

**Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska**

**The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version**

---

Paweł Lenio

Uniwersytet Wrocławski

ORCID: 0000-0002-9364-7318

pawel.lenio@uwr.edu.pl

## Fundusz Medyczny w sektorze finansów publicznych

### ABSTRAKT

Celem niniejszego opracowania jest ustalenie statusu prawnego Funduszu Medycznego jako państwowego funduszu celowego, źródeł jego finansowania i zasad dysponowania środkami publicznymi oraz jego miejsca w sektorze finansów publicznych. W artykule wykorzystano metodę dogmatyczno-prawną, właściwą dla nauk prawnych. Wprowadzenie do polskiego sektora finansów publicznych nowej jednostki odpowiedzialnej za finansowanie ochrony zdrowia wydaje się być wyrazem dbałości ustawodawcy o ten sektor działalności organów władzy publicznej. Wprowadzenie Funduszu Medycznego jako dodatkowego zasobu środków jednak nie zwiększyło istotnie nakładów finansowych przeznaczanych na realizację zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia ponoszonych przez państwo i jednostki samorządu terytorialnego. Dokonano jedynie zmiany w strukturze wydatków publicznych w sektorze zdrowotnym.

**Słowa kluczowe:** Fundusz Medyczny; finansowanie; ochrona zdrowia; finanse publiczne

### WPROWADZENIE

W obecnym stanie prawnym polski system ochrony zdrowia jest finansowany z wielu źródeł. Podstawowym zasobem środków publicznych przeznaczanym na zadania państwa w tym zakresie jest plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia. System zdrowotny współfinansowany jest także z budżetu państwa oraz z budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

W ostatnich latach ustawodawca kładzie nacisk na zwiększenie nakładów finansowych na zadania publiczne z zakresu ochrony zdrowia pochodzących ze środków publicznych. Przykładem tego rodzaju działań jest wprowadzenie postulatu ustawodawcy w przedmiocie minimalnego poziomu środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2023. Zgodnie z art. 131c ust. 1 w zw. z ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>1</sup> od 2024 r. na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczane mają być corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6% Produktu Krajowego Brutto (PKB)<sup>2</sup>. Do 2024 r. pułap środków publicznych ma być sukcesywnie zwiększany, tak aby w 2023 r. osiągnął 5,8% PKB.

W założeniu ustawodawcy na zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ma wpłynąć powołanie Funduszu Medycznego jako jednostki sektora finansów publicznych działającego w prawnej formie państwowego funduszu celowego.

---

<sup>1</sup> Dz.U. 2020, poz. 398, ze zm., dalej: u.ś.o.z.

<sup>2</sup> Jest to tylko postulat ustawodawcy, albowiem w myśl art. 131c ust. 4 u.ś.o.z. jedynie projekt ustawy budżetowej musi być zgodny z założeniami wynikającymi z omawianej regulacji.

**Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska**

**The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version**

---

Celem niniejszego opracowania jest ustalenie statusu prawnego Funduszu Medycznego jako państwowego funduszu celowego, źródeł jego finansowania i zasad dysponowania środkami publicznymi oraz jego miejsca w sektorze finansów publicznych. W artykule przyjęto następujące hipotezy badawcze. Po pierwsze, Fundusz Medyczny jest jednostką sektora finansów publicznych działającą w prawnej formie państwowego funduszu celowego, która utrzymuje się przede wszystkim z dotacji budżetowej. Po drugie, wprowadzenie Funduszu Medycznego nie zwiększyło istotnie nakładów na finansowanie ochrony zdrowia w Polsce.

W opracowaniu wykorzystano metodę dogmatyczno-prawną, opierającą się na analizie obecnie obowiązujących aktów prawnych i ich interpretacji, właściwą dla nauk prawnych.

Analizowana problematyka nie była dotychczas poruszana w polskiej literaturze prawniczej. Fundusz Medyczny jest stosunkowo nową instytucją prawną i nie doczekał się jeszcze komentarzy doktryny. W artykule wykorzystano literaturę z zakresu prawa finansowego w celu ustalenia statusu prawnego Funduszu Medycznego oraz jego miejsca w systemie finansów publicznych.

