

Opodatkowanie ochrony zdrowia w Polsce

Przejdź do produktu na ksiegarnia.beck.pl

Rozdział I. Ochrona zdrowia w ujęciu prawnopodatkowym – zakres i znaczenie pojęcia

§ 1. Wprowadzenie

Ustawodawca podatkowy, opracowując regulacje odnoszące się do opodatkowania ochrony zdrowia, musi uwzględniać realia, w których obowiązywać będą wypracowane rozwiązania, gdyż nie funkcjonuje on w oderwaniu od czynników zewnętrznych, koncentrując się wyłącznie na osiągnięciu celów o charakterze fiskalnym. Tym samym ustawodawca powinien dostosowywać działania do potrzeb mających źródło w innych obszarach aktywności państwa. Specyfika regulacji podatkowych odnoszących się do analizowanej sfery działalności wynika z faktu, że ich główną funkcją nie jest dążenie do maksymalizowania wpływów budżetowych, ale pomoc w realizacji nadrzędnego celu, jakim jest zapewnienie obywatelom możliwie szerokiego dostępu do rynku świadczeń zdrowotnych. Postępowanie, silnie umotywowane aksjologicznie, stanowi wyraz odwołania prawodawcy do wartości tkwiących immanentnie w ustawie zasadniczej, jak również wymagań znajdujących źródło w zasadach prawa podatkowego.

Ustawodawca powinien kreować rozwiązania, które z jednej strony będą uwzględniały, że działania składające się na ochronę zdrowia są w większości finansowane ze środków publicznych, gdyż Konstytucja RP gwarantuje każdemu, niezależnie od sytuacji materialnej, dostęp do opieki zdrowotnej, z drugiej natomiast będą miały na uwadze istnienie prywatnego sektora usług medycznych, pełniącego rolę uzupełniającą. Wprowadzane rozwiązania nie mogą stanowić przeszkody dla rozwoju rynku usług komercyjnych, a jednocześnie muszą być tak skonstruowane, aby przynajmniej częściowo redukowały wydatki publiczne na ochronę zdrowia. Wskazane czynniki, znajdując odzwierciedlenie w obowiązujących aktach normatywnych, kształtują

przestrzeń prawną, stwarzając możliwość wykorzystania podatków jako instrumentu wspierającego realizację polityki zdrowotnej.

Zgłębienie przyczyn podejścia ustawodawcy do kwestii opodatkowania ochrony zdrowia, jak również narzędzi, które są przez niego wykorzystywane, ma fundamentalne znaczenie dla zrozumienia roli podatków w perspektywie oddziaływania na system ochrony zdrowia w Polsce. Koniecznym jest wskazanie, na czym polega specyfika analizowanego obszaru działalności, uzasadniająca odmienny stosunek względem niego. Umożliwi to wyjaśnienie powodów zainteresowania prawodawcy podatkowego partycypacją w realizacji zadań z zakresu polityki zdrowotnej, pozornie niezwiązanej ze sferą stanowiącą podstawową przestrzeń jego aktywności. Pozwoli to wyciągnąć wnioski na temat roli wartości, jaką jest ochrona zdrowia, dla rozwoju nauki prawa podatkowego.

Na wstępie wyjaśnione zostaną pojęcia podstawowe, takie jak zdrowie, ochrona zdrowia, a także inne wybrane terminy stosowane przez prawodawcę, które w znacznym stopniu determinują kierunek zainteresowania badaną problematyką. Ich właściwe zrozumienie ma wpływ na wyznaczenie zakresu oddziaływania regulacji prawno-podatkowych na omawiany obszar działalności (podrozdział 2). Następnie zostanie przedstawione, wynikające z art. 68 Konstytucji RP, prawo do ochrony zdrowia, omówione w perspektywie, w której wyznacza ono obowiązek zabezpieczenia przez państwo istotnej wartości, jaką jest zdrowie. Analizie zostaną poddane zasady mające źródło w Konstytucji RP, warunkujące sposób realizacji tego zadania (podrozdział 3). Zasadniczą kwestią będzie zbadanie możliwości posłużenia się instrumentami polityki podatkowej w perspektywie wykorzystania dla realizacji zadań z zakresu polityki zdrowotnej. Pozwoli to rozważyć znaczenie ciężarów podatkowych jako narzędzi wypełniania powinności państwa, wykraczających zdecydowanie poza sferę fiskalną (podrozdział 4). Zaprezentowane zostaną funkcje opodatkowania, jak również wybrane środki ich realizacji w postaci ulg i zwolnień podatkowych, przyczyniające się do tego, że podatki mogą być skutecznym środkiem realizacji założonych celów (podrozdział 5 oraz 6).

