organami administracji rządowej jest w ocenie autora nie do zaakceptowania.

ratownictwa medycznego dla danego województwa stanowi iloczyn środków ustalonych w ustawie budżetowej z przeznaczeniem na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego i udziału procentowego (art. 46 ust. 5 i 8 u.p.r.m.).

¹⁴⁶ Minister właściwy do spraw finansów publicznych nie musi włączać do projektu ustawy budżetowej dochodów i wydatków wojewodów, nie są oni bowiem wymienieni w katalogu organów i podmiotów, o którym mowa w art. 139 ust. 2 u.f.p.

Wątpliwości może również budzić wyłączenie procedury opracowywania i przekazywania ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycji wysokości środków przeznaczanych na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego spod ogólnych zasad opracowywania projektu ustawy budżetowej. Zasady te wynikają przede wszystkim z art. 138 u.f.p. Na jego podstawie materiały do projektu ustawy budżetowej opracowują i przedstawiają ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych dysponenti części budżetowych w terminach wynikających z noty budżetowej wydanej na podstawie zawartej w art. 138 ust. 6 u.f.p. delegacji ustawowej. Nota budżetowa zawiera szczegółowy sposób, tryb i terminy opracowania materiałów do projektu ustawy budżetowej, w tym planów dochodów i wydatków poszczególnych części budżetowych na dany rok budżetowy. Procedura wynikająca z art. 46 u.p.r.m. jednoznacznie określa terminy przekazywania informacji w celu opracowania projektu ustawy budżetowej. Propozycja wysokości środków finansowych, o której mowa w art. 46 ust. 4 u.p.r.m., mieści się w zakresie przedmiotowym noty budżetowej, ponieważ ich wysokość stanowi element wydatków części budżetu, których dysponentami są poszczególni wojewodowie.

Procedura obliczania i przedstawiania ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycji wysokości środków przeznaczanych na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego określona w art. 46 u.p.r.m. pozostaje *lex specialis* wobec zasad opracowywania projektu ustawy budżetowej wynikających z art. 138 u.f.p. oraz wydawanej na jego podstawie noty budżetowej co najmniej w zakresie terminów na przedstawienie ministrowi materiałów do projektu. Uzasadnieniem dla wprowadzenia przez ustawodawcę odmiennych zasad opracowywania tego rodzaju materiałów od regulacji wynikających z przepisów ustawy o finansach publicznych oraz aktów prawnych wydanych na jej podstawie byłoby wprowadzenie mechanizmów gwarantujących umieszczenie w ustawie budżetowej środków przeznaczanych na realizację analizowanych w tej części pracy zadań w wysokości zgodnej z zasadami ich obliczania wynikającymi z art. 46 ust. 5 i 8 u.p.r.m. W związku z brakiem tego rodzaju gwarancji jedynym uzasadnieniem wydaje się konieczność zachowania terminów obowiązujących w procedurze opracowywania

prognozy przychodów oraz projektu planu finansowego NFZ, które wynikają z art. 120 i 121 u.ś.o.z.

Cechą charakterystyczną zasad finansowania zespołów ratownictwa medycznego jest pozbawienie wojewodów kompetencji do bezpośredniego wydatkowania środków publicznych. W myśl art. 49 ust. 1 u.p.r.m. powierzają oni przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, rozliczanie i kontrolę wykonania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, który zawiera umowy w ramach środków przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu oraz w budżecie państwa, w części, której dysponentem jest wojewoda. Środki na finansowanie wskazanych umów wojewodowie przekazują NFZ w formie dotacji celowej w trybie i na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych w celu zapewnienia finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego na terenie oddziału wojewódzkiego NFZ.

Dysponent części budżetowej, udzielając dotacji celowej, w tym jednostce sektora finansów publicznych, w przypadku gdy odrębne przepisy lub umowa międzynarodowa nie określają trybu i zasad udzielania lub rozliczania tej dotacji, zobowiązany jest do zawarcia z beneficjentem dotacji umowy dotacyjnej (art. 150 u.f.p.). W przepisach ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym została wskazana jedynie forma prawna dokonywania przez wojewodę wydatków z budżetu państwa na zadania zespołów ratownictwa medycznego z jednoczesnym odesłaniem do stosowania przepisów o finansach publicznych, przez które należy rozumieć przede wszystkim ustawę o finansach publicznych. Trybu i zasad udzielania dotacji nie określa także ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dlatego do badanej formy prawnej dokonywania wydatków należy zastosować przepisy art. 150 u.f.p. Wojewoda jest zobowiązany do zawarcia umowy dotacyjnej z NFZ jako beneficjentem dotacji. W dalszej kolejności zastosowanie będą miały także przepisy art. 168 i 169 u.f.p., określające przesłanki i zasady zwrotu dotacji niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem bądź pobranych nienależnie lub w nadmiernej wysokości.

Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym nie określa terminu na przekazanie dotacji celowej Funduszowi. Nie wynika on także z regulacji prawnych zawartych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Szczegółowe zasady finansowania świadczeń zdrowotnych z budżetu państwa ujęto w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 30.10.2017 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń zdrowotnych¹⁴⁷. Na podstawie jego § 4 ust. 1 minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje Funduszowi dotacje zasadniczo w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprawozdania wraz z wnioskiem o jej uruchomienie¹⁴⁸. Powołane rozporządzenie nie dotyczy jednak świadczeń udzielanych na podstawie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁴⁹. Zgodnie z art. 49 ust. 4 u.p.r.m. koszty medycznych czynności ratunkowych mogą być pokrywane ze środków finansowych przekazanych NFZ w formie dotacji w roku następnym. Uzasadnieniem dla takiej możliwości był fakt, że Fundusz opłaca świadczenia opieki zdrowotnej po ich udzieleniu (z dołu)¹⁵⁰. Tego rodzaju konstrukcja zasad udzielania dotacji może budzić wątpliwości z co najmniej trzech powodów.

Po pierwsze, brak terminu, w którym dotacja celowa powinna być przekazana Funduszowi, może powodować konieczność finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego ze środków własnych NFZ, które w założeniu ustawodawcy powinny być przeznaczane na realizację świadczeń wynikających z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nieokreślenie przez ustawodawcę ostatecznego terminu udzielenia dotacji skutkować może przejściowym obciążeniem Funduszu kosztami finansowania zadań

¹⁴⁷ Dz.U. poz. 2028.

¹⁴⁸ Termin ten może zostać przedłużony w przypadkach, o których mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia.

¹⁴⁹ Zgodnie z § 1 pkt 1 i 2 powoływanego rozporządzenia określa ono sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej niektórym grupom świadczeniobiorców, a także świadczeń udzielanych na podstawie enumeratywnie wymienionych w nim przepisów. Poza zakresem przedmiotowym rozporządzenia pozostają świadczenia udzielane przez zespoły ratownictwa medycznego.

¹⁵⁰ Uzasadnienie do projektu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, druk sejmowy Sejmu V kadencji nr 853, s. 7, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki5ka.nsf/0/738EAF62B43E282C12571B5002B95EE?OpenDocument> (dostęp: 30.10.2016 r.).

wymienionych zespołów i faktycznego kredytowania budżetu państwa w tym zakresie.

Po drugie, z uwagi na treść art. 49 ust. 4 u.p.r.m. dotacja może być przekazana na finansowanie zadania już zrealizowanego. Cechą charakterystyczną wszystkich dotacji, w tym dotacji celowych, jest m.in. przeznaczenie ich na finansowanie lub dofinansowanie realizacji określonych zadań (art. 126 i 127 ust. 1 u.f.p.). Na podstawie art. 150 pkt 1 i 3 u.f.p. w umowie dotacyjnej należy określić m.in. cel, na jaki dotacja została przyznana, i termin jego wykonania, a także termin wykorzystania dotacji. W przypadku udzielenia dotacji po spełnieniu zadania nie można określić terminu wykorzystania dotacji oraz wykonania zadania, ponieważ zostało ono zrealizowane. W myśl art. 169 ust. 1 pkt 1 u.f.p. dotacje udzielone z budżetu państwa podlegają zwrotowi, jeżeli wykorzystano je niezgodnie z przeznaczeniem. Przez wykorzystanie dotacji ustawodawca rozumie zapłatę za zrealizowane zadania, na które została ona udzielona (art. 168 ust. 4 zdanie pierwsze u.f.p.). Artykuł 169 ust. 5 u.f.p. umożliwia wykorzystanie dotacji w przypadku gdy odrębne przepisy stanowią o sposobie jej udzielania i rozliczania. Następuje to przez realizację celów wskazanych w tych przepisach. Artykuł 49 ust. 3 u.p.r.m., stanowiący podstawę prawną udzielania dotacji, nie zawiera jednak zasad jej udzielania i rozliczania. W tym zakresie powołany przepis wprost odsyła do stosowania przepisów o finansach publicznych. Przy udzielaniu dotacji na zadanie już wykonane nie jest możliwe wykorzystanie środków zgodnie z ich przeznaczeniem. Jeżeli zadanie zostało już zrealizowane i sfinansowane, to nie ma faktycznej możliwości wykorzystania dotacji w celu, na jaki została ona udzielona, bowiem cel ten został już spełniony. W związku z tym dotacja nie może być przekazana na finansowanie zadania, które zostało już zrealizowane.

Po trzecie, na podstawie art. 49 ust. 2 u.p.r.m. dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ zawiera umowy z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na podstawie planu oraz w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa, w części, której dysponentem jest wojewoda, ujętych w planie finansowym Funduszu. Z art. 49 ust. 3 u.p.r.m. wynika jedynie obowiązek przekazania NFZ dotacji celowej na zapewnienie finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego. Powołany prze-

pis nie gwarantuje jednak udzielenia dotacji w wysokości przewidzianej w budżecie państwa, który według art. 51 u.f.p. nie stanowi podstawy roszczeń czy zobowiązań państwa wobec osób trzecich ani roszczeń tych osób wobec państwa. Podstawa ta musi wynikać z powszechnie obowiązujących przepisów. W ocenie autora nie stanowią jej przepisy art. 49 ust. 2 i 3 u.p.r.m. Fundusz nie ma zatem gwarancji otrzymania środków finansowych w wysokości ujętej w budżecie państwa, nawet jeżeli zawarł umowy na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego w takiej wysokości.

Wielkość udzielonej NFZ dotacji na ten cel ma jedynie zapewniać finansowanie zadań zespołów, nie musi natomiast odpowiadać wysokości środków przewidzianych w budżecie państwa. Przedstawiona konstrukcja zasad udzielania dotacji Funduszowi może negatywnie wpływać na realną możliwość planowania przychodów i kosztów Funduszu oraz jego stabilność finansową. Wynika to z brzmienia art. 49 ust. 4 u.p.r.m., zgodnie z którym koszty medycznych czynności ratunkowych mogą być finansowane ze środków przekazanych NFZ w roku następnym. Może zatem dojść do sytuacji, w której Fundusz, zawierając umowy z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, nie jest w stanie przewidzieć wysokości środków finansowych, jakie może otrzymać na ten cel w formie dotacji celowej.

De lege ferenda należałoby ustawowo określić termin udzielenia dotacji w sposób umożliwiający jej otrzymanie przed sfinansowaniem z własnych środków zadań zespołów ratownictwa medycznego oraz zagwarantować, że NFZ otrzyma środki pochodzące z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego w każdym roku budżetowym przed zawarciem przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich umów z dysponentami tych zespołów. Umożliwi to faktyczne finansowanie wskazanych zadań ze środków pochodzących z budżetu państwa.

Z budżetu państwa jest także finansowana działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. W tym przypadku inny jest jednak dysponent środków budżetowych oraz tryb ich finansowania, zadania lotniczych zespołów ratownictwa medycznego są bowiem finansowane z części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy

do spraw zdrowia (art. 48 ust. 1 u.p.r.m.). W porównaniu z zadaniami zespołów ratownictwa medycznego finansowanie zadań zespołów lotniczych nie odbywa się w formie dotacji celowej. Obowiązki z zakresu zawierania umów w przedmiocie wykonywania zadań tych zespołów również nie są powierzane organom NFZ. W przypadku lotniczych zespołów ratownictwa medycznego organem odpowiadającym za ich finansowanie jest minister właściwy do spraw zdrowia. Do jego obowiązków należy m.in. zawieranie umów z dysponentami lotniczych zespołów, którego szczegółowy tryb wynika z art. 48 u.p.r.m.¹⁵¹

Budżet państwa nie jest jedynym źródłem finansowania zadań z zakresu ratownictwa medycznego. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali, wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, są finansowane na zasadach i w trybie określonych w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach środków finansowych ujętych w planie finansowym NFZ (art. 47 ust. 1 u.p.r.m.)¹⁵². Źródłem finansowania tego rodzaju świadczeń jest zatem składka na ubezpieczenie zdrowotne, będąca głównym przychodem Funduszu¹⁵³.

¹⁵¹ Warunkiem finansowania działalności zespołów lotniczych jest zapewnienie ciągłej gotowości lotniczego zespołu ratownictwa medycznego do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w zakresie określonym w umowie. W celu jej zawarcia przeprowadza się rokowania pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a dysponentem tych zespołów, które dotyczą warunków wykonywania i finansowania medycznych czynności ratunkowych (rokowania przeprowadza komisja powołana przez ministra). Kalkulacja kosztów działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego dokonywana jest z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, a w szczególności kosztów osobowych, eksploatacyjnych, administracyjno-gospodarczych, a także odpisu amortyzacyjnego z wyłączeniem amortyzacji dokonywanej od aktywów trwałych, na które podmiot otrzymał dotację budżetową.

¹⁵² Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane pacjentowi urazowemu lub pacjentowi urazowemu dziecięcemu finansowane są oddzielnie dla każdego zakresu tych świadczeń w trybie i na zasadach wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach środków określonych w planie finansowym Funduszu – art. 47 ust. 2 u.p.r.m.

¹⁵³ Konstrukcja i charakter prawny składki na ubezpieczenie zdrowotne jako źródła finansowania ochrony zdrowia były przedmiotem badań w rozdziale V i VI.

Ustawodawca dopuszcza również możliwość finansowania zadań z zakresu ratownictwa medycznego na podstawie art. 50 ust. 1 i 2 u.p.r.m. przez ministra właściwego do spraw zdrowia, innych właściwych ministrów oraz j.s.t., a także na podstawie programów wieloletnich ustanawianych przez Radę Ministrów. Wskazane organy i podmioty mogą finansować lub dofinansowywać nakłady na inwestycje związane z działalnością zespołów ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałów ratunkowych i centrów urazowych, jak również stanowisk pracy dyspozytorów medycznych.

Wprowadzenie możliwości dodatkowego finansowania zadań z zakresu ratownictwa medycznego świadczy o założeniu ustawodawcy, że środki przekazywane w ramach dotacji celowych na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, na podstawie umowy z dysponentem zespołów lotniczych, a także ze środków własnych NFZ pochodzących z tytułu obowiązku uiszczania składki zdrowotnej, mogą być niewystarczające w stosunku do kosztów funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego. Z przepisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym wynika, że fakultatywnym źródłem finansowania zadań z zakresu ratownictwa medycznego stają się także budżety j.s.t. Samo umożliwienie im finansowania tego rodzaju zadań jest wyrazem próby przeniesienia części odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego na organy samorządowe. Od ich decyzji zależy bowiem wysokość środków przeznaczanych na finansowanie ratownictwa medycznego na terytorium danej jednostki, a w konsekwencji dostępność do świadczeń udzielonych w jego ramach, mimo że wydatkowanie środków pochodzących z budżetów samorządowych na zadania, o których mowa w art. 50 ust. 1 u.p.r.m., nie ma charakteru obligatoryjnego.

3.3. Wydatki na finansowanie świadczeń zdrowotnych

Niektóre świadczenia opieki zdrowotnej enumeratywnie wymienione w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie są finansowane z przychodów NFZ pocho-

dających z tytułu opłacania przez ubezpieczonych lub za nich składki na ubezpieczenie zdrowotne. Źródłem ich finansowania są środki pochodzące z budżetu państwa. Zróżnicowany charakter poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich wielość powoduje konieczność dokonania ich podziału. Z uwagi na prawnofinansowy charakter pracy uzasadnione jest dokonanie podziału w oparciu o kryterium sposobu oraz trybu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z budżetu państwa, które wynikają z rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30.10.2017 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej.

Pierwszym sposobem finansowania świadczeń zdrowotnych z budżetu państwa jest udzielenie NFZ dotacji celowej, o której mowa w art. 97 ust. 8 u.ś.o.z. Zgodnie z § 2 ust. 1 powołanego rozporządzenia świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2–4 u.ś.o.z., są finansowane przez NFZ ze środków budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, w formie dotacji, o której mowa w art. 97 ust. 8 u.ś.o.z. W ten sam sposób finansowane są świadczenia opieki zdrowotnej udzielane na podstawie art. 21 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, art. 26 ust. 5 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii¹⁵⁴, art. 10 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego¹⁵⁵, przepisów ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁵⁶ – w przypadku świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób, zakażeń i chorób zakaźnych, art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy o Karcie Polaka¹⁵⁷, art. 20 ustawy o udziale zagranicznych funkcjonariuszy lub pracowników we wspólnych operacjach lub wspólnych działaniach ratowniczych na te-

¹⁵⁴ Ustawa z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2017 r. poz. 783 ze zm.).

¹⁵⁵ Ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017 r. poz. 882 ze zm.).

¹⁵⁶ Ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2018 r. poz. 151).

¹⁵⁷ Ustawa z 7.09.2007 r. o Karcie Polaka (Dz.U. z 2017 r. poz. 1459 ze zm.).

rytorium Rzeczypospolitej Polskiej¹⁵⁸, a także art. 15 ust. 2 pkt 12¹⁵⁹ i art. 42j u.ś.o.z.¹⁶⁰

Powołana treść § 2 ust. 1 rozporządzenia w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej stanowi odzwierciedlenie art. 97 ust. 8 u.ś.o.z. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadań, o których mowa w ust. 3 pkt 2a–2c, 3 i 3b tego przepisu. W obecnie obowiązującym stanie prawnym środki przekazane w formie dotacji nie podlegają jednak rozliczeniu na zasadach określonych w powołanym rozporządzeniu¹⁶¹. Wynika to z art. 1 ust. 4 ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018¹⁶². Powołaną ustawą wprowadzono ryczałtowe zasady udzielania dotacji, o której mowa w art. 97 ust. 8 u.ś.o.z. Zgodnie z art. 1 ust. 1 ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018 NFZ otrzymuje na finansowanie enumeratywnie wymienionych świadczeń zdrowotnych dotację z budżetu państwa w kwocie 320 232 tys. zł rocznie. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje Funduszowi dotację miesięcznie w terminie do ostatniego dnia miesiąca w wysokości 1/12 wymienionej kwoty¹⁶³.

¹⁵⁸ Ustawa z 7.02.2014 r. o udziale zagranicznych funkcjonariuszy lub pracowników we wspólnych operacjach lub wspólnych działaniach ratowniczych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. poz. 295).

¹⁵⁹ W świetle art. 15 ust. 2 pkt 12 u.ś.o.z. świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych.

¹⁶⁰ Zgodnie z art. 42j u.ś.o.z. na podstawie decyzji Prezesa NFZ świadczeniobiorca może zostać skierowany na przeprowadzenie poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju.

¹⁶¹ Nie dotyczy to tylko dotacji przekazywanej na finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 u.ś.o.z., oraz na finansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 u.ś.o.z.

¹⁶² Ustawa z 25.09.2015 r. o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018 (Dz.U. poz. 1770).

¹⁶³ Treść przepisów ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018 jest wynikiem prac Zespołu do przygotowania sposobu weryfikacji uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pochodzących z dotacji z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8 u.ś.o.z., powołanego przez Ministra Zdrowia.

Ratio legis wprowadzenia ustawy był brak możliwości weryfikacji uprawnień do świadczeń zdrowotnych niektórych świadczeniobiorców, w tym dzieci do 18. roku życia¹⁶⁴. W konsekwencji wystąpiły problemy z ustaleniem kosztów świadczeń udzielanych tym podmiotom, co sprawiało, że NFZ nie mógł otrzymać z budżetu państwa dotacji, o której mowa w art. 97 ust. 8 u.ś.o.z. W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano, iż ryczałtową wysokość dotacji na lata 2015–2018 oparto na danych NFZ uwzględniających m.in. liczbę osób, których dotyczą świadczenia finansowane w formie dotacji z art. 97 ust. 8 u.ś.o.z., a także wysokość kosztów świadczeń według stanu za rok 2013 lub za lata 2010–2013¹⁶⁵.

Nie uwzględniono jednak możliwości zmiany liczby osób ubezpieczonych, a przede wszystkim wzrostu kosztów udzielania świadczeń objętych zakresem przedmiotowym ustawy. Zmiana w zakresie kosztów udzielonych świadczeń może prowadzić do konieczności finansowania tych świadczeń ze środków własnych NFZ. Poniesienie przez Fundusz kosztów świadczeń zdrowotnych w danym roku budżetowym w określonej wielkości nie oznacza automatycznie, że ich wysokość będzie niezmienna przez kolejne cztery lata. Ustawowe sztywne uregulowanie wysokości dotacji nie pozwala na stosunkowo szybkie dostosowanie ustalonej normatywnie kwoty do zmieniających się warunków. Z przedstawionym problemem wiąże się także czasowy zakres obowiązywania ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018. Zgodnie z art. 1 ust. 1 tej ustawy ryczałtowe zasady udzielania NFZ dotacji, o której mowa w art. 97 ust. 8 u.ś.o.z., mają obowiązywać do 31.12.2018 r. Na etapie prac legislacyjnych słusznie podkreślano, że okres obowiązywania ustawy jako regulacji przejściowej jest zbyt długi¹⁶⁶. W ocenie autora nie jest możliwe racjonalne ustalenie wyso-

¹⁶⁴ Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018, druk sejmowy Sejmu VII kadencji nr 3834, s. 1, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?nr=3834> (dostęp: 4.11.2016 r.).

¹⁶⁵ Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018..., s. 3–4.

¹⁶⁶ M. Szczepańska, *Opinia prawna w sprawie rządowego projektu ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018 (druk sejmowy 3835)*, s. 4, <http://orka.sejm.gov.pl/rexdomk7.nsf/Opdodr?OpenPage&nr=3834> (dostęp: 4.11.2016 r.); G. Ciura, *Opinia merytoryczna do rządowego projektu ustawy o finansowaniu niektórych*

kości kosztów, które mają być poniesione w celu realizacji świadczeń zdrowotnych na tak długi okres. Z uzasadnienia do projektu ustawy nie wynika także, że projektodawca brał pod uwagę możliwość zmian w zakresie wysokości ponoszonych kosztów świadczeń objętych ustawą.

Drugą grupą świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa są świadczenia wymienione w § 2 ust. 2 rozporządzenia w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej. Nie są one finansowane w sposób jednolity. Zasady wydatkowania środków pochodzących z budżetu państwa są uzależnione od danego rodzaju świadczenia. Świadczenia udzielane na podstawie art. 415 ust. 1 pkt 5 ustawy o cudzoziemcach¹⁶⁷ są finansowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych ze środków budżetu państwa, z części, której jest on dysponentem, zaś np. świadczenia udzielane na podstawie art. 16 ust. 1 i art. 25 ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób¹⁶⁸ są finansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, z części budżetu, której jest dysponentem. Minister Sprawiedliwości finansuje z części budżetu, której jest dysponentem, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane bezpłatnie na podstawie art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 Kodeksu karnego wykonawczego¹⁶⁹.

W zależności od rodzaju świadczeń inaczej ukształtowany został sposób finansowania kosztów ich realizacji. Po pierwsze, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane na podstawie art. 415 ust. 1 pkt 5 ustawy o cudzoziemcach¹⁷⁰ (są to świadczenia, o których mowa w art. 12 pkt 5 i 11 u.ś.o.z.), a także art. 16 ust. 1 i art. 25 ustawy o postępowaniu wobec

świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018 (druk sejmowy nr 3834), s. 1 i 4, <http://orka.sejm.gov.pl/rexdomk7.nsf/Opdodr?OpenPage&nr=3834> (dostęp: 4.11.2016 r.).

¹⁶⁷ Ustawa z 12.12.2013 r. o cudzoziemcach (Dz.U. z 2017 r. poz. 2206 ze zm.).

¹⁶⁸ Ustawa z 22.11.2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, stwarzającymi zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz.U. z 2014 r. poz. 24 ze zm.).

¹⁶⁹ Ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2017 r. poz. 665 ze zm.).

¹⁷⁰ Inne niż leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne wydane w aptekach bezpłatnie, za odpłatnością ryczałtową lub za odpłatnością w wysokości 30% albo 50% ich limitu finansowania.

osób z zaburzeniami psychicznymi, stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, są finansowane na podstawie faktury oraz miesięcznego zestawienia lub rozliczenia (§ 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej). Podstawą faktyczną finansowania pozostałych świadczeń jest wyłącznie szczegółowe zestawienie zawierające elementy enumeratywnie wymienione w powoływanym rozporządzeniu. Po drugie, od rodzaju świadczenia uzależniony jest sposób przekazania środków pochodzących z budżetu państwa. Nie zawsze środki pochodzące z budżetu państwa są przekazywane na rachunek centrali Funduszu lub właściwym oddziałom wojewódzkim. W przypadku enumeratywnie wymienionych w rozporządzeniu świadczeń opieki zdrowotnej środki publiczne przekazywane są bezpośrednio na rachunek świadczeniodawcy.

Wątpliwości budzi forma aktu prawnego regulującego zasady finansowania tego rodzaju świadczeń. Należy zwrócić uwagę, że np. w 2014 r. zostały wydane dwa rozporządzenia w tym zakresie¹⁷¹, które zostały zastąpione rozporządzeniem z 2017 r. Stanowi to, obok przejściowej regulacji zawartej w ustawie o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018, przejaw braku stabilności przepisów prawnych w przedmiocie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez środki pochodzące z budżetu państwa.

Zakres oraz rodzaje wydatków publicznych pochodzących z budżetów samorządowych nie są ukształtowane w sposób prawidłowy. Wątpliwości budzi przede wszystkim obowiązek pokrywania przez samorządy straty netto s.p.z.o.z. bądź przejmowania ich zobowiązań w przypadku dokonania likwidacji zakładów, dla których są one podmiotami tworzącymi. Charakter prawny dokonywanych w tym zakresie wydatków ma negatywny wpływ na możliwość optymalnego konstruowania budżetu. Wy-

¹⁷¹ Pierwszym z nich było rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9.04.2014 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 473).

sokość wydatków bieżących dokonywanych w celu oddłużenia s.p.z.o.z. ma bowiem znaczenie w świetle przewidzianych w ustawie o finansach publicznych reguł fiskalnych mających ograniczać zadłużanie się j.s.t.