## CZĘŚĆ BADAWCZA

### 1. Prawnofinansowe aspekty funkcjonowania Funduszu Medycznego

Zasady funkcjonowania i gospodarka finansowa nowego Funduszu Medycznego uregulowane zostały przepisami ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym<sup>3</sup>. Ustawa to określa zasady działania Funduszu Medycznego, gromadzenia środków oraz udzielania z nich finansowania i dofinansowania. Ustawodawca wskazał przy tym, że celem tego Funduszu ma być wsparcie działań zmierzających do poprawy zdrowia i jakości życia w Rzeczypospolitej Polskiej przez zapewnienie dodatkowych źródeł finansowania, m.in. na zadania z zakresu profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób cywilizacyjnych, w tym chorób nowotworowych i chorób rzadkich, infrastrukturę ochrony zdrowia wpływającą na jakość i dostępność, rozwój systemu opieki zdrowotnej przez koncentrację działań wokół pacjenta i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia pacjentów i ich rodzin, oraz bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, a także świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju (art. 3 pkt 1–6 u.f.m.).

Z uzasadnienia do projektu ustawy o Funduszu Medycznym wynika, że Fundusz Medyczny miał być „utworzony na podstawie rozpoznania potrzeb w zakresie ochrony zdrowia i będzie wychodzić naprzeciw zidentyfikowanym problemom, szczególnie zaś niezaspokojonym potrzebom medycznym”<sup>4</sup>.

W ocenie projektodawcy – Prezydenta RP – wprowadzenie do systemu ochrony zdrowia nowej jednostki sektora finansów publicznych wychodzi naprzeciw oczekiwaniom

---

<sup>3</sup> Dz.U. 2020, poz. 1875, dalej: u.f.m.

<sup>4</sup> Uzasadnienie do projektu ustawy o Funduszu Medycznym, Druk sejmowy Sejmu IX Kadencji nr 457, <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=457> (dostęp: 10.10.2021), s. 35.

**Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska**

**The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version**

---

społeczeństwa, które skupiają się na poszerzeniu dostępu do nowoczesnych metod leczenia i leków. Metody te mają zapewniać skuteczną diagnostykę i terapię. Na skutek powołania Funduszu Medycznego poszerzone miało być także uzyskiwanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności przez dzieci oraz innych pacjentów dotkniętych chorobami rzadkimi i nowotworowymi w nowoczesnych szpitalach, a także poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej<sup>5</sup>.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 i 2 u.f.m. Fundusz Medyczny został skonstruowany jako państwowy fundusz celowy, którego dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Koszty obsługi Funduszu oraz koszty obsługi zadań finansowanych z Funduszu finansowane są z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia. Co istotne, nie są to koszty obciążające Fundusz Medyczny. Jednocześnie ich wysokość nie może przekroczyć 1% przychodów Funduszu planowanych w danym roku budżetowym.

Fundusz Medyczny, w założeniu ustawodawcy, ma gromadzić środki z przeznaczeniem m.in. na: dofinansowanie zadania polegającego na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej w ramach subfunduszu infrastruktury strategicznej; dofinansowanie modernizacji, przebudowy lub doposażenie podmiotów leczniczych; finansowanie leków w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych; finansowanie technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej lub technologii lekowej o wysokim poziomie innowacyjności; dofinansowanie zwiększania skuteczności programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej; finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia; finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju (art. 7 u.f.m.).

Zakres przedmiotowy kosztów nowego funduszu celowego stanowi bezpośrednio nawiązanie do jego celów wynikających z uzasadnienia do projektu ustawy, a przede wszystkim z art. 3 u.f.m. Należy zatem uznać, że przepis art. 7 u.f.m., wskazujący na przeznaczenie środków publicznych, jest spójny z podstawowymi założeniami funkcjonowania Funduszu Medycznego.

Ustawodawca do przychodów Funduszu Medycznego, z których ma być finansowana jego działalność, zaliczył: wpływy z tytułu opłat za złożenie wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji w ochronie zdrowia, o której mowa w art. 95d ust. 1 u.ś.o.z. (art. 95e ust. 6 u.ś.o.z.), wpłaty z budżetu państwa przekazywane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w wysokości określonej corocznie w ustawie budżetowej na dany rok budżetowy, nie niższej niż 4 mld zł, odsetki od zgromadzonych środków, dobrowolne wpłaty, darowizny i zapisy, a także wpływy z innych tytułów<sup>6</sup>. Katalog przychodów funduszu celowego jest zatem katalogiem otwartym. Ustawodawca umożliwił w tym zakresie Funduszowi Medycznemu uzyskiwanie środków również z innych tytułów, co pozwala na bardziej elastyczne prowadzenie gospodarki finansowej funduszu celowego.

