

Dr hab. Michalina Duda-Hyz, prof. UO

Uniwersytet Opolski

ORCID: 0000-0001-7058-3481

e-mail: michalina.duda-hyz@uni.opole.pl

Fundusz Medyczny — organizacja i zasady gospodarki finansowej

Medical Fund — organization and principles of financial management

Streszczenie

Celem artykułu jest analiza przepisów normujących organizację i zasady gospodarki finansowej Funduszu Medycznego w kontekście funkcji, jakie w doktrynie prawa finansowego przypisuje się funduszom celowym. W pierwszej części opracowania poddano ocenie regulacje dotyczące organizacji i zadań tej jednostki. Drugą poświęcono przedstawieniu źródeł finansowania oraz zasad gospodarki finansowej Funduszu, zwracając szczególną uwagę na problem zasilania tej jednostki tzw. wpłatą z budżetu państwa. Z uwagi na ograniczone ramy artykułu do odrębnego opracowania pozostawiono problematykę programów inwestycyjnych oraz kwestię trybu i zasad przekazywania środków z Funduszu.

Stosując metody właściwe współczesnej dogmatyce prawa, zidentyfikowano podstawowe cechy przesadzające o charakterze prawnym Funduszu Medycznego. Zweryfikowano hipotezę, że jednostka ta, pomimo nadania jej w płaszczyźnie normatywnej statusu państwowego funduszu celowego, stanowi rodzaj parabudżetu, który jedynie w ograniczonym zakresie może realizować właściwe funduszom celowym funkcje redystrybucyjną oraz mobilizacji środków publicznych. Wykazano również, że skutkiem uchwalenia ustawy o Funduszu Medycznym jest wyodrębnienie części wydatków budżetu państwa przeznaczonych na zadania z zakresu ochrony zdrowia i stworzenie podstaw prawnych do ich wydatkowania w sposób charakterystyczny dla gospodarki funduszowej. Przyjęcie takiego rozwiązania wpisuje się w dostrzegalną w ostatnich latach tendencję do odstępstw od zasady zupełności budżetu państwa.

Słowa kluczowe: Fundusz Medyczny, państwowe fundusze celowe, zasady gospodarki finansowej, debudżetyzacja

JEL: H72, H75, K32

Abstract

The aim of the paper is to analyse the regulations governing the organisation and financial management principles of the Medical Fund in the context of the functions assigned to special purpose funds in the financial law doctrine. The first part of the study is devoted to the assessment of the regulations relevant to the organisation and tasks of the Fund. In the second part, the sources of financing as well as the principles of the Fund's financial management have been presented, with particular attention paid to the issue of supplying the Fund with the so-called contribution from the state budget. Due to the limited scope of the paper, the issues of investment programmes, as well as the mode and rules of distributing monies from the Fund, have been left for a separate study.

Based on the methods specific to the contemporary legal dogma, the basic features determining the legal nature of the Medical Fund were identified. According to the hypothesis verified in course of the study, the analysed unit — despite being granted the status of a state special purpose fund at the normative level — constitutes a sort of quasi-budget, which can perform the redistributive and public resource mobilization functions, typical of special purpose funds, only to a limited extent. It was also shown that the enactment of the Medical Fund Act results in the separation of part of the state budget expenditures allocated to health protection tasks and in the creation of legal grounds for spending these funds in a way characteristic of extra-budgetary financial management. The adoption of such a solution is in line with the tendency to derogate from the principle of completeness of the budget.

Keywords: Medical Fund, state special purpose funds, principles of financial management, debudgetisation

Uwagi wprowadzające

Problematyce funduszy celowych jako instrumentów debudżetyzacji finansów państwa poświęcono dużo uwagi w polskiej doktrynie prawa finansowego. W literaturze przedmiotu analizowano przyczyny tworzenia funduszy celowych, a w konsekwencji także wady i zalety tej formy publicznej gospodarki finansowej (Chojna-Duch, Kosikowski, 2000; Kosikowski, 2003; Owsiak, 2005; Stankiewicz, 2007; Szolno-Koguc, 2007; Kozieł, 2010; Sawicka, 2010; Kosikowski, 2011; Guziejewska, 2016). Na tle przepisów zawartych w kolejnych ustawach o finansach publicznych prowadzono również badania dotyczące charakteru prawnego oraz gospodarki finansowej funduszy celowych (Kucia-Guściora, 2004, 2007a, 2007b; Sawicka, 2010; Ofiarski, 2018). W tym aspekcie zaakcentowania wymaga fakt, iż w piśmiennictwie prawnofinansowym od lat zwraca się uwagę na negatywne skutki, jakie niesie za sobą rozwinięta gospodarka pozabudżetowa, a liczne fundusze celowe określano nawet mianem plagi polskich finansów publicznych (Kosikowski, 2009). Wbrew postulatom doktryny, a także w oczywistej sprzeczności z założeniami, jakie legły u podstaw obowiązującej ustawy o finansach publicznych¹, w ostatnich latach wyraźnie dostrzegalna jest tendencja do tworzenia nowych jednostek o cechach parabudżetów, w tym państwowych funduszy celowych. Wystarczy wskazać, że tylko w latach 2018–2019 utworzono: Fundusz Solidarnościowy (pierwotna nazwa Fundusz Wspierania Osób Niepełnosprawnych), Fundusz Dróg Samorządowych, Fundusz Rozwoju Przewozów Autobusowych o Charakterze Użyteczności Publicznej, Fundusz Inwestycji Kapitałowych, Fundusz Wypłaty Różnicy Ceny, Fundusz Dostępności oraz Fundusz Rekompensat Pośrednich Kosztów Emisji. W roku 2020 nastąpił dalszy wzrost gospodarki funduszowej, czego wyrazem jest powołanie do życia Funduszu Medycznego.

Celem niniejszego artykułu jest analiza przepisów normujących organizację i zasady gospodarki finansowej Funduszu Medycznego w kontekście funkcji, jakie w doktrynie prawa finansowego przypisuje się funduszom celowym. W pierwszej części opracowania poddano ocenie regulacje dotyczące organizacji i zadań tej jednostki. Drugą poświęcono przedstawieniu źródeł finansowania oraz zasad gospodarki finansowej Funduszu, zwracając szczególną uwagę na problem zasilania tej jednostki tzw. wpłatą z budżetu państwa. Z uwagi na ograniczone ramy artykułu do odrębnego opracowania pozostawiono problematykę programów inwestycyjnych oraz kwestię trybu i zasad przekazywania środków z Funduszu.

Stosując metody właściwe współczesnej dogmatyce prawa, zidentyfikowano podstawowe cechy przesądzające o charakterze prawnym Funduszu Medycznego. Zweryfikowano hipotezę, że jednostka ta, pomimo nadania jej w płaszczyźnie normatywnej statusu państwowego funduszu celowego, stanowi rodzaj parabudżetu, który jedynie w ograniczonym zakresie może realizować właściwe funduszom celowym funkcje redystrybucyjną oraz mobilizacji środków publicznych.

