Wrocław, dnia 28 kwietnia 2017 r.

mgr Paweł Lenio
Katedra Prawa Finansowego
Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii
Uniwersytetu Wrocławskiego
doktorant

Streszczenie rozprawy doktorskiej
pt. „Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce"

Przedmiotem badań w pracy doktorskiej były publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Poza ich zakresem pozostała problematyka źródeł finansowania o charakterze prywatnoprawnym. Nie wchodzą one bowiem w zakres nauki prawa finansowego.

Polski system ochrony zdrowia nie posiada jednego zasobu środków finansowych, z którego pokrywane są nakłady na realizację jego zadań. Obecnie funkcjonujący model finansowania oparty jest przede wszystkim o przychody Narodowego Funduszu Zdrowia[1] otrzymywane z wpływów z tytułu poboru składki na ubezpieczenie zdrowotne. Publicznoprawnymi źródłami finansowania ochrony zdrowia są także wydatki budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego[2]. Zakres nałożonych na państwo i samorząd terytorialny zadań z zakresu ochrony zdrowia determinuje obowiązek dokonywania wydatków na ich realizację. Określone znaczenie mają także bezzwrotne środki europejskie, których rozdysponowanie w celu dofinansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia dokonywane jest w ramach ogólnokrajowych i regionalnych programów operacyjnych.

Uzasadnieniem dla wyboru tematu badawczego pracy była zatem konieczność zbadania zagadnień teoretycznych i praktycznych dotyczących publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Dodatkowym uzasadnieniem jest brak monograficznych, a także fragmentarycznych opracowań w tym zakresie oraz społeczna doniosłość podejmowanej problematyki.

Głównym celem pracy było ustalenie, czy regulacje prawne determinujące rodzaje publicznoprawnych źródeł finansowania zabezpieczają realizację zadań w zakresie ochrony

[1] Dalej powoływany jako „NFZ" lub „Fundusz".
[2] Dalej powoływane jako „j.s.t.".

zdrowia. Temu celowi został podporządkowany podział treści rozprawy na rozdziały. W każdym z rozdziałów zrealizowany został cel szczegółowy.

W pierwszym rozdziale celem tym było ustalenie ram przedmiotowych niniejszej pracy poprzez określenie znaczenia podstawowych dla badanej problematyki terminów składających się na jej tytuł. Zostały w nim także określone normatywne kryteria podziału źródeł finansowania ochrony zdrowia oraz dokonano ich klasyfikacji. Wskazano również katalog źródeł prawa powszechnie obowiązującego, z których wynikają zasady pozyskiwania i wydatkowania środków publicznych na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia.

Ustalono, iż przez źródła finansowania ochrony zdrowia o charakterze publicznoprawnym należy rozumieć takie, których konstrukcja prawna determinowana jest normami prawa publicznego. Są to źródła będące środkami publicznymi i pochodzące lub zasilające zasoby finansowe, których proces gromadzenia i wydatkowania jest objęty pojęciem finansów publicznych.

W związku z przyjętą definicją „publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia", w pracy zbadano nie tylko zasoby środków pieniężnych, z których finansowane są zadania państwa i samorządu z zakresu ochrony zdrowia, ale także formy prawne wydatkowania środków publicznych pochodzących z budżetu państwa oraz budżetów j.s.t. Jako publicznoprawne źródło finansowania ochrony zdrowia została także zbadana składka na ubezpieczenie zdrowotne. Poza zakresem niniejszej pracy pozostały 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).

Celem szczegółowym drugiego rozdziału pracy było zbadanie ewolucji źródeł finansowania ochrony zdrowia. Pozwoliło to na ustalenie przyczyn odejścia przez ustawodawcę od modelu budżetowego i oparcia go o powszechne ubezpieczenie zdrowotne.