W ramach Funduszu Medycznego wyodrębnione zostały cztery subfundusze, do których ustawodawca zaliczył: subfundusz infrastruktury strategicznej, subfundusz modernizacji

---

<sup>5</sup> *Ibidem*, s. 36.

<sup>6</sup> Na temat problematyki katalogu przychodów Funduszu Medycznego zob. uwagi niżej.

**Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska**

**The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version**

---

podmiotów leczniczych, subfundusz rozwoju profilaktyki oraz subfundusz terapeutyczno-innowacyjny.

W myśl art. 12 u.f.m. wydatki w ramach subfunduszu infrastruktury strategicznej dokonywane są w prawnej formie dotacji celowej udzielanej i rozliczanej na zasadach wynikających z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>7</sup>. W tej formie prawnej dofinansowanie mogą otrzymać projekty strategiczne, realizowane w ramach programów inwestycyjnych ustanowionych w celu realizacji któregokolwiek z zadań Funduszu, o których mowa w art. 7 u.f.m. Wybór projektów przeznaczonych do finansowania następuje w drodze konkursu, którego zasady zostały szczegółowo uregulowane w rozdziale 3 u.f.m.

W ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych wydatki Funduszu Medycznego mają być dokonywane na podstawie programu inwestycyjnego ustanawianego przez Radę Ministrów, którego celem ma być poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej poprzez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia (art. 19 ust. 1 i 2 u.f.m.).

Na podstawie art. 20 ust. 1 u.f.m. wybór wniosków o dofinansowanie w ramach programu inwestycyjnego następuje w drodze konkursu organizowanego i przeprowadzanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Dofinansowanie następuje, tak jak w przypadku subfunduszu infrastruktury strategicznej, w formie dotacji celowej. Dofinansowanie mogą otrzymać jedynie te podmioty lecznicze, które udzielają świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (art. 19 u.f.m.). Wysokość dotacji nie jest uzależniona od wartości udzielanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Jest to istotna różnica odróżniająca analizowaną dotację od dotacji celowych, o których mowa w art. 115 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>8</sup>. Zgodnie z przepisami art. 115 i 116 ustawy o działalności leczniczej podmioty prowadzące działalność leczniczą mogą otrzymywać dotacje celowe z przeznaczeniem m.in. na remonty i inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego. Wysokość dotacji jest natomiast uzależniona od wysokości przychodów podmiotu z tytułu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych do przychodów ogółem<sup>9</sup>. W przypadku dotacji udzielanych z subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych na ich wysokość nie wpływa wartość świadczeń zdrowotnych udzielanych ze środków publicznych. Podmiot leczniczy może zatem udzielać tego rodzaju świadczeń w marginalnym zakresie i będzie on upoważniony do udziału w konkursie.

W przypadku subfunduszu rozwoju profilaktyki prawną formą wydatkowania środków jest również dotacja celowa. Jest ona udzielana Narodowemu Funduszowi Zdrowia (art. 28 ust. 4 u.f.m.). Podobnie jak w wyżej przedstawionych subfunduszach wybór wniosków o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej także następuje w drodze konkursu.

W myśl art. 28 ust. 1 u.f.m. dofinansowanie ze środków subfunduszu rozwoju profilaktyki może być przeznaczone na wzmocnienie roli lekarza, pielęgniarki oraz położnej

---

<sup>7</sup> Dz.U. 2021, poz. 305, dalej: u.f.p.

<sup>8</sup> Dz.U. 2021, poz. 711.

<sup>9</sup> Szerzej zob. P. Lenio, *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Warszawa 2018, s. 376 i n.

**Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska**

**The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version**

---

podstawowej opieki zdrowotnej w zwiększaniu zgłaszalności kobiet i mężczyzn na badania w ramach programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej polegających na profilaktyce zdrowotnej<sup>10</sup> lub na wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w zakresie realizowanego dofinansowania programów polityki zdrowotnej polegających na profilaktyce zdrowotnej, w określanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na dany rok obszarach priorytetowych.