Organizacja i zadania Funduszu Medycznego

W dniu 26.11.2020 r. weszła w życie ustawa tworząca nową jednostkę sektora finansów publicznych — Fundusz Medyczny². Zgodnie z treścią uzasadnienia do projektu tego aktu utworzenie nowego państwowego funduszu celowego ma służyć poprawie zdrowia i jakości życia Polaków poprzez finansowanie lub dofinansowanie określonych świadczeń i zadań z zakresu ochrony zdrowia³. Ochrona zdrowia bez wątpienia należy do priorytetowych, a jednocześnie stwarzających liczne problemy, zadań państwa. Treść uzasadnienia do projektu ustawy tworzącej Fundusz zdaje się zatem potwierdzać sformułowaną w doktrynie tezę, że fundusze celowe są postrzegane jako skuteczne narzędzia zarządzania ważnymi obszarami działalności publicznej (Sawicka, 2010). Istnieje bowiem przeświadczenie, iż utworzenie funduszu zapewnia samo przez się realizację celów i interesów danej grupy społecznej lub zawodowej (Kosikowski, 2006). W treści uzasadnienia podniesiono ponadto, że instytucja ta została utworzona „na podstawie rozpoznania potrzeb w zakresie ochrony zdrowia i będzie wychodzić naprzeciw zidentyfikowanym problemom, szczególnie zaś niezaspokojonym potrzebom medycznym”⁴. W świetle powyższego stwierdzenia nasuwa się konkluzja, iż utworzenie Funduszu Medycznego, który w założeniu ma służyć realizacji zadań dotyczących powszechnie znanych i niezaspokojonych potrzeb społecznych, wpisuje się w obserwowaną na przestrzeni lat prawidłowość, iż fundusze celowe są powoływane przede wszystkim w tych działach, w których występuje zagrożenie społeczne czy gospodarcze i w których rozpoczęcie akcji na te cele jest konieczne (Gajl, 1993).

Zgodnie z treścią ustawy celem Funduszu jest wsparcie działań zmierzających do poprawy zdrowia i jakości życia w Polsce poprzez zapewnienie dodatkowych źródeł finansowania: (1) profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób cywilizacyjnych, w tym chorób nowotworowych i chorób rzadkich; (2) infrastruktury ochrony zdrowia wpływającej na jakość i dostępność oraz bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej; (3) dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej; (4) rozwoju systemu opieki zdrowotnej przez koncentrację działań wokół pacjenta i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia pacjentów i ich rodzin; (5) świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia; (6) świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju⁵. Obok określenia celów Funduszu w treści ustawy zawarto także zamknięty katalog zadań, na które mogą być przeznaczane środki tej jednostki. I tak, Fundusz gromadzi środki z przeznaczeniem na następujące cele: (1) dofinansowanie zadania polegającego na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej; (2) dofinansowanie zadania polegającego na modernizacji, przebudowie lub doposażeniu podmiotów leczniczych; (3) finansowanie leków w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych w rozumieniu przepisów ustawy

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶; (4) finansowanie technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej lub technologii lekowej o wysokim poziomie innowacyjności w rozumieniu przepisów ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych⁷; (5) dofinansowanie zadania polegającego na zwiększeniu skuteczności programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej; (6) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia; (7) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju⁸.

Oceniając wskazany wyżej katalog zadań Funduszu, należy przychylić się do stanowiska, iż zostały one trafnie wybrane. W sposób właściwy identyfikują bowiem problemy ochrony zdrowia oraz mają wpływ na ocenę systemu opieki zdrowotnej w Polsce (Ciura, Szpringer, 2020). Szczególnie istotne i aktualne wydają się zadania związane z profilaktyką i leczeniem chorób nowotworowych i rzadkich oraz leczeniem dzieci. Jednocześnie należy podkreślić, że zgodnie z brzmieniem przepisu ustawy o Funduszu Medycznym celem tej jednostki jest „zapewnienie dodatkowych źródeł finansowania”, co oznacza, że zadania te w dalszym ciągu będą finansowane także z innych źródeł, przede wszystkim z Narodowego Funduszu Zdrowia. Wyjątek dotyczy jedynie wskazanych w ustawie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza granicami kraju, które w całości mają być finansowane ze środków Funduszu. Sytuacje, w których utworzenie funduszu celowego nie wiąże się z zaprzestaniem finansowania danego rodzaju wydatków publicznych z budżetu państwa lub innych jednostek sektora finansów publicznych, są oceniane krytycznie (Kosikowski, 2006). W szczególności zwraca się uwagę, że stwarzają one pole do nadużyć, polegających na manipulowaniu operacjami finansowymi w celu uniknięcia zwrotów niewykorzystanych środków budżetowych na koniec roku (Szołno-Koguc, 2007). W analizowanej sytuacji rodzi się również obawa, że nadmiernie skomplikowany system finansowania będzie nieprzejrzysty i w praktyce może utrudnić pacjentom dostęp do kosztownych terapii. Wątpliwości może budzić m.in. to, w jaki sposób zadania realizowane w ramach Funduszu zostaną skoordynowane z celami już istniejących lub przygotowywanych programów, np. z Narodową Strategią Onkologiczną lub Narodowym Planem dla Chorób Rzadkich. Na etapie tworzenia Funduszu brak jest jednak podstaw do formułowania jednoznacznych ocen w tym zakresie.

Fundusz Medyczny jest państwowym funduszem celowym w rozumieniu przepisów ustawy o finansach publicznych, a zatem w przeciwieństwie do Narodowego Funduszu Zdrowia nie posiada osobowości prawnej. Dysponentem Funduszu ustanowiono ministra właściwego do spraw zdrowia⁹. Warto również zauważyć, że choć jednostka ta stanowi jedynie wyodrębniony zasób środków pieniężnych pochodzących z określonych źródeł i przeznaczonych na określone cele, ustawa stwarza podstawy prawne do powołania organu opiniodawczo-doradczego dla dysponenta Funduszu, tj. Rady Funduszu Medycznego. W skład tego ciała mają wchodzić przedstawiciele: ministra właściwego

do spraw zdrowia, Prezesa Rady Ministrów, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Rzecznika Praw Pacjenta, a także po dwóch przedstawicieli Prezydenta RP i organizacji zrzeszających pacjentów. Członków Rady będzie powoływać minister zdrowia na wniosek podmiotów, które reprezentują. Przedstawiciele organizacji pacjentów, do których zadań statutowych należą sprawy objęte zakresem ustawy, mają być powoływani spośród kandydatów zgłoszonych przez te organizacje. Wypada także zaznaczyć, że w pracach Rady będą mogły uczestniczyć osoby zaproszone przez przewodniczącego, którym nie będzie jednak przysługiwać prawo głosu przy podejmowaniu rozstrzygnięć¹⁰.