§ 2. Pojęcie ochrony zdrowia w polskim prawie podatkowym

I. Pojęcia zdrowia i choroby

Wraz z postępem nauk biologicznych wskazanie wyraźnej granicy między pojęciem „zdrowia”, czyli prawidłowym stanem fizjologicznym oraz „choroby”, odmiennym względem oczekiwanego, a więc patologicznym, staje się zadaniem coraz trudniejszym do zrealizowania, mimo iż intuicyjne znaczenie przywołanych terminów jest stosunkowo oczywiste¹. Refleksje zmierzające do zdefiniowania pojęcia „zdrowie”, ujawniają pewną relatywność wspomnianego zagadnienia, które przy jednoczesnym wzięciu pod uwagę oddziałujących na jego rozumienie czynników, na przykład społecznych, kulturowych, ideologicznych, utrudnia objęcie swoim zakresem wszystkich jego wymiarów². Choć powyższe określenie jest obecne w prawie krajowym, to brak jego definicji legalnej. Deficyt ten uzupełnia definicja przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia (WHO³), która w preambule Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia określiła je mianem „stanu zupełnej pomysłowości fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności⁴”. Definicja zwraca uwagę na dwa istotne aspekty zdrowia, z których pierwszy sprowadza się do traktowania pojęcia jako odwrotności choroby, czyli niepożądanego stanu organizmu, niedającego identyfikować się jedynie z krótkotrwałymi, przejściowymi uwarunkowaniami⁵. Osoba chora, znajdując się w stanie częściowej albo trwałej utraty zdrowia, która negatywnie wpływa na jej funkcjonowanie⁶, odczuwa cierpienie, ograniczające wypełnianie dotychcza-

¹ A. Śródka, Co to jest choroba?, w: W.S. Gumulka, W. Rewerski (red.), Encyklopedia zdrowia. Tom I, Warszawa 1992, s. 274–278.

² V. Korporowicz, Zdrowie i jego społeczne odniesienia, w: V. Korporowicz (red.), Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką, Warszawa 2006, s. 17–22.

³ World Health Organisation.

⁴ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku 22.7.1946 r. (Dz.U. z 1948 r. Nr 61 poz. 477).

⁵ D. Buksik, Nuda, apocomia, pustka: choroby dotykające współczesnego człowieka czy nerwica noogenna w ujęciu V.E. Frankla?, *Studia Psychologica* 2009, Nr 9, s. 198.

⁶ J. Zajdel-Calkowska, Dopuszczalność wykorzystania narzędzi teleinformatycznych w procesie leczenia, w: M. Urbaniak, R. Staniszewski (red.), Aktualne problemy przemian systemu ochrony zdrowia w Polsce, Poznań 2017, s. 46.