Wprowadzenie możliwości finansowania na zasadach określonych w dziale V ustawy o działalności leczniczej podmiotów wykonujących działalność leczniczą świadczy o dokonywaniu przez j.s.t. wydatków pośrednio finansujących świadczenia opieki zdrowotnej, które powinny być pokrywane z przychodów NFZ z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne. Możliwość przekazywania środków publicznych w trybie art. 115 i 116 u.d.l. uzależniona jest od udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wymusza to na organach jednostek samorządu terytorialnego przekazywanie środków publicznych jedynie wówczas, gdy są one związane z realizacją świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Umożliwienie finansowania gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z budżetów samorządowych w połączeniu z obowiązkiem pokrywania wydatków w celu realizacji dotychczasowych zadań własnych j.s.t. z zakresu ochrony zdrowia przenosi na samorząd terytorialny część odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu. Organy j.s.t. nie mają jednak wpływu na zasady jego organizacji i finansowania. Prowadzi to do obciążenia budżetów samorządowych bez jednoczesnego zwiększenia ich dochodów własnych, a także nie gwarantuje jednolitych zasad udzielania świadczeń zdrowotnych, co budzi wątpliwości w kwestii zgodności obowiązujących regulacji z przepisami Konstytucji RP.

Zwiększanie zadań j.s.t. z zakresu ochrony zdrowia stanowi przejaw poszukiwania przez ustawodawcę nowych rozwiązań w zakresie źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych, które zmniejszałyby zakres obciążeń budżetu państwa oraz finansów Narodowego Funduszu Zdrowia. Wynika to przede wszystkim z niskiej wydajności fiskalnej składki na ubezpieczenie zdrowotne jako głównego źródła finansowania ochrony zdrowia. Przenoszenie odpowiedzialności za finansowanie systemu ochrony zdrowia na j.s.t. świadczy o tym, że ustawodawca ma

świadomość błędnego ukształtowania dotychczasowych źródeł jego finansowania.

Z budżetu państwa można także finansować zadania, których koszty mogą być pokrywane z budżetów samorządowych. Dotyczy to przede wszystkim przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą na zasadach, o których mowa w dziale V ustawy o działalności leczniczej. Warunkiem ich otrzymania przez beneficjenta jest, tak jak w przypadku środków pochodzących z budżetów j.s.t., udzielanie świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wprowadzenie wielu źródeł finansowania świadczeniodawców działających w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie spowodowało jednak znaczącej poprawy ich sytuacji finansowej. Może to wynikać z faktu, że przekazywanie środków publicznych z budżetu centralnego i budżetów samorządowych na podstawie art. 115 ust. 1 i 3 u.d.l. ma charakter fakultatywny i jest uzależnione od woli dysponentów tych środków.

Konstrukcja zasad finansowania państwowego ratownictwa medycznego polegająca na pokrywaniu kosztów jego funkcjonowania w trzech różnych trybach może powodować brak koordynacji w zakresie organizacji systemu. Wprowadzenie dwóch źródeł finansowania ratownictwa medycznego oraz odmiennych zasad wydatkowania środków publicznych na ten cel pochodzących z budżetu państwa nie wydaje się uzasadnione. Korzystniejszym rozwiązaniem byłoby powierzenie NFZ obowiązku organizacji i finansowania ratownictwa medycznego z własnych środków. Pozwalałoby to uniknąć problemów z planowaniem przez Fundusz kosztów związanych z realizacją umów z dysponentami zespołów jeszcze przed uzyskaniem informacji o wysokości dotacji, jaką ma otrzymać z budżetu państwa na ten cel. Ten sposób finansowania zminimalizowałby także obowiązki organów administracji rządowej związane z udzielaniem dotacji oraz planowaniem wydatków na ten cel w budżecie państwa. Nie dochodziłoby zatem do czasochłonnego i zbędnego w ocenie autora przepływu środków pieniężnych z budżetu państwa do NFZ. Może on bowiem powodować zmniejszenie skuteczności i efektywności finansowania systemu, co ma wpływ na wydajność

budżetu jako źródła finansowania ochrony zdrowia. Zmiana sposobu pokrywania kosztów państwowego ratownictwa medycznego wiązałyby się z koniecznością ustawowego zwiększenia stawki składki na ubezpieczenie zdrowotne przy jednoczesnym zwiększeniu możliwości jej odliczenia od podatku dochodowego od osób fizycznych. Skutkiem tego byłoby stałe przesunięcie środków publicznych z budżetu państwa na rzecz planu finansowego NFZ bez konieczności corocznego planowania dotacji i problemów z tym związanych.

Powyższą uwagę należy także odnieść do finansowania niektórych świadczeń zdrowotnych z budżetu państwa w formie dotacji celowej (np. świadczeń wysokospecjalistycznych). Określone kategorie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom nieubezpieczonym, ale posiadającym status świadczeniobiorcy muszą być finansowane z budżetu państwa. Nie są one bowiem zobowiązane do ponoszenia kosztów funkcjonowania systemu w formie opłacania składki zdrowotnej. Zasady wydatkowania środków oraz ich wysokość nie mogą być jednak określone w formie regulacji przejściowej.

Wydajność budżetu państwa oraz budżetów j.s.t. jako źródeł finansowania ochrony zdrowia jest uzależniona od preferencji ustawodawcy w zakresie kierunków dokonywania wydatków publicznych. Wydatki pochodzące ze wskazanych zasobów finansowych są ograniczone do kilku form prawnych i nie wystarczą do zapewnienia prawidłowej realizacji zadań państwa i samorządu z zakresu ochrony zdrowia. Konstrukcja form prawnych przekazywania środków pieniężnych pochodzących z budżetu samorządowego powoduje, iż nie są one w pełni wykorzystywane. Dotyczy to przede wszystkim udzielania dotacji celowych na zasadach wynikających z przepisów ustawy o działalności leczniczej, które ma charakter uznaniowy. Udzielenie dotacji zależy bowiem od decyzji właściwego organu j.s.t. (nie istnieje prawny obowiązek udzielenia dotacji celowej). Sprawia to, iż tego rodzaju formy prawne wydatkowania środków publicznych nie są w pełni wykorzystywane. Powyższą uwagę można także odnieść do wydatków budżetu państwa w tym zakresie.

W obecnym stanie prawnym strata netto zakładu może być pokryta z budżetu j.s.t. lub z budżetu państwa dopiero w kolejnym roku obrotowym

(nie istnieje podstawa prawna do wcześniejszego pokrycia straty netto). Powoduje to narastanie długu w trakcie roku obrotowego oraz wzrost kosztów jego obsługi. Wydaje się zatem, iż uzasadnione jest zwiększenie form finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia poprzez wprowadzenie mechanizmów umożliwiających bieżące pokrywanie zobowiązań zadłużonych s.p.z.o.z. przez Skarb Państwa lub j.s.t. Można również twierdzić, iż zasady pokrywania straty netto (ujemnego wyniku finansowego) zadłużonych zakładów nie są skuteczne i efektywne. Pokrycie zadłużenia danego zakładu nie zawsze powoduje, że w następnym roku obrotowym strata netto nie wystąpi.

Wprowadzenie nowych form finansowania ochrony zdrowia z budżetów samorządowych nie zawsze wpływa na zwiększenie wydajności tego źródła. Przykładem może być przede wszystkim umożliwienie jednostkom fakultatywnego udzielania gwarantowanych świadczeń zdrowotnych swoim mieszkańcom. Wprowadzenie podstawy prawnej do dokonywania wydatków nie zawsze wpływa na zwiększenie środków publicznych przeznaczanych na ten cel. Z wprowadzeniem możliwości dokonywania wydatków z budżetu samorządowego na finansowanie gwarantowanych świadczeń zdrowotnych nie wiąże się bowiem zmiany w zakresie dochodów publicznych, o których mowa w art. 167 ust. 4 Konstytucji RP. Wynika to z faktu, że tego rodzaju wydatki budżetu j.s.t. mają jedynie charakter fakultatywny i zależą od preferencji organów samorządowych. Zmiany w zakresie form prawnych wydatków budżetów samorządowych nie wpływają na ich wydajność jako źródeł finansowania ochrony zdrowia. Jedynie przykładowo można wskazać, iż wysokość wydatków budżetu Wrocławia jako miasta na prawach powiatu przeznaczanych na ochronę zdrowia w latach 2015–2017 wynosiła około 32–37 mln zł rocznie i miała tendencję spadkową¹⁷². Z przedstawionych budżetów miasta na prawach powiatu jednoznacznie wynika, iż wprowadzane nowe formy prawne dokonywania wydatków budżetu j.s.t.

¹⁷² Uchwała nr XXXIV/704/16 Rady Miejskiej Wrocławia z 22.12.2016 r. w sprawie budżetu Miasta na 2017 rok (Dz.Urz. Woj. Doln. z 2017 r. poz. 411 ze zm.), uchwała nr XIX/379/15 Rady Miejskiej Wrocławia z 22.12.2015 r. w sprawie budżetu Miasta na 2016 rok (Dz.Urz. Woj. Doln. z 2016 r. poz. 227 ze zm.), uchwała nr V/17/14 Rady Miejskiej Wrocławia z 30.12.2014 r. w sprawie budżetu Miasta na 2015 rok (Dz.Urz. Woj. Doln. z 2015 r. poz. 186 ze zm.).

na ochronę zdrowia i przeprowadzane w nich zmiany mogą powodować również spadek wysokości dokonywanych wydatków.

Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej z budżetu państwa oraz z budżetów samorządowych, a także dokonywanie z tych budżetów wydatków na zadania z zakresu ochrony zdrowia uzasadnia również tezę, w świetle której polski system finansowania ochrony zdrowia nie jest w pełni modelem ubezpieczeniowym. Jest on jedynie oparty na ubezpieczeniowej metodzie finansowania ochrony zdrowia.

Rozdział VIII

ŚRODKI EUROPEJSKIE JAKO ŹRÓDŁO FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Skutkiem członkostwa Polski w Unii Europejskiej jest możliwość ubiegania się o środki europejskie w celu finansowania rozwoju społeczno-gospodarczego. W perspektywie finansowej 2014–2020 wsparcie unijne jest udzielane przede wszystkim w ramach polityki spójności, wspólnej polityki rybołówstwa, a także wspólnej polityki rolnej. Istnieją także możliwości pozyskania środków z programów zarządzanych bezpośrednio przez Komisję Europejską (np. z programu Horyzont 2020). W obecnej perspektywie finansowej wsparcie ma być rozdysponowane w ramach pięciu ogólnokrajowych programów operacyjnych oraz regionalnych programów operacyjnych ustalonych odrębnie dla każdego województwa.

Środki europejskie są jedynym zagranicznym źródłem finansowania ochrony zdrowia w Polsce, które ma charakter stały. Ich celem nie jest zagwarantowanie stabilności finansowej systemu ochrony zdrowia, w założeniu mają one wspierać działania państwa w realizacji zadań publicznych. Konieczne jest zatem określenie zakresu wsparcia, ustalenie, czy jest ono udzielane na odpowiednio wysokim poziomie oraz w jakim stosunku pozostaje do ogólnej kwoty środków europejskich przekazanych do rozdysponowania w ramach poszczególnych programów.

1. Struktura, zakres i charakter budżetu środków europejskich

Prawo pierwotne UE nie reguluje zasad finansowania ochrony zdrowia przez państwa członkowskie. Mają one w tym zakresie autonomię podejmowania decyzji. Gwarantuje to przede wszystkim art. 168 ust. 7 TFUE, na podstawie którego działania UE są prowadzone w poszanowaniu obowiązków państw członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych oraz opieki medycznej. Obowiązki te obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opiekę medyczną, a także podział przeznaczonych na nie zasobów. Model finansowania systemów ochrony zdrowia w poszczególnych państwach UE uzależniony jest w pełni od decyzji właściwych organów władzy krajowej.

Nie oznacza to jednak, że zadania z zakresu ochrony zdrowia nie mogą być finansowane ze środków europejskich tworzących na gruncie polskiego ustawodawstwa budżet środków europejskich. Zgodnie z art. 117 ust. 1 u.f.p. budżet ten stanowi roczny plan dochodów i podlegających refundacji wydatków przeznaczonych na realizację programów finansowanych z udziałem środków europejskich¹. Ma on charakter „wewnętrznego funduszu powiązanego funkcjonalnie z budżetem państwa”². Budżet środków europejskich jest traktowany w doktrynie jako publiczny plan finansowy, ponieważ stanowi część ustawy budżetowej i jest objęty procedurą jej opracowywania i uchwalania, a jego środki są środkami publicznymi³. Dochody przeznaczane są na finansowanie określonych

¹ Z wyłączeniem środków przeznaczonych na realizację projektów pomocy technicznej oraz środków, o których mowa w art. 4 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1306/2013 z 17.12.2013 r. w sprawie finansowania wspólnej polityki rolnej, zarządzania nią i monitorowania jej oraz uchylającego rozporządzenia Rady (EWG) nr 352/78, (WE) nr 165/94, (WE) nr 2799/98, (WE) 814/2000, (WE) nr 1290/2005 i (WE) 485/2008 (Dz.Urz. UE L 347, s. 549, ze zm.).

² W. Miemieć, *Budżet środków europejskich jako podstawowe źródło finansowania projektów i programów z udziałem bezzwrotnych środków unijnych* [w:] *Europejskie bezzwrotne źródła finansowania polityki regionalnej w Polsce. Aspekty prawnofinansowe*, red. W. Miemieć, Wrocław 2012, s. 161.

³ M. Tyniewicz, *Komentarz do art. 117 [w:] Nowa ustawa o finansach publicznych wraz z ustawą wprowadzającą. Komentarz praktyczny*, red. E. Ruśkowski, J.M. Salachna, Gdańsk 2010, s. 382.

wydatków. Stanowi on zatem wyjątek od zasady jedności materialnej budżetu, o której mowa w art. 42 ust. 2 u.f.p. Budżet środków europejskich nie jest jednak funduszem celowym w rozumieniu art. 29 u.f.p., nie ma bowiem związku między źródłem jego finansowania a celem przeznaczenia środków z niego pochodzących⁴.

Dochody i wydatki budżetu państwa ujmuje się w ustawie budżetowej przede wszystkim według programów finansowanych z udziałem środków europejskich. Z praktyki legislacyjnej wynika, że ustawodawca zalicza do nich m.in. regionalne programy operacyjne, Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014–2020 i Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020⁵.

Środki wydatkowane w ramach regionalnych programów operacyjnych pochodzą z Europejskiego Funduszu Regionalnego i Europejskiego Funduszu Społecznego. Zadania realizowane w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 finansowane są przede wszystkim z Europejskiego Funduszu Społecznego, a środki z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020 z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Funduszu Spójności. Należy je zatem zaliczyć do budżetu środków europejskich (art. 117 ust. 1 w zw. z art. 5 ust. 1 pkt 2 i ust. 3 pkt 1 u.f.p.)⁶.

Wydatki na realizację programów i projektów finansowanych ze środków europejskich mogą być przeznaczane m.in. na dokonywanie w ich ramach płatności, realizację projektów przez jednostki budżetowe, a także dotacje celowe dla beneficjentów⁷. Zasady dokonywania wydatków z budżetu środków europejskich wynikają z rozdziału 6 w dziale V ustawy o finansach publicznych, a także z procedur określonych w umo-

⁴ W. Miemieć, *Budżet środków europejskich – wybrane zagadnienia finansowo-prawne* [w:] *System finansów publicznych. Prawo finansowe wobec wyzwań XXI wieku*, red. A. Dobaczewska, E. Juchniewicz, T. Sowiński, Warszawa 2010, s. 207.

⁵ Zob. ustawę budżetową na rok 2017 z 16.12.2017 r.

⁶ M. Gwizda, M. Kosewska-Kwaśny, S. Żółciński, *Fundusze UE...*, s. 128, 143 i 163.

⁷ Wydatki te mogą być także przeznaczane na realizację projektów finansowanych w ramach Programu Środki Przejściowe i realizację Wspólnej Polityki Rolnej zgodnie z odrębnymi ustawami.

wie międzynarodowej lub innych procedur obowiązujących przy ich wykorzystaniu, do których odsyła art. 184 ust. 1 u.f.p.

Przedstawiając w sposób syntetyczny zasady dokonywania wydatków z budżetu środków europejskich, należy podkreślić, że za obsługę płatności w ramach programów finansowanych z udziałem środków europejskich odpowiada minister właściwy do spraw finansów publicznych⁸. Podstawą ich dokonywania na rzecz beneficjenta jest zlecenie płatności wystawione przez instytucję, z którą beneficjent zawarł umowę o dofinansowanie projektu, oraz pisemna zgoda dysponenta części budżetowej na dokonanie płatności⁹, z zastrzeżeniem, że w przypadku gdy projekt realizuje instytucja zarządzająca lub instytucja pośrednicząca będąca zarządem województwa lub przez zarząd województwa upoważniona, zlecenia płatności są wystawiane przez zarząd województwa (art. 188 ust. 1 u.f.p.)¹⁰.

Zlecenie płatności może dotyczyć kwoty wydatków kwalifikowalnych zgodnie z kryteriami określonymi na podstawie ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju, ustawy o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 albo ustawy o pomocy społecznej¹¹. W okresie programowania finansowego na lata 2014–2020 ogólne zasady kwalifikowalności wydatków wynikają z jednego aktu prawa wtórnego UE – rozporządze-

⁸ Poglębiona analiza procedury pozyskiwania i wykorzystywania środków europejskich wykracza poza ramy niniejszej monografii. Przed przystąpieniem do analizy możliwości pozyskiwania środków europejskich w celu finansowania systemu ochrony zdrowia konieczna jest jednak ogólna charakterystyka przedstawionego zagadnienia.

⁹ J.M. Salachna, M. Tyniewicki, *Komentarz do art. 188 [w:] E. Ruśkowski, J.M. Salachna, Finanse publiczne. Komentarz...*, s. 838.

¹⁰ Szczegółową procedurę dotyczącą zlecenia płatności zawiera wydane na podstawie delegacji ustawowej z art. 188 ust. 6 u.f.p. rozporządzenie Ministra Finansów z 21.12.2012 r. w sprawie płatności w ramach programów finansowanych z udziałem środków europejskich oraz przekazywania informacji dotyczących tych płatności (Dz.U. z 2016 r. poz. 75 ze zm.).

¹¹ Kryteria te wynikają także z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1316/2013 z 11.12.2013 r. ustanawiającego instrument „Łącząc Europę” zmieniającego rozporządzenie (UE) nr 913/2010 oraz uchylającego rozporządzenia (WE) nr 680/2007 i (WE) nr 67/2010 (Dz.Ur. UE L 348, s. 129, ze zm.).

nia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013¹². W art. 65 ust. 1 rozporządzenie to w zakresie ustalania kwalifikowalności wydatków w ramach funduszy w nim wymienionych odsyła do stosowania przepisów prawa krajowego, tj. do powołanych wyżej aktów prawnych. W myśl art. 5 pkt 6 lit. a–c ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju przez kwalifikowalność wydatków rozumie się spełnienie przez wydatki poniesione w ramach programów operacyjnych następujących kryteriów: spójności z postanowieniami przyjętego programu operacyjnego, określonych szczegółowo przez instytucję zarządzającą, a także kryteriów dodatkowych, przewidzianych dla danego źródła finansowania w przypadku programów finansowanych ze źródeł zagranicznych. Ocena kwalifikowalności wydatku dotyczy analizy zgodności jego poniesienia podczas realizacji projektu, a także na etapie wyboru wniosku o jego dofinansowanie¹³.

Instytucja zarządzająca lub pośrednicząca może na podstawie art. 189 ust. 2 u.f.p. wystawić zlecenie dokonania płatności zaliczkowej na rzecz beneficjenta środków. W przypadku niezłożenia wniosku o płatność w określonym terminie lub na określoną kwotę od środków pozostałych do rozliczenia, przekazanych w ramach zaliczki, nalicza się odsetki jak dla zaległości podatkowych, liczone od dnia przekazania środków do dnia złożenia wniosku o płatność. Zlecenie płatności stanowi dokument, który upoważnia do dokonywania wydatków na rzecz beneficjenta. Formalną podstawą do wypłacenia środków z tytułu realizacji danego programu jest zlecenie płatności oraz zgoda dysponenta części

¹² Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z 17.12.2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz.Urz. UE L 347, s. 320, ze zm.).

¹³ A. Dębska-Rup, W. Rup, *Rachunkowość środków unijnych w jednostkach sektora finansów publicznych*, Gdańsk 2007, s. 24 i n.; W. Miemieć, *Komentarz do art. 189* [w:] M. Karlikowska, W. Miemieć, Z. Ofiarski, K. Sawicka, *Ustawa o finansach publicznych...*, s. 487.

budżetowej, z której finansowany ma być wkład krajowy¹⁴. Realizacja programów finansowanych ze środków europejskich wymaga także zaangażowania środków pochodzących z budżetu państwa jako wkładu krajowego. W celu finansowania projektu w ramach określonego programu beneficjent otrzymuje środki pochodzące z dwóch źródeł. Pierwszym z nich jest budżet środków europejskich, drugim natomiast środki pochodzące bezpośrednio z budżetu państwa lub budżetów j.s.t. przekazywane w formie dotacji celowej jako wkład krajowy¹⁵. Budżet państwa i budżety samorządowe pełnią zatem podwójną rolę w katalogu źródeł finansowania ochrony zdrowia.

Środki przeznaczane na płatności na rzecz beneficjentów przekazywane są przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych na rachunki Banku Gospodarstwa Krajowego¹⁶. Kwota środków nie może być niższa niż łączny limit wydatków dla programów finansowanych z udziałem środków europejskich, określony w budżecie środków europejskich. Centralny płatnik, którym jest Bank Gospodarstwa Krajowego, posiada kompetencje jedynie do wypłacenia środków na podstawie decyzji w przedmiocie dokonania płatności, nie ma jednak uprawnień do wydawania takich decyzji.

2. Środki pozyskiwane w ramach regionalnych programów operacyjnych 2014–2020

Z definicji legalnej regionalnego programu operacyjnego zawartej w art. 2 pkt 17 lit. c ustawy o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 wynika, że jest to program służący realizacji umowy partnerstwa w zakresie polityki spójności, uchwalony przez zarząd województwa i przyjęty przez Komisję Europejską, odzwierciedlający cele zawarte

¹⁴ J.M. Salachna, M. Tyniewicki, *Komentarz do art. 188...*, s. 838.

¹⁵ W. Miemieć, *Formy wykorzystywania bezzwrotnych środków unijnych [w:] Europejskie bezzwrotne źródła...*, s. 189.

¹⁶ W przypadku Wspólnej Polityki Rolnej – na rzecz agencji płatniczych, o których mowa w odrębnych ustawach (art. 192 ust. 1 u.f.p.).

we Wspólnych Ramach Strategicznych stanowiących załącznik I do rozporządzenia nr 1303/2013 oraz w umowie partnerstwa, które mają być osiągnięte za pomocą funduszy strukturalnych, będący podstawą realizacji działań w nim określonych, stanowiący program operacyjny. W związku z tym, że stanowi on program operacyjny, o którym mowa w art. 96 powołanego rozporządzenia, regionalny program operacyjny składa się z osi priorytetowych, które dotyczą zasadniczo jednego funduszu i jednej kategorii regionu (z wyjątkiem Funduszu Spójności). Zgodnie z art. 96 ust. 2 i 3 rozporządzenia nr 1303/2013 program operacyjny ma przyczyniać się do realizacji unijnej strategii na rzecz inteligentnego, zrównoważonego wzrostu sprzyjającego włączeniu społecznemu oraz do osiągnięcia spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej oraz opisywać, z uwzględnieniem jego treści i celów, zintegrowane podejście do rozwoju terytorialnego, uwzględniając umowę partnerstwa i wskazując sposób osiągnięcia przez program operacyjny jego celów i oczekiwanych rezultatów

Jak już ustalono, środki unijne pochodzące z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz Europejskiego Funduszu Społecznego mogą być wdrażane poprzez regionalne programy operacyjne¹⁷. W perspektywie finansowej na lata 2014–2020 przewidziano 16 regionalnych programów operacyjnych przeznaczonych osobno dla każdego województwa. Przy uwzględnieniu wkładu krajowego i europejskiego średnia wysokość środków finansowych dla poszczególnych województw wynosi ponad 2,2 mld euro. Najwięcej środków otrzyma województwo śląskie (ponad 4 mld euro), najmniejsza zaś kwota przypadnie województwu lubuskiemu (niewiele ponad 1 mld euro)¹⁸. Wszystkie regionalne programy operacyjne odpowiadają swoją wewnętrzną strukturą celom

¹⁷ W poprzedniej perspektywie finansowej regionalne programy operacyjne były finansowane jedynie ze środków pochodzących z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Nie było możliwości finansowania ich z Europejskiego Funduszu Społecznego.

¹⁸ Dane na podstawie *Umowy partnerstwa – Programowanie finansowe 2014–2020*, Ministerstwo Rozwoju, Departament Koordynacji Strategii i Polityk Rozwoju, <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/umowa-partnerstwa/> (dostęp: 16.12.2016 r.).

tematycznym, o których mowa w art. 9 rozporządzenia nr 1303/2013¹⁹. Zakres tematyczny poszczególnych programów jest zasadniczo do siebie zbliżony. Wynika to z faktu, że ich osie priorytetowe obejmują układ wskazanych celów²⁰.

Z uwagi na zakres przedmiotowy monografii nie jest możliwa ani celowa analiza wszystkich 16 regionalnych programów operacyjnych, zwłaszcza że mają one podobny zakres. W związku z tym przedmiotem dalszych analiz będzie zakres przedmiotowy regionalnych programów operacyjnych jedynie na przykładzie programu dla województwa dolnośląskiego, który obejmuje łącznie ponad 2,6 mld euro²¹.

Podstawa systemu realizacji regionalnego programu operacyjnego dla województwa dolnośląskiego, zawierająca jego zakres, a także warunki i procedury obowiązujące instytucje uczestniczące w jego realizacji, obejmujące w szczególności zarządzanie, monitorowanie, sprawozdawczość, kontrolę i ewaluację oraz sposób koordynacji działań podejmowanych przez instytucje, wynika ze *Szczegółowego opisu osi priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego*

¹⁹ Celami tymi są: wzmocnienie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji, zwiększenie dostępności, stopnia wykorzystania i jakości technologii teleinformatycznych i komunikacyjnych, wzmocnienie konkurencyjności mikro, małych i średnich przedsiębiorców, sektora rolnego oraz sektora rybołówstwa i akwakultury, wspieranie przejścia na gospodarkę niskoemisyjną we wszystkich sektorach, promowanie dostosowania do zmian klimatu, zapobiegania ryzyku i zarządzania ryzykiem, zachowanie i ochrona środowiska naturalnego oraz wspieranie efektywnego gospodarowania zasobami, promowanie zrównoważonego transportu i usuwanie niedoborów przepustowości w działaniu najważniejszej infrastruktury sieciowej, promowanie trwałego i wysokiej jakości zatrudnienia oraz wsparcie mobilności pracowników, promowanie włączenia społecznego, walka z ubóstwem i wszelką dyskryminacją, inwestowanie w kształcenie, szkolenie oraz szkolenie zawodowe na rzecz zdobywania umiejętności i uczenia się przez całe życie, wzmocnienie zdolności instytucjonalnych instytucji publicznych i zainteresowanych stron oraz sprawności administracji publicznej.

²⁰ M. Gwizda, M. Kosewska-Kwaśny, S. Żółciński, *Fundusze UE...*, s. 165. Wyjątek stanowi regionalny program operacyjny dla województwa opolskiego, w którym wprowadzono dodatkową (12) oś priorytetową – „Instrumenty finansowe”, dotyczącą wparcia zwrotnego.

²¹ Dane na podstawie Umowy Partnerstwa – Programowanie finansowe 2014–2020.