Jak już wspomniano, Rada Funduszu ma pełnić wyłącznie funkcje opiniodawczo-doradcze, ustawa nie zawiera bowiem żadnych przepisów upoważniających ten organ do podejmowania rozstrzygnięć o charakterze władczym. Obok funkcji doradczych, obejmujących także zgłaszanie ministrowi zdrowia wniosków i propozycji dotyczących działalności Funduszu, zadania Rady będą obejmować wydawanie opinii oraz dokonywanie corocznej analizy i oceny skuteczności finansowania realizowanych przez Fundusz zadań. W świetle przepisów ustawy opinie Rady mają dotyczyć podziału środków pomiędzy wyodrębnione w ramach Funduszu Medycznego subfundusze oraz działalności tej jednostki. Ponieważ podział środków pomiędzy subfundusze ma kluczowe znaczenie dla określenia wielkości wydatków związanych z realizacją poszczególnych zadań, uzasadnione wydaje się twierdzenie, że Rada powinna wyrazić opinię każdorazowo, niezależnie od tego, z jakiego źródła pochodzą przychody Funduszu i jaka jest ich wielkość. Opinie o charakterze ogólnym, dotyczące „działalności Funduszu”, będą natomiast sporządzane doraźnie, na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia. W świetle przepisów ustawy do zadań Rady należy również dokonywanie corocznej analizy i oceny skuteczności finansowania programów profilaktycznych, a także: technologii lekowych, świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia oraz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju. Wskazane wyżej analizy i oceny w założeniu mają służyć poprawie dostępności świadczeń finansowanych z Funduszu oraz skuteczności realizowanych programów profilaktycznych. Ponieważ będą one przeprowadzane na podstawie informacji przekazywanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, na podmioty te nałożono obowiązek współpracy z Radą. Oznacza to, że Radzie będzie przysługiwać prawo do żądania przekazania informacji niezbędnych do realizacji przypisanych jej zadań.

Analizując przepisy dotyczące organizacji Funduszu Medycznego, należy zwrócić uwagę na szczególną cechę tej jednostki, jaką jest wyodrębnienie czterech subfunduszy, w ramach których mają być finansowane poszczególne kategorie zadań. Subfunduszami tymi są: subfundusz infrastruktury strategicznej, subfundusz modernizacji podmiotu

tów leczniczych, subfundusz rozwoju profilaktyki oraz subfundusz terapeutyczno-innowacyjny. Uwagę zwraca fakt, iż w treści ustawy nie ustalono żadnych proporcji, w jakich powinny być dzielone środki pomiędzy wymienione wyżej subfundusze. Nie wskazano również kryteriów, którymi powinien kierować się dysponent Funduszu, podejmując decyzję w tym zakresie. Ustawa zawiera natomiast przepis stanowiący, iż podziału środków na zadania Funduszu dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia¹¹. Wbrew obserwowanym współcześnie tendencjom do normatywizacji i eksternalizacji zasad i procesów wydatkowania publicznego ministrowi zdrowia przyznano zatem bardzo szeroki zakres swobody politycznej w sferze wydatkowania środków Funduszu¹².

Rozpatrując powyższą sytuację, należy zauważyć, że normatywne określenie proporcji podziału środków między subfundusze mogłoby doprowadzić do nadmiernego usztywnienia gospodarki finansowej tej jednostki, a w konsekwencji uniemożliwić realizację określonych zadań. Niemniej brak określenia kryteriów, jakimi winien kierować się dysponent Funduszu, może znacząco utrudnić ocenę racjonalności i efektywności podejmowanych decyzji. Pewnych wskazówek można upatrywać w formułowanych przez Radę Funduszu opiniach. Opinie te nie mają jednak charakteru wiążącego, a zatem dysponent Funduszu może dokonać podziału środków wbrew rekomendacjom Rady. Powyższe nie oznacza, że polityczna swoboda wydatkowania tego organu ma charakter nieograniczony. W świetle przepisów Konstytucji RP zakres należnych pacjentowi świadczeń stanowi materię ustawową, a dostęp do tych świadczeń powinien być rzeczywisty, a nie jedynie formalny¹³. W związku z tym, podejmując decyzje o podziale środków, dysponent Funduszu musi uwzględnić koszty świadczeń finansowanych lub dofinansowywanych z subfunduszu rozwoju profilaktyki oraz subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego. Jest również oczywiste, że wydatki muszą być dokonywane zgodnie z zasadami określonymi w przepisach ustawy o finansach publicznych, w szczególności w sposób zapewniający uzyskiwanie najlepszych efektów z danych nakładów¹⁴. W tym kontekście należy zauważyć, że w przypadku części zadań realizowanych ze środków subfunduszy infrastruktury strategicznej oraz modernizacji podmiotów leczniczych konieczne będzie uwzględnienie zakresu finansowania w ramach funkcjonujących już programów wieloletnich. Z treści przepisów ustawy wynika bowiem, że beneficjentami środków Funduszu, w szczególności w zakresie realizacji projektów strategicznych, będą mogły być również te podmioty lecznicze, które realizują lub koordynują programy wieloletnie w rozumieniu ustawy o finansach publicznych¹⁵.

Źródła finansowania i gospodarka finansowa Funduszu Medycznego

Kluczowym aspektem funkcjonowania każdego państwowego funduszu celowego jest, obok realizacji wyodrębnionych zadań państwowych, pozyskiwanie przychodów ze środków publicznych. W doktrynie prawa finansowego

wskazuje się, że możliwość angażowania znacznie większego kręgu jednostek niż przy finansowaniu z budżetu stanowi jedną z podstawowych zalet tej formy publicznej gospodarki finansowej (Gajl, 1993; Stankiewicz 2007). W dążeniu do zwiększenia obciążenia przedsiębiorców czy ludności kosztami określonych usług publicznych poprzez wprowadzenie nowej daniny zasilającej fundusz upatruje się także jednej z głównych przesłanek tworzenia tego rodzaju jednostek sektora (Szołno-Koguc, 2007).

W tym kontekście zaakcentowania wymaga fakt, iż w świetle przepisów ustawy o finansach publicznych do państwowych funduszy celowych nie zalicza się funduszy, których jedynym źródłem przychodów, z wyłączeniem odsetek od rachunku bankowego i darowizn, jest dotacja z budżetu państwa¹⁶. Przyjęcie powyższego zastrzeżenia wydaje się w pełni uzasadnione. Należy bowiem podkreślić, że jeżeli u podstaw decyzji o utworzeniu funduszu leży potrzeba uniezależnienia finansowego jakiejś dziedziny życia publicznego od bieżących decyzji parlamentu, to konieczne jest wydzielenie części dochodów publicznych i powiązanie ich z określonymi zadaniami. W nauce prawa finansowego zwraca się przy tym uwagę, że optymalna sytuacja ma miejsce wtedy, gdy zapotrzebowanie na środki finansowe na dany cel jest względnie stałe, a źródło dochodów funduszu względnie stabilne (Sawicka, 2010).