Z dokonanej analizy historyczno-prawnej wynika, że sposób finansowania ochrony zdrowia ulegał istotnym przekształceniom. W XX–leciu międzywojennym była ona nierozerwalnie związana z ubezpieczeniem na wypadek choroby i macierzyństwa. 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. Po II wojnie światowej ochronę zdrowia wyraźnie oddzielono od systemu ubezpieczenia społecznego. Wydatki na ten cel zostały włączone do budżetu państwa. Głównym i jedynym źródłem finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia stał się budżet państwa.

W wyniku reform gospodarczych i ustrojowych powrócono do systemu ochrony zdrowia opartego na ubezpieczeniu zdrowotnym. W związku z tym głównym źródłem finansowania ochrony zdrowia ponownie stała się składka na ubezpieczenie zdrowotne. Nie zrezygnowano jednak z istniejących dotychczas źródeł finansowania tj. budżetu państwowego i samorządowego.

Celem trzeciego rozdziału było przedstawienie i zbadanie poszczególnych modeli ochrony zdrowia z uwzględnieniem modelu Bismarcka, modelu Beveridge`a (Narodowa Służba Zdrowia) i modelu socjalistycznego. Europejskie modele ochrony zdrowia funkcjonują na zasadzie solidarności społecznej. Zapewniają one każdemu obywatelowi możliwość korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej niezależnie od jego sytuacji materialnej. W tych systemach organy władzy publicznej gwarantują powszechny dostęp do świadczeń zdrowotnych. Państwa UE konstruując własne systemy zdrowotne wykorzystują pierwotne modele organizacji i finansowania ochrony zdrowia, jednocześnie dostosowując je do własnych realiów społecznych i politycznych. Ma to miejsce m.in. w Niemczech, Wielkiej Brytanii i we Włoszech.

Czwarty rozdział rozprawy doktorskiej dotyczył podmiotów polskiego modelu ochrony zdrowia. Pierwszym celem tej części pracy było ustalenie 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 stanowiło 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. Przesądza on bowiem o zakresie podmiotowym składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Analiza struktury organizacyjnej obowiązującego w Polsce systemu ochrony zdrowia wskazuje na zróżnicowaną pozycję organów w nim funkcjonujących oraz charakter prawny ich zadań. Narodowy Fundusz Zdrowia jako organizator systemu ochrony zdrowia jest odpowiedzialny za zapewnienie wszystkim uprawnionym ustawowo gwarantowanych świadczeń. Fundusz nie udziela ich jednak w sposób bezpośredni. Istotną rolę pełnią także organy jednostek samorządu terytorialnego oraz organy administracji rządowej, które również wykonują i finansują zadania publiczne z zakresu ochrony zdrowia.

Podmioty prowadzące działalność leczniczą pełnią w polskim systemie funkcje świadczeniodawców. Ich sytuacja finansowa jest uzależniona od wysokości środków publicznych otrzymanych w związku z realizacją zadań umownie zleconych przez NFZ.

W świetle katalogu tytułów skutkujących powstaniem obowiązku ubezpieczeniowego uzasadnione wydaje się twierdzenie, że system ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje prawie wszystkie osoby, którym na podstawie art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP przysługuje prawo do ochrony zdrowia. 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 posiadające jednocześnie status ubezpieczonego. Nie każda osoba jest jednak zobowiązana do opłacania składki z własnych środków. Istnieją bowiem grupy ubezpieczonych, za które składka opłacana jest z publicznoprawnych zasobów finansowych.

Dwa kolejne rozdziały dotyczyły problematyki prawnej składki na ubezpieczenie zdrowotne jako głównego źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

W piątym rozdziale zbadano poszczególne elementy konstrukcyjne składki zdrowotnej traktowanej w niniejszej pracy jako rodzaj daniny publicznej, a także prawne aspekty zasad jej opłacania przez podmioty do tego zobowiązane. Celem przeprowadzonych badań było zatem ustalenie podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz jej stawki, które w zasadniczy sposób determinują jej wysokość przy uwzględnieniu problematyki tzw. zbiegów ubezpieczeniowych. Konstrukcja prawna składki zdrowotnej nie została autonomicznie uregulowana w przepisach działu IV u.ś.o.z. Sposób obliczania podstawy jej wymiaru jest w większości przypadków uzależniony od konstrukcji prawnej składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe oraz podatku dochodowego od osób fizycznych.