sowych obowiązków oraz determinujące, w czasie swojego trwania, zmianę trybu życia⁷. Niemniej, przedstawiony w definicji sposób pojmowania zdrowia nie ogranicza się wyłącznie do uznania go za negację choroby, lecz zdecydowanie rozszerza zakres podstawowego pojęcia, eksponując fakt, iż składa się na nie również pozytywny aspekt, tzw. dobrostan subiektywny (ang. *subjective well-being*), rozumiany jako uznaniowe postrzeganie przez jednostkę stanu własnego życia⁸, stanowiąc wyraz dostrzeżenia roli indywidualnej oceny człowieka (aspekt samopoczucia). Oznacza to, że w przedmiocie zdrowia nie należy koncentrować się wyłącznie na dolegliwościach czy też ich zwalczaniu, ale również na jego wzmacnianiu. Istotą przyjętych rozwiązań jest podkreślenie znaczenia zapobiegania chorobom, na przykład w formie profilaktyki, która może być wsparta przez odpowiedni tryb życia, właściwą mentalność oraz sposób radzenia sobie z emocjami. Warto podkreślić, że w ostatnich latach definicja zdrowia stosowana przez WHO została uzupełniona o inne elementy, między innymi możliwość prowadzenia produktywnego życia społecznego, ekonomicznego, a także wymiar duchowy⁹. Punkt wyjścia dla takiego pojmowania istoty analizowanego pojęcia stanowi pogląd G. Sigerista, który wskazywał, że człowiek pozostaje zdrowym w sytuacji, gdy charakteryzuje go spójny rozwój fizyczny oraz psychiczny, połączony z właściwą adaptacją do otaczających warunków środowiska społecznego, w które jednostka może wносить pozytywny wkład, wynikający z jej możliwości¹⁰. Zdrowie należy odczytywać w ujęciu wielowymiarowym, obejmującym sferę fizyczną, społeczną oraz psychiczną, a zatem nie ogranicza się ono wyłącznie do stanu niewystępowania choroby, z jednoczesnym zignorowaniem jego wymiaru psychofizycznego. R. Dubos wskazuje, że wynikająca z zaprezentowanego podejścia koncepcja zdrowia jako stanu doskonałego i bezwzględnie jest niemożliwa do realizacji, gdyż nikt nie jest w stanie zaadaptować się do środowiska w stopniu eliminującym wszelkie niedogodności, ujemnie wpływające chociażby na samopoczucie¹¹. W podobny sposób wypowiada się J. Niżnik, która zwraca uwagę, iż definicja zawiera liczne mankamenty, ponieważ z jednej strony nierealność osiągnięcia

⁷ I. Namysłowska, Spotkanie z chorobą, w: W. Brodniak (red.), Społeczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych, Warszawa 1985, s. 19.

⁸ E. Kasperek-Golimowska, Nadzieja i optymizm vs zwątpienie i pesymizm w kontekście „dobrego życia” w kulturze konsumpcji, Studia Edukacyjne 2012, Nr 19, s. 183.

⁹ G. Uścińska, Świadczenia z zabezpieczenia społecznego w regulacjach międzynarodowych i polskich. Studium porównawcze, Warszawa 2005, s. 90.

¹⁰ B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna, Warszawa 2007, s. 18–19.

¹¹ R. Dubos, Człowiek. Środowisko. Adaptacja, Warszawa 1970, s. 374–375.

pełnego zdrowia w aspekcie fizycznym, społecznym, psychicznym przez większość ludzi sprawia, że w odniesieniu praktycznie do każdej jednostki, należałoby mówić o permanentnym występowaniu stanu przeciwnego (choroby), z drugiej natomiast subiektywność w jego odczuwaniu, nadająca status zdrowia w związku z dobrym samopoczuciem, pomimo iż obiektywnie organizm może wykazywać ukryte objawy choroby somatycznej w początkowym lub późniejszym stadium (np. w chorobie nowotworowej), świadczą o wadliwości definicji WHO¹². Z opinią tą można polemizować, ponieważ dobre samopoczucie stanowi jedynie składnik zdrowia, nie decydując samodzielnie o jego występowaniu. Nawet nieświadomość choroby lub brak objawów, wobec faktu jej wystąpienia obiektywnie przekreśla możliwość mówienia o stanie „zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej”.

Powyższe koncepcje opierają się na dychotomicznym podziale stanu, w którym może znajdować się człowiek, na zdrowie oraz chorobę. Odmienne spojrzenie na obydwa pojęcia i relacje zachodzące między nimi proponuje A. Antonovsky, będący autorem koncepcji salutogenetycznej, odrzucającej tę klasyfikację na rzecz założenia o istnieniu kontinuum zdrowie-choroba. Podejście salutogenetyczne, stanowiąc przeciwagę dla modelu patogenetycznego, koncentrującego się na poszukiwaniu przyczyn chorób i dysfunkcji somatycznych, sprowadza się do identyfikowania uwarunkowań zdrowia (łac. *salus* – pomyślność), a więc czynników, które wspierają zdrowie, nawet mimo obecności bodźców negatywnych¹³. Naturalnym stanem człowieka ma być zatem „dynamiczny stan chwiejnej równowagi”, a zdrowie procesem wędrówki między krańcami kontinuum wyznaczonego z jednej strony przez zdrowie, z drugiej chorobę¹⁴.