Ustawa o Funduszu Medycznym wskazuje cztery zasadnicze źródła przychodów tej jednostki. Są nimi: (1) wpływy z tytułu opłat za złożenie wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego lub innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, (2) wpłaty z budżetu państwa przekazywane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w wysokości określonej co roku w ustawie budżetowej na dany rok budżetowy, nie niższej niż 4 mld zł, (3) odsetki od zgromadzonych środków, (4) dobrowolne wpłaty, darowizny i zapisy oraz wpływy z innych tytułów¹⁷. Na tle przedstawionej regulacji nasuwają się następujące konkluzje.

Po pierwsze należy zauważyć, że ustawa o Funduszu Medycznym nie kreuje nowego źródła przychodów publicznych. Opłaty za złożenie wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji zostały bowiem wprowadzone do polskiego systemu prawnego w drodze nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2014 r.¹⁸ i do czasu wejścia w życie ustawy o Funduszu Medycznym stanowiły dochód budżetu państwa¹⁹. W ramach Funduszu Medycznego nie będzie zatem realizowana funkcja mobilizacji środków publicznych rozumiana jako powiększanie środków publicznych w sytuacji, gdy nie jest to możliwe ani wskazane przy użyciu tradycyjnych instrumentów fiskalnych (Misiąg, 2005).

Po drugie wypada podkreślić, że w relacji do zakresu i kosztocłonności przypisanych Funduszowi zadań przychody ze wskazanych wyżej opłat mają znikome znaczenie fiskalne. W sprawozdaniu opisowym z wykonania budżetu państwa w roku 2019 — w zakresie ministra właściwego do

spraw zdrowia — zawarto informację, że dochody budżetu państwa z tytułu opłaty za złożenie wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji wyniosły 266 tys. zł. Ministerstwo Finansów nie dysponuje danymi dotyczącymi wielkości dochodów z tytułu tych spośród wyżej wymienionych opłat, które są pobierane przez wojewodów²⁰. Wysokość kwotowo określonych stawek rzeczonych danin uprawnia jednak do twierdzenia, że wpływy z tego źródła są w skali kosztów Funduszu niewielkie²¹. Mimo iż w aspekcie formalnoprawnym Fundusz Medyczny odpowiada definicyjnym cechom państwowych funduszy celowych, to jednak trudno twierdzić, że osiągnięto jeden z podstawowych celów przypisywanych tym jednostkom, tj. zapewnienie względnie stabilnego źródła finansowania wybranej dziedziny działalności poprzez przekazanie do dyspozycji gestorów funduszu pewnej części dochodów publicznych (Owsiak, 2005).

Po trzecie należy zaznaczyć, że w doktrynie prawa finansowego parabudżety są postrzegane jako urzędnictwa, które zastępują bądź uzupełniają budżet państwa w zakresie gromadzenia i dzielenia zasobów pieniężnych (Sawicka, 2010). W odniesieniu do Funduszu Medycznego ustawa nie przewiduje innych, poza wskazaną wyżej opłatą, pozabudżetowych źródeł środków publicznych. To z kolei oznacza, że wobec nikomego znaczenia samej opłaty jednostka ta jedynie w niewielkim stopniu będzie pełnić kluczową dla funduszy celowych funkcję redystrybucyjną.

Czwartym zagadnieniem, które zasługuje na uwagę w kontekście źródeł przychodów Funduszu Medycznego, jest sposób powiązania tej jednostki z budżetem państwa. Z treści ustawy wynika, że na rzecz Funduszu będą dokonywane transfery środków pieniężnych w wysokości określonej corocznie w ustawie budżetowej na dany rok budżetowy, nie niższej niż 4 mld zł²². Głównym źródłem finansowania Funduszu będą zatem środki przekazywane z budżetu państwa. W świetle przedstawionej wyżej struktury dochodów rodzi się oczywiste pytanie, czy w takiej sytuacji powoływanie do życia nowego państwowego funduszu celowego jest zasadne, czy zakładanych celów nie można by osiągnąć bez tworzenia nowej jednostki sektora finansów publicznych, np. poprzez ustanowienie programu wieloletniego. Na tle przepisu normującego źródła przychodów Funduszu Medycznego kontrowersje może również rodzić forma prawna transferu z budżetu państwa na rzecz tej jednostki. Należy bowiem zauważyć, że ustawa nie posługuje się w tym zakresie pojęciem dotacji, lecz stanowi, że przychodami Funduszu są „wpłaty z budżetu państwa przekazywane przez ministra właściwego do spraw zdrowia”. W polskim prawie finansowym do odosobnionych należy zaliczyć takie konstrukcje prawne, w których świadczenia dokonywane z budżetu podmiotu publicznego na sfinansowanie niedoboru jednostki powiązanej z tym budżetem metodą netto są przekazywane w formie prawnej innej niż dotacja. Zdaje się to wynikać z głęboko zakorzenionego przekonania, że państwo nie ma prawa niczego darować, a dotacja budżetowa nie jest środkiem samym w sobie, lecz środkiem służącym do osiągnięcia określonego celu, wynikającego z interesu publicznego (Chojna-Duch, 1988). W konse-

kwencji przekazanie dotacji następuje w ustalonym trybie, a uzyskane w jej ramach środki podlegają szczególnym zasadom rozliczania. Odejście od formuły dotacji na rzecz „wpłaty z budżetu państwa” jest zatem nie tylko konstrukcją nietypową, lecz przede wszystkim pociągającą za sobą daleko idące skutki prawne. W tym kontekście warto również zaznaczyć, że zdecydowana większość regulacji umożliwiających zaspokajanie braku środków pieniężnych funduszy celowych w takiej formie została wprowadzona w czasie epidemii wirusa SARS-CoV2, wpisując się w dostrzegalną w tym okresie tendencję do liberalizacji zasad prowadzenia publicznej gospodarki finansowej.

Analizując skutki prawne zasilania państwowego funduszu celowego „wpłatą z budżetu państwa”, należy zwrócić uwagę, że ustawa o Funduszu Medycznym nie normuje trybu i terminów przekazywania wpłaty na rzecz tej jednostki. Odejście od formuły dotacji rodzi także pytania o kwalifikację tego rodzaju wydatków w świetle przepisu ustawy o finansach publicznych określającego grupy wydatków budżetu państwa²³. W roku 2020 kwotę wpłaty na rzecz Funduszu Medycznego ujęto w rezerwie celowej poz. 68 *Środki na zadania w obszarze zdrowia*²⁴. W analogiczny sposób środki te są prezentowane w ustawie budżetowej na rok 2021²⁵. Tym samym wskazane wydatki o charakterze transferowym będą podlegać rozdysponowaniu zgodnie z przepisami dotyczącymi podziału rezerw celowych. W treści ustawy o Funduszu Medycznym nie zawarto również odrębnych regulacji dotyczących rozliczania i kontroli wydatkowania przekazanej wpłaty. Niewątpliwie nie znajdują w tym zakresie zastosowania przepisy ustawy o finansach publicznych odnoszące się do kwestii rozliczania dotacji udzielonej z budżetu państwa.