Ostatni z subfunduszy (terapeutyczno-innowacyjny) przeznaczony jest, w myśl art. 31 ust. 1 u.f.m., na finansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia w zakresie, w jakim kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawców z tytułu udzielania tych świadczeń zostały dostosowane do potrzeb zdrowotnych oraz do wykonania zawartej umowy zgodnie z art. 136 ust. 2 pkt 1c u.ś.o.z. Ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego finansuje się koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza granicami kraju (art. 32 ust. 1 u.f.m.).

Środki Funduszu Medycznego są przekazywane Narodowemu Funduszowi Zdrowia na cele wymienione wyżej w prawnej formie dotacji celowej (art. 31 ust. 3 i art. 32 ust. 1 u.f.m.). Wskazana dotacja celowa różni się od pozostałych dotacji celowych udzielanych z Funduszu Medycznego trybem jej przekazywania. Jest to dotacja o charakterze obligatoryjnym (z ustawowo wskazanym limitem wynikającym z art. 31 ust. 2 u.f.m. – świadczenia dla osób do 18. roku życia). Jej wypłacenie nie jest uzależnione od woli dysponenta środków budżetowych (organu dotującego). Obowiązek wypłaty dotacji wynika bezpośrednio z powołanych wyżej przepisów ustawy o Funduszu Medycznym. Warunkiem otrzymania dotacji jest zatem spełnienie kryteriów ustawowych i złożenie wniosku. Tego rodzaju rozwiązanie zbliża analizowaną dotację do dotacji podmiotowych, których charakterystyczną cechą jest to, że ich uzyskanie nie jest uzależnione od uznaniowej decyzji organu dotującego<sup>11</sup>.

Dodatkowo z subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego mogą być przeznaczane środki na finansowanie technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej lub technologii lekowej o wysokim poziomie innowacyjności, a także na finansowanie leków w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych. Ustawodawca wskazał przy tym maksymalny limit tego rodzaju kosztów (art. 33 ust. 1 i 3 u.f.m.).

Z punktu widzenia gospodarki finansowej nowego funduszu celowego istotne znaczenie ma także ustawowe upoważnienie ministra właściwego do spraw zdrowia jako dysponenta funduszu wynikające z art. 6 ust. 7 u.f.m. Mianowicie na realizację zadań w ramach subfunduszy (z wyjątkiem subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego) dysponent może zaciągać zobowiązania o charakterze wieloletnim do wysokości środków wynikających z programów inwestycyjnych (w przypadku realizacji zadań w ramach subfunduszy infrastruktury strategicznej i modernizacji podmiotów leczniczych) lub z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia

---

<sup>10</sup> Środki w tym zakresie przeznaczane są na finansowanie współczynników korygujących, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 u.ś.o.z.

<sup>11</sup> 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.



**Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska**

**The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version**

---

na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej (w przypadku realizacji zadań w ramach subfunduszu rozwoju profilaktyki).

## 2. Fundusz Medyczny jako państwowy fundusz celowy

Jak już wyżej ustalono, Fundusz Medyczny został utworzony w finansowo-prawnej formie państwowego funduszu celowego, którego dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Konieczne jest zatem ustalenie, czy Fundusz Medyczny spełnia wszystkie przesłanki pozwalające na zaliczenie go do katalogu państwowych funduszy celowych.

Państwowe fundusze celowe w myśl art. 9 u.f.p. wchodzą w skład sektora finansów publicznych w Polsce. Na mocy art. 10 ust. 1 u.f.p. prowadzą one gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie o finansach publicznych. Fundusze celowe nie są powiązane z budżetem, co oznacza, że nie istnieje prawny obowiązek rozliczania się z budżetem państwa, tak jak w przypadku samorządowych zakładów budżetowych lub agencji wykonawczych. Istotą gospodarowania środkami publicznymi w formie państwowych funduszy celowych jest ich samofinansowanie się. Z punktu widzenia budżetowego prowadzą one gospodarkę finansową opartą o metodę budżetowania netto<sup>12</sup>.

Fundusz celowy, jako jednostka sektora finansów publicznych, działa w oparciu o środki publiczne w rozumieniu art. 5 u.f.p. Szczegółowe zasady tworzenia i funkcjonowania państwowych funduszy celowych określa art. 29 u.f.p. Istotą państwowych funduszy celowych jest powiązanie kosztów z przychodami pochodzącymi z określonych źródeł<sup>13</sup>. Oznacza to, że stanowią one klasyczny wyjątek od zasady niefunduszowania (zasady jedności materialnej budżetu) wyrażonej w art. 42 ust. 2 u.f.p.