Podstawa wymiaru składki została ustalona w sposób nieprawidłowy i powoduje negatywne skutki dla podmiotów funkcjonujących w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Prowadzi to do dyskryminacji niektórych grup ubezpieczonych, w tym najszerszej podmiotowo grupy pracowników i zleceniobiorców. Negatywnie także wpływa 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 istotnych zmian, które powinny objąć zasady ustalania wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne. Uzależnienie podstawy wymiaru składki wszystkich grup ubezpieczonych, których członkowie osiągają z danego tytułu ubezpieczeniowego przychód (m.in. przedsiębiorców i rolników) od ich zdolności płatniczej mogłoby istotnie zwiększyć przychody NFZ.

Skutki błędnie ukształtowanych zasad ustalania wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne różnicujące zakres ponoszenia ciężaru ubezpieczeniowego przez osoby podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu dotyczą nie tylko tych osób. W pracy ustalono bowiem, że przychody z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne nie są wystarczające do zapewnienia przez Narodowy Funduszu Zdrowia prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Nadto, 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 centralnego oraz budżetów j.s.t.

Zmiana w zakresie sposobu ustalania wysokości składki nie miałaby zasadniczego wpływu na zakres obciążeń publicznoprawnych osób ubezpieczonych. Wynika to z możliwości odliczenia znacznej części składki zdrowotnej od kwoty podatku dochodowego od osób fizycznych.

Celem szóstego rozdziału było określenie charakteru prawnego składki na ubezpieczenie zdrowotne. Ustalono, że konstrukcja prawna składki świadczy o tym, iż posiada ona wszystkie niezbędne cechy pozwalające na zaliczenie jej do katalogu danin publicznych, o których mowa w art. 217 Konstytucji RP. Z przeprowadzonych badań wynika, iż składka na ubezpieczenie zdrowotne jest samodzielną 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 Funduszu Zdrowia w ramach powszechnego obowiązkowego lub dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. W świetle przyjętej definicji uzasadnione jest zatem twierdzenie, zgodnie z którym składka na ubezpieczenie zdrowotne stanowi *sui generis* daninę publicznoprawną i nie może być utożsamiana z innymi tego rodzaju świadczeniami, w tym z instytucją podatku z uwagi na jej celowość i odpłatność. Z porównania składki zdrowotnej do 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 niektórych przypadkach charakteryzują się odpłatnością i celowością. Inne jest jednak przeznaczenie tych świadczeń oraz funkcja.

Siódmy rozdział dotyczył wydatków budżetu j.s.t. i budżetu państwa przeznaczanych na realizację zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia. Celem rozważań tej części pracy było ustalenie zakresu obciążenia wskazanych budżetów obowiązkiem finansowania systemu

zdrowotnego, a także zbadanie, na ile istniejące obecnie regulacje prawne chronią interesy fiskalne państwa i samorządu w zakresie obowiązku dokonywania nakładów finansowych w celu realizacji nałożonych zadań.

W pracy ustalono, iż zakres oraz rodzaje wydatków publicznych pochodzących z budżetów samorządowych nie są ukształtowane w sposób właściwy. Wątpliwości budzą przede wszystkim zasady pokrywania przez j.s.t. straty netto s.p.z.o.z. bądź przejmowania zobowiązań w przypadku ich likwidacji. Rodzaj dokonywanych w tym zakresie wydatków ma negatywny wpływ na możliwość optymalnego konstruowania budżetu. Wysokość 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.