Powyższe oznacza, że w systemie prawa brak jest normy statuującej nakaz zwrotu wpłaty w sytuacji jej niewykorzystania w roku budżetowym bądź wykorzystania niezgodnie z przeznaczeniem. Środki pochodzące z tzw. wpłaty z budżetu państwa, które nie zostały wykorzystane w danym roku budżetowym, będą traktowane tak jak pozostałe środki Funduszu, czyli pozostaną w dyspozycji gestora Funduszu i będą ujmowane w planie finansowym tej jednostki na kolejny rok. Przyjęcie takiej konstrukcji w sposób oczywisty wiąże się z ograniczeniem kontrolnej roli parlamentu nad wydatkami budżetu państwa. Sprawozdanie z wykonania ustawy budżetowej nie obejmuje bowiem sprawozdania z wykonania planów państwowych funduszy celowych, a jedynie dane rachunkowe, dotyczące przychodów i kosztów tych jednostek (Mierzwa, 2014). Brak obowiązku zwrotu „wpłaty z budżetu państwa” może również stwarzać pole do prowadzenia nieracjonalnej gospodarki finansowej znajdującej wyraz w tym, że z jednej strony w dyspozycji Funduszu pozostają niewykorzystane środki, a z drugiej istnieje potrzeba sfinansowania deficytu budżetu państwa (zob. Szolno-Koguc, 2007; Kosikowski, 2011).

Przyjęcie formy prawnej wpłaty z budżetu państwa w miejsce dotacji może wywoływać wątpliwości także w płaszczyźnie przepisów normujących zasady dokonywania zmian w planie finansowym Funduszu Medycznego. W doktrynie prawa finansowego dominuje stanowisko, iż ustalenia zawarte w poszczególnych planach finansowych państwo-

wych funduszy celowych w wyniku ich zamieszczenia w załączniku do ustawy budżetowej mają charakter wiążących ustaleń prawnych (zob. Kucia-Guściora, 2004; Mierzwa, 2014; Ofiarski, 2018; por. A. Borodo, 2017). W myśl przepisów ustawy o finansach publicznych w planach tych mogą być dokonywane zmiany polegające na zwiększeniu prognozowanych przychodów i odpowiednio kosztów, które nie mogą jednak powodować zwiększenia dotacji z budżetu państwa²⁶. Ustawa o Funduszu Medycznym nie zawiera regulacji szczegółowych dotyczących dokonywania zmian w planie tej jednostki, w szczególności nie wskazuje, czy dozwolone jest dokonywanie modyfikacji powodujących zwiększenie wpłaty z budżetu państwa. Jednocześnie należy zauważyć, że kwota owej wpłaty nie jest ustalona wprost w załącznikach do ustawy budżetowej. Jak już zaznaczono, jest ona ujęta w rezerwie celowej obejmującej również inne wydatki „na zadania w obszarze zdrowia”. Na tle powyższych uregulowań nasuwa się konkluzja, że będzie możliwe jej zwiększenie w trakcie roku budżetowego, oczywiście w ramach środków rzeczowej rezerwy celowej.

Odstąpienie od formy dotacji na rzecz wpłaty z budżetu państwa może także rodzić kontrowersje na tle regulacji dotyczących przekazywania wolnych środków państwowych funduszy celowych w zarządzaniu. W myśl przepisów ustawy o finansach publicznych minister finansów w ramach zarządzania długiem Skarbu Państwa oraz w celu sfinansowania potrzeb pożyczkowych budżetu państwa jest upoważniony do przyjmowania w zarządzaniu wolnych środków państwowych funduszy celowych. Ustawa stanowi również, że dysponenti państwowych funduszy celowych przekazują wolne środki ministrowi finansów w zarządzaniu z wyjątkiem środków pochodzących z dotacji z budżetu²⁷. Wyłączenie dotacji budżetowych z zakresu podlegających lokowaniu wolnych środków jest rozbieżnie oceniane w doktrynie. Z jednej strony wskazuje się, że przyjęcie odmiennego rozwiązania nie tylko naruszałoby zasady ustalania wysokości dotacji, ale także trybu jej przekazywania w relacji do kosztów i harmonogramu realizacji dotowanego zadania (Bożek, 2019). Z drugiej zwraca się uwagę, że pozostawienie środków z dotacji na rachunku zmniejsza możliwe do uzyskania dochody (Misiąg, 2019). Jak już zaznaczono, w odniesieniu do wpłat z budżetu państwa nie przewidziano żadnego szczególnego trybu i harmonogramu ich przekazywania. Należy również podkreślić, że minimalna wysokość kwoty owej wpłaty została określona w sposób sztywny, w związku z czym prawdopodobne są sytuacje, w których nie będzie ona wykorzystywana niezwłocznie. W tym kontekście możliwość przekazania wolnych środków pochodzących z „wpłaty” w zarządzanie wydaje się uzasadniona, pozwala bowiem ministrowi finansów na pozyskanie finansowania dłużnego. W żadnym wypadku nie oznacza to jednak aprobaty dla samej konstrukcji zasilania państwowych funduszy celowych w formie wpłat z budżetu państwa.

Ostatnią kwestią, na którą warto zwrócić uwagę, analizując instytucję wpłaty z budżetu państwa na rzecz Funduszu Medycznego, jest charakter owej wpłaty jako wydatku budżetowego. Jak już zaznaczono, ustawa stanowi *expressis verbis*, iż wpłaty z budżetu państwa będą przekazywane

przez ministra właściwego do spraw zdrowia w wysokości określonej corocznie w ustawie budżetowej na dany rok budżetowy, nie niższej niż 4 mld zł. Kwota wpłaty będzie zatem stanowić wydatek prawnie zdeterminowany, co oznacza ograniczenie swobody decyzyjnej organów władz publicznych w zakresie wykonywania suwerenności finansowej w aspekcie polityki wydatkowej w sferze ochrony zdrowia. Jest również rzeczą oczywistą, że wydatki sztywne mogą mieć negatywny wpływ na efektywność prowadzenia polityki wydatkowej w sytuacjach nadzwyczajnych, np. klęski żywiołowej czy epidemii (Dębowska-Romanowska, 2007; Ruśkowski, 2015). W doktrynie prawa finansowego powszechnie wskazuje się, że forma prawna funduszy celowych jest chętnie stosowana, ponieważ zapewnia ciągłość finansowania wyodrębnionych zadań, stawiając je na uprzywilejowanej pozycji w stosunku do innych zadań finansowanych bezpośrednio z budżetu (Malinowska-Misiąg, Misiąg, 2007; Stankiewicz 2007; Sawicka 2011). W przypadku Funduszu Medycznego dążenie do zagwarantowania źródła przychodów pozwalającego na sfinansowanie zadań przypisanych tej jednostce zostało zrealizowane w sposób nietypowy — nie poprzez wyodrębnienie części źródeł przychodów publicznych, lecz poprzez wykreowanie nowego wydatku sztywnego. Rezultatem powyższych działań jest zatem nie tyle utworzenie funduszu celowego w znaczeniu, jakie przypisuje się temu pojęciu w doktrynie prawa finansowego, lecz wyodrębnienie części wydatków budżetu państwa i stworzenie podstaw do ich ponoszenia w sposób charakterystyczny dla gospodarki funduszowej.