2014–2020 (SZOOP RPO WD)²². Dalsza analiza możliwości finansowania z programu wydatków na ochronę zdrowia będzie oparta na treści tego dokumentu.

Rodzaje projektów z zakresu ochrony zdrowia finansowanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014–2020 ujęto w trzech osiach priorytetowych. Pierwszy z nich dotyczy inwestycji w infrastrukturę zdrowotną i wynika z działania 6.2, ujętego w osi priorytetowej 6 „Infrastruktura spójności społecznej”. Drugi rodzaj projektów obejmuje problematykę aktywnego i zdrowego starzenia się (działanie 8.7) w ramach osi priorytetowej 8 „Rynek pracy”. Ostatni z projektów, umiejscowiony w osi priorytetowej 9 „Włączenie społeczne”, dotyczy dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych (działanie 9.4).

Nakłady finansowe na działanie 6.2 dotyczące inwestycji w infrastrukturę zdrowotną i pochodzące z wkładu europejskiego mają być – zgodnie z Indykatywnym Planem Finansowym Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014–2020 – finansowane jedynie z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Planowana wysokość udzielonego wsparcia ze środków europejskich to ponad 56,6 mln euro. Jedynym trybem wyboru projektów oraz wskazania podmiotu odpowiedzialnego za nabór i ocenę wniosków, a także przyjmowanie protestów jest tryb konkursów organizowanych przez instytucję zarządzającą. Celem działania jest zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej w regionie. Projekty finansowane w ramach inwestycji w infrastrukturę zdrowotną powinny być zgodne z Krajowymi ramami strategicznymi w zakresie ochrony zdrowia na lata 2014–2020²³. Projekty te mają być nakierowane na przeprowadzenie niezbędnych z punktu

²² Stanowiącego załącznik do uchwały nr 2894/V/16 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z 27.10.2016 r. w sprawie przyjęcia Szczegółowego opisu osi priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014–2020, <http://rpo.dolnyślask.pl/szczegolowy-opis-osi-priorytetowych-regionalnego-programu-operacyjnego-województwa-dolnoslaskiego-2014-2020-2/> (dostęp: 31.12.2017 r.).

²³ Ministerstwo Zdrowia, *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*, Warszawa 2015, http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-34-2133-Policy_paper_dla_ochrony_zdrowia_na_lata_2014_2020_Krajowe_Strategiczne_Ramy.html (dostęp: 17.11.2016 r.).

widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych prac remontowo-budowlanych, w tym w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych oraz na wyposażenie w sprzęt medyczny.

Beneficjentami środków unijnych w ramach analizowanego działania mogą być wyłącznie podmioty wykonujące działalność leczniczą, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 u.d.l.²⁴ Warunkiem skutecznego aplikowania o wsparcie w ramach projektu jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku poszerzenia działalności danego podmiotu wymagane będzie zobowiązanie do udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania usług przez NFZ po zakończeniu realizacji projektu w ramach kontraktu, a w przypadku jego braku ze środków własnych (nieodpłatnie) lub poprzez ich kontraktację w drodze umowy podpisanej z innym podmiotem posiadającym w danym okresie kontrakt z NFZ²⁵.

²⁴ Wspierane mają być regionalne podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej, świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, ukierunkowanych na specyficzne dla regionu grupy chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej, świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych jednostek zajmujących się leczeniem dzieci, świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej. Co do zasady na poziomie regionalnym nie powinna być wspierana infrastruktura szpitali ponadregionalnych, z wyjątkiem inwestycji polegających na modernizacji czy tworzeniu oddziałów geriatrycznych w szpitalach ponadregionalnych, które będą mogły otrzymać wsparcie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014–2020.

²⁵ Co do zasady o wsparcie w ramach działania nie będą mogły ubiegać się podmioty lecznicze o charakterze ponadregionalnym (tj. utworzone przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, instytuty badawcze prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych, uczestniczące w systemie ochrony zdrowia, a także przedsiębiorcy powstałe z przekształcenia powyższych podmiotów leczniczych), które będą kwalifikowały się do otrzymania wsparcia w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (wyłączenie to nie dotyczy szpitali ponadregionalnych, posiadających w swoich strukturach i prowadzących działalność leczniczą w ramach oddziałów stacjonarnej opieki geriatrycznej, które mogą otrzymać wsparcie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014–2020).

Nie przewiduje się zatem możliwości udzielania wsparcia tym podmiotom wykonującym działalność leczniczą, które po uzyskaniu finansowania będą udzielały gwarantowanych świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy zawartej z jednostką samorządu terytorialnego w trybie art. 9a i 9b u.ś.o.z. Ogranicza to zakres podmiotowy beneficjentów ubiegających się o środki w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014–2020. Pominięcie tej kategorii podmiotów może wynikać z niedostosowania treści szczegółowego opisu osi priorytetowych do form finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. Rozszerzenie ich katalogu zbiegło się bowiem w czasie z pracami nad ostatecznym zakresem przedmiotowym programu²⁶.

Minimalna wartość projektów dotyczących szpitali ma zasadniczo wynosić 150 tys. zł, z wyjątkiem projektów dotyczących wyłącznie wyposażenia w sprzęt medyczny. Dla tych ostatnich przewidziano minimalną wartość na poziomie 100 tys. zł. Maksymalny poziom dofinansowania projektu ze środków unijnych wynosić ma 85%, z wyjątkiem projektów objętych pomocą publiczną (pomocą *de minimis*). W ich przypadku wysokość dofinansowania musi być zgodna z właściwymi przepisami prawa unijnego i krajowego dotyczącego zasad udzielania tej pomocy obowiązującymi w momencie udzielania wsparcia.

Podmiotowy i przedmiotowy zakres inwestycji w infrastrukturę zdrowotną w ramach osi priorytetowej 6 zbliża działanie 6.2 do form finansowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą wynikających z przepisów działy V ustawy o działalności leczniczej, tj. dotacji celowej udzielanej na podstawie art. 115 ust. 3 u.d.l. oraz przekazywania środków zgodnie z zawartą umową, o której mowa w art. 115 ust. 1 i art. 116 u.d.l. Z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego, a także w trybie przewidzianym w dziale V ustawy mogą być finansowane przedsięwzięcia jedynie tych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielają lub będą udzielać świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W sposób istotny zbliżone są

²⁶ Jak już zostało ustalone, podstawy prawne finansowania świadczeń zdrowotnych z budżetów j.s.t. funkcjonują od 15.07.2016 r.

także cele, na jakie mogą zostać przeznaczone środki uzyskane przez beneficjenta z tych źródeł. Z programu, z budżetu państwa, a także z budżetów samorządowych mogą być finansowane m.in. remonty i inwestycje oraz zakup aparatury i sprzętu medycznego. W przedstawionym zakresie istnieje zatem dywersyfikacja źródeł finansowania ochrony zdrowia, z których mogą korzystać podmioty wykonujące działalność leczniczą. Szczególną rolę pełnią budżety j.s.t., które mogą być samodzielnym źródłem finansowania wskazanych zadań oraz stanowić element wkładu krajowego.

Drugi rodzaj działania dotyczący projektów związanych z problematyką aktywnego i zdrowego starzenia się finansowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014–2020 ze środków w całości pochodzących z Europejskiego Funduszu Społecznego. Planowana wysokość wsparcia finansowego ma wynieść prawie 28,3 mln euro. Celem działania jest poprawa dostępu do programów zdrowotnych dotyczących chorób negatywnie wpływających na rynek pracy, dedykowanych osobom aktywnym zawodowo, a także wydłużenie aktywności zawodowej na rynku pracy osób powyżej 50. roku życia. Cel ten ma być w założeniu realizowany poprzez następujące typy projektów: wdrożenie programów profilaktycznych, w tym działania zwiększające zgłaszalność na badania profilaktyczne, opracowanie i wdrożenie programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy (w tym działania szkoleniowe), a także programy zdrowotne z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej²⁷.

Zakres podmiotów i instytucji mogących ubiegać się o uzyskanie finansowania w ramach działania 8.7 został ukształtowany stosunkowo szeroko i obejmuje jednostki samorządu terytorialnego, ich związki i stowarzyszenia, jednostki organizacyjne j.s.t., przedsiębiorców, organizacje pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej, a także podmioty lecznicze. Zakres ten należy rozpatrywać łącznie z wymienionymi wyżej

²⁷ Programy zdrowotne powinny być ukierunkowane na grupy docelowe najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbliższe powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych.

typami projektów, które mają być środkami realizacji celu analizowanego działania w ramach osi priorytetowej 8, działanie 8.7 zakłada bowiem finansowanie programów zdrowotnych, nie definiując jednocześnie tego pojęcia. Zgodnie z zasadami wykładni systemowej należy się odwołać do definicji legalnej wskazanego terminu zawartej w art. 5 pkt 30 u.ś.o.z. Przez program zdrowotny ustawodawca rozumie zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej, ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz. NFZ nie został jednak wymieniony w grupie beneficjentów mogących ubiegać się o otrzymanie dofinansowania. Powstaje zatem problem, jak rozumieć analizowane pojęcie. Wydaje się, że w tym zakresie należy stosować *per analogiam* art. 5 pkt 30 u.ś.o.z. i uznać, że są to programy zdrowotne w rozumieniu tego przepisu, ale mogą być także finansowane ze środków unijnych również przez podmioty enumeratywnie wymienione w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014–2020, zwłaszcza że programy te dotyczą określonych grup świadczeniobiorców.

Określając przedmiotowy zakres działania 8.7, nie ustalono także znaczenia pojęcia programów polityki zdrowotnej. Stosując po raz kolejny zasady wykładni systemowej, należy odwołać się do art. 5 pkt 29a u.ś.o.z., zawierającego ustawową definicję tego rodzaju programów. Swym zakresem przedmiotowym jest ona zbliżona do znaczenia pojęcia programów zdrowotnych. Podmiotami odpowiedzialnymi za organizację i finansowanie programów polityki zdrowotnej są, zamiast Funduszu, ministrowie i samorządy. Ponieważ programy profilaktyki zdrowotnej mogą być organizowane i finansowane przez j.s.t., które wymieniono w katalogu beneficjentów analizowanego działania, to uzasadnione wydawać się może zawężenie katalogu potencjalnych beneficjentów tylko do tych podmiotów. Z drugiej jednak strony nie bez powodu wymieniono inne podmioty i jednostki uprawnione do uzyskania środków na realizację celów działania 8.7. Konieczne zatem wydaje się skonkretyzowanie zakresu podmiotowego beneficjentów na etapie naboru wniosków o finansowanie. Powyższe uwagi trzeba także odnieść do finansowania

programów profilaktycznych. Wydaje się, że w celu ustalenia ich zakresu znaczeniowego należałoby stosować art. 27 ust. 1 u.ś.o.z., który dotyczy enumeratywnie w nim wymienionych świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego ich wykrywania²⁸. Ustalając zakres poszczególnych programów, warto mieć jednak na uwadze przede wszystkim cel analizowanego działania oraz jego umiejscowienie w osi priorytetowej „Rynek pracy”.

Większość zadań finansowanych w ramach działania 8.7 zawiera w sobie udzielanie świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być realizowane tylko w ramach prowadzonej działalności leczniczej (art. 3 ust. 1 u.d.l.). Jest to działalność regulowana i może być prowadzona jedynie w formach enumeratywnie wymienionych w przepisach ustawy o działalności leczniczej. Oznacza to, że świadczeń zdrowotnych mogą udzielać podmioty wykonujące działalność leczniczą, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 u.d.l. W związku z tym, w celu realizacji projektu, który zawiera udzielanie świadczeń zdrowotnych, jego beneficjent będzie musiał korzystać z usług podmiotów wykonujących działalność leczniczą, chyba że sam posiada tego rodzaju status. Wydaje się zatem, że ostatecznymi beneficjentami środków unijnych przekazywanych w ramach zadania 8.7 będą w większości tego rodzaju podmioty.

Podobnie jak w przypadku finansowania inwestycji w infrastrukturę zdrowotną na zasadach wynikających z działania 6.7 umiejscowionego w osi priorytetowej 6 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014–2020, na niektóre wydatki związane z realizacją zadań w ramach działania 8.7 mogą być również przekazywane środki publiczne z budżetu centralnego i budżetów samorządowych. Z tych źródeł finansowania ochrony zdrowia, na podstawie dotacji celowej lub w formie umowy, o której mowa w art. 115 ust. 1 u.d.l., mogą być pokrywane koszty programów zdrowotnych i programów polityki

²⁸ Są to m.in.: propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności poprzez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie, oraz profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych.

zdrowotnej realizowanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.

Trybem wyboru projektów oraz wskazaniem podmiotu odpowiedzialnego za nabór i ocenę wniosków, a także przyjmowanie protestów, tak jak w przypadku inwestycji w infrastrukturę zdrowotną, będzie konkurs. Przewidziany jest natomiast inny podmiot odpowiedzialny za wskazane zadania. Zostały one powierzone wojewódzkiemu urzędowi pracy jako instytucji pośredniczącej. Podobnie ukształtowany również został maksymalny poziom dofinansowania projektów w ramach zadania 8.7, który wynosi 85% wydatków kwalifikowalnych²⁹.

Ostatnim działaniem w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014–2020, istotnym z punktu widzenia źródeł finansowania ochrony zdrowia, jest dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych (działanie 9.3 umiejscowione w osi priorytetowej 9). Jego zakres obejmuje finansowanie projektów dotyczących opracowania i wdrożenia programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych, a także wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi. Środki na realizację projektów pochodzą z Europejskiego Funduszu Społecznego (planowana wysokość wsparcia ma wynieść 10 mln euro).

Ich beneficjentami mogą być wyłącznie podmioty lecznicze definiwane zgodnie z ustawą o działalności leczniczej³⁰. Wyłącza to zatem możliwość ubiegania się o środki w ramach zadania 9.3 przez lekarzy i pielęgniarki wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej

²⁹ Maksymalny poziom dofinansowania całkowitego wydatków kwalifikowalnych na poziomie projektu (środki UE plus ewentualne współfinansowanie z budżetu państwa lub innych źródeł przyznawane beneficjentowi przez właściwą instytucję) może wynosić 95%.

³⁰ Z zastrzeżeniem, że preferencje uzyskają projekty realizowane w partnerstwie podmiotów świadczących opiekę zdrowotną lub usługi społeczne oraz organizacji pozarządowych, które to projekty będą realizowane na obszarach o najniższym poziomie dostępu do dóbr i usług.

jako praktykę zawodową, ponieważ w świetle art. 4 u.d.l. nie posiadają oni statusu podmiotu leczniczego. Lekarze i pielęgniarki są kwalifikowani jedynie jako podmioty wykonujące działalność leczniczą. Taki sposób ukształtowania zakresu podmiotowego beneficjentów środków unijnych w ramach działania 9.3 bezpodstawnie ogranicza dostęp do środków unijnych osobom wykonującym samodzielnie zawody medyczne. Przyjęta konstrukcja prowadzi do sytuacji, w której przedsiębiorca wykonujący działalność leczniczą w jakiegokolwiek prawnej formie przewidzianej dla prowadzenia działalności gospodarczej³¹ będzie mógł ubiegać się o otrzymanie dofinansowania, a lekarz lub pielęgniarka prowadzący działalność leczniczą będą pozbawieni takiej możliwości. W ocenie autora nie ma racjonalnych argumentów przemawiających za nieuwzględnieniem w zakresie podmiotowym działania 9.3 lekarzy i pielęgniarek wykonujących samodzielnie działalność leczniczą.

Ostatecznymi odbiorcami środków są osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym osoby bezrobotne sprofilowane jako najbardziej oddalone od rynku pracy zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, oraz osoby nieaktywne wymagające aktywizacji społeczno-zawodowej, dzieci objęte programem wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji, a także osoby wykluczone bądź zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym³².

Ogólna kwota środków unijnych (bez uwzględnienia wkładu krajowego) przeznaczonych na ochronę zdrowia w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego 2014–2020 ma wynieść prawie 95 mln euro³³. Pomimo podnoszonych wyżej wątpliwości co do podmiotowego i przedmiotowego zakresu działań, z których środki mają być przeznaczone na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia, finan-

³¹ Przedsiębiorcy prowadzący działalność leczniczą są w myśl art. 4 ust. 1 pkt 1 u.d.l. kwalifikowani jako podmioty lecznicze.

³² Podmiotem odpowiedzialnym za konkursowy nabór i ocenę wniosków oraz przyjmowanie protestów ma być, tak jak w przypadku działania 8.7, wojewódzki urząd pracy. Na takim samym poziomie został również ukształtowany maksymalny poziom dofinansowania wydatków kwalifikowalnych na poziomie projektu.

³³ Jest to ponad 3,5% całości środków pozostających do rozdysponowania w ramach programu.

sowe wsparcie ze środków unijnych może przyczynić się do poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz poszerzenia dostępu do nich. Może ono także wpłynąć na odciążenie budżetów samorządowych, przede wszystkim poprzez większy dostęp podmiotów leczniczych do środków unijnych przeznaczanych na zadania inwestycyjne. Zmniejszyć się zatem może zakres finansowania przez j.s.t. tych zadań na zasadach wynikających z przepisów działu V ustawy o działalności leczniczej. Wielkość środków przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia w porównaniu z ogółem środków, które mają być wydatkowane w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014–2020, wydaje się jednak marginalna. Stanowią one bowiem 3,5% całości środków programu operacyjnego.

3. Środki pozyskiwane w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020

Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014–2020 jest największym ogólnokrajowym programem operacyjnym, jeśli chodzi o rozdysponowywanie środków europejskich. Program ten jest finansowany z dwóch funduszy europejskich. Zasadniczym źródłem jego finansowania jest Fundusz Spójności, z którego pochodzi ponad 22,5 mld euro. Na realizację programu mają być także przeznaczone środki pochodzące z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w kwocie ponad 4,9 mld euro. Zaangażowanie środków krajowych (publicznych i prywatnych) ma natomiast wynieść co najmniej ponad 4,8 mld euro³⁴.

Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko opracowano i przygotowano na podstawie przepisów rozporządzeń nr 1303/2013 i nr 1301/2013, a także ustawy o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020. Zatwierdzono go decyzją Komisji Europejskiej

³⁴ Dane na podstawie informacji udostępnionej na stronie internetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, www.pois.gov.pl (dostęp: 19.11.2016 r.).

z 16.12.2014 r.³⁵ Głównym celem programu jest „wsparcie gospodarki efektywnie korzystającej z zasobów i przyjaznej środowisku oraz sprzyjającej spójności terytorialnej i społecznej”³⁶.

Dalsza analiza kierunków wydatkowania środków europejskich będzie oparta na danych zawartych w *Szczegółowym opisie osi priorytetowych Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020*³⁷, przygotowanym na podstawie wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju (obecnie Ministra Rozwoju) w zakresie szczegółowego opisu osi priorytetowych krajowych i regionalnych programów operacyjnych na lata 2014–2020³⁸.

Program składa się z dziesięciu osi priorytetowych. Środki finansowe ujęte w osi priorytetowej IX pochodzą z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i w całości mają być przeznaczone na finansowanie zadań w zakresie wzmocnienia strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia. Powinny one być ukierunkowane na rozwój strategicznych elementów infrastruktury ochrony zdrowia o znaczeniu krajowym, które będą tworzyć warunki dla zwiększenia dostępu do niej wszystkich mieszkańców, przyczyniając się tym samym do zakładanego zmniejszenia nierówności w zakresie stanu zdrowia. Środki finansowe w ramach osi IX mają być przeznaczone na rozwój ratownictwa medycznego i ponadregionalnych wysokospecjalistycznych ośrodków medycznych. W przypadku ratownictwa medycznego przewiduje się finansowanie inwestycji

³⁵ Decyzja Komisji Europejskiej C(2014)10025 z 16.12.2014 r. przyjmująca niektóre elementy programu operacyjnego „Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020” do wsparcia z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Funduszu Spójności w ramach celu „Inwestycje na rzecz wzrostu i zatrudnienia” w Polsce, notyfikowana 19.12.2014 r.

³⁶ R. Pawlicki, *Strategia finansowa dla Polski 2014–2020. Fundusze unijne dla przedsiębiorczych*, Warszawa 2014, s. 134.

³⁷ Ministerstwo Rozwoju, *Szczegółowy opis osi priorytetowych Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020*, Warszawa 2016, wersja 1.9, <https://www.pois.gov.pl/strony/o-programie/dokumenty/szczegolowy-opis-osi-priorytetowych-programu-operacyjnego-infrastruktura-i-srodowisko-2014-2020/> (dostęp: 19.11.2016 r.).

³⁸ Komunikat Ministra Infrastruktury i Rozwoju z 27.03.2015 r. w sprawie wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie szczegółowego opisu osi priorytetowych krajowych i regionalnych programów operacyjnych na lata 2014–2020 (M.P. poz. 349).

w zakresie poprawy wyposażenia i funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych oraz infrastruktury transportu medycznego. W założeniu twórców projektu ma to służyć zwiększeniu dostępności oraz skuteczności udzielania świadczeń ratowniczych. Za główny cel inwestycji w infrastrukturę ponadregionalnych podmiotów leczniczych uznano poprawę świadczenia usług zdrowotnych w zakresie chorób układu krążenia, nowotworowych, układu kostno-stawowo-mięśniowego, układu oddechowego oraz psychicznych. Najistotniejszymi problemami zdrowotnymi osób dorosłych są bowiem wzmożona zachorowalność i umieralność z powodu tego typu chorób³⁹.

Jednolicie dla całej osi został ustalony maksymalny próg dofinansowania ze środków unijnych wydatków kwalifikowalnych. Jego wysokość uzależniono od udzielenia finansowania beneficjentom pochodzącym z województwa mazowieckiego albo regionów słabiej rozwiniętych. Wynosi on odpowiednio 80 i 85% wydatków kwalifikowalnych. Trybem wyboru projektów w ramach osi ma być tryb konkursowy z rozdzieleniem kompetencji pomiędzy Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Rozwoju⁴⁰. Pierwsze z nich ma być podmiotem odpowiedzialnym za nabór i ocenę wniosków oraz przyjmowanie protestów, Ministerstwo Rozwoju ma natomiast odpowiadać za rozpatrywanie protestów.

Oś priorytetowa IX została wewnętrznie podzielona na dwa rodzaje działań odpowiadające ogólnym celom tej osi. Pierwsze z nich (działanie 9.1) dotyczy finansowania nakładów na infrastrukturę ratownictwa medycznego. Swoim zakresem terytorialnym oś obejmuje obszar całego kraju, dotyczy bowiem wszystkich regionów, w tym województwa mazowieckiego jako regionu lepiej rozwiniętego. Na skutek wdrożenia projektów finansowanych w ramach działania 9.1 mają być utworzone dodatkowe jednostki systemu państwowego ratownictwa medyczne-

³⁹ Ponadto inwestycje mają dotyczyć dzieci, tak aby miały one m.in. szanse funkcjonowania na rynku pracy w dobrym zdrowiu. Działania ukierunkowane na utrzymanie dobrego stanu zdrowia osób stanowiących potencjalnych pracowników mają bowiem kluczowe znaczenie dla zapewnienia odpowiedniej liczby osób aktywnych zawodowo i w sposób pośredni mogą przyczynić się do odwrócenia w dłuższej perspektywie czasowej negatywnych trendów demograficznych.

⁴⁰ W niektórych tylko przypadkach będzie miał zastosowanie tryb pozakonkursowy.

go i jednostki z nim współpracujące adekwatnie do zidentyfikowanych potrzeb. Celem tego działania jest zapewnienie równego dostępu mieszkańców Polski oraz przebywających na jej terenie obcokrajowców do świadczeń ratownictwa medycznego. Środki unijne mają być także ukierunkowane na istniejące jednostki systemu (szpitalne oddziały ratunkowe, lotnicze zespoły ratunkowe) i jednostki współpracujące z systemem (centra urazowe) w celu poprawy jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz efektywności systemu ratownictwa medycznego z zastrzeżeniem, że wsparciem nie może być objęty zakup środków transportu, w tym karettek i helikopterów⁴¹. Celem realizacji wskazanych inwestycji ma być m.in. zwiększenie efektywności systemu państwowego ratownictwa medycznego poprzez wzrost liczby szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Zakres podmiotowy działania 9.1 obejmuje sześć rodzajów beneficjentów⁴². Są to przede wszystkim podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego oraz Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. Ostatecznymi odbiorcami wsparcia mają być pacjenci, którym zostanie udzielona pomoc w ramach systemu ratownictwa medycznego przez wskazane podmioty lecznicze.

Drugie działanie w ramach osi priorytetowej IX związane jest z finansowaniem infrastruktury ponadregionalnych podmiotów leczniczych (działanie 9.2). Jego celem jest poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w kluczowych obszarach ze względu na trendy epidemiologiczne oraz zasoby pracy. Działanie nakierowane jest na realizację projektów w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia o charakterze ponadregionalnym. Tak jak w przypadku działania 9.1, istnieje możliwość finansowania działań inwestycyjnych w celu przeciwdziałania negatywnym trendom demograficznym. Jako cel wsparcia opieki szpitalnej o charakterze po-

⁴¹ Działaniem 9.1 objęte ma być także dofinansowanie infrastruktury transportu medycznego, włącznie z całym niezbędnym wyposażeniem pomocniczym i urządzeniami, koniecznej dla zapewnienia ciągłości usług ratownictwa medycznego.

⁴² Ujętych zgodnie z klasyfikacją form prawnych podmiotów gospodarki narodowej określonych w § 7 rozporządzenia Rady Ministrów z 30.11.2015 r. w sprawie sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej, wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń (Dz.U. poz. 2009 ze zm.).

nadregionalnym wskazano unowocześnienie infrastruktury i dostosowanie jej do aktualnych potrzeb, a nie jej rozbudowę⁴³.

W ramach działania 9.2 finansowanie mogą uzyskać trzy typy projektów. Dotyczyć one mają wsparcia oddziałów oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych⁴⁴. Preferowane mają być jednak projekty, które będą przewidywały działania w zakresie reorganizacji i restrukturyzacji usług zdrowotnych w szpitalach ponadregionalnych.

Katalog beneficjentów środków unijnych przekazywanych na podstawie działania 9.2 ustalono, podobnie jak w przypadku działania nakierowanego na wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia, zgodnie z klasyfikacją form prawnych podmiotów gospodarki narodowej. Potencjalnymi beneficjentami mogą być przede wszystkim podmioty lecznicze utworzone przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. O środki unijne w ramach analizowanego działania mogą ubiegać się także podmioty lecznicze utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego udostępniające bazę szpitalną na rzecz publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Podmioty lecznicze działające w sektorze samorządu terytorialnego muszą spełniać także inne warunki, aby móc ubiegać się o udzielenie finansowania⁴⁵.

⁴³ Finansowanie projektów mających na celu rozbudowę zasobów infrastrukturalnych ma mieć charakter incydentalny i wyjątkowy.

⁴⁴ Świadczenia zdrowotne mają być dedykowane chorobom układu krążenia, nowotworowym, układu kostno-stawowo-mięśniowego, układu oddechowego, psychicznym lub udzielane w zakresie m.in. ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii.