Sektor samorządowy został pozostawiony z problemem narastającego długu zakładów bez istotnego wsparcia finansowego ze strony organów administracji rządowej odpowiedzialnych za zasady finansowania oraz kształt systemu ochrony zdrowia. 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 przedmiocie zgodności obowiązujących regulacji z przepisami Konstytucji RP.

Zwiększanie zadań j.s.t. z zakresu ochrony zdrowia stanowi wyraz ustawowego poszukiwania nowych rozwiązań w zakresie źródeł jej finansowania, które zmniejszałyby zakres obciążeń budżetu państwa oraz finansów Narodowego Funduszu Zdrowia. Przenoszenie odpowiedzialności za finansowanie systemu ochrony zdrowia na j.s.t. może świadczyć o tym, iż źródła jego finansowania zostały błędnie ukształtowane.

W tej części pracy ustalono także, iż Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymuje z budżetu państwa środki na finansowanie niektórych świadczeń zdrowotnych w prawnej formie dotacji celowych. Wysokość udzielanych Funduszowi dotacji nie jest uzależniona od faktycznych kosztów ponoszonych przez NFZ w celu realizacji określonych zadań. W związku z tym konieczne może być angażowanie innych środków w celu zapewnienia prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych mimo, iż powinny być one w całości sfinansowane z otrzymanej dotacji.

Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej z budżetu państwa oraz z budżetów samorządowych uzasadnia również tezę, w świetle której polski system finansowania ochrony zdrowia nie jest w pełni modelem ubezpieczeniowym. Jest on jedynie oparty o ubezpieczeniową metodę finansowania ochrony zdrowia.

Celem ósmego rozdziału było zbadanie możliwości finansowania ochrony zdrowia ze środków europejskich. Rozważania dotyczyły zakresu podmiotowego i przedmiotowego poszczególnych programów operacyjnych, w których przewidziano możliwość finansowania projektów obejmujących wydatki na ochronę zdrowia w ramach perspektywy finansowej 2014 – 2020.

Zdecydowana większość środków pochodząca z ogólnokrajowych oraz regionalnych programów operacyjnych ma zostać 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. Tak sformułowany zakres podmiotowy beneficjentów środków europejskich nie daje w zasadzie dużej możliwości ubiegania się o finansowanie w ramach programów operacyjnych projektów realizowanych przez podmioty lecznicze działające na komercyjnym rynku usług medycznych.

Środki europejskie nie stanowią jednak istotnego źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Ciężar finansowania systemu spoczywa na państwie a nie na UE. Wysokość nakładów pochodzących z programów operacyjnych ma niewielkie znaczenie w porównaniu do całości środków europejskich przekazywanych do rozdysponowania w ich ramach.

Zróżnicowany katalog publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia nie zabezpiecza materialnie realizacji zadań państwa w tym zakresie z punktu widzenia potrzeb świadczeniobiorców. Z dokonanych w pracy ustaleń wynika, że struktura normatywna instytucji prawnofinansowych determinujących kształt publicznoprawnych źródeł finansowania ochrony zdrowia w Polsce, a także część relacji zachodzących pomiędzy nimi nie zostały ukształtowane w sposób właściwy. 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 ochrony zdrowia 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.

Mając powyższe na uwadze w pracy zaproponowano szereg wniosków *de lege ferenda*. Wśród nich można w szczególności wskazać uzależnienie sposobu obliczania wysokości podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne uiszczanej przez rolników i przedsiębiorców od ich indywidualnej zdolności płatniczej, a także rezygnację z finansowania niektórych zadań z zakresu ochrony zdrowia z budżetu państwa poprzez zmiany w konstrukcji prawnej składki skutkujące obniżeniem dochodów budżetu państwa z tytułu podatku dochodowego od osób fizycznych na rzecz zwiększenia przychodów NFZ pochodzących ze składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Rozprawa doktorska została przygotowana w oparciu o metodę dogmatyczno-prawną, uzupełnioną metodami historyczno-prawną oraz prawnoporównawczą.

Paweł Lemio