W piśmiennictwie z zakresu finansów publicznych wyrażane jest stanowisko, że funkcja mobilizacji środków publicznych za pomocą funduszy celowych realizuje się także przez obowiązującą w gospodarce funduszami zasadę, wedle której wielkość wydatków uzależnia się od wielkości zgromadzonych dochodów. To bowiem oznacza, że ewentualne większe wydatki wymagają wysiłku gestorów funduszy, aby pozyskać dodatkowe środki (Misiąg, 2005). Jednym z celów o charakterze gospodarczym tworzenia funduszy celowych jest zatem wywarcie mobilizującego wpływu na zmniejszenie kosztów działania lub maksymalizację dochodów na określonym odcinku zadań publicznych. Trafnie zwraca się przy tym uwagę, że owa bodźcowa przesłanka odgrywa rolę wyłącznie wówczas, gdy organ zarządzający ma wpływ na zwiększenie dochodów lub minimalizację kosztów (Szołno-Koguc, 2007). Z treści przepisu określającego strukturę źródeł przychodów Funduszu Medycznego wynika, że dysponent tej jednostki będzie miał znikomy wpływ na poziom jej dochodów. Można natomiast założyć, że bardziej elastyczne zasady gospodarowania środkami publicznymi, niż ma to miejsce w przypadku gospodarki budżetowej, pozwolą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia na minimalizację kosztów realizacji zadań, np. w drodze odpowiedniego ukształtowania warunków konkursów oraz postanowień umów zawieranych z wykonującymi te zadania podmiotami. Ocena realizacji funkcji mobilizującej w powyższym aspekcie wymaga zatem analiz ekonomicznych i będzie możliwa po upływie co najmniej roku od rozpoczęcia działalności przez Fundusz.

Określając zasady gospodarki finansowej Funduszu, założono, że koszty obsługi tej jednostki oraz realizowanych przez nią zadań będą ponoszone z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia. W treści ustawy określono również górny limit wynikających z tego tytułu wydatków, wskazując, że nie może on przekroczyć 1% przychodów Funduszu planowanych w danym roku budżetowym. Ponieważ przychody z tytułu tzw. wpłaty z budżetu państwa zostały prawnie zdeterminowane, a pozostałe źródła przychodów mają niewielkie znaczenie fiskalne, uzasadnione wydaje się przypuszczenie że maksymalna kwota wydatków na obsługę tej jednostki będzie wynosić nieco ponad 40 mln zł. Bez wątpienia jest to kwota znacząca, w związku z czym rodzi się obawa, że środki, które mogłyby zostać przeznaczone na realizację świadczeń medycznych, będą przekazywane na wydatki administracyjne Funduszu. Wypada jednak podkreślić, że w myśl przepisów ustawy o finansach publicznych wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów²⁸. Należy zatem wyrazić nadzieję, że przy zachowaniu powyższych zasad rzeczywiste koszty obsługi tej jednostki będą niższe.

Jak już zaznaczono, w drodze ustawy o Funduszu Medycznym tworzy się Radę Funduszu Medycznego. W związku z tym ustawa stwarza podstawę prawną do wypłaty świadczeń członkom i innym osobom biorącym udział w pracach Rady Funduszu. Świadczenia te obejmują zwroty kosztów przejazdu, zakwaterowania i diety osób zamieszkałych poza miejscowością, w której odbywa się posiedzenie Rady. W świetle obowiązujących regulacji członkom Rady nie będzie natomiast przysługiwać wynagrodzenie. Koszty funkcjonowania Rady mają być pokrywane z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia²⁹. Jednocześnie w treści ustawy przyjęto, że począwszy od 2021 r. maksymalny limit wydatków z budżetu państwa będących skutkiem wejścia w życie niniejszej ustawy wynosi 4,2 mld zł³⁰. Treść powołanych przepisów zdaje się zatem wskazywać na to, że wydatki budżetu państwa związane z funkcjonowaniem Funduszu będą obejmować dwie zasadnicze kategorie. Pierwszą stanowią wydatki transferowe, w postaci tzw. wpłaty z budżetu państwa, które będą ujmowane w rezerwie celowej. Drugą tworzą wydatki na obsługę Funduszu, wydatki na obsługę zadań finansowanych z Funduszu oraz wydatki na obsługę Rady Funduszu, które będą ponoszone bezpośrednio z budżetu państwa, z części 46 — Zdrowie.

Ostatnią kwestią, na jaką warto zwrócić uwagę, analizując zasady gospodarki finansowej Funduszu Medycznego, jest zaciąganie zobowiązań. W myśl przepisów ustawy o finansach publicznych jednostki sektora finansów publicznych mogą zaciągać zobowiązania do sfinansowania w danym roku do wysokości wynikającej z planu wydatków lub kosztów tej jednostki, pomniejszonej o wydatki na wynagrodzenia i uposażenia, składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy, inne składki i opłaty obligatoryjne oraz płatności wynikające z zobowiązań zaciągniętych w latach

poprzednich³¹. Ustawa statuuje zatem ograniczenie odnoszące się wyłącznie do tych zobowiązań, z których wynika konieczność finansowania w roku, którego dotyczy plan wydatków i kosztów jednostki. Powyższe ograniczenie nie obejmuje natomiast zobowiązań, których skutek finansowy nastąpi dopiero w roku lub w latach kolejnych (Kowalczyk, 2020; Misiąg 2019). Ustawa o Funduszu Medycznym zawiera odrębne przepisy dotyczące zaciągania niektórych kategorii zobowiązań przez dysponenta Funduszu. W myśl tych regulacji na realizację zadań w ramach subfunduszy infrastruktury strategicznej, modernizacji podmiotów leczniczych oraz rozwoju profilaktyki dysponent Funduszu może zaciągać zobowiązania o charakterze wieloletnim do określonej w ustawie wysokości³². W zakresie dwóch pierwszych subfunduszy górna granica tych zobowiązań determinowana jest wielkością środków wynikających z programów inwestycyjnych ustanawianych na podstawie ustawy o Funduszu Medycznym. Z kolei w przypadku subfunduszu rozwoju profilaktyki limit zobowiązań będą wyznaczać umowy dotyczące dofinansowania programu polityki zdrowotnej, zawierane przez Narodowy Fundusz Zdrowia z organami wykonawczymi jednostek samorządu terytorialnego. W zakresie zobowiązań służących realizacji innych zadań zastosowanie znajdą przepisy ustawy o finansach publicznych.