⁴⁵ Publiczna uczelnia medyczna lub publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych nie dysponuje własną bazą szpitalną, a udostępnienie odbywa się na zasadach określonych w pisemnym porozumieniu lub umowie, które zostały zawarte między podmiotem leczniczym a publiczną uczelnią medyczną lub publiczną uczelnią prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych na okres gwarantujący zachowanie przez beneficjenta trwałości projektu. Uczelnia taka musi być pozbawiona możliwości ubiegania się o dofinansowanie danej inwestycji w ramach właściwego regionalnego programu operacyjnego.

Do katalogu beneficjentów działania 9.2 zaliczono przedsiębiorców powstałych z przekształcenia wymienionych wyżej dwóch rodzajów podmiotów leczniczych (dotyczy to przede wszystkim spółek kapitałowych powstałych na skutek komercjalizacji s.p.z.o.z.). Ostatnią grupą beneficjentów są instytuty badawcze prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych, uczestniczące w systemie ochrony zdrowia.

Ograniczono zatem w zasadniczy sposób możliwość ubiegania się o środki unijne w celu finansowania nakładów na infrastrukturę podmiotów leczniczych. Podmioty prywatne nie będą mogły pozyskać środków finansowych w ramach tego zadania. Wyjątkiem będą jedynie spółki kapitałowe przekształcone z s.p.z.o.z., które zostały sprywatyzowane. Dodatkowo inwestycje mają być realizowane wyłącznie w podmiotach posiadających umowę na świadczenie usług opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku poszerzenia działalności wymagane będzie zobowiązanie do posiadania umowy najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń po zakończeniu realizacji projektu.

Zasady wyboru projektów oparto na trzech rodzajach kryteriów. Pierwszym z nich jest efektywność kosztowa, rozumiana przede wszystkim jako osiągnięcie najlepszych efektów przy możliwie najniższych cenach. Drugim jest zwiększenie dostępności do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Skuteczność, jako ostatnie z trzech kryteriów, dotyczyć ma diagnostyki oraz leczenia poprzez np. odniesienie się do parametrów takich jak zmniejszenie liczby zakażeń szpitalnych, poprawy szybkości, zaawansowania technologicznego oraz poziomu precyzji diagnostyki.

Zadania w zakresie ochrony zdrowia realizowane w ramach osi priorytetowej IX Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko są komplementarne z działaniami wynikającymi z regionalnych programów operacyjnych, można bowiem zauważyć podział środków z analizowanego programu oraz programów regionalnych, którego kryterium jest przede wszystkim status oraz zasięg funkcjonowania potencjalnych beneficjentów. Środki, o których mowa w osi IX, dotyczą podmiotów

ponadregionalnych. W przypadku regionalnych programów operacyjnych krąg beneficjentów zawężono do beneficjentów o regionalnym zasięgu działania.

Ogólna wysokość środków unijnych przeznaczonych na ochronę zdrowia w Programie Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko ma wynieść ponad 468,2 mln euro (wkład europejski)⁴⁶. Stanowi to jedynie 1,7% całości środków unijnych pozostających do rozdysponowania w ramach programu. W porównaniu z całym projektem, tak jak w przypadku Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014–2020, jest to kwota marginalna, może ona jednak przyczynić się do wzmocnienia infrastruktury zdrowotnej, a w konsekwencji zwiększenia liczby oraz jakości świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Szansa na finansowanie inwestycji infrastrukturalnych może także wpłynąć na zmniejszenie obciążenia finansowego sektora samorządowego, w którego ramach funkcjonuje wiele podmiotów leczniczych będących świadczeniodawcami.

4. Środki pozyskiwane w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020

Ostatnim programem, z którego mogą być finansowane wydatki z zakresu ochrony, jest Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020. Jest on programem ogólnokrajowym, którego źródło finansowania stanowi wyłącznie Europejski Fundusz Społeczny (poza wkładem krajowym). Podobnie jak w przypadku Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, zgodnie z art. 120 ust. 3 rozporządzenia

⁴⁶ Środki pozostające do wydatkowania w ramach osi IX mają być rozdzielone pomiędzy regiony słabiej rozwinięte i lepiej rozwinięte. Do katalogu tych ostatnich zaliczono jedynie województwo mazowieckie. Regiony słabiej rozwinięte otrzymają ponad 400 mln euro. Województwo mazowieckie, jako region lepiej rozwinięty, otrzyma natomiast ponad 67,6 mln euro.

nr 1303/2013, maksymalna wysokość środków europejskich możliwych do rozdysponowania w ramach programu jest uzależniona od regionu, na rzecz którego ma nastąpić przesunięcie środków. Projekty realizowane na obszarze regionów słabiej rozwiniętych mogą uzyskać maksymalne finansowanie w wysokości 85% ich wartości. Projekty z regionów lepiej rozwiniętych, do których zaliczono wyłącznie Mazowsze, mogą być finansowane w maksymalnej wysokości 80% wartości całego projektu⁴⁷.

Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 obejmuje wsparcie komplementarne do regionalnych programów operacyjnych. Na poziomie programu ogólnokrajowego mają być finansowane przede wszystkim główne rozwiązania systemowe m.in. w zakresie ochrony zdrowia. Z regionalnych programów operacyjnych środki europejskie mają być kierowane bezpośrednio do osób indywidualnych, a także przedsiębiorców i j.s.t. Tylko 28% środków pochodzących z Europejskiego Funduszu Społecznego ma być rozdysponowane w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020, większość ma jednak zasilić regionalne programy operacyjne⁴⁸.

W zakresie ochrony zdrowia program realizuje założenia Strategii Europa 2020 poprzez poprawę efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i zwiększenia dostępności usług na wszystkich etapach udzielania świadczeń, w tym w szczególności na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Poprawa dostępności świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej wynika z konieczności zmniejszenia obciążenia finansów publicznych z powodu starzenia się społeczeństwa, czego skutkiem jest zwiększenie wydatków na opiekę zdrowotną w perspektywie średnio- i długookresowej⁴⁹.

⁴⁷ Dane na podstawie Umowy Partnerstwa – Programowanie finansowe 2014–2020, Ministerstwo Rozwoju, Departament Koordynacji Strategii i Polityk Rozwoju, https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/14132/_Umowa__Partnerstwa_zmieniona_012016.pdf (dostęp: 22.11.2016 r.).

⁴⁸ M. Gwizda, M. Kosewska-Kwaśny, S. Żółciński, *Fundusze UE...*, s. 143 i 146.

⁴⁹ Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020, s. 24 i n., <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/dokumenty/program-wiedza-edukacja-rozwoj-2014-2020/> (dostęp: 1.12.2016 r.).

Podobnie jak w przypadku analizowanych w tej części pracy regionalnych programów operacyjnych oraz Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, szczegółowe zasady finansowania projektów pochodzących ze środków Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 znajdują się w Szczegółowym opisie osi priorytetowych⁵⁰. Zasady finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia wynikają z osi priorytetowej V. Całość działań w jej ramach jest ukierunkowana na wsparcie dla obszaru ochrony zdrowia. Część środków pochodząca z osi V ma być przeznaczona na pokrycie wydatków związanych z kształceniem na kierunkach medycznych oraz podnoszeniem kompetencji zawodowych i nie dotyczy wprost finansowania systemu ochrony zdrowia (działania 5.3 i 5.4).

Celami szczegółowymi osi priorytetowej V, ściśle związanymi z finansowaniem ochrony zdrowia, są: wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy, dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej, a także wdrożenie działań pro jakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Wskazane cele mają być realizowane poprzez działania 5.1 i 5.2. W przypadku obu rodzajów działań wybór projektów jest dokonywany, w zależności od typu projektu, w trybach konkursowym i pozakonkursowym, przy czym podmiotem odpowiedzialnym za nabór i ocenę wniosków oraz przyjmowanie protestów jest Ministerstwo Zdrowia⁵¹.

Pierwsze z działań związane jest z wdrożeniem i rozwojem programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej. Ze środ-

⁵⁰ *Szczegółowy opis osi priorytetowych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój*, Warszawa 2016, wersja 5, <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/dokumenty/szczegolowy-opis-osi-priorytetowych-programu-operacyjnego-wiedza-edukacja-rozwoj-2014-2020/> (dostęp: 1.12.2016 r.). Dalsza analiza będzie oparta na tym dokumencie.

⁵¹ Ministerstwo Zdrowia posiada także status instytucji pośredniczącej w ramach działań 5.1 i 5.2.

ków objętych działaniem mają być finansowane projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych, zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem. W związku z takim ukształtowaniem przedmiotowego zakresu projektów dokonano podziału beneficjentów na dwie kategorie. Do pierwszej z nich zaliczono NFZ oraz Ministerstwo Zdrowia, które mogą otrzymać środki finansowe na pokrycie wydatków przeznaczanych na opracowanie programów profilaktycznych. Druga grupa beneficjentów ma bardziej zróżnicowany charakter. Należą do niej uczelnie medyczne, szpitale kliniczne, instytuty badawcze, a także NFZ. Instytucje te mogą się ubiegać o środki na finansowanie projektów związanych z pilotażowym wdrożeniem programów profilaktycznych. NFZ jest jedynym podmiotem, który może łącznie otrzymać wsparcie na realizację projektów na etapie opracowania i wdrażania programów profilaktycznych.

Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych ujęto odrębnie jako działanie 5.2 w ramach osi priorytetowej V. W obrębie analizowanego działania finansowanie może uzyskać siedem typów projektów, do których zaliczono przede wszystkim: działania pro jakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne, oraz podmiotom świadczącym podstawową opiekę zdrowotną, przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej, służącej polepszeniu jakości i efektywności publicznych usług zdrowotnych (pilotaż nowej formy organizacji, procesu i rozwiązań technologicznych), a także wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi⁵².

⁵² Pozostałymi typami projektów są: szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi oraz szkolenia przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących, służące poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zdolności analitycznych i audytu

Podobnie jak w przypadku działania 5.1 zakres podmiotowy beneficjentów jest ściśle powiązany z typami projektów, które mogą uzyskać finansowanie⁵³. Mogą nimi być Ministerstwo Zdrowia, NFZ, uczelnie (bez ograniczenia do uczelni publicznych), organizacje pozarządowe zajmujące się problematyką ochrony zdrowia pacjentów, podmioty lecznicze, a także jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne⁵⁴. Nie każdy beneficjent może uzyskać finansowanie na realizację wszystkich wymienionych wyżej projektów. Beneficjent jest zasadniczo przypisany do określonego projektu lub do jego konkretnego etapu. Jedynie Ministerstwo Zdrowia może otrzymać środki na finansowanie wszystkich z wymienionych rodzajów projektów.

W przedstawionych wyżej działaniach preferowani jako beneficjenci są przede wszystkim NFZ i Ministerstwo Zdrowia. Nie oznacza to jednak, że podmioty prywatne są pozbawione możliwości ubiegania się o finansowanie ze środków pozostających do rozdysponowania w ramach osi priorytetowej V Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020. W porównaniu z programami operacyjnymi będącymi przedmiotem analizy w poprzedniej części rozdziału podmioty prywatne działające w sektorze ochrony zdrowia mają zdecydowanie większą możliwość aplikowania o środki europejskie. Inny jest także zakres przedmiotowy tych programów. Środki finansowe przeznaczone w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na wsparcie systemu ochrony zdrowia stanowią zatem uzupełnienie zakresu przedmiotowego

wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia, działania na rzecz rozwoju dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia poprzez m.in. wsparcie współpracy administracji systemu ochrony zdrowia z organizacjami pacjenckimi oraz stworzenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych dotyczących m.in. informacji o stanie infrastruktury medycznej, rejestrach medycznych dedykowanych określonym jednostkom chorobowym oraz identyfikacja „białych plam” w opiece zdrowotnej).

⁵³ Ostatecznymi odbiorcami wsparcia mogą być natomiast podmioty lecznicze, pracownicy ochrony zdrowia, organów założycielskich podmiotów leczniczych, pracownicy dysponentów środków publicznych, a także członkowie organizacji pozarządowych zajmujących się problematyką ochrony zdrowia pacjentów.

⁵⁴ Do katalogu beneficjentów zaliczono również podmioty świadczące usługi na rzecz osób zależnych i niesamodzielných, partnerów społecznych, samorządy zawodowe oraz Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

regionalnych programów operacyjnych oraz Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko.

Wysokość środków europejskich pozostających do rozdysponowania w ramach działań 5.1 i 5.2 wynosi łącznie ok. 114,5 mln euro, co stanowi nieco ponad 2,4% całości środków Programu Operacyjnego. Mając na uwadze, że program ten ma charakter ogólnokrajowy, a środki mają być wydatkowane w perspektywie długookresowej, uzasadnione jest twierdzenie, że wysokość środków europejskich przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia nie ma zasadniczego znaczenia dla finansowania systemu ochrony zdrowia. Zastrzec jednak należy, że nie oznacza to, iż środki europejskie pochodzące z osi priorytetowej V Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 nie przyczynią się do wzrostu jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Zdecydowana większość środków pochodzących z ogólnokrajowych oraz regionalnych programów operacyjnych ma być rozdysponowana pomiędzy beneficjentów, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych lub mają zamiar ich udzielać po uzyskaniu wsparcia unijnego. Przeważającą grupą beneficjentów, którzy mogą realizować projekty w ramach poszczególnych osi priorytetowych dotyczących ochrony zdrowia, są podmioty publiczne. Zastrzeżone dla tych podmiotów są przede wszystkim środki europejskie pochodzące z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko przeznaczone na realizację zadań inwestycyjnych. Wyjątek stanowią jedynie podmioty lecznicze, które zostały sprywatyzowane.

Tak sformułowany zakres podmiotowy beneficjentów środków europejskich nie daje w zasadzie dużej możliwości ubiegania się o finansowanie w ramach programów operacyjnych projektom realizowanym przez podmioty lecznicze działające na komercyjnym rynku usług medycznych. Programy operacyjne wprost preferują określoną kategorię podmiotów, pogarszając przy tym warunki funkcjonowania sektora prywatnego w ochronie zdrowia. Nie wpływa to pozytywnie na konkurencyjność podmiotów udzielających usług medycznych.

Zasady rozdysponowania środków unijnych wzmacniają w zdecydowanej części pozycję podmiotów wykonujących działalność leczniczą i udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w tym podmiotów publicznych. Należy jednak wskazać, że celem finansowania projektów z zakresu ochrony zdrowia nie jest wzrost konkurencyjności w tym sektorze. Uzasadnieniem dla przeznaczenia środków europejskich na realizację projektów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jest zwiększenie dostępu do nich oraz poprawa jakości w zakresie ich realizacji. Ostatecznymi odbiorcami środków unijnych przeznaczanych na ochronę zdrowia są świadczeniobiorcy a nie przedsiębiorcy działający na zasadach wolnorynkowych. Dlatego zasadne jest skierowanie europejskich strumieni finansowania w stronę zadań z zakresu ochrony zdrowia w ramach publicznego systemu.

Większość projektów, które mogą otrzymać środki pochodzące z programów operacyjnych, może być finansowana również ze źródeł krajowych, tj. z budżetu państwa lub budżetów samorządowych na zasadach wynikających z przepisów działu V ustawy o działalności leczniczej. Zasadniczą różnicą pomiędzy środkami europejskimi a krajowymi źródłami finansowania ochrony zdrowia jest istnienie normatywnych kryteriów udzielania wsparcia, np. kryterium efektywności. W przypadku finansowania zadań podmiotów wykonujących działalność leczniczą na podstawie umowy albo w formie dotacji celowej organ przekazujący środki publiczne posiada swobodę w zakresie wyboru ich beneficjenta. Wprowadzenie kryteriów wyboru beneficjentów środków europejskich zapobiegać może dowolnej ocenie wniosków oraz uznaniowemu przyznawaniu finansowania.

Wysokość środków europejskich pozostających do rozdysponowania w ramach przedstawionych w niniejszym rozdziale programów operacyjnych nie ma istotnego znaczenia dla finansowania systemu ochrony zdrowia. Kierunki oraz cele wydatkowania środków publicznych pochodzących z poszczególnych osi priorytetowych obejmujących swym zakresem ochronę zdrowia świadczą jednak o tym, iż środki europejskie mogą okazać się wydajnymi źródłami finansowania systemu. Na wydajność środków europejskich pozostających do rozdysponowania w ramach perspektywy finansowej 2014–2020 mają także pozytywny

wpływ ustalone normatywnie kryteria kwalifikowania potencjalnych beneficjentów do objęcia ich finansowaniem w ramach poszczególnych programów operacyjnych. Wybór beneficjenta spełniającego określonego rodzaju kryteria o charakterze obiektywnym może przyczynić się do osiągnięcia większych jakościowo i ilościowo efektów z danych nakładów. Poczyniona uwaga dotyczy przede wszystkim kryterium efektywności. Jego wprowadzenie ma zasadnicze znaczenie dla wydajności środków europejskich jako źródła finansowania ochrony zdrowia.

Finansowanie niektórych zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia ze środków europejskich umożliwia przeznaczenie części środków publicznych pochodzących z budżetu państwa, budżetów samorządowych oraz z Narodowego Funduszu Zdrowia na inne zadania państwa i samorządu w sektorze zdrowotnym.

Rozdział IX

PODSUMOWANIE I WNIOSKI *DE LEGE FERENDA*

W monografii przedstawiono i zbadano problematykę publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Jej głównym celem było ustalenie, czy regulacje prawne kształtujące rodzaje i wielość publicznoprawnych źródeł finansowania umożliwiają realizację zadań w zakresie ochrony zdrowia.

Źródła finansowania zapewniają możliwość funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i realizowania przez organy władzy publicznej zagwarantowanego w art. 68 Konstytucji RP prawa do ochrony zdrowia. W świetle przepisów Konstytucji RP warunkiem koniecznym dla prawidłowego ukształtowania zasad funkcjonowania modelu ochrony zdrowia jest zapewnienie źródeł jego finansowania mających charakter publicznoprawny. Nie może zatem istnieć system ochrony zdrowia, który będzie miał jedynie źródła o charakterze prywatnoprawnym. Tego rodzaju środki mogą być przeznaczane na zapewnienie obywatelom świadczeń z zakresu ochrony zdrowia poza publicznym systemem, pozostawiono to jednak indywidualnym decyzjom. Ustawodawca nie ingeruje w zasady finansowania świadczeń zdrowotnych z prywatnych środków świadczeniobiorców, konieczne jest zatem finansowanie zadań państwa z zakresu ochrony zdrowia ze środków publicznych.

I. W polskim systemie ochrony zdrowia nie ma jednego publicznoprawnego źródła finansowania. Przeprowadzone analizy wskazują na ich zróżnicowanie. Przyjmując, że o rodzaju danego modelu ochrony

zdrowia świadczy sposób jego finansowania, można stwierdzić, że polski model ochrony zdrowia nie ma w pełni charakteru ubezpieczeniowego. Jest on oparty jedynie na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, nie może więc samodzielnie funkcjonować bez nakładów finansowych dokonywanych z budżetu państwa oraz z budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

Mając na uwadze dokonany na podstawie zaproponowanych kryteriów podział publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia, należy uznać, że zasadniczo wszystkie źródła mają charakter bezzwrotny. Wyjątkiem są pożyczki udzielane samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, które są dla nich podmiotami tworzącymi. Pożyczki te stają się jednak dla s.p.z.o.z. faktycznie źródłami o charakterze bezzwrotnym, są one bowiem w praktyce umarżane i stanowią źródło finansowania bieżącej działalności zakładów w trakcie roku obrotowego¹.

W strukturze źródeł finansowania ochrony zdrowia przeważają źródła o charakterze wewnętrznym. Jedynym zagranicznym źródłem finansowania są środki europejskie. To źródło o najkrótszym okresie funkcjonowania, którego istnienie jest skutkiem członkostwa Polski w UE. Źródłem finansowania ochrony zdrowia o charakterze daninowym jest składka na ubezpieczenie zdrowotne. Pozostałe źródła finansowania, do których zaliczono budżet państwa oraz budżety j.s.t., nie mają takiego charakteru. Stanowią one zasób środków publicznych, z których dokonywane są wydatki w celu realizacji przypisanych poszczególnym organom władzy publicznej zadań z zakresu ochrony zdrowia.

II. Ustalony katalog źródeł finansowania wynika z przeobrażeń organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia, poczynwszy od reaktywacji polskiej państwowości w 1918 r. aż do końca XX w. W świetle dokonanych ustaleń uzasadnione jest twierdzenie, zgodnie z którym polski ustawodawca, wprowadzając niestanowiącą dochodu budżetu państwa

¹ Celem udzielania pożyczek przy jednoczesnym założeniu ich umorzenia jest uniknięcie niewypłacalności s.p.z.o.z. przed pokryciem jego straty netto, które może nastąpić po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego za poprzedni rok obrotowy.

składkę na ubezpieczenie zdrowotne, powrócił częściowo do rozwiązań legislacyjnych funkcjonujących w dwudziestoleciu międzywojennym.

Reaktywowano system ochrony zdrowia oparty na modelu ubezpieczeniowym, którego podstawą finansowania były wpływy uzyskiwane z tytułu uiszczania składki ubezpieczeniowej przez lub za pracowników. Model budżetowy finansowania ochrony zdrowia, funkcjonujący w Polsce przez około 50 lat, okazał się niewydajny i niedostosowany do dokonujących się przemian ustrojowych, społecznych i gospodarczych. Obecnie działający system nie powieli jednak w pełni rozwiązań obowiązujących w okresie dwudziestolecia międzywojennego. Do różnic o zasadniczym znaczeniu należy zaliczyć przede wszystkim zakres podmiotowy i przedmiotowy ubezpieczenia, który obecnie jest zdecydowanie szerszy², a także rozdział ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczeń społecznych. Ubezpieczenie zdrowotne funkcjonowało wcześniej w ramach szeroko rozumianego ubezpieczenia chorobowego.

Istotnym podobieństwem mającym zasadnicze znaczenie dla konstrukcji i charakteru prawnego obecnej składki na ubezpieczenie zdrowotne jest zakres przedmiotowy oskładkowania pracowników w systemie organizacyjnym obowiązującym w dwudziestoleciu międzywojennym. Obowiązkiem daninowym było obciążone wynagrodzenie pracowników z tytułu świadczonej pracy. Jego wysokość nie zawsze stanowiła podstawę wymiaru opłacanej składki, miała jednak istotny wpływ na jej wielkość. Dochodziło zatem do oskładkowania dochodów ubezpieczonych pracowników. Tego rodzaju rozwiązanie zostało częściowo przejęte i wprowadzone do konstrukcji prawnej składki na ubezpieczenie zdrowotne obowiązującej od 1.01.1999 r. Z treści przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych wynika, że obecnie oskładkowany jest przychód pracownika jako ubezpieczonego, który jest w sposób istotny zbliżony do dochodu. W przypadku wynagrodzenia ze stosunku pracy

² Podkreślić jednak trzeba, że zakres ten w latach 1919–1939 był stosunkowo szeroki w porównaniu z systemami ochrony zdrowia funkcjonującymi w innych państwach.

koszty uzyskania przychodu mają niewielkie znaczenie dla obniżenia przychodu.

Rezygnacja ustawodawcy z budżetowego modelu finansowania ochrony zdrowia była słuszną. Oddzielono finanse systemu ochrony zdrowia od wydatków budżetowych. Umożliwiło to powstanie pewnej samodzielności finansowej ubezpieczenia zdrowotnego, wydatki na zapewnienie ochrony zdrowia przestały bowiem konkurować z pozostałymi wydatkami budżetu państwa.

Wprowadzając system ochrony zdrowia oparty na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, nie zrezygnowano jednak definitywnie z finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych pochodzących z zasobów budżetu państwa i budżetów j.s.t. Katalog obecnie funkcjonujących źródeł finansowania ochrony zdrowia nie jest w pełni determinowany uwarunkowaniami historycznymi. Wskazuje na to przede wszystkim zakres obciążeń budżetów jednostek samorządu terytorialnego związanych z finansowaniem nakładów na ochronę zdrowia, który jest systematycznie rozszerzany, a także możliwość pozyskiwania środków finansowych pochodzących ze programów operacyjnych finansowanych z budżetu ogólnego UE³.

III. Europejskie modele ochrony zdrowia funkcjonują na zasadzie solidarności społecznej. Zapewniają każdemu obywatelowi możliwość korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej niezależnie od jego sytuacji materialnej. W tych modelach to państwo gwarantuje powszechny dostęp do ochrony zdrowia. Model rezydualny zdecydowanie odbiega od modeli europejskich i jest oparty na mechanizmach gospodarki wolnorynkowej. Obowiązujące obecnie w państwach europejskich rozwiązania legislacyjne z zakresu organizacji i finansowania ochrony zdrowia nie gwarantują w pełni prawidłowości funkcjonowania danego systemu. Model niemiecki, oparty na ubezpieczeniowej metodzie finansowa-

³ Samorząd terytorialny został reaktywowany w Polsce w latach 90. XX w. Wprowadzenie trójstopniowego podziału terytorialnego zbiegło się w czasie z reformą systemu ochrony zdrowia, która weszła w życie w 1999 r. Możliwość korzystania ze środków unijnych również pojawiła się w tym czasie (w formie programów przedakcesyjnych).

nia, oraz angielski i włoski model Narodowej Służby Zdrowia, mające charakter zaopatrzeniowy, są w praktyce poddawane wielu reformom. Wprowadzane zmiany nie doprowadziły dotychczas do osiągnięcia docelowych rozwiązań, które pozwalałyby na prawidłowe funkcjonowanie systemu zapewniającego pożądaną przez prawodawcę standard oraz czas udzielanych świadczeń zdrowotnych bez występowania deficytu.

W doktrynie wskazuje się, że żaden z obecnie funkcjonujących modeli ochrony zdrowia nie odpowiada podstawowym założeniom modelu pierwotnego. Państwa europejskie, konstruując własne systemy zdrowotne, wykorzystują pierwotne modele organizacji i finansowania ochrony zdrowia, jednocześnie dostosowując je do własnych realiów społecznych i politycznych. Tak jest m.in. w Niemczech, Wielkiej Brytanii i we Włoszech. To samo należy odnieść do zasad finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Gwarantuje on powszechną możliwość korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych bez względu na sytuację materialną świadczeniobiorcy. Nie jest on w pełni oparty na jednym z teoretycznych modeli. Oparto go na modelu ubezpieczeniowym oraz częściowo na modelu zaopatrzeniowym (budżetowym).

IV. Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego są dostępne nie tylko dla osób ubezpieczonych. W świetle katalogu tytułów ubezpieczeniowych skutkujących powstaniem obowiązku ubezpieczeniowego uzasadnione wydaje się twierdzenie, że system ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje swoim zakresem podmiotowym prawie wszystkie osoby, którym na podstawie art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP przysługuje prawo do ochrony zdrowia. Ubezpieczenie dobrowolne stanowi uzupełnienie jego obowiązkowego odpowiednika. Z uwagi na obowiązek opłacania przez dobrowolnie ubezpieczonego składki zdrowotnej oraz konieczność wniesienia opłaty stanowiącej warunek objęcia ochroną ubezpieczeniową, można twierdzić, że jest ono kierowane do osób po-

siadających odpowiedni status materialny pozwalający na ponoszenie ciężaru ubezpieczeniowego⁴.