W świetle powołanej regulacji prawnej Fundusz Medyczny jako państwowy fundusz celowy działa na podstawie rocznego planu finansowego. W planie tym mogą być dokonywane zmiany polegające na zwiększeniu prognozowanych przychodów i odpowiednio kosztów. Co istotne, zmiany planu finansowego funduszu celowego nie mogą powodować zwiększenia dotacji z budżetu państwa<sup>14</sup>.

Fundusz Medyczny nie posiada osobowości prawnej, co jest zgodne z istotą państwowych funduszy celowych (art. 29 ust. 3 u.f.p.). Fundusz ten jest jedynie zasobem środków publicznych będących w dyspozycji właściwego ministra, co odpowiada ogólnym zasadom funkcjonowania tego rodzaju jednostek sektora finansów publicznych.

Jak wynika z powyższych ustaleń, konstrukcja prawna Funduszu Medycznego jest zasadniczo zgodna z zasadami funkcjonowania państwowych funduszy celowych. Istotny problem powstaje w przypadku katalogu źródeł finansowania Funduszu Medycznego.

---

<sup>12</sup> K. Sawicka, *Fundusze celowe*, [w:] *System Prawa Finansowego*, t. 2: *Prawo finansowe sektora finansów publicznych*, red. E. Ruśkowski, Warszawa 2010, s. 66.

<sup>13</sup> Eadem, *Komentarz do art. 11*, [w:] M. Karlikowska, W. Miemiec, Z. Ofiarski, K. Sawicka, *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, Wrocław 2010, s. 79; E. Chojna-Duch, *Sektor finansów publicznych*, [w:] M. Bitner [et. al.], *Prawo finansowe*, Warszawa 2017, s. 78.

<sup>14</sup> Zmiany kwot przychodów i kosztów państwowego funduszu celowego ujętych w planie finansowym dokonuje odpowiednio minister lub organ dysponujący tym funduszem po uzyskaniu zgody Ministra Finansów i opinii sejmowej komisji do spraw budżetu (art. 29 ust. 12 u.f.p.).

**Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska**

**The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version**

---

W myśl art. 29 ust. 2 u.f.p. przychody państwowego funduszu celowego pochodzą ze środków publicznych, a koszty są ponoszone na realizację wyodrębnionych zadań państwowych. Tak jest również w przypadku Funduszu Medycznego. Przychody jednostki sektora finansów publicznych, jaką jest ten Fundusz, stanowią dochody publiczne w rozumieniu art. 5 ust. 1 pkt 2 u.f.p. Koszty Funduszu Medycznego są przeznaczane na zadania z zakresu ochrony zdrowia, a zadania te są zadaniami państwa w rozumieniu art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej<sup>15</sup> oraz art. 6 u.ś.o.z. Taka konstrukcja prawna przychodów i kosztów Funduszu Medycznego nie stoi w sprzeczności z ogólnymi uregulowaniami gospodarki finansowej państwowych funduszy celowych.

Zgodnie natomiast z art. 29 ust. 5 u.f.p. do państwowych funduszy celowych nie zalicza się funduszy, których jedynym źródłem przychodów, z wyłączeniem odsetek od rachunku bankowego i darowizn, jest dotacja z budżetu państwa<sup>16</sup>. W tym miejscu należy powtórzyć, że do katalogu przychodów Funduszu Medycznego ustawodawca postanowił zaliczyć: wpływy z tytułu opłat za złożenie wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji w ochronie zdrowia, o której mowa w art. 95d ust. 1 u.ś.o.z. (art. 95e ust. 6 u.ś.o.z.), wpłaty z budżetu państwa przekazywane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w wysokości określonej corocznie w ustawie budżetowej na dany rok budżetowy, nie niższej niż 4 mld zł, odsetki od zgromadzonych środków, dobrowolne wpłaty, darowizny i zapisy, a także wpływy z innych tytułów (art. 8 pkt 1–5 u.f.m.).

Taka konstrukcja źródeł przychodów *prima facie* nie może budzić większych wątpliwości. Jasno bowiem wskazano w art. 8 u.f.m., że wpłata z budżetu państwa nie jest jedynym źródłem finansowania tego Funduszu. Dopuszczalna jest również możliwość udzielania państwowemu funduszowi celowemu dotacji z budżetu państwa, jeżeli odrębne ustawy tak stanowią<sup>17</sup>. W pierwszej kolejności ustawodawca wymienił przychody z tytułu uiszczanych opłat za złożenie wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji w ochronie zdrowia. Formalnie rzecz ujmując, ustawodawca sprostał zatem wymogom stawianym przez art. 29 ust. 5 u.f.p.