Konkluzje

Na podstawie analizy treści przepisów ustawy o Funduszu Medycznym oraz materiałów legislacyjnych dotyczących tego aktu wskazano podstawowe cechy nowo utworzonego Funduszu Medycznego. Potwierdzono również hipotezę, iż jednostka ta, pomimo nadania jej w płaszczyźnie normatywnej statusu państwowego funduszu celowego, jedynie w ograniczonym zakresie może realizować właściwe funduszom celowym funkcje redystrybucyjną i mobilizacji środków publicznych.

Po pierwsze wykazano, iż powołanie do życia Funduszu Medycznego wpisuje się w dostrzegalną od lat tendencję do tworzenia funduszy celowych w tych obszarach działalności publicznej, w których występuje zagrożenie i w których konieczne jest podjęcie określonych działań. Zadania Funduszu zostały przy tym trafnie wybrane i w sposób właściwy identyfikują problemy ochrony zdrowia. Niemniej większość z nich podlega finansowaniu także z innych źródeł, co rodzi obawę, że skomplikowany system finansowania świadczeń medycznych może być mało przejrzysty. Ocena efektywności wprowadzonych zmian, w szczególności w zakresie poprawy dostępności do określonych terapii, będzie jednak możliwa dopiero po rozpoczęciu działalności przez Fundusz.

Po drugie zwrócono uwagę, że cechą charakterystyczną powołanej do życia jednostki jest wyodrębnienie czterech subfunduszy, w ramach których mają być finansowane poszczególne kategorie zadań. Subfunduszami tymi są: subfundusz infrastruktury strategicznej, subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych, subfundusz rozwoju profilaktyki oraz

subfundusz terapeutyczno-innowacyjny. Wbrew obserwowanym współcześnie tendencjom do normatywizacji i eksternalizacji zasad i procesów wydatkowania publicznego w ustawie nie określono żadnych kryteriów podziału środków pomiędzy wskazane subfundusze, przyznając ministrowi zdrowia szeroki zakres swobody politycznej w tej sferze.

Po trzecie udowodniono, że Fundusz Medyczny jedynie w ograniczonym zakresie będzie realizować funkcje mobilizacji środków publicznych. Przesłanką utworzenia tej jednostki nie było dążenie do zwiększenia obciążenia przedsiębiorców czy ludności kosztami usług w sferze ochrony zdrowia. W związku z powyższym ustawa o Funduszu Medycznym nie kreuje nowego źródła przychodów publicznych. Można natomiast przyjąć założenie, że płaszczyzną realizacji funkcji mobilizacji środków publicznych mogą być działania mające na celu zmniejszenie kosztów wykonywania przypisanych Funduszowi zadań.

Po czwarte potwierdzono hipotezę, iż Fundusz Medyczny w bardzo niewielkim stopniu będzie pełnić funkcję instytucji, która zastępuje budżet państwa w zakresie gromadzenia i dzielenia zasobów pieniężnych. W odniesieniu do rzeczonyj jednostki ustawa nie przewiduje innych, poza opłatą za złożenie wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji, pozabudżetowych źródeł środków publicznych, zaś wpływy z tytułu wspomnianej opłaty mają znikome znaczenie fiskalne w relacji do kosztochłonności przypisanych tej jednostce zadań. Zasadniczym źródłem przychodów Funduszu Medycznego będą zatem transfery z budżetu państwa.

Po piąte wykazano, że powołując do życia Fundusz Medyczny, kierowano się przede wszystkim potrzebą uniezależnienia finansowego wybranych usług z zakresu ochrony

zdrowia od bieżących decyzji parlamentu. Dążenie do zagwarantowania źródła przychodów pozwalającego na sfinansowanie powyższych zadań nie zostało przy tym zrealizowane w sposób typowy dla państwowych funduszy celowych, tj. poprzez wydzielenie na rzecz tej jednostki części źródeł przychodów publicznych, lecz przez wykreowanie nowego wydatku sztywnego. Przesłanką utworzenia Funduszu Medycznego była także ucieczka przed rygoryzmem charakterystycznym dla gospodarki budżetowej. W sposób wyraźny świadczy o tym fakt, iż zasadniczym źródłem przychodów Funduszu są transfery z budżetu państwa przekazywane nie w formie prawnej dotacji, lecz tzw. wpłaty z budżetu państwa.

Konkludując, należy stwierdzić, że skutkiem uchwalenia ustawy o Funduszu Medycznym jest wyodrębnienie części wydatków budżetu państwa przeznaczonych na zadania z zakresu ochrony zdrowia i stworzenie podstaw prawnych do ich wydatkowania w sposób charakterystyczny dla gospodarki funduszowej. Przyjęcie takiego rozwiązania, podobnie jak stworzenie tytułu prawnego do zasilania Funduszu „wpłatą z budżetu państwa” w miejsce dotacji budżetowej, wpisuje się w dostrzegalną w ostatnich latach tendencję do liberalizacji zasad prowadzenia publicznej gospodarki finansowej, a w szczególności do odstępowania od zasady zupełności budżetu państwa. Rozszerzanie zakresu gospodarki pozabudżetowej, wiążące się m.in. z ograniczeniem kontrolnej funkcji parlamentu, niewątpliwie może rodzić kontrowersje. Ocena efektywności przyjętych rozwiązań wymaga jednak pogłębionych analiz ekonomicznych i będzie możliwa co najmniej po upływie roku od rozpoczęcia działalności przez Fundusz.

Przypisy/Notes

¹ Jednym z zasadniczych celów ustawy o finansach publicznych było wzmocnienie oraz poprawa przejrzystości finansów publicznych poprzez ograniczenie form organizacyjno-prawnych sektora finansów publicznych. Zob. uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o finansach publicznych, druk sejmowy nr 1181, Sejm VI kadencji, s. 2.

² Ustawa z 7.10.2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz.U. poz. 1875), dalej: ustawa o FM.

³ Zob. uzasadnienie do przedstawionego przez Prezydenta RP projektu ustawy o Funduszu Medycznym, druk sejmowy nr 457, Sejm IX kadencji, s. 1, dalej jako: uzasadnienie.

⁴ Uzasadnienie, s. 1.

⁵ Art. 3 ustawy o FM.

⁶ Ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r., poz. 1398, z późn. zm.), dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁷ Ustawa z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2021 r., poz. 523, z późn. zm.).

⁸ Art. 7 ustawy o FM.

⁹ Art. 6 ust. 1 i 2 ustawy o FM.

¹⁰ Art. 9 — art. 11 ustawy o FM.

¹¹ Art. 6 ustawy o FM.