Szeroki katalog tytułów do objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwłaszcza zakres tytułów ubezpieczeniowych dotyczących osób niemających stałego zatrudnienia, świadczy o tym, że w zdecydowanej większości przypadków istnieje możliwość objęcia jednostki ochroną ubezpieczeniową. Jedynym tego warunkiem jest podjęcie działań mających na celu formalne uzyskanie tytułu ubezpieczeniowego, w którym składka zdrowotna pokrywana jest z budżetu państwa (np. uzyskanie statusu bezrobotnego). Ponadto przepisy art. 2 ust. 1 pkt 2–4 u.ś.o.z. stanowią podstawę prawną możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez innych niż ubezpieczeni świadczeniobiorców. Jest to kolejny argument przemawiający za tym, że polski model ochrony zdrowia nie jest w pełni modelem ubezpieczeniowym. Zawiera on również elementy modelu zaopatrzeniowego, którego istotą jest finansowanie świadczeń z budżetu państwa. Potwierdza to fakt, że niektóre świadczenia zdrowotne oraz państwowe ratownictwo medyczne finansowane są ze środków pochodzących z budżetu państwa, chociaż płatnikiem w dalszym ciągu pozostaje Narodowy Fundusz Zdrowia. Środki z budżetu państwa przekazywane są w prawnej formie dotacji na rachunek Funduszu. W przypadku niektórych grup ubezpieczonych budżet państwa i budżety samorządowe stają się źródłem finansowania ich składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Z dokonanej analizy zakresu podmiotowego obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że podmiotami, na których ciąży obowiązek ponoszenia ciężaru opłacania składki, są zasadniczo osoby fizyczne mające jednocześnie status ubezpieczonego. Nie każda osoba jest jednak zobowiązana do opłacania składki z własnych środków, istnieją bowiem grupy ubezpieczonych, za które składka opłacana

⁴ Z uwagi na niewielki zakres podmiotowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego opłata stanowiąca warunek konieczny do objęcia tym rodzajem ubezpieczenia nie ma istotnego znaczenia fiskalnego, nie może być zatem traktowana jako istotne źródło finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

jest z publicznoprawnych zasobów finansowych. Z art. 66 u.ś.o.z. nie wynika wprost, kto jest zobowiązany do zapłaty składki zdrowotnej, dopiero rozdział II działu IV tej ustawy określa, kto w danym stanie faktycznym jest zobowiązany do uiszczenia składki i z jakiego rodzaju środków finansowych składka ta ma być finansowana.

V. Z przeprowadzonych analiz wynika, że składka na ubezpieczenie zdrowotne stanowi główne źródło finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Z jej wpływów finansowane są świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wprowadzenie tego ubezpieczenia miało na celu oddzielenie systemu ochrony zdrowia i jego finansów od budżetu państwa. Dokonano przesunięcia części dochodów budżetowych do odrębnego funduszu mającego na celu zapewnienie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Umożliwienie odliczenia części składki zdrowotnej od podatku dochodowego było skuteczną próbą obniżenia obciążenia podatników nową daniną publicznoprawną. Możliwość pomniejszenia kwoty podatku o część składki sprawia, że w dalszym ciągu istnieje powiązanie pomiędzy składką na ubezpieczenie zdrowotne a dochodami budżetu państwa⁵. Jakakolwiek ingerencja ustawodawcy w elementy konstrukcji prawnej składki obciążającej ubezpieczonych mająca wpływ na jej wysokość powoduje zmiany w strukturze dochodów budżetu państwa. Wydaje się, że wprowadzenie mechanizmu prawnego pozwalającego na odliczenie części składki zdrowotnej było konieczne. Na podstawie powyższych stwierdzeń można postawić wniosek, że całkowity rozdział finansów ubezpieczenia zdrowotnego i budżetu państwa nie został w pełni przeprowadzony.

Składka zdrowotna nie zabezpiecza w pełni potrzeb finansowania systemu. Jest to spowodowane przede wszystkim jej błędną konstrukcją prawną, która bez uzasadnionych podstaw uprzywilejowuje określone grupy społeczne przy jednoczesnym obciążeniu innych. Na błędne

⁵ Dodatkowym argumentem przemawiającym za ciągłym istnieniem związku pomiędzy finansami ubezpieczenia zdrowotnego a budżetem państwa jest obowiązek opłacania składki za niektórych ubezpieczonych ze środków pochodzących z tego źródła finansowania.

ukształtowanie składki zdrowotnej wskazuje przede wszystkim istnienie zróżnicowanych zasad obliczania jej wysokości w zależności od przynależności do określonej grupy społecznej lub zawodowej. Skutkiem dokonanych w monografii ustaleń jest twierdzenie, że to pracownicy i zleceniobiorcy są najbardziej obciążoną grupą zawodową w zakresie obowiązku opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne. Ich płatnicy są zobowiązani do uiszczania składki zdrowotnej od wszystkich przychodów uzyskiwanych przez te podmioty, bez możliwości ograniczenia wysokości podstawy wymiaru składki, jak w przypadku ubezpieczenia emerytalnego i rentowego. W innej sytuacji są osoby prowadzące działalność rolniczą (z wyjątkiem działów specjalnych produkcji rolnej). Zostały one wyraźnie uprzywilejowane w stosunku do pozostałych grup społecznych, co jest wynikiem ukształtowanego na przestrzeni lat ustroju rolnego, w którym ponoszenie ciężarów świadczeń publicznych nie było uzależnione od rezultatów prowadzonej działalności.

Działalność rolnicza była i jest traktowana preferencyjnie także na gruncie innych danin publicznych, w tym podatku dochodowego od osób fizycznych. Została ona wyłączona z tego podatku, z wyjątkiem działów specjalnych produkcji rolnej, z których przychody podlegają przepisom ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych i ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych. *De lege ferenda* konieczna jest reforma systemu danin publicznych dotyczących obciążeń publicznoprawnych działalności rolniczej. Opodatkowanie rolników na zasadach ogólnych umożliwiłoby nałożenie na nich obowiązku uiszczania składki zdrowotnej od osiąganych dochodów albo przychodów obliczonych na potrzeby podatku dochodowego przy jednoczesnym obniżeniu na podstawie art. 27b u.p.d.o.f. podatku dochodowego o część uiszczoną składki zdrowotnej. Doszłoby wówczas do równomiernego obciążenia obowiązkiem ubezpieczeniowym wszystkich ubezpieczonych osiągających wymierne korzyści ze swojej działalności. Możliwość odliczenia od podatku dochodowego części składki spowodowałaby istotne zmniejszenie ciężaru ubezpieczeniowego.

Powyższe wnioski należy także odnieść do sytuacji prawnej innych grup ubezpieczonych, których podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne nie jest uzależniona od ekonomicznych efektów ich aktyw-

ności zawodowej. Dotyczy to przede wszystkim osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą (przedsiębiorców). Wprowadzenie zmian w sposobie ustalania podstawy wymiaru składki zdrowotnej doprowadziłoby do modyfikacji dochodów budżetu państwa i nie spowodowałoby obciążenia fiskalnych osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. W większości przypadków faktycznym obciążeniem dla ubezpieczonego jest ostatecznie składka zdrowotna w wysokości 1,25% podstawy jej wymiaru, skoro istnieje możliwość odliczenia od podatku dochodowego składki opłaconej w roku podatkowym w wysokości 7,75% podstawy jej wymiaru.

Przyjęte przez ustawodawcę zasady obliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne dyskryminują przede wszystkim pracowników, osoby pozostające w pozapracowniczych stosunkach zatrudnienia (np. zlecenie), a także osoby pobierające świadczenia emerytalno-rentowe. W tych przypadkach wysokość składki zdrowotnej uzależniona jest od faktycznie uzyskiwanych przychodów przy jednoczesnym braku ograniczenia podstawy wymiaru po osiągnięciu określonej wielkości. Uzasadnione jest więc twierdzenie, że na tych grupach społecznych i zawodowych faktycznie spoczywa ciężar utrzymania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

VI. Skutki błędnie ukształtowanych zasad ustalania wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne, różnicujące zakres ponoszenia ciężaru ubezpieczeniowego przez osoby podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, dotyczą nie tylko tych osób, przychody z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne nie są bowiem wystarczające do zapewnienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Błędy te mają także istotny wpływ na sposób i zakres finansowania zadań państwa i samorządu terytorialnego w sektorze ochrony zdrowia ze środków publicznych pochodzących z budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

Po pierwsze, system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego powinien w ramach jego własnych środków finansowych uwzględniać sytuacje udzielania świadczeń zdrowotnych na wypadek powstania ustawowo określonego ryzyka ubezpieczeniowego. Uzasadnione społecznie jest

zatem finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych świadczeniobiorcom nieobjętym powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym – ubezpieczeniem zdrowotnym. Brak tytułu ubezpieczeniowego nie pozbawia tych osób możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych na takich samych zasadach jak osoby posiadające status ubezpieczonego. Świadczeniobiorcy niebędący osobami ubezpieczonymi nie partycypują jednak w ponoszeniu kosztów funkcjonowania systemu ubezpieczeniowego w postaci obowiązku opłacania składki zdrowotnej.

Po drugie, skutki błędnego ukształtowania konstrukcji prawnej składki na ubezpieczenie zdrowotne przenoszone są częściowo na jednostki samorządu terytorialnego. Wskazuje na to przede wszystkim trwale istniejące zadłużenie s.p.z.o.z., dla których j.s.t. są podmiotami tworzącymi. Jednostki te mają prawny obowiązek pokrywania straty netto takich s.p.z.o.z. ze środków pochodzących z właściwego budżetu samorządowego. Skala zjawiska, jakim jest zadłużenie podmiotów leczniczych funkcjonujących w tej formie prawnej, może świadczyć o tym, że przyczyna tego stanu rzeczy nie tkwi, co do zasady, w błędnym zarządzaniu lub nadzorze organów j.s.t. nad działalnością s.p.z.o.z.

Celem funkcjonowania zakładów jest zapewnienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podstawowym źródłem ich finansowania są przychody Narodowego Funduszu Zdrowia, pochodzące przede wszystkim ze składki na ubezpieczenie zdrowotne pozyskiwane przez s.p.z.o.z. na podstawie zawartych z NFZ umów (tzw. kontraktów) na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Fundusz jest podmiotem odpowiedzialnym za organizację systemu ubezpieczeniowego i finansowanie udzielanych w jego ramach świadczeń zdrowotnych. Zapewnienie NFZ przychodów z tytułu daniny publicznej, jaką jest składka zdrowotna, na poziomie niewystarczającym do pełnego pokrycia kosztów funkcjonowania systemu prowadzi do konieczności zaniżania wartości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Skutkuje to generowaniem straty przez podmioty lecznicze. Powstałą stratę netto mają obowiązek pokryć jednostki samorządu terytorialnego.

VII. Sektor samorządowy pozostawiono z problemem narastającego długu tych zakładów bez istotnego wsparcia finansowego ze strony organów administracji rządowej odpowiedzialnych za kształt systemu ochrony zdrowia oraz zasady jego finansowania. Budżety samorządowe ponoszą negatywne konsekwencje niedofinansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez s.p.z.o.z. w ramach umowy z NFZ. W większości przypadków sytuacja finansowa zakładu nie jest spowodowana działaniami organów samorządowych, mimo to j.s.t. są zobowiązane do finansowania działalności nierentownych s.p.z.o.z., a w konsekwencji są one zmuszane przez ustawodawcę do faktycznego partycypowania w kosztach udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Innymi słowy, samorzady są w sposób pośredni zobowiązane do finansowania świadczeń zdrowotnych w tej części, która z uwagi na błędnie ukształtowaną strukturę przychodów Funduszu jako organizatora systemu ochrony zdrowia nie może być w pełni sfinansowana w ramach zawartej w trybie art. 132 ust. 1 u.s.o.z. umowy o ich udzielanie.

O istotnym miejscu samorządów i ich budżetów w strukturze systemu ochrony zdrowia świadczą także inne opisane w niniejszej książce formy prawne dokonywania wydatków budżetowych na zadania z zakresu ochrony zdrowia. W szczególności j.s.t. mogą przekazywać środki publiczne podmiotom wykonującym działalność leczniczą w prawnej formie dotacji celowej albo wydatku na podstawie umowy zawartej z danym podmiotem. Z treści przepisów działu V ustawy o działalności leczniczej określających zasady przekazywania środków publicznych we wskazanych formach prawnych wynika warunek konieczny, jaki muszą spełnić podmioty prowadzące działalność leczniczą, aby móc skutecznie ubiegać się o przyznanie środków. Podmioty te powinny mianowicie udzielać świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w poprzednim roku obrotowym oraz po uzyskaniu finansowania z budżetu j.s.t. W ocenie autora stanowi to kolejny przejaw próby zwiększenia zakresu środków publicznych pochodzących z innego źródła niż budżet centralny przeznaczanych na finansowanie zadań państwa z zakresu ochrony zdrowia.

Przedstawione wnioski świadczą o tym, że ustawodawca, mając świadomość błędnie ukształtowanej struktury przychodów NFZ, w tym przychodów z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne, przesuwając faktycznie ciężar finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia z państwa na jednostki samorządu terytorialnego. Istotnym argumentem przemawiającym za słusznością postawionej tezy jest wprowadzenie od 15.07.2016 r. możliwości finansowania z budżetów samorządowych gwarantowanych świadczeń zdrowotnych udzielanych jedynie mieszkańcom danej wspólnoty samorządowej. Oprócz podnoszonych wyżej uwag związanych ze zgodnością wprowadzonych rozwiązań prawnych z konstytucyjną zasadą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych istnieją także inne wątpliwości.

Dotychczas jedynym organizatorem i płatnikiem świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych był NFZ. Skutkiem dokonanej zmiany jest rozszerzenie katalogu płatników tych świadczeń na wszystkie j.s.t., niezależnie od ich rodzaju oraz zakresu wykonywanych zadań. Takie rozwiązanie stanowi wyraz ustawowego poszukiwania źródeł finansowania systemu ochrony zdrowia innych niż składka na ubezpieczenie zdrowotne. Istotne jest przy tym również, że nie zostaje zwiększony zakres wydatków z budżetu państwa przeznaczanych na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia. Wyraża to dbałość ustawodawcy o interesy fiskalne budżetu państwa przy jednoczesnym nadmiernym obciążeniu obowiązkiem ponoszenia nakładów finansowych z budżetów samorządów bez zmiany w strukturze dochodów publicznych. Powoduje to przenoszenie części odpowiedzialności za organizację i finansowanie ochrony zdrowia na jednostki samorządu terytorialnego, które są pozbawione wpływu na zasady funkcjonowania systemu oraz kształt źródeł finansowania ochrony zdrowia. Zmiany w strukturze źródeł finansowania ochrony zdrowia powinny mieć jednak charakter systemowy, a nie doraźny. Przede wszystkim powinny odpowiadać także wymogom stawianym przez przepisy Konstytucji RP w tym zakresie.

VIII. Efektem przeprowadzonych w niniejszej monografii rozważań jest także ustalenie charakteru prawnego składki na ubezpieczenie zdrowotne jako głównego źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce. W ocenie autora składka jest samodzielną daniną publiczną, mającą

złożony charakter i wewnętrznie zróżnicowaną, do której ma zastosowanie art. 217 Konstytucji RP. Nie może być ona utożsamiana z instytucją podatku, choć jej konstrukcja prawna wskazuje na to, że podobnie jak podatek dochodowy od osób fizycznych obciąża ona dodatkowo rezultaty aktywności zawodowej ubezpieczonego.

Odpłatność oraz celowość składki zdrowotnej odróżniają ją w zasadniczy sposób od innych danin publicznych. Pozostałe jej cechy są konsekwencją daninowego charakteru. Wszystkie powołane wyżej świadczenia pieniężne, z którymi została porównana składka zdrowotna, muszą posiadać określonego rodzaju cechy, aby mogły być uznane za daniny publiczne. Przede wszystkim powinny mieć publicznoprawny, pieniężny, generalny i jednostronny charakter oraz cechować się bezwrotnością i przymusowością. Te cechy wynikają również z konstrukcji prawnej składki na ubezpieczenie zdrowotne. Są one tożsame z cechami innych danin publicznoprawnych, takich jak podatki, opłaty i składki na ubezpieczenie społeczne. Nie może to jednak uzasadniać tezy, zgodnie z którą składka zdrowotna w obecnie obowiązującym kształcie nie wykazuje swoistych cech stanowiących podstawę do traktowania jej jako odrębnej daniny publicznej. Przeciwnie, wskazane przymioty jednoznacznie świadczą o jej przynależności do katalogu danin publicznych i rozpatrywane łącznie z odpłatnością i celowością składki zdrowotnej przemawiają za jej odrębnością od innych świadczeń uregulowanych w art. 217 Konstytucji RP.

Charakterystyczną cechą składki zdrowotnej jest także brak uprawnień do jej bezpośredniego pobierania przez podmiot, któremu zostały ostatecznie i na stałe przekazane przychody z jej tytułu. NFZ nie ma możliwości poboru oraz ewidencjonowania składki na ubezpieczenie zdrowotne we własnym zakresie. Tylko w nielicznych przypadkach płatnicy bądź ubezpieczeni są zobowiązani do uiszczenia składki bezpośrednio na rachunek ubezpieczyciela. Przekazanie uprawnień wierzyciela w stosunku daninowym innym podmiotom nie ma wpływu na charakter przychodów Funduszu. Wynika ono jedynie z istniejących dotychczas możliwości organizacyjnych i uprawnień organów ubezpieczenia społecznego. Łącznie ujmowana celowość i odpłatność składki zdrowotnej

odróżnia ją także od innych danin o charakterze publicznoprawnym. Stanowi ona zatem *sui generis* daninę publiczną.

IX. Z dokonanych ustaleń wynika, że składka zdrowotna, jako odrębna danina publiczna wprowadzona do katalogu danin w celu pokrycia kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, jest niewydajnym źródłem jego finansowania. Normatywne ustalenie zasad finansowania systemu ochrony zdrowia z przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne jako daniny publicznej powinno zapewniać wysokość środków publicznych pozostających w dyspozycji NFZ na odpowiednio wysokim poziomie. Przychody z tytułu składki zdrowotnej powinny zatem zapewniać Funduszowi możliwość finansowania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umów zawartych w trybie art. 132 ust. 1 u.s.o.z. w wysokości pozwalającej na pokrycie uzasadnionych kosztów ich realizacji przez świadczeniodawców bez konieczności angażowania w tym zakresie innych źródeł finansowania ochrony zdrowia.

Nie oznacza to jednak, że składka na ubezpieczenie zdrowotne musi stanowić jedyne publicznoprawne źródło finansowania ochrony zdrowia. Polski system ochrony zdrowia cechuje się wielością źródeł finansowania. Każde źródło powinno mieć jasno określone przeznaczenie. Ponieważ wprowadzono odrębną daninę publiczną w celu finansowania kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia, których istotą jest zapewnienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących w ramach funkcjonującego systemu, to z jej wpływów świadczenia te powinny być finansowane w całości.

W ocenie autora istnieje możliwość takiego ukształtowania konstrukcji prawnej składki na ubezpieczenie zdrowotne, która wpłynęłaby na zmniejszenie zakresu poszukiwania przez ustawodawcę nowych źródeł finansowania ochrony zdrowia lub zwiększania wydatków ze źródeł już istniejących – innych niż składka, co zostało wcześniej wykazane. Chodzi mianowicie o ustalenie jednolitych zasad obliczania składki zdrowotnej dla wszystkich ubezpieczonych, których tytułem do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego jest aktywność zawodowa skutkująca osiągnięciem z niej korzyści majątkowych (np. pracownicy, zleceniobior-

cy, osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, rolnicy i ich domownicy). Uzależnienie wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne od przychodów lub dochodów rzeczywiście uzyskiwanych, zwłaszcza przez osoby prowadzące działalność pozarolniczą oraz rolników i ich domowników, mogłoby spowodować zwiększenie wpływów NFZ z tego rodzaju daniny publicznej.

X. Uzasadnione wydaje się także rozważenie zwiększenia wysokości stawki składki na ubezpieczenie zdrowotne z obecnego poziomu 9% podstawy jej wymiaru.

Obecnie istnieje możliwość odliczenia opłaconej w roku podatkowym kwoty składki zdrowotnej do wysokości 7,75% podstawy wymiaru składki od podatku dochodowego od osób fizycznych, w tym uiszczanego na zryczałtowanych zasadach. Zwiększenie stawki składki zdrowotnej przy jednoczesnym podwyższeniu maksymalnej kwoty składki możliwej do odliczenia od podatku dochodowego od osób fizycznych byłoby w większości przypadków neutralne dla podatników podatku dochodowego podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. Zwiększeniu uległyby natomiast nakłady finansowe dokonywane z budżetu państwa przeznaczane na finansowanie składek zdrowotnych niektórych ubezpieczonych. Należy jednak podkreślić, że nie miałoby to istotnego wpływu na strukturę wydatków budżetowych. W przypadku ubezpieczonych, których składka opłacana jest z budżetu państwa, podstawę jej wymiaru stanowi wysokość określonego rodzaju świadczeń socjalnych, która pozostaje na stosunkowo niskim poziomie. Wzrost wysokości składki zdrowotnej opłacanej za niektórych ubezpieczonych byłby nieznaczny. Zwiększenie stawki składki zdrowotnej oraz możliwości odliczenia kwoty składki, o której mowa w przepisach art. 27b u.p.d.o.f., doprowadziłyby jednak do obniżenia dochodów budżetu państwa z tytułu podatku dochodowego od osób fizycznych. Zmiana konstrukcji prawnej składki zdrowotnej zależy więc od preferencji ustawodawcy w zakresie wysokości środków publicznych przeznaczanych na realizację określonych zadań państwa. W celu zrównoważenia skutków finansowych zmiany w konstrukcji prawnej składki konieczna byłaby rezygnacja z finansowania niektórych świadczeń zdrowotnych z budżetu państwa.

Zwiększenie stawki składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowiłoby alternatywne rozwiązanie dla finansowania niektórych świadczeń opieki zdrowotnej ze środków pochodzących z budżetu państwa w formie dotacji celowej. Dotyczy to w szczególności świadczeń wysokospecjalistycznych przysługujących wszystkim świadczeniobiorcom (art. 15 ust. 2 pkt 12 u.ś.o.z.). Doprowadziłoby to do zmniejszenia zakresu przedmiotowego świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego finansowanych z innego źródła niż składka na ubezpieczenie zdrowotne.

Powyższą uwagę można także odnieść do zasad finansowania świadczeń zdrowotnych przysługujących świadczeniobiorcom, którzy nie posiadają statusu osób ubezpieczonych. Koszty tego rodzaju świadczeń pokrywane są ze środków pochodzących z budżetu państwa w formie dotacji celowej, której wysokość ma charakter ryczałtowy (na zasadach określonych w ustawie o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018). Wielkość udzielonej Funduszowi dotacji nie jest uzależniona od wysokości nakładów finansowych poniesionych na ten cel. Dane, na podstawie których jest ona obliczana, mają charakter historyczny i nie odzwierciedlają rzeczywistej liczby świadczeniobiorców niebędących osobami ubezpieczonymi i mogących korzystać ze świadczeń przysługujących w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Z uwagi na brak mechanizmów pozwalających na prawidłowe ustalenie liczby świadczeniobiorców, których świadczenia mają być finansowane z dotacji celowej, uzasadnione może być zrezygnowanie przez ustawodawcę z tej formy prawnej przekazywania NFZ środków publicznych na wskazany wyżej cel. Konieczne byłoby wówczas zapewnienie Funduszowi przychodów z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne pozwalających na realizację ustawowo nałożonych na niego zadań.

Zasady finansowania państwowego ratownictwa medycznego mają charakter zbliżony do sposobu pokrywania kosztów wskazanych świadczeń zdrowotnych przysługujących niektórym świadczeniobiorcom. Po pierwsze, zadania z zakresu ratownictwa medycznego finansowane są z budżetu państwa w formie dotacji celowej. Po drugie, Fundusz nie ma prawnej gwarancji otrzymania środków w wysokości pozwalającej na pokrycie wydatków wynikających z zawartych umów z ich dysponen-

tami na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego. Brakuje mechanizmów prawnych gwarantujących zapewnienie w budżecie państwa określonej kwoty środków przeznaczanych na realizację zadań z zakresu ratownictwa medycznego. Należy zatem rozważyć rezygnację z tej formy finansowania państwowego ratownictwa medycznego, skoro nie zapewnia ona przychodów NFZ na poziomie odpowiadającym ponoszonym kosztom. Powierzenie Funduszowi finansowania tego rodzaju zadań z przychodów pochodzących z wpływów z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne uprościłoby w istotny sposób procedurę w zakresie organizacji i finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego.

Rezygnacja przez ustawodawcę z finansowania niektórych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń udzielanych w ramach systemu ratownictwa medycznego w formie dotacji celowych na rzecz zwiększenia przychodów Funduszu z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne, mogłaby jednak wpłynąć na charakter prawny tej daniny. W obecnym stanie prawnym świadczenia opieki zdrowotnej przysługują ubezpieczonym, którzy mają obowiązek uiszczania składki zdrowotnej albo jest ona za nich opłacana ze środków budżetu państwa. Inni świadczeniobiorcy, niebędący osobami ubezpieczonymi, nie są zobowiązani do uiszczania składki zdrowotnej. Środki na zapewnienie im dostępu do świadczeń są przekazywane z budżetu państwa w formie dotacji celowej. To samo należy odnieść do finansowania ratownictwa medycznego, gdyż czynności z zakresu ratownictwa medycznego przysługują każdej osobie, bez względu na posiadany status. Zwiększenie wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne uiszczanej przez ubezpieczonych (bez zmiany w zakresie przysługujących im świadczeń opieki zdrowotnej) mogłoby doprowadzić do deprecjacji jej dwóch zasadniczych i różnicujących cech, tj. odpłatności i wzajemności. Z przychodów z tytułu składki zdrowotnej byłyby bowiem finansowane świadczenia przysługujące osobom, za które nie są ponoszone koszty ich udzielania. Ubezpieczeni uiszczający składkę na ubezpieczenie zdrowotne finansowałiby w pełnej wysokości koszty świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących innym świadczeniobiorcom.

XI. Absorpcja środków europejskich w ramach perspektywy finansowej 2014–2020 w sektorze ochrony zdrowia stanowi istotne wsparcie dla

krajowych źródeł finansowania systemu. Może to pozwolić na mniejsze zaangażowanie środków pochodzących przede wszystkim z budżetów j.s.t. Skutkiem transferu środków unijnych może być wzrost inwestycji w infrastrukturę zdrowotną powodujący zwiększenie dostępności oraz jakości udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych bez konieczności istotnego zadłużania się podmiotów leczniczych.

Środki europejskie nie stanowią jednak istotnego źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Ciężar finansowania spoczywa na państwie, a nie na UE. Wysokość nakładów pochodzących z opisanych powyżej programów operacyjnych ma marginalne znaczenie w porównaniu z całkowością środków europejskich przekazywanych do rozdysponowania w ich ramach. Należy jednak zastrzec, że przy rosnących wydatkach systemu ochrony zdrowia, istniejącym zadłużeniu podmiotów leczniczych oraz kształcie składki na ubezpieczenie zdrowotne, który nie pozwala na osiągnięcie z jej tytułu przychodów umożliwiających pełne pokrycie kosztów funkcjonowania systemu, środki europejskie w tej wysokości stanowią określone wsparcie finansowe.