Trzeba jednak ustalić, czy wprowadzenie do katalogu źródeł finansowania przychodów z tytułu opłat za złożenie wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji w ochronie zdrowia nie stanowi próby obejścia przez ustawodawcę wymogu narzuconego państwowym funduszom celowym w art. 29 ust. 5 u.f.p.

W tym celu należy ustalić wydajność źródła finansowania w postaci opłat związanych z wydaniem opinii o celowości inwestycji. Tego rodzaju opłaty są pobierane od wniosku do wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia o wydanie opinii o celowości inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego (w tym nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego) lub innej niż inwestycja określona wyżej, dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Wartość inwestycji musi przekraczać 2 mln zł

---

<sup>15</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483, ze zm.).

<sup>16</sup> Ustawodawca w przepisie art. 29 ust. 4 u.f.p. nie wskazuje na konkretny rodzaj dotacji. *Lege non distinguente* należy zatem przyjąć, że chodzi o każdy rodzaj dotacji, o których mowa w ustawie o finansach publicznych.

<sup>17</sup> E. Malinowska-Misiąg, *Komentarz do art. 29, [w:] Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, red. W. Misiąg, Warszawa 2019, s. 117.

**Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska**

**The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version**

---

(art. 95d ust. 1 u.ś.o.z.). Wysokość przedmiotowej opłaty wynosi 4 tys. zł (art. 95e ust. 6 u.ś.o.z.). We wcześniejszym stanie prawnym (przed wprowadzeniem Funduszu Medycznego) opłata ta stanowiła dochód budżetu państwa.

W 2020 r. dochody budżetu państwa w kolejnych 10 latach budżetowych z tytułu poboru opłaty planowano na poziomie około 640 tys. zł rocznie<sup>18</sup>. Przewidywane wpływy z tego tytułu będą miały zatem symboliczny charakter i w żaden sposób nie wpłyną na gospodarkę finansową Funduszu Medycznego. Nie istnieją jakiegokolwiek prawne i ekonomiczne przesłanki świadczące o tym, że w kolejnych latach budżetowych wpływy z tytułu tego rodzaju opłaty diametralnie wzrosną. Opłata ta stanowi zatem marginalny przychód Funduszu Medycznego. Głównym, a w zasadzie jedynym, źródłem finansowania Funduszu Medycznego jest zatem wpłata z budżetu państwa. Nie została ona określona przez ustawodawcę jako dotacja, ale jest do niej zbliżona. Fundusz ten utrzymuje się *de facto* z dochodów budżetowych. Sztuczne i wprowadzone jedynie na potrzeby spełnienia kryterium wynikającego z art. 29 ust. 5 u.f.p. wydaje się być przesunięcie z budżetu państwa wpływów z tytułu opłaty za wydanie wniosku o celowości inwestycji w ochronie zdrowia na rzecz Funduszu Medycznego.

Zasadność istnienia funduszy celowych finansowanych wyłącznie dotacją budżetową (środkami budżetowymi) jest w polskiej literaturze prawnofinansowej podważana<sup>19</sup>. W piśmiennictwie występuje ugruntowany już pogląd, w świetle którego niespełnienie warunku, o którym mowa w art. 29 ust. 5 u.f.p., przeczy idei tworzenia państwowych funduszy celowych<sup>20</sup>. Przyjmuje się, że „skoro fundusz nie ma własnych przychodów i jest finansowany przez budżet, jego wyodrębnienie z budżetu jest sztuczne i przeczy idei tworzenia funduszy celowych”<sup>21</sup>. Dotacja budżetowa (środki pochodzące z budżetu państwa) może stanowić jedynie uzupełniające źródło przychodów funduszu<sup>22</sup>. Wskazuje się również, że zasadne jest wyeliminowanie z katalogu państwowych funduszy celowych tych funduszy, których gospodarka finansowa opiera się na środkach publicznych pochodzących z budżetu państwa<sup>23</sup>. Istotą państwowych funduszy celowych jest przede wszystkim gromadzenie środków publicznych pochodzących zasadniczo z innych źródeł niż budżet państwa<sup>24</sup>.