¹² Na temat normatywizacji i eksternalizacji zasad i procesów wydatkowania publicznego szerzej zob. Dębowska-Romanowska, 2010.

¹³ Art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. nr 78, poz. 483, sprost. Dz.U. z 2001 r., nr 28, poz. 319, z późn. zm.). Zob. wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03, LEX.

¹⁴ Art. 45 ustawy z 27.08.2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2021 r., poz. 305, z późn. zm.), dalej „ustawa o finansach publicznych”.

¹⁵ Są np. programy: Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie czy Wieloletni program inwestycji w zakresie rewitalizacji i rozbudowy Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie — etap I.

¹⁶ Art. 29 ust. 5 ustawy o finansach publicznych.

¹⁷ Art. 8 ustawy o FM.

¹⁸ Art. 1 pkt 35 ustawy z 22.07.2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1138).

¹⁹ Art. 95e ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w brzmieniu obowiązującym do czasu wejścia w życie ustawy o FM.

²⁰ Odpowiedź Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z 13.11.2020 r. na wniosek o udostępnienie informacji publicznej, BMI1.0123.1655.2020.

²¹ Art. 95e ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

- ²² Art. 8 pkt 2 ustawy o FM.
²³ Art. 124 ustawy o finansach publicznych.
²⁴ Ustawa z 28.10.2020 r. o zmianie ustawy budżetowej na rok 2020, Dz.U. poz. 1919.
²⁵ Ustawa budżetowa na rok 2021 z 20.01.2021 r. (Dz.U. poz. 190, z późn. zm.).
²⁶ Art. 29 ust. 9 ustawy o finansach publicznych.
²⁷ Art. 78d ustawy o finansach publicznych.
²⁸ Art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych.
²⁹ Art. 9 i art. 11 ustawy o FM.
³⁰ Art. 38 ust. 1 ustawy o FM.
³¹ Art. 46 ust. 1 ustawy o finansach publicznych.
³² Art. 6 ust. 7 ustawy o finansach publicznych.

Bibliografia/References

- Borodo, A. (2017). *Konstrukcja prawna ustawy budżetowej*. Toruń: TNOiK „Dom Organizatora”.
- Bożyk, W. (2019). Komentarz do art. 48. W: Z. Ofiarski (red.), *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*. LEX.
- Chojna-Duch, E. (1988). *Struktura dotacji budżetowej. Studium teoretycznoprawne*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Chojna-Duch, E., Kosikowski, C. (2000). Normatywna regulacja ogólnych zagadnień finansów publicznych. W: E. Ruśkowski (red.), *Finanse publiczne i prawo finansowe*. Tom I (81–130). Warszawa: Wydawnictwo KiK.
- Dębowska-Romanowska, T. (2007). Charakter prawny i klasyfikacja tzw. wydatków sztywnych a granice swobody politycznej władz państwa. W: J. Głuchowski, A. Pomorska, J. Szolno-Koguc (red.), *Uwarunkowania i bariery w procesie naprawy finansów publicznych* (279–292). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Dębowska-Romanowska, T. (2010). Wydatki publiczne, ich formy prawne oraz zasady realizacji w sektorze finansów publicznych. W: E. Ruśkowski (red.), *System prawa finansowego. Tom II. Prawo finansowe sektora finansów publicznych*, (113–137). Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Guziejewska, B. (2016). Decentralization and Debudgeting as Manifestations of Structural Changes within the Public Sector in Poland. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu*, 70(5), 125–135.
- Kosikowski, C. (2003). Fundusze celowe. Pojęcie, przyczyny tworzenia, zalety i wady. W: C. Kosikowski, E. Ruśkowski (red.), *Finanse publiczne i prawo finansowe*. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC.
- Kosikowski, C. (2006). *Sektor finansów publicznych w Polsce*. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC.
- Kosikowski, C. (2009). Reforma finansów publicznych w Polsce. *Państwo i Prawo*, (12), 3–15.
- Kosikowski, C. (2011). *Naprawa finansów publicznych w Polsce*. Białystok: Temida 2.
- Kowalczyk, E. (2020). Komentarz do art. 46. W: A. Mikos-Sitek (red.), *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz*. Legalis.
- Kozieł, M. (2010). Rola funduszy celowych w procesie racjonalizacji wydatków publicznych. W: A. Dobaczewska, E. Juchniewicz, T. Sowiński (red.), *System finansów publicznych. Prawo finansowe wobec wyzwań XXI wieku* (163–170). Warszawa: CeDeWu.
- Kucia-Guściora, B. (2004). Status prawny funduszy celowych. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, (4), 5–25.
- Kucia-Guściora, B. (2007a). Stan regulacji prawnej w zakresie funduszy celowych. W: J. Głuchowski, A. Pomorska, J. Szolno-Koguc (red.), *Uwarunkowania i bariery w procesie naprawy finansów publicznych* (341–354). Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Kucia-Guściora, B. (2007b). Zmiany w charakterze prawnym funduszy celowych. *Roczniki Nauk Prawnych*, (1), 7–24.
- Malinowska-Misiąg, E., Misiąg, W. (2007). *Finanse publiczne w Polsce*. Warszawa: Lexis Nexis.
- Mierzwa, A. (2014). Komentarz do art. 29. W: P. Smoleń (red.), *Ustawa o finansach publicznych. Komentarz* (307–319). Warszawa: Wydawnictwo C.H.Beck.
- Misiąg, W. (2019). Komentarz do art. 46. W: W. Misiąg (red.), *Ustawa o finansach publicznych. Ustawa o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Komentarz*. Legalis.
- Misiąg, W. (2019). Komentarz do art. 48. W: W. Misiąg (red.), *Ustawa o finansach publicznych. Ustawa o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Komentarz*. Legalis.
- Ofiarski, Z. (2018). Plany finansowe państwowych funduszy celowych — wybrane problemy dotyczące statusu materialnoprawnego i proceduralnego. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, (521), 112–121.
- Owsiak, S. (2005). *Finanse publiczne teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sawicka, K. (2010). Formy prawno-organizacyjne jednostek sektora finansów publicznych. W: E. Ruśkowski (red.), *System prawa finansowego. Tom II. Prawo finansowe sektora finansów publicznych* (35–80). Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Stankiewicz, J. (2007). *Debudżetyzacja finansów państwa*. Białystok: Temida 2.
- Szolno-Koguc, J. (2007). *Funkcjonowanie funduszy celowych w Polsce w świetle zasad racjonalnego gospodarowania środkami publicznymi*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Dr hab. Michalina Duda-Hyz, prof. UO

Profesor nadzwyczajny w Katedrze Prawa Gospodarczego i Finansowego Uniwersytetu Opolskiego. Autorka kilkudziesięciu publikacji z zakresu prawa finansowego.

Dr hab. Michalina Duda-Hyz, prof. UO

Associate professor at the Department of Economic and Financial Law, University of Opole. The author of several dozen publications in the field of financial law.