XII. Z przeprowadzonych analiz wynikają także określone relacje zachodzące pomiędzy źródłami finansowania ochrony zdrowia. Istotne znaczenie mają zależności pomiędzy składką na ubezpieczenie zdrowotne a budżetem państwa oraz budżetami jednostek samorządu terytorialnego.

Po pierwsze, dochody budżetu państwa z tytułu podatku dochodowego od osób fizycznych są uzależnione od przychodów NFZ pochodzących z obowiązku uiszczania przez ubezpieczonych lub ich płatników składki na ubezpieczenie zdrowotne. Wynika z tego możliwość odliczenia, na podstawie art. 27b u.p.d.o.f. oraz art. 13, 31, 44 i 47 ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, kwoty opłaconej w danym roku składki na ubezpieczenie zdrowotne do wysokości nieprzekraczającej 7,75% podstawy jej wymiaru. Zasadniczy wpływ na wysokość dochodów budżetu państwa z tytułu podatku dochodowego od osób fizycznych ma przede wszystkim podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne. Ma ona

charakter dynamiczny i jest uzależniona od zakresu aktywności zawodowej ubezpieczonego oraz liczby tytułów obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Im wyższa jest podstawa wymiaru składki zdrowotnej, tym wyższa jest kwota możliwa do odliczenia od podatku dochodowego. Wyższa wysokość składki, determinowana zmieniającą się podstawą jej wymiaru, ma zatem wpływ na wysokość dochodów budżetu państwa.

Wskazana relacja nie ma jednak znaczenia dla wysokości dochodów j.s.t. z tytułu przysługujących im udziałów we wpływach z podatku dochodowego od osób fizycznych. Istnieje bowiem prawna gwarancja ochrony dochodów j.s.t. z tego tytułu, wynikająca z art. 95 ust. 2 u.ś.o.z.

Po drugie, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana za niektórych ubezpieczonych ze środków publicznych pochodzących z budżetu państwa. Budżet państwa, będący źródłem finansowania ochrony zdrowia, jest jednocześnie źródłem finansowania składki na ubezpieczenie zdrowotne. Jest to skutkiem przyjętego w Polsce systemu ochrony zdrowia. W świetle przepisów Konstytucji RP każdemu przysługuje prawo do ochrony zdrowia. W wyniku tego systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego objęci są prawie wszyscy świadczeniobiorcy, nie każdy ubezpieczony jest jednak zobowiązany do opłacania składki zdrowotnej z własnych środków (np. osoby bezrobotne). Za takich ubezpieczonych składka zdrowotna opłacana jest z budżetu państwa.

Po trzecie, środki publiczne, z których finansowana jest składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana za niektórych ubezpieczonych, są kolejno: wydatkiem budżetu państwa, następnie dochodem budżetu właściwej j.s.t. i jej wydatkiem dokonywanym na rachunek ZUS, który przekazuje je Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Stają się one ostatecznie przychodem Funduszu. Przyjęte zasady przepływu środków publicznych przeznaczanych na finansowanie części składek zdrowotnych prowadzą do wzrostu kosztów administracyjnych związanych z opłacaniem składki zdrowotnej za niektórych ubezpieczonych oraz wstrzymania ostatecznego ich wydatkowania na realizację zadań Funduszu. Ustalono jednak, że w świetle obecnej struktury powierzonych samorządom zadań tylko one dysponują danymi pozwalającymi na identyfikację ubezpieczonego oraz ustalenie właściwej dla niego podstawy wymiaru składki na ubez-

pieczenie zdrowotne. *De lege ferenda* należałoby rozważyć możliwość wprowadzenia mechanizmów prawnych pozwalających na bezpośrednie finansowanie tego rodzaju składek zdrowotnych z budżetu państwa z pominięciem udziału w procedurze ich opłacania j.s.t. oraz ZUS. Proponowana zmiana jest jednak ściśle związana z podziałem zadań publicznych z zakresu zabezpieczenia społecznego pomiędzy państwo a samorząd terytorialny.

Po czwarte, budżet państwa oraz budżety samorządowe pełnią istotną rolę w zakresie finansowania ochrony zdrowia ze środków pochodzących z regionalnych i ogólnokrajowych programów operacyjnych. Stanowią one wkład krajowy na realizację programów finansowanych z udziałem środków europejskich. Dokonanie wydatku pochodzącego z budżetu państwa lub budżetów j.s.t. stanowi, co do zasady, warunek konieczny wykorzystania środków europejskich stanowiących dodatkowe źródło finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

Zróżnicowany katalog publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia nie zabezpiecza materialnie realizacji zadań państwa w tym zakresie z punktu widzenia potrzeb świadczeniobiorców. Z dokonanych ustaleń wynika, że struktura normatywna instytucji prawnofinansowych determinujących kształt oraz wydajność publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce, a także część relacji zachodzących pomiędzy nimi, zostały ukształtowane w sposób nieprawidłowy i wymagają zmian. Środki pochodzące ze źródeł będących przedmiotem badań są niewystarczające do zapewnienia prawidłowej realizacji zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia. Dokonywane zmiany w strukturze źródeł finansowania mają jedynie charakter doraźny i nie powodują zwiększenia w istotny sposób nakładów pochodzących ze środków publicznych. Skutkiem tego jest konieczność angażowania przez świadczeniobiorców prywatnych środków w celu zapewnienia sobie ochrony zdrowia na odpowiednim poziomie, mimo iż Konstytucja RP gwarantuje dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od sytuacji materialnej świadczeniobiorców.

Ustawodawca nadmiernie dba o interesy fiskalne budżetu państwa, co skutkuje brakiem odpowiednio wysokiego poziomu przychodów NFZ w stosunku do kosztów finansowania świadczeń zdrowotnych, za których organizację odpowiada, oraz częściowym przesunięciem odpowiedzialności za system ochrony zdrowia na jednostki samorządu terytorialnego.

WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH I DOKUMENTÓW URZĘDOWYCH

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.)
Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana Dz.Urz. UE C 202 z 2016 r., s. 47)
- Oświadczenie rządowe w sprawie ratyfikacji przez Rzeczpospolitą Polską Europejskiej Karty Społecznej, sporządzonej w Turynie 18.10.1961 r. z 30.11.1998 r. (Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz. 68)
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29.04.2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz. UE L 166, s. 1, ze zm.)
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1316/2013 z 11.12.2013 r. ustanawiające instrument „Łącząc Europę” zmieniające rozporządzenie (UE) nr 913/2010 oraz uchylające rozporządzenia (WE) nr 680/2007 i (WE) nr 67/2010 (Dz.Urz. UE L 348, s. 129, ze zm.)
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z 17.12.2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz.Urz. UE L 347, s. 320, ze zm.)
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1306/2013 z 17.12.2013 r. w sprawie finansowania wspólnej polityki rolnej, zarządzania nią i monitorowania jej oraz uchylające rozporządzenia Rady (EWG) nr 352/78, (WE) nr 165/94, (WE) nr 2799/98, (WE) 814/2000, (WE) nr 1290/2005 i (WE) 485/2008 (Dz.Urz. UE L 347, s. 549, ze zm.)

- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9.03.2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.Urz. UE L 88, s. 45, ze zm.)
- Ustawa z 19.05.1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz.U. Nr 44, poz. 272 ze zm.)
- Ustawa z 28.03.1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. Nr 51, poz. 396 ze zm.)
- Ustawa z 15.06.1939 r. o publicznej służbie zdrowia (Dz.U. Nr 54, poz. 342 ze zm.)
- Ustawa z 28.10.1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. Nr 55, poz. 434 ze zm.)
- Ustawa z 1.03.1949 r. o zmianie niektórych przepisów o ubezpieczeniach społecznych (Dz.U. Nr 18, poz. 109 ze zm.)
- Ustawa z 20.03.1950 r. o terenowych organach jednolitej władzy państwowej (Dz.U. Nr 14, poz. 130 ze zm.)
- Ustawa z 20.07.1950 r. o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego (Dz.U. Nr 36, poz. 334)
- Ustawa z 20.07.1950 r. o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 36, poz. 333)
- Ustawa z 15.12.1951 r. o włączeniu organizacji lecnictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia (Dz.U. Nr 67, poz. 466)
- Ustawa z 14.06.1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2017 r. poz. 1257 ze zm.)
- Ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2017 r. poz. 459 ze zm.).
- Ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2018 r. poz. 155 ze zm.)
- Ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2018 r. poz. 108 ze zm.)
- Ustawa z 16.09.1982 r. – Prawo spółdzielcze (Dz.U. z 2017 r. poz. 1560 ze zm.)
- Ustawa z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2016 r. poz. 487 ze zm.)
- Ustawa z 15.11.1984 r. o podatku rolnym (Dz.U. z 2017 r. poz. 1892 ze zm.)
- Ustawa z 8.03.1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2017 r. poz. 1875 ze zm.)
- Ustawa z 20.12.1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 2017 r. poz. 2336 ze zm.)
- Ustawa z 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 200 ze zm.)
- Ustawa z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.)
- Ustawa z 10.12.1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin (Dz.U. z 2017 r. poz. 2225 ze zm.)
- Ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017 r. poz. 882 ze zm.)

- Ustawa z 29.09.1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2017 r. poz. 2342 ze zm.)
- Ustawa z 20.12.1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 827 ze zm.)
- Ustawa z 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.)
- Ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2017 r. poz. 665 ze zm.)
- Ustawa z 20.06.1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 104, poz. 661 ze zm.)
- Ustawa z 28.08.1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych (Dz.U. z 2017 r. poz. 870 ze zm.)
- Ustawa z 29.08.1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. z 2017 r. poz. 201 ze zm.)
- Ustawa z 4.09.1997 r. o działach administracji rządowej (Dz.U. z 2017 r. poz. 888 ze zm.)
- Ustawa z 5.06.1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. z 2017 r. poz. 1868 ze zm.)
- Ustawa z 5.06.1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2017 r. poz. 2096 ze zm.)
- Ustawa z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1778 ze zm.)
- Ustawa z 13.10.1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną (Dz.U. Nr 133, poz. 872 ze zm.)
- Ustawa z 20.11.1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz.U. z 2017 r. poz. 2157 ze zm.)
- Ustawa z 14.04.2000 r. o umowach międzynarodowych (Dz.U. Nr 39, poz. 443 ze zm.)
- Ustawa z 15.09.2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1577 ze zm.)
- Ustawa z 25.07.2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 113, poz. 1207 ze zm.)
- Ustawa z 27.07.2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 23 ze zm.)
- Ustawa z 30.10.2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1773 ze zm.)
- Ustawa z 5.12.2002 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów mieszkaniowych o stałej stopie procentowej (Dz.U. z 2017 r. poz. 650 ze zm.)
- Ustawa z 28.02.2003 r. – Prawo upadłościowe (Dz.U. z 2017 r. poz. 2344 ze zm.)
- Ustawa z 24.04.2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2016 r. poz. 1817 ze zm.)
- Ustawa z 27.06.2003 r. o rencie socjalnej (Dz.U. z 2013 r. poz. 982 ze zm.)
- Ustawa z 13.11.2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U. z 2017 r. poz. 1453 ze zm.)
- Ustawa z 28.11.2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1952 ze zm.)
- Ustawa z 29.01.2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1579 ze zm.)

- Ustawa z 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2017 r. poz. 1065 ze zm.)
- Ustawa z 30.04.2004 r. o świadczeniach przedemerytalnych (Dz.U. z 2017 r. poz. 2148 ze zm.)
- Ustawa z 2.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2017 r. poz. 2168 ze zm.)
- Ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.)
- Ustawa z 17.12.2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1311 ze zm.)
- Ustawa z 30.06.2005 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.)
- Ustawa z 28.07.2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1056)
- Ustawa z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2017 r. poz. 783 ze zm.)
- Ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2017 r. poz. 2195 ze zm.)
- Ustawa z 6.12.2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz.U. z 2017 r. poz. 1376 ze zm.)
- Ustawa z 16.02.2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2017 r. poz. 229 ze zm.)
- Ustawa z 7.09.2007 r. o Karcie Polaka (Dz.U. z 2017 r. poz. 1459 ze zm.)
- Ustawa z 6.11.2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2016 r. poz. 2135 ze zm.)
- Ustawa z 6.11.2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2017 r. poz. 890 ze zm.)
- Ustawa z 6.11.2008 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 209, poz. 1316 ze zm.)
- Ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2018 r. poz. 151)
- Ustawa z 19.12.2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz.U. z 2017 r. poz. 1834 ze zm.)
- Ustawa z 23.01.2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 38, poz. 299)
- Ustawa z 27.08.2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 2077 ze zm.)
- Ustawa z 12.02.2010 r. o rekapitalizacji niektórych instytucji oraz o rządowych instrumentach stabilizacji finansowej (Dz.U. z 2018 r. poz. 124)
- Ustawa z 30.04.2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1158 ze zm.)

- Ustawa z 26.11.2010 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z realizacją ustawy budżetowej (Dz.U. Nr 238, poz. 1578 ze zm.)
- Ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 160 ze zm.)
- Ustawa z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2017 r. poz. 1845 ze zm.)
- Ustawa z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844 ze zm.)
- Ustawa z 13.01.2012 r. o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za lata 2012–2016 (Dz.U. poz. 123 ze zm.)
- Ustawa z 14.06.2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 742 ze zm.)
- Ustawa z 7.12.2012 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej (Dz.U. poz. 1456 ze zm.)
- Ustawa z 12.12.2013 r. o cudzoziemcach (Dz.U. 2017 r. poz. 2206 ze zm.)
- Ustawa z 22.11.2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz.U. z 2014 r. poz. 24 ze zm.)
- Ustawa z 7.02.2014 r. o udziale zagranicznych funkcjonariuszy lub pracowników we wspólnych operacjach lub wspólnych działaniach ratowniczych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. poz. 295)
- Ustawa z 11.07.2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. z 2017 r. poz. 1460 ze zm.)
- Ustawa z 5.12.2014 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej (Dz.U. poz. 1877 ze zm.)
- Ustawa z 5.12.2014 r. o zmianie ustawy o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za lata 2012–2014 (Dz.U. poz. 1935)
- Ustawa z 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. poz. 1916, tekst jednolity Dz.U. z 2017 r. poz. 2237 ze zm.)
- Ustawa z 25.09.2015 r. o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018 (Dz.U. poz. 1770)
- Ustawa z 28.01.2016 r. o prokuraturze (Dz.U. z 2017 r. poz. 1767 ze zm.)
- Ustawa z 10.06.2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej (Dz.U. poz. 960)
- Ustawa z 2.12.2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. poz. 2250)
- Ustawa budżetowa na rok 2017 z 16.12.2016 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 108 ze zm.)
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z 16.03.1928 r. o umowie o pracę pracowników umysłowych (Dz.U. Nr 35, poz. 323 ze zm.)

- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z 29.11.1930 r. o organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych (Dz.U. Nr 81, poz. 635 ze zm.)
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z 24.10.1934 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. Nr 95, poz. 855)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z 31.12.1975 r. w sprawie uprawnień pracowniczych osób wykonujących pracę nakładczą (Dz.U. z 1976 r. Nr 3, poz. 19 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 2.11.1998 r. w sprawie wykazu wysokospecjalistycznych procedur medycznych finansowanych z budżetu państwa oraz zasad i trybu udzielania tych świadczeń (Dz.U. Nr 140, poz. 910 ze zm.)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z 8.12.1998 r. w sprawie utworzenia branżowej kasy chorych dla służb mundurowych (Dz.U. Nr 148, poz. 969 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 18.12.1998 r. w sprawie szczegółowych zasad ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (Dz.U. z 2017 r. poz. 1949 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19.12.2001 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych, leków i leczniczych środków technicznych finansowanych z budżetu państwa, a także trybu nabywania i przekazywania świadczeniodawcom leków i leczniczych środków technicznych oraz trybu przekazywania środków publicznych na ich zakup (Dz.U. Nr 148, poz. 1663 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Finansów z 31.05.2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 104, poz. 875 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Finansów z 22.08.2005 r. w sprawie naliczania odsetek za zwłokę oraz opłaty prolongacyjnej, a także zakresu informacji, które muszą być zawarte w rachunkach (Dz.U. Nr 165, poz. 1373 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Finansów z 14.06.2006 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych (Dz.U. Nr 107, poz. 726 ze zm.)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z 24.12.2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz.U. Nr 251, poz. 1885 ze zm.)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z 19.04.2008 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach rozliczania składek, do których poboru zobowiązany jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. Nr 78, poz. 465 ze zm.)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z 27.03.2009 r. w sprawie udzielenia dotacji celowych dla jednostek samorządu terytorialnego na przebudowę, budowę lub remonty dróg powiatowych i gminnych (Dz.U. z 2014 r. poz. 316 ze zm.)

- Rozporządzenie Ministra Finansów z 2.03.2010 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych (Dz.U. z 2014 r. poz. 1053 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki z 10.06.2010 r. w sprawie dotacji budżetowej przeznaczonej na dofinansowanie do inwestycji początkowych (Dz.U. Nr 109, poz. 714)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z 3.12.2010 r. w sprawie sposobu finansowania zadań realizowanych w ramach międzynarodowej współpracy z zakresu wewnętrznego i zewnętrznego bezpieczeństwa państwa, wynikających z umów i porozumień (Dz.U. Nr 237, poz. 1568 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Finansów z 23.12.2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2017 r. poz. 1935)
- Rozporządzenie Ministra Finansów z 21.12.2012 r. w sprawie płatności w ramach programów finansowanych z udziałem środków europejskich oraz przekazywania informacji dotyczących tych płatności (Dz.U. z 2016 r. poz. 75 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9.04.2014 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 473)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 11.12.2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz.U. poz. 1840)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z 14.07.2015 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U. poz. 1058)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z 30.11.2015 r. w sprawie sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej, wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń (Dz.U. poz. 2009 ze zm.)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z 9.09.2016 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2017 r. (Dz.U. poz. 1456)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30.10.2017 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 2028)
- Dekret Naczelnika Państwa z 11.01.1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. Pr. PP Nr 9, poz. 122)
- Dekret PKWN z 7.09.1944 r. o tymczasowych organach samorządu w ubezpieczalniach społecznych (Dz.U. Nr 5, poz. 24)
- Dekret z 29.09.1945 r. o uiszczaniu przez pracodawców całości składek na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy (Dz.U. Nr 43, poz. 240)
- Dekret z 8.01.1946 r. o zmianie i uzupełnieniu ustawy z 28.03.1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. Nr 4, poz. 28 ze zm.)

- Uchwała Zarządu Województwa Dolnośląskiego nr 5/V/14 z 29.12.2014 r. w sprawie umorzenia należności Województwa Dolnośląskiego przysługującej od Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, <http://bip.umwd.dolnyslask.pl/dokument,iddok,27333,idmp,430,r,r>
- Uchwała nr 2894/V/16 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z 27.10.2016 r. w sprawie przyjęcia Szczegółowego opisu osi priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014–2020, <http://rpo.dolnyslask.pl/szczegolowy-opis-osi-priorytetowych-regionalnego-programu-operacyjnego-wojewodztwa-dolnoslaskiego-2014-2020-2/>
- Obwieszczenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 8.12.2017 r. w sprawie kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w roku 2018 oraz przyjętej do jej ustalenia kwoty prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia (M.P. poz. 1174)
- Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z 17.01.2018 r. w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, włącznie z wypłatami z zysku, w czwartym kwartale 2017 r. (M.P. poz. 128)
- Komunikat Ministra Infrastruktury i Rozwoju z 27.03.2015 r. w sprawie wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie szczegółowego opisu osi priorytetowych krajowych i regionalnych programów operacyjnych na lata 2014–2020 (M.P. poz. 349)
- Pismo Departamentu Finansów Samorządu Terytorialnego Ministra Finansów w sprawie klasyfikacji dotacji dla Samodzielnego Publicznego Szpitala Okulistycznego z 14.05.2008 r., ST2-4834/49/SZH/2008/292, Infor LEX
- Pismo Ministerstwa Zdrowia, Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji (MZ-BFI-075-8723-16/EC/11) za: pismo RIO w Katowicach z 22.09.2011 r., http://www.rio.katowice.bip.net.pl/?p=document&action=show&id=1469&bar_id=2348
- Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, druk sejmowy Sejmu IV kadencji nr 2976, [http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/\(\\$vAllByUnid\)/9E7C89FDBB6EC460C1256EB0006F6774/\\$file/2976.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/($vAllByUnid)/9E7C89FDBB6EC460C1256EB0006F6774/$file/2976.pdf)
- Umowa partnerstwa – Programowanie finansowe 2014–2020*, Ministerstwo Rozwoju, Departament Koordynacji Strategii i Polityk Rozwoju, <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/umowa-partnerstwa/>
- Uzasadnienie do projektu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, druk sejmowy Sejmu V kadencji nr 853, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki5ka.nsf/0/738EAF62B43E282C12571B5002B95EE?OpenDocument>

- Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, druk sejmowy Sejmu VI kadencji nr 1458, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/1458>
- Uzasadnienie do projektu ustawy o działalności leczniczej, druk sejmowy Sejmu VI kadencji nr 3489, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/3489>
- Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za 2012 r., s. 2, druk sejmowy Sejmu VII kadencji nr 103, <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/druk.xsp?nr=103>
- Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o składkach na ubezpieczenie zdrowotne za lata 2012–2014, druk Sejmu VII kadencji nr 2905, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/1458>
- Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018, druk sejmowy Sejmu VII kadencji nr 3834, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?nr=3834>
- Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, druk sejmowy Sejmu VIII kadencji nr 562, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?nr=562>
- Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, druk sejmowy Sejmu VIII kadencji nr 652, www.sejm.gov.pl
- Uzasadnienie do projektu ustawy z 2.12.2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, druk sejmowy Sejmu VIII kadencji nr 1057, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?documentId=B762806F406C8C09C1258075005B5015>
- Roczny plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2015, <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>
- Roczny plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2016, <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>
- Roczny plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2017, <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>
- Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia w 2003 r.*, http://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultaktualnosc/276/872/1/sprawozdanie_dzial_nfz.pdf
- Struktura przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne za rok 2012 (z uwzględnieniem tytułów ubezpieczenia zdrowotnego i kryterium dochodowego)*, http://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultstronaopisowa/349/3/1/2013_07_24_przychody_nfz_2012.pdf
- Decyzja Komisji Europejskiej C(2014)10025 z 16.12.2014 r. przyjmującą niektóre elementy programu operacyjnego „Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020” do wsparcia z Europejskiego Funduszy Rozwoju Regionalnego

i Funduszu Spójności w ramach celu „Inwestycje na rzecz wzrostu i zatrudnienia” w Polsce, notyfikowana 19.12.2014 r.

Sozialgesetzbuch (SGB) Viertes Buch (IV) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – vom. 23 Dezember 1976 (BGBl. I S. 3845)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftesbuch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung vom 20 Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477)

National Health Service Act 2006, chapter 41

Health and Social Care Act 2012, chapter 7

Social Security Administration Act 1992, chapter 5

Legge del 23 dicembre 1978, n. 833; Gazzetta Ufficiale del 28 dicembre 1978, n. 360

WYKAZ POWOŁANYCH ORZECZEŃ

- Wyrok TSUE z 23.04.2009 r. w sprawie C-544/07, *Uwe Ruffler przeciwko Dyrektorowi Izby Skarbowej we Wrocławiu Ośrodek Zamiejskowy w Wałbrzychu*, ZOTSiS 2009/4B, s. I-3389
- Wyrok NSA z 13.03.2002 r., I SA/Lu 23/02, CBOSA
- Wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03, Dz.U. Nr 5, poz. 37
- Wyrok TK z 16.03.2010 r., K 24/08, Dz.U. Nr 48, poz. 285
- Wyrok TK z 8.04.2010 r., P 1/08, OTK-A 2010/4, poz. 33
- Wyrok TK z 26.10.2010 r., K 58/07, Dz.U. Nr 205, poz. 1363
- Wyrok TK z 19.07.2011 r., P 9/09, Dz.U. Nr 160, poz. 963
- Wyrok TK z 15.07. 2013 r., K 7/12, Dz.U. poz. 902
- Wyrok TK z 16.07.2013 r., K 13/10, OTK-A 2013/6, poz. 77
- Wyrok TK z 26.09.2013 r., K 22/12, OTK-A 2013/7, poz. 95
- Wyrok SN z 29.10.2003 r., III CK 134/02, OSNC 2004/12, poz. 200
- Wyrok SN z 20.02.2004 r., I CK 308/03, LEX nr 176090
- Wyrok SN z 15.03.2007 r., II CSK 498/06, LEX nr 453729
- Uchwała SN z 23.04.2008 r., III CZP 36/08, OSNC 2009/6, poz. 80
- Wyrok SN z 13.02.2009 r., II CSK 464/08, OSP 2010/2, poz. 17
- Uchwała SN (7) z 10.09.2009 r., I UZP 5/09, OSNP 2010/5–6, poz. 71
- Wyrok SN z 3.11.2009 r., II CSK 232/09, LEX nr 570125
- Postanowienie NSA z 6.11.2007 r., II GSK 376/07, CBOSA
- Wyrok NSA w Gliwicach z 11.08.2010 r., I SA/GI 454/10, LEX nr 748243
- Wyrok NSA z 21.08.2012 r., II FSK 134/11, LEX nr 1244049
- Wyrok NSA z 29.11.2012 r., II GSK 1609/11, CBOSA
- Wyrok WSA w Białymstoku z 2.04.2008 r., I SA/Bk 483/07, „Wspólnota” 2008/50
- Wyrok WSA w Warszawie z 4.08.2010 r., V SA/Wa 739/10, CBOSA
- Orzeczenie Regionalnej Komisji Orzekającej z 27.04.2007 r., „Biuletyn Naruszenia Dyscypliny Finansów Publicznych” 2007/3

BIBLIOGRAFIA

- Adam L., *Podatki i opłaty w kapitalizmie*, Warszawa 1962
- Adam L., Jandy-Jendrońska K., Mazurkiewicz M., *Prawo finansowe. Zeszyt 3. Część szczegółowa. Prawo finansowe ubezpieczeń gospodarczych. Prawo finansowe przedsiębiorstw socjalistycznych. Prawo o pieniądzu i kredycie*, Warszawa–Wrocław 1967
- Adam L., Mazurkiewicz M., *Opłaty [w:] System instytucji prawno-finansowych PRL, t. III, Instytucje budżetowe*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź 1985
- Ajchel M., *System podatkowy [w:] Finanse publiczne z elementami prawa podatkowego*, red. W. Grześkiewicz, Warszawa 2014
- Antonów D., *Cechy danin publicznych w polskim systemie prawnym*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie” 2016/LXIII, Sekcja G
- Antonów D., *Cele opłat publicznych [w:] Instytucje prawnofinansowe w warunkach kryzysu gospodarczego*, red. W. Miemieć, K. Sawicka, Warszawa 2014
- Antonów D., *Charakter prawny opłat publicznych na przykładzie opłaty skarbowej*, „Wrocławsko-Lwowskie Zeszyty Prawnicze” 2012/3
- Antonów D., *Opłaty na gruncie ustawy o publicznym transporcie zbiorowym [w:] Finanse samorządowe po 25 latach samorządności. Diagnoza i perspektywy*, red. W. Miemieć, Warszawa 2015
- Antonów K., *Prawo do emerytury*, Kraków 2003
- Antonów K., *Składka na ubezpieczenie społeczne [w:] Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych*, red. K. Baran, Warszawa 2013
- Augustyniak-Górna T., *Dotacje z budżetów jednostek samorządu terytorialnego [w:] Samorządowy poradnik budżetowy na 2005 r.*, red. W. Miemieć, B. Cybulski, Warszawa 2005
- Axer P. [w:] *Kommentar zum Sozialgesetzbuch V*, Hrsg. W. Eichenhofer, U. Wenner, Köln 2013
- Bach-Golecka D., Golecki M. [w:] *Konstytucja RP, t. II, Komentarz do art. 87–243*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016