---

<sup>18</sup> Uzasadnienie do projektu ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Druk sejmowy Sejmu IX Kadencji nr 563, <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=563> (dostęp: 10.10.2021), s. 6. Ustawa budżetowa na rok 2021 z dnia 20 stycznia 2021 r. (Dz.U. 2021, poz. 190) nie zawiera w wykazie załączników planu finansowego Funduszu Medycznego. W ustawach budżetowych oraz w sprawozdaniach budżetowych za poprzednie lata nie wyodrębniono jako osobnej pozycji dochodów z tytułu przedmiotowej opłaty. W uzasadnieniu do projektu ustawy o Funduszu Medycznym również nie wskazano planowanych przychodów funduszu z tego tytułu.

<sup>19</sup> D. Maśniak, *Fundusze publiczne*, [w:] *Podstawy finansów i prawa finansowego*, red. A. Drwiłło, Warszawa 2018, s. 492.

<sup>20</sup> W. Bożek, P. Mańczyk, *Komentarz do art. 29*, [w:] *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, red. Z. Ofiarski, Warszawa 2020, s. 216.

<sup>21</sup> K. Sawicka, *Fundusze...*, s. 74.

<sup>22</sup> Z. Ofiarski, *Plany finansowe państwowych funduszy celowych – wybrane problemy dotyczące statusu materialnoprawnego i proceduralnego*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 521, s. 116.

<sup>23</sup> A. Gorgol, *Fundusze celowe*, [w:] *Zarys finansów publicznych i prawa finansowego*, red. W. Wójtowicz, Warszawa 2020, s. 75.

<sup>24</sup> P. Lenio, *Państwowe fundusze celowe*, [w:] *Prawo finansów publicznych z kazuami i pytaniami*, red. W. Mieścic, Warszawa 2020, s. 116.



**Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska**

**The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version**

---

Mając na uwadze powyższą analizę oraz brzmienie art. 29 ust. 5 u.f.p., można stwierdzić, że konstrukcja prawna zakresu źródeł przychodów Funduszu Medycznego powinna skutkować wyłączeniem go z katalogu państwowych funduszy celowych jako formy organizacyjnoprawnej sektora finansów publicznych. Przepis art. 6 ust. 1 u.f.m. jednoznacznie jednak przesądza, że Fundusz Medyczny jest państwowym funduszem celowym. Została zatem utworzona jednostka sektora finansów publicznych, której konstrukcja nie spełnia wymogów ustawy o finansach publicznych.

Niezależnie od powyższego utworzenie Funduszu Medycznego nie zwiększa w istotny sposób wydatków publicznych na realizację konstytucyjnych zadań państwa z zakresu ochrony zdrowia. Normatywny zakres kosztów realizacji zadań Funduszu Medycznego skutkuje jedynie zmianą struktury kosztów ponoszonych na utrzymanie publicznego systemu ochrony zdrowia. W myśl art. 131c st. 1 u.ś.o.z. na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczają się corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6% PKB<sup>25</sup>. Środki te obejmują wydatki budżetowe z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Oznacza to, że wpłaty z budżetu państwa przekazywane Funduszowi Medycznemu w wysokości 4 mld zł rocznie są elementem środków finansowych, o których mowa w art. 131c ust. 1 u.ś.o.z. Skutkiem tego jest brak konieczności wydatkowania środków publicznych w tej kwocie na inne zadania z zakresu ochrony zdrowia. Bilans wydatków publicznych na ochronę zdrowia pozostaje zatem bez zmian.

## PODSUMOWANIE

Wprowadzenie do polskiego sektora finansów publicznych nowej jednostki odpowiedzialnej za finansowanie ochrony zdrowia wydaje się być wyrazem dbałości ustawodawcy o ten sektor działalności organów władzy publicznej. Ustawa o Funduszu Medycznym prawnie uregulowała zasady finansowania niektórych trudno dostępnych dotychczas świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń dla osób poniżej 18. roku życia, oraz umożliwiła finansowanie *de facto* z budżetu państwa niektórych inwestycji w wyspecjalizowaną infrastrukturę zdrowotną. Jest to niewątpliwie odpowiedź na potrzeby i oczekiwania społeczeństwa, przede wszystkim w zakresie poszerzenia dostępności profilaktyki chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworowych, dostępu do wysokiej jakości świadczeń oraz świadczeń udzielanych poza granicami kraju. Zasługuje to na pozytywną ocenę.