Obydwie koncepcje zawierają istotne elementy wspólne, zwracając uwagę na szczególnie wpływ otoczenia, w którym funkcjonuje człowiek, na jego zdrowie, jak również fakt, że troska o nie ogranicza się wyłącznie do przeciwdziałania skutkom choroby, ale obejmuje również podejmowanie niezbędnych działań w sytuacji, gdy jednostka pozostaje we względnie dobrej kondycji fizycznej,

¹² J. Niżnik, W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia, Kraków 2004, s. 36.

¹³ J. Binnebesel, Pedagogiczne możliwości kształtowania poczucia koherencji w kontekście salutogenetycznej koncepcji zdrowia A. Antonovsky'ego, *Psychoonkologia* 2006, Nr 2, s. 64–69.

¹⁴ A. Rzetecki, Prawnopodatkowe konsekwencje świadczenia usług medycznych nierealizujących bezpośredniego celu leczniczego a perspektywa bezpieczeństwa zdrowia pacjentów. Ocena na tle przepisów dotyczących opodatkowania podatkiem od towarów i usług, *Monitor Podatkowy* 2025, Nr 4, s. 31.

psychicznej czy społecznej, co ma na celu utrzymanie pożądanego stanu. Tego rodzaju pojmowanie terminu „zdrowie” widoczne jest w podejściu ustawodawcy podatkowego do kwestii opodatkowania ochrony zdrowia, gdyż wprowadzając rozwiązania wspierające ją, opiera się nie tylko na tych, które służą samemu procesowi leczenia skoncentrowanemu na zwalczaniu dolegliwości, ale również te skupiające się na wzmacnianiu zdrowia. Ważny aspekt przyjętych rozwiązań stanowi zapobieganie chorobom przez wprowadzenie korzystnych podatkowo działań w zakresie profilaktyki czy promocji zdrowia.

II. Pojęcie ochrony zdrowia w terminologii aktów normatywnych prawa podatkowego

Prawodawca, tworząc regulacje odnoszące się do opodatkowania sfery zdrowotnej, stosuje niejednolite nazewnictwo w odniesieniu do czynności, składających się na ochronę zdrowia. Może to prowadzić do przeświadczenia, że jego działania związane z tym obszarem podejmowane są w sposób nie w pełni uporządkowany. Należy zaznaczyć, że w niniejszym podrozdziale zostaną przywołane wybrane terminy stosowane przez ustawodawcę z zastrzeżeniem, że będą one poddane szerszej analizie w dalszej części rozprawy doktorskiej.

Przykładowo, art. 43 ust. 1 pkt 18, 18a, 19 VATU¹⁵ stosuje sformułowanie „usługi w zakresie opieki medycznej”, aby wskazać zakres przedmiotowy zwolnienia podatkowego. Tym samym posługuje się określeniem zaczerpniętym wprost z prawa unijnego, a mianowicie art. 132 dyrektywy 2006/112/WE Rady w sprawie wspólnego systemu podatku od wartości dodanej¹⁶, wprowadzonym w wyniku jej implementacji do polskiego ustawodawstwa. Termin ten nie wskazuje, w jaki sposób należy rozumieć pojęcie „opieka medyczna”, co sprawia, że wykładnia przywołanych przepisów wymaga odwołania do kontekstu, w którym sformułowanie zostało użyte. Natomiast art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. d PodLokU, ustanawiając preferencyjną stawkę opodatkowania podatkiem od nieruchomości, traktuje o budynkach lub ich częściach, związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej”, gdzie za świadczenia zdrowotne uważa się, w następstwie odwołania

¹⁵ Ustawa z 11.3.2004 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 775 ze zm.).

¹⁶ Dyrektywa Rady 2006/112/WE z 28.11.2006 r. w sprawie wspólnego systemu podatku od wartości dodanej (t.j. Dz.Urz. UE L z 2006 r. Nr 347, s. 1 ze zm.).

do treści art. 2 ust. 1 pkt 10 DziałLeczU¹⁷: „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne, wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania”.