- Baka K. [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Warszawa 2010
- Banasiński C., Kulesza M., *Ustawa o gospodarce komunalnej. Komentarz*, Warszawa 2002
- Banaszak B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012
- Baran C., *Organizacja ochrony zdrowia – zagadnienia ogólne*, Gdańsk 1985
- Barr N., Diamond P., *Reformy systemu emerytalnego*, Warszawa 2014
- Bartosiewicz A., Kubacki R., *Komentarz do ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych*, Warszawa 2014
- Bates E.M., Lapsley H.M., *The health machine: the impact of medical technology*, Penguin, Australia 1985
- Baumgartem J., *System repartycyjnego pokrycia składek w ubezpieczeniu społecznym*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1933/9
- Bem A., *Organizacja i finansowanie ratownictwa medycznego [w:] Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce. Nowe wyzwania*, red. M. Węgrzyn, M. Łyszczak, D. Wasilewski, Wrocław 2013
- Bień-Kacała A., *Daniny publiczne. Próba rekonstrukcji pojęcia na tle postanowień Konstytucji RP z 1997 r.*, „Prawo i Administracja”, t. II, Piła 2003
- Bień-Kacała A., *Zasada władztwa daninowego w Konstytucji z 1997 r.*, Toruń 2005
- Bitner M., *Samorządowe spółki prawa handlowego jako podmioty przejmujące realizację zadań publicznych [w:] Finansowanie zadań przez jednostki samorządu terytorialnego. Niestandardowe instrumenty finansowe, spółki komunalne, zamówienia in-house*, red. P. Walczak, Warszawa 2016
- Borodo A., *Dochody samorządu terytorialnego w Polsce. Studium prawnofinansowe*, Toruń 1993
- Borodo A., *Polskie prawo finansowe. Zarys ogólny*, Toruń 2005
- Borodo A., *Samorząd terytorialny. System prawnofinansowy*, Warszawa 2008
- Borodo A., *System finansowy samorządu terytorialnego w Polsce*, Toruń 2011
- Borowicz K., Puzoń W., Ryba M., *Ustawa o działalności leczniczej z komentarzem oraz wybranymi aktami wykonawczymi*, Warszawa 2012
- Borszowski P., *Działalność gospodarcza w konstrukcji prawnej podatku*, Warszawa 2010
- Bosek L. [w:] *Konstytucja RP, t. I, Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016
- Bouvier M., *Wprowadzenie do prawa podatkowego i teorii podatku*, Warszawa 2000
- Boyle S., *Health systems in transition. United Kingdom (England)*, „Health System Review” 2011

- Bożek W., *Działalność orzecznicza Głównej Komisji Orzekającej w Sprawach o Naruszenie Dyscypliny Finansów Publicznych. Analiza głównych kierunków w dorobku orzeczniczym w latach 2010–2015*, Szczecin 2016
- Brzeziński B., *Prawo podatkowe*, Toruń 2000
- Brzeziński B., *Wstęp do nauki prawa podatkowego*, Toruń 2003
- Brzeziński B., *Wprowadzenie do prawa podatkowego*, Toruń 2008
- Brzeziński B., Kalinowski M., Olesińska A., Masternak M., Orłowski J., *Ordynacja podatkowa. Komentarz*, Toruń 2007
- Brzeziński B., Lasiński-Sulecki K., Matuszewski W., Morawski W., Olesińska A., Zalasiński A., *Prawo finansów publicznych*, Toruń 2008
- Brzeziński B., Matuszewski W., Morawski W., Olesińska A., Zalasiński A., *Prawo finansów publicznych*, Toruń 2006
- Brzozowski A., *Klasyfikacje umów [w:] System Prawa Prywatnego*, t. 5, *Prawo zobowiązań – część ogólna*, red. E. Łętowska, Warszawa 2006
- Buber R., *Dekret z 11 stycznia 1919 r. a ustawa z 15 maja 1920 r.*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1930/2
- Bucholski R. [w:] *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz prawno-finansowy*, red. H. Dzwonkowski, G. Gołębiowski, Warszawa 2014
- Butzer H., *Fremdlasten in der Sozialversicherung: Zugleich ein Beitrag zu den verfassungsrechtlichen Vorgaben für die Sozialversicherung*, Tübingen 2001
- Byjoch K., Klimek D., *Spółka komunalna. Aspekty prawne, ekonomiczne i społeczne*, Toruń 2015
- Callahan D., *The WHO definition of „health”*, „Hastings Center Studies” 1973/1 (3)
- Chałupczak G., *Ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech i w Polsce. Analiza prawno-porównawcza*, Lublin 2006
- Chojna-Duch E., *Polskie prawo finansowe. Finanse publiczne*, Warszawa 2007
- Ciak J., *Źródła finansowania deficytu budżetu państwa w Polsce*, Warszawa 2012
- Cilione C., *Diritto sanitario. Profili costituzionali e amministrativi, ripartizione delle competenze, organizzazione, prestazioni, presidi sanitari privati, professioni*, „Santarcangelo di Romagna Maggioli Editore” 2005
- Ciszewski T., *Podział terytorialny Ubezpieczalni Społecznych*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1936/9
- Ciura G., *Opinia merytoryczna do rządowego projektu ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018 (druk sejmowy nr 3834)*, <http://orka.sejm.gov.pl/rexdomk7.nsf/Opdodr?OpenPage&nr=3834>
- Cybulski Z. [w:] *Komentarz do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz przepisy wykonawcze*, red. T. Pęcherz, Warszawa 2000
- Cyman D., *Definicja budżetu państwa [w:] Podstawy finansów i prawa finansowego*, red. nauk. A. Drwiłło, Warszawa 2014

- Czaja-Hliniak I., *Dopłaty* [w:] Weralski M., *System instytucji prawno-finansowych PRL*, t. III, *Instytucje budżetowe*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź 1985
- Czaja-Hliniak I., *Prawnofinansowa instytucja dopłat jako forma pozapodatkowych danin publicznych*, Kraków 2006
- Czołpińska E., *Dotacja jako szczególna forma wydatku z budżetu jednostki samorządu terytorialnego*, „Finanse Komunalne” 2008/5
- Daszyńska-Golińska Z., *Polityka społeczna*, Warszawa 1933
- Davies P., *The concise NHS handbook 2013/14. The essential guide to the new NHS in England*, London 2013
- Dehnel M., *O wadach i popularności ubezpieczenia na wypadek choroby*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 1936/7
- Depta A., *Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych w wybranych krajach* [w:] *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, red. J. Suchecka, Warszawa 2011
- Dercz M., *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2005
- Dercz M., Izdebski H., *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa–Poznań 2001
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012
- Dębowska-Romanowska T., *Realizacja jedności i powszechności budżetu w ustawie budżetowej*, Warszawa 1982
- Dębowska-Romanowska T., *Komentarz do prawa budżetowego państwa i samorządu terytorialnego wraz z częścią ogólną prawa finansowego*, Warszawa 1995
- Dębowska-Romanowska T., *Prawo daninowe – podstawowe pojęcia konstytucyjne i ustawowe*, cz. I, „Glosa” 1996/11 (23)
- Dębowska-Romanowska T., *Pojęcie budżetu i ustawy budżetowej oraz Zasady podziału dochodów pomiędzy państwo a samorząd terytorialny* [w:] *Prawo finansowe*, red. W. Wójtowicz, Warszawa 2000
- Dębowska-Romanowska T., *Dylematy interpretacyjne artykułu 217 Konstytucji* [w:] *Ex iniuria non oritur ius. Księga ku czci Profesora Wojciecha Łączkowskiego*, red. A. Gomułowicz, J. Małecki, Poznań 2003
- Dębowska-Romanowska T., *Pojęcie podatków i innych danin publicznych w świetle konstytucji* [w:] *Księga Jubileuszowa Profesora Ryszarda Mastalskiego. Stanowienie i stosowanie prawa podatkowego*, red. W. Miemieć Wrocław 2009
- Dębowska-Romanowska T., *Prawo finansowe. Część konstytucyjna wraz z częścią ogólną*, Warszawa 2010
- Dębska-Rup A., Rup W., *Rachunkowość środków unijnych w jednostkach sektora finansów publicznych*, Gdańsk 2007
- Draniewicz B., *Indywidualne interpretacje prawa daninowego po nowelizacji*, „Przegląd Podatkowy” 2009/3

- Drozdowska U., *Zastosowanie podstawowych modeli organizacji opieki zdrowotnej w systemach zdrowotnych wybranych państw* [w:] *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Aspekty prawne i socjologiczne*, red. T. Mróz, Białystok 2012
- Drwiłło A., *System dochodów niepodatkowych* [w:] *Finanse publiczne i prawo finansowe*, red. C. Kosikowski, E. Ruśkowski, Warszawa 2008
- Drwiłło A., *Zagadnienia ogólne finansów publicznych i prawa finansowego* [w:] *Podstawy finansów publicznych i prawa finansowego*, red. A. Drwiłło, Warszawa 2014
- Dubis W. [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. E. Gniewek, P. Machnikowski, Warszawa 2014
- Duch K., *Ubezpieczenia społeczne*, Warszawa 1934
- Dulińska M., *Komentarz do art. 114 [w:] Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, red. F. Grzegorzczak, Warszawa 2013
- Duniewska Z. [w:] *System Prawa Administracyjnego*, t. I, *Instytucje prawa administracyjnego*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2015
- Dyląg A., *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej*, „Monitor Prawniczy” 2011/17
- Dyląg A., *Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jako forma prywatyzacji zadań publicznych*, Toruń 2014
- Działocha K., *Źródła prawa* [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny*, red. W. Skrzydło, S. Grabowska, R. Grabowski, Warszawa 2009
- Dziubińska-Michalewicz M., *Systemy ubezpieczeń zdrowotnych w wybranych krajach Unii Europejskiej (Francji, RFN, Szwecji, Wielkiej Brytanii). Raport nr 168*, <http://biurose.sejm.gov.pl/teksty/r-168.htm>
- Dzwonkowski H., *Ustawowa i doktrynalna definicja podatku* [w:] A. Buczek, H. Dzwonkowski, L. Etel, J. Gliniecka, J. Glumińska-Pawlic, A. Huchla, W. Miemiec, Z. Ofiarski, J. Serwacki, M. Zdebel, Z. Zgierski, *Prawo podatkowe*, Warszawa 2006
- Dzwonkowski H., *Podstawowe pojęcia i instytucje podatków oraz prawa podatkowego* [w:] *Prawo podatkowe*, red. H. Dzwonkowski, Warszawa 2012
- Dzwonkowski H., *Ordynacja podatkowa*, Warszawa 2013
- Etel L., *Pojęcie podatku* [w:] *Prawo podatkowe*, red. L. Etel, Warszawa 2008
- Etel L., Dowgier R., *Podatki i opłaty lokalne – czas na zmiany*, Białystok 2013
- Ferre F., Giulio de Belvis A., Veriano L., Longhi S., Lazzari A., Fattore G., Ricciar-di W., Maresso A., *Italy. Health system review*, „Health System in Transition” 2014/16 (4)
- Fijałek J., Indulski J., *Główne etapy przemian rozwojowych łódzkiej służby zdrowia w XXV-leciu PRL*, „Annales Academiae Medicae Lodziensis” 1972/2

- Finanse publiczne i prawo finansowe*, red. E. Ruśkowski, Warszawa 2003
- Frankowska L., *Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z dnia 19 maja 1920 r. z obowiązującymi wyjaśnieniami Ministra Pracy i Opieki Społecznej*, Kraków 1930
- Frąckowiak J., *Łączenie lub podział samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, Rejent 2005
- Frąckowiak J., *Osoby prawne* [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 1, *Prawo cywilne – część ogólna*, red. M. Safjan, Warszawa 2012
- Frączkiewicz-Wronka A., *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską. Wybrane aspekty zachodzących zmian*, Katowice 2001
- Frączkiewicz-Wronka A., Skrzypczak Z., *Organizacja i funkcjonowanie europejskich systemów ochrony zdrowia* [w:] *Ochrona zdrowia na świecie*, red. K. Ryć, Z. Skrzypczak, Warszawa 2011
- Fuchs D., *Konsekwencje nowelizacji art. 805 k.c. dla umowy ubezpieczenia* [w:] *Umowa ubezpieczenia – aktualne problemy prawne*, red. A. Koch, Poznań–Bydgoszcz 2005
- Gajl N., *Finanse i prawo finansowe*, Warszawa 1980
- Gaudemet P.M., Molinier J., *Finanse publiczne*, Warszawa 2000
- Gierbatowski E., *Ubezpieczenia społeczne w dobie przemian*, Warszawa 1948
- Gilowska Z., *Finansowanie samorządu terytorialnego według ustaw o finansach publicznych oraz o dochodach jednostek samorządu terytorialnego*, „Samorząd Terytorialny” 1999/3
- Gilowska Z., Kieres L., Sowiński R., *Samorząd terytorialny w Polsce a standardy europejskie*, Warszawa 1993
- Giżejowska A. [w:] *Komentarz do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz przepisy wykonawcze*, red. T. Pęcherz, Warszawa 2000
- Gliniecka J., *Oplaty publiczne w Polsce. Analiza prawna i funkcjonalna*, Bydgoszcz–Gdańsk 2007
- Glumińska-Pawlic J., *Co należy rozumieć przez pojęcie „wydatki majątkowe”* [w:] *Finanse samorządowe 2008*, red. C. Kosikowski, Warszawa 2008
- Glumińska-Pawlic J., *Ogólna charakterystyka danin niepodatkowych* [w:] *System prawa finansowego*, t. III, *Prawo daninowe*, red. L. Etel, Warszawa 2010
- Glumińska-Pawlic J., Sawicka K., *Budżet jednostki samorządu terytorialnego*, Zielona Góra 2002
- Głąb T. [w:] *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, red. F. Grzegorzcyk Warszawa 2013.
- Głuchowski J., *Pojęcie podatku i jego konstrukcja* [w:] J. Głuchowski, J. Patyk, *Zarys polskiego prawa podatkowego*, Warszawa 2008
- Głuchowski J., *Polskie prawo podatkowe*, Warszawa 2006

- Głuchowski J., *Zagadnienia ogólne podatku* [w:] *Finanse publiczne i prawo finansowe*, red. C. Kosikowski, E. Ruśkowski, Warszawa 2006
- Głuchowski J., Patyk J., *Zarys polskiego prawa podatkowego*, Warszawa 2011
- Gomułowicz A., *Zasada zdolności płatniczej podatnika*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1990/3–4
- Gomułowicz A., *Podstawowe konstrukcje prawne ordynacji podatkowej*, cz. 1, „Monitor Podatkowy” 1998/4
- Gomułowicz A., *Postulat sprawiedliwości podatkowej a prawodawstwo podatkowe* [w:] *Księga Pamiątkowa ku czci Profesora Apoloniusza Kosteckiego. Studia z dziedziny prawa podatkowego*, red. B. Brzeziński, Toruń 1998
- Gomułowicz A., *Zasada sprawiedliwości podatkowej*, Warszawa 2001
- Gomułowicz A., *Pojęcie podatku* [w:] A. Gomułowicz, J. Małecki, *Podatki i prawo podatkowe*, Warszawa 2011
- Gonet W., *Ustawa o gospodarce komunalnej. Komentarz. Wzory umów i regulaminów*, Warszawa 2010
- Gonet W., *Beneficjenci pożyczek, gwarancji i poręczeń udzielanych przez jednostki samorządu terytorialnego*, „Samorząd Terytorialny” 2011/6
- Gonet W., *Dotacja w systemie finansów publicznych – wybrane zagadnienia*, „Finanse Komunalne” 2013/6
- Góra M., *System emerytalny*, Warszawa 2003
- Grobel S., *Prawo powstrzymania się ze spełnieniem świadczenia w zobowiązaniach wynikających z umów wzajemnych*, Katowice 1991
- Gromski W., *Źródło prawa* [w:] *Encyklopedia prawa*, red. U. Kalina-Prasznica, Warszawa 2004
- Gwizda M., Kosewska-Kwaśny M., Żółciński S., *Fundusze UE 2014–2020*, Warszawa 2014
- Haczkowska M. [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. M. Haczkowska, Warszawa 2014
- Hanusz A., *Oplata miejscowa* [w:] A. Hanusz, P. Czerski, *Gminne podatki i opłaty budżetowe*, Kraków 2004
- Harker R., *NHS funding and expenditure*, „House of Commons Library” 2011
- Harron F., Burnside J.W., Beauchamp T.L., *Health and human values*, New Haven 1983
- Hertz J.J., Kopankiewicz Z., *Ulgi w spłacie zaległości ubezpieczeniowych*, Warszawa 1935
- Iżycka-Rączka M., *Składki na ubezpieczenie zdrowotne*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych” 1999/6
- Jagoda J., *Sądowa ochrona samodzielności jednostek samorządu terytorialnego*, Warszawa 2011

- Jagoszewski W., *Opieka zdrowotna w działalności samorządów terytorialnych* [w:] *Funkcjonowanie instytucji demokratycznych w Polsce. Zarządzanie w samorządach terytorialnych*, red. J. Muszyński, Gdynia–Warszawa 2000
- Jandy-Jendrośka K., *Progresja w prawie podatkowym i jej zastosowanie przy opodatkowaniu dochodów w Polsce*, Wrocław 1973
- Jerzmańska E., *Jak należy rozumieć wprowadzoną zasadę ujmowania w budżecie jednostki samorządu terytorialnego dochodów i wydatków w podziale na bieżące i majątkowe*, „Finanse Komunalne” 2007/6
- Jędrasik-Jankowska I., *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*, Warszawa 2014
- Jończyk J., *Czwarta wersja powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2004/11
- Jończyk J., *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kraków 2001
- Jończyk J., *Prawo zabezpieczenia społecznego. Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, bezrobocie i pomoc społeczna*, Kraków 2003
- Jończyk J., *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kraków 2006
- Jończyk J., *Składka na ubezpieczenie zdrowotne*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2007/8
- Jończyk J., *Zasady i modele ochrony zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2010/8
- Kachniarz M., *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Warszawa 2008
- Karczmarek A., *Opinia prawna dotycząca rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (druk sejmowy nr 562)*, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/opinieBAS.xsp?nr=562>
- Kaja J., *Kierunki i etapy rozwoju polityki zdrowotnej Polski Ludowej*, „Studia Nauk Politycznych” 1976/1
- Kaleta J., *Gospodarka budżetowa*, Warszawa 1985
- Kalina-Prasznica U., *Finansowanie ubezpieczenia społecznego pracowników*, Wrocław 1990
- Kancelaria Senatu, Biuro Analiz i Dokumentacji, Dział Analiz i Opracowań Tematycznych, *Finansowanie niemieckiego systemu opieki zdrowotnej*, listopad 2010, <http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/106/plik/ot-594.pdf>
- Kańduła S., *Samodzielność finansowa samorządu gminnego w Polsce po 1993 roku*, Poznań 2003
- Karkowska D., *Relacje płatnik składek – Zakład Ubezpieczeń Społecznych* [w:] D. Karkowska, A. Nerka, *Pozycja płatnika składek w ubezpieczeniu społecznym i zdrowotnym*, Warszawa 2007
- Karlikowska M. [w:] M. Karlikowska, W. Miemiec, Z. Ofiarski, K. Sawicka, *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, Wrocław 2010

- Karolczak J., *Opinia prawna na temat osobowości prawnej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej*, „Zeszyty Prawnicze” 2011/4
- Kidyba A., *Prawo handlowe*, Warszawa 2012
- Kirchhof F., *Grundlagen der Finanzierung der Krankenversicherung* [w:] *Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1: Krankenversicherungsrecht*, Hrsg. B. Schulin, München 1994
- Koczur W., *Transgraniczna opieka zdrowotna w Unii Europejskiej – wybrane zagadnienia*, „Studia Ekonomiczne” 2014/179
- Komar A., *Zakres i struktura budżetu* [w:] *System instytucji prawno-finansowych PRL*, t. II, *Instytucje budżetowe*, red. M. Weralski, Wrocław–Warszawa 1982
- Komar A., *Finanse publiczne*, Warszawa 1994
- Kondek J. [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, t. II, *Zobowiązania*, red. K. Osajda, Warszawa 2013
- Kopańska A., *Zewnętrzne źródła finansowania inwestycji jednostek samorządu terytorialnego*, Warszawa 2003
- Kornberger-Sokołowska E., *Decentralizacja finansów publicznych a samodzielność finansowa jednostek samorządu terytorialnego*, Warszawa 2001
- Kornberger-Sokołowska E., *Realizacja zasady adekwatności w procesie decentralizacji finansów publicznych*, „Samorząd Terytorialny” 2001/3
- Kornberger-Sokołowska E., *Status prawny środków europejskich* [w:] *Jednostki samorządu terytorialnego jako beneficjenci środków europejskich*, red. E. Kornberger-Sokołowska, Warszawa 2012
- Kosikowski C., *Prawo finansowe* [w:] *Polskie prawo finansowe*, t. I, *Finanse publiczne*, red. E. Ruśkowski, Warszawa 2000
- Kosikowski C., *Prawo finansowe. Część ogólna*, Warszawa 2003
- Kosikowski C. [w:] C. Kosikowski, H. Dzwonkowski, A. Huchla, *Ustawa – Ordynacja podatkowa. Komentarz*, Warszawa 2004
- Kosikowski C. [w:] *Ordynacja podatkowa. Komentarz*, red. C. Kosikowski, L. Etel, Warszawa 2013
- Kosikowski C., Matuszewski J., *Opodatkowanie posiadania psów. Studium obyczajowo-prawne*, Warszawa 2002
- Kowalczyk R., *Wydajność dochodowa wybranych opłat samorządowych* [w:] *XXV lat przeobrażeń w prawie finansowym i prawie podatkowym – ocena dokonań i wnioski na przyszłość*, red. Z. Ofiarski, Szczecin 2014
- Krahelska H., Kirstowa M., Wolski S., *Ze wspomnień inspektora pracy*, t. I, Warszawa 1936
- Krotkiewska L., *Rozwój administracji służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1968
- Krzywoń A., *Podatki i inne daniny publiczne w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego. Najnowsze tendencje*, „Przegląd Sejmowy” 2012/1

- Kubot Z., *Umowa o zarządzanie samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” 1999/1
- Kucia-Guściora B., *Prawnofinansowy status kas chorych* [w:] *Prawo finansowe i nauka prawa finansowego na przełomie wieków*, red. A. Kostecki, Kraków 2000
- Kucia-Guściora B. [w:] *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, red. P. Smoleń, Warszawa 2014
- Kucia-Guściora B., *Status prawny Ministra Finansów w procedurze budżetowej oraz gospodarce finansowej jednostek sektora finansów publicznych*, Lublin 2015
- Kufel J., *Umowa ubezpieczenia i stosunek ubezpieczenia* [w:] *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski, Warszawa 1998
- Kulicki J., *Podatek dochodowy od osób fizycznych*, t. II, Warszawa 2002
- Kurowski L., *Wstęp do nauki prawa finansowego*, Warszawa 1982
- Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011
- Lachiewicz W., Legutko M., Winiarz M., *Udzielanie dotacji z budżetów samorządowych*, Warszawa 2007
- Lenio P., *Zasady udzielania dotacji podmiotom wykonującym działalność leczniczą przez jednostki samorządu terytorialnego* [w:] *Finanse samorządowe po 25 latach samorządności. Diagnoza i perspektywy*, red. W. Miemieć, Warszawa 2015
- Lipiec-Warzecha L., *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, Warszawa 2011
- Liszczyński T., *Ubezpieczenie społeczne i zaopatrzenie społeczne w Polsce*, Kraków-Lublin 1997
- Liżewski S., *Źródła finansowania organizacji pozarządowych*, Warszawa 2013
- Łazowski J., *Ubezpieczenia społeczne w Polsce w pierwszym dziesięcioleciu niepodległości* [w:] *Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, red. C. Jackowiak, Z. Landau, W. Muszalski, M. Piątkowski, Z. Radzimowski, Wrocław 1991
- Łobanowski M. [w:] *Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz*, red. J. Wantoch-Rekowski, Toruń-Warszawa 2007
- Machulak G. [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Warszawa 2010
- Madej K. [w:] *Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz*, red. J. Wantoch-Rekowski, Toruń-Warszawa 2007
- Mackiewicz-Golnik L., *Powszechne ubezpieczenie emerytalne*, Warszawa 1974
- Mackiewicz-Golnik L., *System finansowy ubezpieczeń społecznych* [w:] *Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, red. C. Jackowiak, Z. Landau, W. Muszalski, M. Piątkowski, Z. Radzimowski, Wrocław 1991
- Malinowska-Misiąg E. [w:] *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, red. W. Misiąg, Warszawa 2015
- Malinowska-Misiąg E., Misiąg W., *Finanse publiczne w Polsce*, Warszawa 2007

- Małecki J., *Przywileje podatkowe w orzecznictwie sądowym* [w:] *Księga pamiątkowa ku czci Profesora Eugeniusza Teglera*, Poznań 1997
- Małecki J., *Państwowe podatki bezpośrednie* [w:] A. Gomulowicz, J. Małecki, *Podatki i prawo podatkowe*, Warszawa 2011
- Mały słownika języka polskiego*, red. S. Skorupka, H. Auderska, Z. Łempicka, Warszawa 1968
- Mariański A., Miłek T. [w:] *Komentarz do ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych*, red. W. Nykiel, A. Mariański, Gdańsk 2015
- Mastalski R., *Prawo podatkowe – część ogólna*, Warszawa 1998
- Mastalski R., *Definicja legalna podatku*, „Przegląd Podatkowy” 2002/11
- Mastalski R., *Prawo podatkowe*, Warszawa 2012
- Masternak-Kubiak M., *Zasada autonomii prawa wspólnotowego i praktyka jej stosowania w Polsce* [w:] *Stosowanie prawa międzynarodowego i wspólnotowego w wewnętrznym porządku prawnym Francji i Polski. Materiały pokonferencyjne*, red. M. Granat, Warszawa 2007
- Mączyński M., *Samodzielność a samorządność* [w:] *Nadzór nad samorządem a granice jego samodzielności*, red. M. Stec, M. Mączyński, Warszawa 2011
- Merrills J., Fisher J., *Pharmacy law and practice*, Oxford 2013
- Miemiec W., *Decentralizacja finansów publicznych a samodzielność finansowa gminy* [w:] *Problemy finansów samorządu terytorialnego*, Toruń 1996
- Miemiec W., *Europejska Karta Samorządu Terytorialnego jako zespół gwarancji zabezpieczających samodzielność finansową gmin – wybrane zagadnienia teoretycznoprawne*, „Samorząd Terytorialny” 1997/10
- Miemiec W., *Prawne gwarancje samodzielności finansowej gminy w zakresie dochodów publicznoprawnych*, Wrocław 2005
- Miemiec W., *Budżet środków europejskich – wybrane zagadnienia finansowo-prawne* [w:] *System finansów publicznych. Prawo finansowe wobec wyzwań XXI wieku*, red. A. Dobaczewska, E. Juchniewicz, T. Sowiński, Warszawa 2010
- Miemiec W. [w:] M. Karlikowska, W. Miemiec, Z. Ofiarski, K. Sawicka, *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, Wrocław 2010
- Miemiec W. [w:] *Regionalne izby obrachunkowe. Charakterystyka ustrojowa i komentarz do ustawy*, red. M. Stec, Warszawa 2010
- Miemiec W., *Budżet środków europejskich jako podstawowe źródło finansowania projektów i programów z udziałem bezzwrotnych środków unijnych oraz Formy wykorzystywania bezzwrotnych środków unijnych* [w:] *Europejskie bezzwrotne źródła finansowania polityki regionalnej w Polsce. Aspekty prawnofinansowe*, red. W. Miemiec, Wrocław 2012
- Miemiec W., *Dochody jednostek samorządu terytorialnego* [w:] W. Miemiec, K. Sawicka, M. Miemiec, *Prawo finansów publicznych sektora samorządowego*, Warszawa 2013