To samo należy odnieść do ustawowej konstrukcji Funduszu Medycznego, która jest w zasadzie zgodna z przepisami ustawy o finansach publicznych.

Wątpliwości budzą natomiast dwie kwestie. Po pierwsze, wpłaty z budżetu państwa stanowią główne źródło finansowania Funduszu Medycznego. Bez nich realizacja zadań Funduszu jest niemożliwa. Oznacza to, że z prawnofinansowego punktu widzenia Fundusz Medyczny jest w rzeczywistości zasobem środków publicznych sztucznie wyodrębnionych z budżetu państwa.

---

<sup>25</sup> W latach 2021, 2022 i 2023 ma to być odpowiednio: 5,30%, 5,55% i 5,80% PKB. Przepis ten obowiązuje od 2019 r.

**Uwaga! Artykuł został opublikowany w dwóch wersjach językowych – podstawą do cytowań jest wersja angielska**

**The English-language text shall constitute the original version of the article. The Polish-language version of the article is only an illustrative version**

---

Jego przychody z pozostałych tytułów mają marginalne znaczenie dla prowadzenia gospodarki finansowej w skali roku.

Po drugie, wprowadzenie Funduszu Medycznego jako dodatkowego zasobu środków nie zwiększyło istotnie nakładów finansowych przeznaczanych na realizację zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia ponoszonych przez państwo i jednostki samorządu terytorialnego. Dokonano jedynie zmiany w strukturze wydatków publicznych w sektorze zdrowotnym.

Na pozytywną uwagę zasługuje natomiast aktywność projektodawcy i ustawodawcy w zakresie reformowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

## BIBLIOGRAFIA

### LITERATURA

- Bożek W., Mańczyk P., *Komentarz do art. 29*, [w:] *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, red. Z. Ofiarski, Warszawa 2020.
- Chojna-Duch E., *Sektor finansów publicznych*, [w:] M. Bitner [et. al.], *Prawo finansowe*, Warszawa 2017.
- Gonet W., *Dotacja w systemie finansów publicznych – wybrane zagadnienia*, „Finanse Komunalne” 2013, nr 6.
- Gorgol A., *Fundusze celowe*, [w:] *Zarys finansów publicznych i prawa finansowego*, red. W. Wójtowicz, Warszawa 2020.
- Lenio P., *Państwowe fundusze celowe*, [w:] *Prawo finansów publicznych z kasami i pytaniami*, red. W. Miemiec, Warszawa 2020.
- Lenio P., *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Warszawa 2018.
- Malinowska-Misiąg E., *Komentarz do art. 29*, [w:] *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, red. W. Misiąg, Warszawa 2019.
- Maśniak D., *Fundusze publiczne*, [w:] *Podstawy finansów i prawa finansowego*, red. A. Drwiłło, Warszawa 2018.
- Miemiec W., *Komentarz do art. 11*, [w:] *Regionalne izby obrachunkowe. Charakterystyka ustrojowa i komentarz do ustawy*, red. M. Stec, Warszawa 2010.
- Ofiarski Z., *Plany finansowe państwowych funduszy celowych – wybrane problemy dotyczące statusu materialno-prawnego i proceduralnego*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 521.
- Sawicka K., *Fundusze celowe*, [w:] *System Prawa Finansowego*, t. 2: *Prawo finansowe sektora finansów publicznych*, red. E. Ruśkowski, Warszawa 2010.
- Sawicka K., *Komentarz do art. 11*, [w:] M. Karlikowska, W. Miemiec, Z. Ofiarski, K. Sawicka, *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*, Wrocław 2010.

### NETOGRAFIA

- Uzasadnienie do projektu ustawy o Funduszu Medycznym, Druk sejmowy Sejmu IX Kadencji nr 457, <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=457> (dostęp: 10.10.2021).
- Uzasadnienie do projektu ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Druk sejmowy Sejmu IX Kadencji nr 563, <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=563> (dostęp: 10.10.2021).

### AKTY PRAWNE

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483, ze zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020, poz. 398, ze zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. 2021, poz. 305).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2021, poz. 711).
- Ustawa z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz.U. 2020, poz. 1875).
- Ustawa budżetowa na rok 2021 z dnia 20 stycznia 2021 r. (Dz.U. 2021, poz. 190).