W związku z niejednorodnym nazewnictwem, stosowanym na gruncie aktów normatywnych z zakresu prawa podatkowego, w odniesieniu do działań o zróżnicowanym charakterze, których celem jest zabezpieczenie szeroko rozumianego zdrowia, używa się w piśmiennictwie określenia „usługa medyczna”. *K. Opalski* wskazuje, że pod tym pojęciem należy rozumieć usługę, która może być zrealizowana przez osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej lub specjalistycznej praktyki czy też uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej¹⁸. Z drugiej strony należy zauważyć, że posługiwanie się określeniem „usługi medyczne” stanowi pewne uproszczenie, a odmienne sformułowania, których używa ustawodawca podatkowy w kontekście działań związanych z ich realizacją, chociaż wpisują się w jej zakres pojęciowy, służą precyzyjnierzemu wyrażeniu intencji ustawodawcy podatkowego w sytuacji, gdy przedmiotem jego zainteresowania jest wyłącznie część działań (określony rodzaj usług medycznych), wchodzących w ich skład.

Innym określeniem, którym posługuje się ustawodawca w odniesieniu do usług medycznych, jest termin „ochrona zdrowia” (omówiony szerzej w podpunkcie 2.3.). Z powodu braku definicji legalnej powinien być odczytywany przez pryzmat kontekstu, w którym został użyty na gruncie poszczególnych aktów normatywnych, dotyczących ciężarów fiskalnych. Przykładowo, w art. 17 ust. 1 pkt 4 PDOPrU¹⁹ przewidziane jest zwolnienie przedmiotowe dla dochodów podatników, których celem statutowym jest między innymi ochrona zdrowia, a więc wszelka społeczna działalność, służąca zapobieganiu chorobom i ich leczeniu. Warto zaznaczyć, iż przywołany przepis obejmuje również rehabilitację zawodową, a zatem polegającą na przygotowaniu i wprowadzeniu osoby niepełnosprawnej na rynek pracy²⁰ oraz rehabilitację społeczną inwalidów, której celem jest umożliwienie osobie niepełnospraw-

¹⁷ Ustawa z 15.4.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 156).

¹⁸ *K. Opalski*, Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka, Warszawa 2003, s. 21.

¹⁹ Ustawa z 15.2.1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 278 ze zm.).

²⁰ *M. Lisiecka*, Model rehabilitacji w Polsce. Wybrane aspekty organizacyjno-prawne, Auxilium Sociale – Wsparcie Społeczne 1997, Nr 1, s. 90.

nej uczestniczenia w życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym na poziomie zbliżonym do innych osób²¹. Niemniej, terminy te odnoszą się do kwestii socjalizacji, a nie realizacji usług medycznych. Zatem jedynym określeniem użytym przez prawodawcę, wiążącym się bezpośrednio ze sferą zdrowotną, jest „ochrona zdrowia”, a fakt, iż ustawodawca nie zastosował jednocześnie innego terminu, który mógłby dotyczyć tego aspektu dowodzi, że wyczerpuje on, w jego ocenie, wszelkie zjawiska związane z tym obszarem życia człowieka. Artykuł 23 ust. 1 pkt 8 RyczałtU²² stanowi natomiast, że zryczałtowany podatek dochodowy w formie karty podatkowej, mogą płacić podatnicy prowadzący działalność: „polegającą na świadczeniu usług w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego – w warunkach określonych w części VIII tabeli”. Z powyższego przepisu wynika, że wszelka działalność zawodowa lekarza, lekarza dentystry, felczera, technika dentystrycznego, pielęgniarki oraz położnej wchodzi w zakres pojęcia „ochrony zdrowia”, a zatem w ramach aktywności zawodowej przedstawicieli tych profesji nie ma obszaru związanego ze sferą zdrowotną, który wykraczałby poza zastosowanie tego terminu.