- Miemiec W., *Wydatki jednostek samorządu terytorialnego* [w:] Miemiec W., Sawicka K., Miemiec M., *Prawo finansów publicznych sektora samorządowego*, Warszawa 2013
- Mikos-Sitek A. [w:] *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, red. W. Misiąg, Warszawa 2015
- Milek T. [w:] *Komentarz do ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych*, red. W. Nykiel, A. Mariański, Gdańsk 2015
- Ministerstwo Rozwoju, *Szczegółowy opis osi priorytetowych Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020*, Warszawa 2016, wersja 1.9, <https://www.pois.gov.pl/strony/o-programie/dokumenty/szczegolowy-opis-osi-priorytetowych-programu-operacyjnego-infrastruktura-i-srodowisko-2014-2020/>
- Ministerstwo Zdrowia, *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*, Warszawa 2015, http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-34-2133-Policy_paper_dla_ochrony_zdrowia_na_lata_2014_2020_Krajowe_Strategiczne_Ramy.html
- Mirek I., *Daniny publiczne w prawie niemieckim*, Warszawa 1999
- Misterek W., *Zewnętrzne źródła finansowania działalności inwestycyjnej jednostek samorządu terytorialnego*, Warszawa 2008
- Modliński E., *Działalność i przemiany ubezpieczeń społecznych w Polsce Ludowej*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1975/6
- Modras M., *Status spółki komunalnej w świetle przepisów prawa administracyjnego*, „Samorząd Terytorialny” 2004/7–8
- Modzelewski W., *Wstęp do nauki polskiego prawa podatkowego*, Warszawa 2010
- Mokrzycka A., Kowalska I., *Podmioty lecznicze w Polsce. Przekształcenia, struktura, zasady działania*, Warszawa 2012
- Mroczkowski R., *Dochody budżetowe* [w:] *Podstawy finansów publicznych i prawa finansowego*, red. A. Drwiłło, Warszawa 2014
- Muszalski W., *Ubezpieczenia społeczne. Zarys ogólny*, cz. I, Warszawa 1984
- Najwyższa Izba Kontroli (Delegatura w Opolu), *Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych (informacja o wynikach kontroli)*, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/15/092/>
- Narodowy Rachunek Zdrowia za 2012 r., <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/narodowy-rachunek-zdrowia-za-2012-rok,4,5.html>
- Nazar M., *Przedmiot, zakres i systematyka polskiego prawa cywilnego* [w:] *W kręgu problematyki władzy i państwa prawa. Księga jubileuszowa w 70-lecie urodzin Profesora Henryka Groszyka*, red. J. Malarczyk, Lublin 1996
- Niezgoda A., *Podział zasobów publicznych między administrację rządową i samorządową*, Warszawa 2012

- Nieżgódka-Medek M. [w:] S. Babiaryz, B. Dauter, B. Gruszczyński, R. Hauser, A. Kabat, M. Niezgódka-Medek, *Ordynacja podatkowa. Komentarz*, Warszawa 2015
- Nita A., *Teoretyczne i normatywne wyznaczniki sprawiedliwego opodatkowania*, „Toruński Rocznik Podatkowy” 2013
- Niżnik J., *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Bydgoszcz-Kraków 2004
- Nosko J., *Promocja zdrowia i ochrona zdrowia jako zadania własne samorządu terytorialnego*, cz. I, „Zdrowie Publiczne” 2000/4
- Nowa encyklopedia powszechna PWN*, t. 4, red. B. Petrozolin-Skowrońska, Warszawa 1996
- Nowacki J., *Prawo publiczne – prawo prywatne*, Katowice 1992
- Nowak-Kubiak J., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012
- Nowak-Kubiak J., Łukasik B., *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2010
- Nykiel W., *Pojęcie podatku* [w:] K. Koperkiewicz-Mordel, W. Chróścielewski, W. Nykiel, *Polskie prawo podatkowe*, Warszawa 2006
- Nykiel W., *Pojęcie podatku, rodzaje podatków* [w:] *Nauka finansów publicznych i prawa finansowego w Polsce. Dorobek i kierunki rozwoju. Księga jubileuszowa Profesora Alicji Pomorskiej*, red. J. Głuchowski, C. Kosikowski, J. Szołno-Koguc, Lublin 2008
- Nykiel W., *Normy prawa finansowego* [w:] *System prawa finansowego*, t. I, *Teoria i nauka prawa finansowego*, red. C. Kosikowski, Warszawa 2010
- Nykiel W., *Pojęcie i konstrukcja podatku* [w:] *System prawa finansowego*, t. III, *Prawo daninowe*, red. L. Etel, Warszawa 2010
- Nykiel W., *Podatek – zagadnienia ogólne* [w:] *Polskie prawo podatkowe*, red. W. Nykiel, Warszawa 2015
- Nykiel W., Koperkiewicz-Mordel K., *Podatek dochodowy od osób fizycznych. Komentarz*, Warszawa 2003
- Nykiel W., Sęk M., *Komentarz do wyroku Trybunału Sprawiedliwości UE z dnia 23 kwietnia 2009 r. w sprawie C-544/07 Uwe Ruffler przeciwko Dyrektor Izby Skarbowej we Wrocławiu Ośrodek Zamiejscowy w Wałbrzychu*, Zb. Orz. 2009, s. 1-3389 [w:] *Orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawach podatkowych*, red. W. Nykiel, M. Zalański, Warszawa 2014
- Ofiarski Z., *Prawo podatkowe*, Warszawa 2006
- Ofiarski Z., *Ogólne prawo podatkowe. Zagadnienia materialne i proceduralne*, Warszawa 2010
- Ofiarski Z., *Prawno-finansowa specyfika podsektora ubezpieczeń społecznych* [w:] *System prawa finansowego*, t. II, *Prawo finansowe sektora finansów publicznych*, red. E. Ruśkowski, Warszawa 2010
- Ofiarski Z., *Prawo finansowe*, Warszawa 2010

- Ofiarski Z. [w:] M. Karlikowska, W. Miemiec, Z. Ofiarski, K. Sawicka, *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, Wrocław 2010
- Ofiarski Z., Ofiarska M., *Umowa w sprawie udzielenia dotacji celowej – wybrane aspekty* [w:] *Daniny publiczne. Prawo finansowe wobec wyzwań XXI wieku*, red. A. Dobaczewska, E. Juchniewicz, T. Sowiński, Warszawa 2010
- Oktaba R., *Prawo podatkowe*, Warszawa 2016
- Oliver A., *The English National Health Service: 1979–2005*, „Health Economics” 2005/14
- Oniszczuk J., *Podatki i inne daniny w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, Warszawa 2001
- Oplaty samorządowe w Polsce – problemy praktyczne*, red. G. Liszewski, Białystok 2010
- Orlicki M., *Uwagi dotyczące nowelizacji przepisów dotyczących umowy ubezpieczenia na tle nowych przepisów niemieckich*, „Prawo Asekuracyjne” 2008/1
- Orłowski J., *Konstytucyjna zasada powszechności opodatkowania – wybrane zagadnienia*, „Studia Prawnoustrojowe” 2013/22
- Ostrowska A., *System prawnofinansowy powiatów a decentralizacja finansów publicznych*, Białystok 2006
- Ostrowski K., *Prawo finansowe. Zarys ogólny*, Warszawa 1970
- Owsiak S., *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Warszawa 2005
- Pacian J., Pacian A., *Zmiany w prawie ochrony zdrowia na przykładzie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz podmiotów leczniczych* [w:] *Prawo ochrony zdrowia. Doświadczenia i perspektywy rozwoju*, red. M. Szewczak, B. Drop, R. Śmiech, Lublin 2013
- Pawlicki R., *Strategia finansowa dla Polski 2014–2020. Fundusze unijne dla przedsiębiorczych*, Warszawa 2014
- Perło D., *Źródła finansowania rozwoju regionalnego*, Białystok 2004
- Pęcherz T., *Organizacja systemu ubezpieczenia zdrowotnego* [w:] *Reforma służby zdrowia 1999. Zadania i kompetencje samorządu terytorialnego. Podręczniki dla samorządu terytorialnego*, red. T. Pęcherz, P. Stańczuk, Kraków 1998
- Pęcherz T. [w:] *Komentarz do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz przepisy wykonawcze*, red. T. Pęcherz, Warszawa 2000
- Pędzierski A., *Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne niektórych osób niebędących pracownikami*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych” 2002/5
- Podatek dochodowy od osób fizycznych. Komentarz*, red. J. Marciniuk, Warszawa 2015
- Popiołek W., *Samorządowe spółki akcyjne* [w:] *Rozprawy prawnicze*, red. R. Mikoś, Katowice 2000
- Popiołek W. [w:] *Kodeks cywilny, t. II, Komentarz do art. 450–1088. Przepisy wprowadzające*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2015

- Póździoch S., *Prawo zdrowia publicznego. Zarys problematyki*, Kraków 2004
- Prawo publiczne ochrony zdrowia*, red. M. Dercz, Warszawa 2013
- Prętki K., *Dylematy finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce po 1989 r. a modele systemu zdrowotnego Bismarcka i Beveridge'a* [w:] *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, red. T. Mróz, Białystok 2011
- Przestalski M.E., Lis E., *System finansowy ubezpieczeń społecznych po drugiej wojnie światowej* [w:] *Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, red. C. Jackowiak, Z. Landau, W. Muszalski, M. Piątkowski, Z. Radzimowski, Wrocław 1991
- Przestalski M.E., Lis E., *Ubezpieczenia chorobowe i macierzyńskie* [w:] *Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, red. C. Jackowiak, Z. Landau, W. Muszalski, M. Piątkowski, Z. Radzimowski, Wrocław 1991
- Przybyłka A., *Przyczyny i uwarunkowania systemowych rozwiązań opieki zdrowotnej*, „Antidotum – Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej” 2003/2
- Pszczółkowski L., *Źródła prawa* [w:] *Wielka encyklopedia prawa*, red. B. Hołyst, E. Smoktunowicz, Warszawa 2005
- Rabiega A., *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009
- Radwański Z., *Pojęcie prawa cywilnego w świetle kodeksu cywilnego (uwagi de lege lata i de lege ferenda)* [w:] *Polskie prawo prywatne w dobie przemian. Księga Jubileuszowa dedykowana Profesorowi Jerzemu Młynarczykowi*, red. A. Smoczyńska, Gdańsk 2005
- Radzimowski Z., *Dochody ubezpieczeń społecznych w Polsce Ludowej (1945–1968)*, „Studia i Materiały z Historii Ubezpieczeń Społecznych w Polsce” 1984/2
- Radzimowski Z., *Regulacja składek na ubezpieczenie społeczne w latach 1945–1968*, „Studia i Materiały z Historii Ubezpieczeń Społecznych w Polsce” 1986/3
- Radziszław A., *Oplacanie składek ZUS. Poradnik dla przedsiębiorcy i pracodawcy*, Gdańsk 2008
- Reviglio F., *Health care and its financing in Italy: issues and reform options*, „IMF Working Paper” 2000
- Rixen S., *Der Sozialversicherungsbeitrag als Basis der finanziellen Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung* [w:] *Handbuch des Krankenversicherungsrechts*, Hrsg. H. Sodan, München 2014
- Rosiński R., *Podatek i jego klasyfikacja w polskim systemie podatkowym*, „Zeszyty Naukowe Instytutu Ekonomii i Zarządzania Politechniki Koszalińskiej” 2010/14
- Ruśkowski E., *Ogólna charakterystyka finansów publicznych* [w:] *Finanse publiczne i prawo finansowe*, red. C. Kosikowski, E. Ruśkowski, Warszawa 2003
- Ruśkowski E., Salachna J., *Ustawa o dochodach jednostek samorządu terytorialnego. Komentarz*, Warszawa 2004

- Rycak A. [w:] *Komentarz do kodeksu pracy*, red. K. Walczak, Warszawa 2015
- Rytlewski T. [w:] *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, red. T. Grzegorzczak, Warszawa 2013
- Safjan M., *Pojęcie i systematyka prawa prywatnego* [w:] *System Prawa Prywatnego*, t. 1, *Prawo cywilne – część ogólna*, red. M. Safjan, Warszawa 2012
- Salachna J., *Środki publiczne, ich formy prawne oraz zasady realizacji w sektorze finansów publicznych* [w:] *System prawa finansowego*, t. II, *Prawo finansowe sektora finansów publicznych*, red. E. Ruśkowski, Warszawa 2010
- Sanetra W. [w:] *Kodeks pracy. Komentarz*, red. J. Iwulski, W. Sanetra, Warszawa 2011
- Sawicka K., *Dotacje z budżetu gminy jako szczególna forma wydatków publicznych* [w:] *Księga Jubileuszowa Profesora Marka Mazurkiewicza. Studia z dziedziny prawa finansowego, prawa konstytucyjnego i ochrony środowiska*, red. R. Małstalski, Wrocław 2001
- Sawicka K., *Wydatki z budżetu gminy w formie dotacji. Zagadnienia prawnofinansowe*, „Przegląd Prawa i Administracji” 2009/LXXX
- Sawicka K., *Formy prawno-organizacyjne jednostek sektora finansów publicznych* [w:] *System prawa finansowego*, t. II, *Prawo finansowe sektora finansów publicznych*, red. E. Ruśkowski, Warszawa 2010
- Sawicka K. [w:] M. Karlikowska, W. Miemiec, Z. Ofiarski, K. Sawicka, *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, Wrocław 2010
- Sawicka K., *Budżet jako podstawowa instytucja systemu finansów samorządowych* [w:] W. Miemiec, K. Sawicka, M. Miemiec, *Prawo finansów publicznych sektora samorządowego*, Warszawa 2013
- Sawicka K., *Zastępcze ustalenie budżetu jednostki samorządu terytorialnego w świetle art. 240a i 240b u.f.p.* [w:] *Finanse samorządowe po 25 latach samorządności. Diagnoza i perspektywy*, red. W. Miemiec, Warszawa 2015
- Sidorko A., *Co płatnik i ubezpieczony wiedzieć powinien o ubezpieczeniu zdrowotnym*, Warszawa 2004
- Sidorko A., *Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne*, „Służba Pracownicza” 2006/12
- Sidorko A., *Leczeni bez płacenia składek*, „Służba Pracownicza” 2008/6
- Sidorko A., *Bezpłatne leczenie osób nieubezpieczonych*, „Służba Pracownicza” 2009/10
- Sidorko A., *Ubezpieczenie zdrowotne przedsiębiorcy. Składki*, „Służba Pracownicza” 2009/6
- Sidorko A., *Ubezpieczenie zdrowotne zleceniobiorców*, „Służba Pracownicza” 2010/4
- Sidorko A. [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Warszawa 2010

- Sidorko A. [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, red. A. Pietraszewska-Macheta, Warszawa 2015
- Siemiątkowski T., Potrzezecz R., *Komentarz do art. 329 i 330 [w:] Kodeks spółek handlowych. Komentarz, t. 3, Tytuł III. Spółki kapitałowe. Dział II. Spółka akcyjna*, red. T. Siemiątkowski, R. Potrzezecz, Warszawa 2012
- Siwiecka A., Staszyńska A., *Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne*, Warszawa 2005
- Skoczyński J., *Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1999/4
- Słownik języka polskiego*, t. II i X, red. W. Doroszewski, Warszawa 1968
- Słownik współczesnego języka polskiego*, red. B. Dunaj, Warszawa 1996
- Sochacka-Krysiak H., *Finanse publiczne*, Warszawa 1970
- Sokolewicz W. [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 4, red. L. Garlicki, Warszawa 2005
- Sowiński T., *Składka ubezpieczeniowa* [w:] *Leksykon prawa finansowego. 100 podstawowych pojęć*, red. A. Drwiłło, D. Maśniak, Warszawa 2015
- Spyra T., *Granice wykładni prawa*, Warszawa 2006
- Starościak J., *Stosunek administracyjnoprawny* [w:] *System Prawa Administracyjnego*, t. III, red. T. Rabska, J. Łętowski, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1978
- Stelmachowski A., *Wstęp do teorii prawa cywilnego*, Warszawa 1969
- Stelmachowski A., *Zarys teorii prawa cywilnego*, Warszawa 1998
- Strzępka J., Zielińska E. [w:] *Kodeks spółek handlowych. Komentarz*, red. J. Strzępka, Warszawa 2015
- Surówka A., *Prawo do ochrony zdrowia* [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny*, red. W. Skrzydło, S. Grabowska, R. Grabowski, Warszawa 2009
- Sygit M., *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2010
- Szablowska-Juckiewicz M., *Świadczenia z zakresu ubezpieczenia emerytalnego* [w:] red. J. Wantoch-Rekowski, *Podstawy prawa finansów ubezpieczeń społecznych*, Toruń 2015
- Szajkowski A., Tarska M. [w:] *Kodeks spółek handlowych*, t. II, *Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością*, red. S. Sołtysiński, A. Szajkowski, A. Szumański, J. Szwaja, Warszawa 2014
- Szczepańska M., *Opinia prawna w sprawie rządowego projektu ustawy o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018 (druk sejmowy 3835)*, <http://orka.sejm.gov.pl/rexdomk7.nsf/Opdodr?OpenPage&nr=3834>
- Szpor G., *Pojęcie składki i zasady jej ustalania* [w:] *System ubezpieczeń społecznych. Zagadnienia podstawowe*, red. G. Szpor, Warszawa 2009
- Szubert W., *Ubezpieczenia społeczne. Zarys systemu*, Warszawa 1987

- Szurgacz H., *Ubezpieczenie społeczne w latach okupacji hitlerowskiej 1939–1945* [w:] *Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, red. C. Jackowiak, Z. Landau, W. Muszalski, M. Piątkowski, Z. Radzimowski, Wrocław 1991
- Szyburska-Walczak G., *Ubezpieczenia społeczne*, Warszawa 2015
- Szydło M., *Ustawa o gospodarce komunalnej. Komentarz*, Warszawa 2008
- Święcicki M., *Instytucje polskiego prawa pracy w latach 1918–1939*, Warszawa 1960
- Tatara T., Matysiak A., Wyrozębska A., *Opieka zdrowotna w krajach Unii Europejskiej – organizacja i finansowanie systemów ochrony zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 2009/119 (2)
- Trojak M., *Zewnętrzne źródła finansowania gmin i ich wpływ na rozwój społeczności lokalnych* [w:] *Finansowanie jednostek samorządu terytorialnego*, red. S. Nitecki, Bielsko-Biała 2001
- Trykozko R., *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz dla jednostek samorządu terytorialnego*, Warszawa 2010
- Tyniewicki M. [w:] *Nowa ustawa o finansach publicznych wraz z ustawą wprowadzającą. Komentarz praktyczny*, red. E. Ruśkowski, J.M. Salachna, Gdańsk 2010
- Tyniewicki M. [w:] *Finanse publiczne. Komentarz praktyczny*, red. E. Ruśkowski, J. Salachna, Gdańsk 2013
- Urbaniak M., *Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej*, Toruń 2014
- Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, red. S. Poździech, P. Guła, Warszawa 2008
- Wajda D. [w:] *Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych. Komentarz*, red. B. Gadowska, J. Strusińska-Żukowska, Warszawa 2011
- Walczak P., *Dotacje jako wydatki budżetu j.s.t.* [w:] *Dotacje z budżetów jednostek samorządu terytorialnego*, red. A. Walasik, A. Babczuk, A. Talik, W. Lachiewicz, Warszawa 2013
- Wantoch-Rekowski J., *Składki na ubezpieczenie społeczne. Konstrukcja i charakter prawny*, Toruń 2005
- Wantoch-Rekowski J., *Składki na ubezpieczenie społeczne i ich charakter prawny*, „Gdańskie Studia Prawnicze. Studia Prawnofinansowe” 2007/XVI
- Wantoch-Rekowski J., *System ubezpieczeń społecznych a budżet państwa. Studium prawnofinansowe*, Warszawa 2014
- Warkało W., *Prawo ubezpieczeniowe*, Warszawa 1974
- Warkało W., Marek W., Mogilski W., *Prawo ubezpieczeniowe*, Warszawa 1983
- Wasilewski A., *Kodyfikacja prawa administracyjnego: idea i rzeczywistość*, Warszawa 1998
- Weralski M., *Finanse publiczne i prawo finansowe*, Warszawa 1984
- Wielgolaski M., *Nowe zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych* [w:] *Prowadzenie działalności leczniczej. Zakłady opieki zdrowotnej, praktyki lekarskie*

- i pielęgniarskie oraz inne podmioty w świetle ustawy o działalności leczniczej*, red. G. Moroz, Z. Orzeł Warszawa 2012
- Wielka encyklopedia PWN*, t. 8, Warszawa 1966
- Wiśniewski A., *Umowy losowe w prawie polskim*, Warszawa 2009
- Włodarczyk W., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź–Kraków–Warszawa 1996
- Włodarczyk W., *Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1997/7–8
- Włodarczyk W., Poździuch S., *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego* [w:] A. Czupryna, S. Poździuch, A. Ryś, W. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne*, t. I, Kraków 2000
- Wolter A., *Prawo cywilne. Zarys części ogólnej*, Warszawa 1972
- Wolański R., *System podatkowy w Polsce*, Warszawa 2016
- World Health Report*, www.who.int/whr/2000/en/
- Woźniak D., *Przekształcenia w systemie ochrony zdrowia i ich wpływ na zadłużenie j.s.t.* [w:] *Zadłużenie jednostek samorządu terytorialnego. Wyzwania w obliczu nowej perspektywy finansowej UE*, red. P. Walczak, Warszawa 2014
- Wójtowicz W., *Polskie prawo podatkowe*, cz. I, Lublin 1992
- Wójtowicz W., *Elementy teorii podatku* [w:] *Zarys finansów publicznych i prawa finansowego*, red. W. Wójtowicz, Warszawa 2000
- Wójtowicz W., *Daniny publiczne* [w:] *System prawa finansowego*, t. III, *Prawo daninowe*, red. L. Etel, Warszawa 2010
- Wójtowicz W., *Zarys finansów publicznych i prawa finansowego*, Warszawa 2011
- Wójtowicz W., *Pojęcie i charakter podatku jako dochodu publicznego* [w:] *Prawo podatkowe*, red. P. Smoleń, W. Wójtowicz, Warszawa 2014
- Zarieczna M., *Ochrona zdrowia*, www.bazaprogramow.zdrowiedlapomorzan.pl
- Zawadzka P., *Instrumenty finansowe w gospodarce gminy*, Warszawa 2015
- Ząbek K., Głogowski C., Gierczyński J., *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 1999–2003*, „Menedżer Zdrowia” 5/2003
- Zdanowska J., *Ubezpieczenie zdrowotne. Poradnik dla płatników i ubezpieczonych*, Warszawa 2003
- Zdebel M., *Prawo finansowe jako dział prawa* [w:] *Nauka finansów publicznych i prawa finansowego w Polsce. Dorobek i kierunki rozwoju. Księga jubileuszowa Profesora Alicji Pomorskiej*, red. J. Szołno-Koguc, J. Głuchowski, C. Kosikowski, Lublin 2008
- Zdyb M., *Publiczne prawo gospodarcze*, Kraków 1998
- Zemke-Górecka A., *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Warszawa 2010
- Zieleniecki M., *Problemy zakresu podmiotowego prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2007/2, s. 503

- Ziemiński Z., *Szkice z metodologii szczegółowych nauk prawnych*, Warszawa–Poznań 1983
- Zięty J., *Ustawa o gospodarce komunalnej. Komentarz*, Warszawa 2012
- Zimny A., *Pozabudżetowe źródła finansowania inwestycji gminnych w latach 1996–2004* [w:] *Finansowanie działalności jednostek samorządu terytorialnego ze szczególnym uwzględnieniem doświadczeń z wykorzystaniem środków Unii Europejskiej*, red. J. Woś, Piła 2006
- Żemojda M., Płatkowska-Kułaj A., Kowalski M., *Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Komentarz*, Warszawa 2003
- Żyliński T., *Świadczenia chorobowe* [w:] *Rozwój ubezpieczeń społecznych w Polsce*, red. C. Jackowiak, Z. Landau, W. Muszalski, M. Piątkowski, Z. Radzimowski, Wrocław 1991

Paweł Lenio – doktor nauk prawnych, wykładowca na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego; ukończył aplikację adwokacką; kierownik projektu finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki pt. *Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce – aspekty prawne*; autor opracowań naukowych z zakresu prawa finansów publicznych, w tym prawnych aspektów finansowania ochrony zdrowia w Polsce i państwach Unii Europejskiej.

Monografia jest pierwszym na rynku kompleksowym opracowaniem dotyczącym prawno-finansowych aspektów źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Głównym jej celem jest ustalenie, czy regulacje prawne determinujące rodzaje publicznoprawnych źródeł finansowania zabezpieczają realizację zadań w zakresie ochrony zdrowia.

W książce uwzględniono m.in.:

- regulacje wynikające z ustawy z 10.06.2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw,
- zmiany przepisów w zakresie wprowadzenia możliwości finansowania świadczeń zdrowotnych z budżetów jednostek samorządu terytorialnego,
- zmiany dotyczące pokrycia straty netto samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ich likwidacji i przekształcenia,
- zmiany w zakresie funkcjonowania podmiotów działających w formie spółek kapitałowych, w których akcje bądź udziały posiada Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego.

W publikacji przedstawiono ponadto:

- konstrukcję i charakter prawny składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- wydatki budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego przeznaczone na realizację zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia,
- modele ochrony zdrowia funkcjonujące w państwach Unii Europejskiej,
- ewolucję źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce,
- zasady prowadzenia gospodarki finansowej przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Książka jest przeznaczona dla adwokatów, radców prawnych, sędziów, a także pracowników NFZ, organów administracji rządowej oraz jednostek samorządu terytorialnego. Zainteresuje również ekonomistów, księgowych i przedsiębiorców. Będzie cennym źródłem wiedzy dla pracowników naukowych specjalizujących się w prawie finansowym, ochrony zdrowia oraz administracyjnym, a także studentów prawa, administracji i ekonomii.



ZAMÓWIENIA:

INFOLINIA 801 04 45 45, FAX 22 535 80 01

ZAMOWIENIA@WOLTERSKLUPER.PL

WWW.PROFINFO.PL

ISSN 1897-4392

ISBN 978-83-8124-377-3