III. Znaczenie pojęcia „ochrona zdrowia”

Prawodawca, chociaż w wielu aktach normatywnych posługuje się terminem „ochrona zdrowia” (np. w art. 33 ust. 1 pkt 1 ustawy z 4.9.1997 r. o działaniach administracji rządowej²³, dotyczącym ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej), nie zdecydował się na opracowanie jego definicji legalnej. W ujęciu słownikowym „ochrona zdrowia” oznacza: „wszelką społeczną działalność, której celem jest zapobieganie chorobom i ich leczenie, utrzymanie rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego człowieka, przedłużanie życia, zapewnienie zdrowego rozwoju następnym pokoleniom; podstawowe metody współczesnej ochrony zdrowia to: umacnianie zdrowia (profilaktyka nieswoista), zapobieganie chorobom (profilaktyka swoista), wczesne wykrywanie chorób, leczenie zapobiegające rozwojowi oraz ograniczające ich skutki, rehabilitacja, opieka medyczno-społeczna nad ludźmi niepełnosprawnymi oraz opieka nad nieuleczalnie chorymi”²⁴. Pod pojęciem tym należy za-

²¹ M. Kupisiewicz, Słownik Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2013, s. 304.

²² Ustawa z 20.11.1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 843 ze zm.).

²³ T.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 1275 ze zm.

²⁴ Encyklopedia PWN, hasło: „Ochrona zdrowia”, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/ochrona-zdrowia;3949681.html> (dostęp: 11.12.2025 r.).

tem rozumieć: „zorganizowaną działalność, której celem jest utrzymanie w dobrym stanie zdrowia człowieka w środowisku, w którym on się rozwija, żyje, pracuje oraz zapobieganie chorobom i ich leczenie”²⁵. S. Orzeszyna wskazuje, iż o ochronie zdrowia, należy mówić jako o dyscyplinie naukowej obejmującej zagadnienia dotyczące odnoszących się względem niej form organizacyjnych funkcjonujących w zróżnicowanych warunkach społeczno-ekonomicznych, a także wykorzystywaniu osiągnięć naukowych dla optymalizacji metod ochrony zdrowia społeczeństw czy badania zbiorowego stanu zdrowia w perspektywie uwarunkowań środowiskowych, co implikuje konieczność podziału, realizowanych przez nią funkcji na podstawową, a więc związaną bezpośrednio ze sferą medyczną, obejmującą działania zapobiegawcze, jak również pomocniczą, uwzględniającą aspekty pozamedyczne (m.in. aktywność naukowo-badawczą, kształcenie kadr medycznych, współpracę międzynarodową, zarządzanie ochroną zdrowia)²⁶. Wynika stąd, iż przedmiotowe pojęcie stanowi ogniwo łączące zagadnienia o charakterze bezsprzecznie medycznym z koniecznymi dla ich urzeczywistnienia instrumentami prawno-organizacyjnymi, charakterystycznymi dla poszczególnych gałęzi prawa. Analiza przywołanych definicji prowadzi do konstatacji, iż tak pojmowaną „ochronę zdrowia”, należy traktować jako wyraz zaplanowanej, konsekwentnie realizowanej działalności wykraczającej wyłącznie poza sferę aktywności poszczególnych jednostek, a zatem pojęcie to obejmuje całokształt działań o zróżnicowanym zakresie i charakterze, których celem jest zabezpieczenie, szeroko rozumianego zdrowia, zarówno w odniesieniu do poszczególnych jednostek, jak również społeczeństwa. Niemniej, mówiąc o „ochronie zdrowia” w kontekście przytoczonych definicji słownikowych, należy zaznaczyć, że jest to węższe rozumienie analizowanego terminu, którego znaczenie sprowadza się do realizacji usług medycznych przez podmioty uprawnione, w warunkach, a także na zasadach wyznaczonych przez przepisy szczegółowe. Wynika to z faktu, iż działalność ta musi mieć społeczny i zorganizowany charakter. Jednakże, jak zwraca uwagę M. Dercz, ochronę tę można rozumieć również w znaczeniu szerszym, obejmującym dodatkowo promocję zdrowia²⁷, która w art. 2 ust. 1 pkt 7 DziałLeczU została zdefiniowana jako „działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdro-

²⁵ Wielka Encyklopedia PWN, hasło: „Ochrona zdrowia”, Warszawa 1966.

²⁶ S. Orzeszyna, Organizacja ochrony zdrowia, w: W.S. Gumulka, W. Rewerski (red.), Encyklopedia zdrowia. Tom I, Warszawa 1992, s. 403–406.

²⁷ M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, Prawo publiczne ochrony zdrowia, Warszawa 2013, s. 23–28.

wia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu”.

IV. Ochrona zdrowia w odniesieniu do sposobów jej finansowania

W warunkach polskich rynek usług medycznych zdominowany jest przez publiczny system ochrony zdrowia. Stan ten potwierdza wciąż funkcjonujący w świadomości społecznej termin „służba zdrowia”, powszechnie używany w aktach normatywnych dotyczących opieki zdrowotnej sprzed 1989 r., który z uwagi na przekształcenie modelu jej finansowania z systemu budżetowego na rzecz ubezpieczeniowo-budżetowego, wprowadzającego elementy rynkowe do opieki zdrowotnej, zaczął być zastępowany określeniem „ochrona zdrowia”²⁸. Jak wskazuje *M. Woch*, różnica między pojęciami koncentruje się wokół problematyki związanej z ponoszeniem kosztów funkcjonowania opieki zdrowotnej. „Służba zdrowia” oznacza przeniesienie ich w całości na organy władzy publicznej, natomiast „ochrona zdrowia”, choć nie neguje partycypacji związku publicznoprawnego, nawet w przeważającym zakresie, w finansowaniu działań składających się na nią, to dopuszcza sytuację, w której potencjalni pacjenci (osoby korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno zdrowe, jak i chore²⁹), płacą w całości lub w określonym zakresie za jej zapewnienie ze środków prywatnych, chociażby opłacając publiczną daninę na ochronę zdrowia³⁰.

Publiczny system finansowania ochrony zdrowia w Polsce oparty jest przede wszystkim na powszechnych, obowiązkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, które są uzupełniane finansowaniem z budżetu państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego. Składka na ubezpieczenie zdrowotne, będąca daniną publiczną o charakterze celowym oraz odpłatnym pożytkowana na realizację konstytucyjnych zadań państwa w zakresie ochrony zdrowia³¹, wynosi 9% dochodów osobistych i innych dochodów. W odniesieniu do pewnych grup społecznych składka jest finansowana z budżetu państwa lub funduszy celo-

²⁸ *M. Woch*, Ochrona zdrowia w Polsce z punktu widzenia filozoficzno-prawnego, Warszawa 2015, s. 41.

²⁹ *I. Rudawska*, Marketing w nowoczesnej opiece zdrowotnej. Wybrane aspekty, Szczecin 2005, s. 50.

³⁰ *M. Woch*, Polityka a służba zdrowia w Polsce, s. 33–43.

³¹ *P. Lenio*, Charakter prawny składki na ubezpieczenie zdrowotne jako źródła finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, Przegląd Prawa i Administracji 2014, Nr 97, s. 99–115.

wych, na przykład za osoby bezrobotne koszty ponoszą urzędy pracy, za osoby niepracujące, niezarejestrowane w urzędach pracy, spełniające kryterium dochodowe – ośrodki pomocy społecznej, a za duchownych, poprzez Fundusz Kościelny, budżet państwa³². Zarządzaniem środkami publicznymi, pochodzącymi z tytułu opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne³³, zajmuje się Narodowy Fundusz Zdrowia, będący państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną³⁴. W zakresie prawno-finansowym jego zadania koncentrują się wokół między innymi przeprowadzania konkursów ofert, rokowań i zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowania ich realizacji i rozliczania³⁵.

Kolejnym źródłem finansowania publicznej ochrony zdrowia w Polsce jest budżet państwa. Wydatki związane z realizacją zadań z zakresu opieki zdrowotnej można podzielić na cztery kategorie:

- 1) nakłady związane z działalnością podmiotów leczniczych oraz finansowanie działalności podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 2) środki finansujące zadania Państwowego Ratownictwa Medycznego;
- 3) wydatki przeznaczane na finansowanie niektórych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) wydatki ponoszone w celu opłacenia składek na ubezpieczenie zdrowotne za niektórych ubezpieczonych³⁶.

Publiczny system ochrony zdrowia jest również finansowany przez budżety jednostek samorządu terytorialnego, jednakże z ich środków mogą być gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej, realizowane na rzecz mieszkańców³⁷, jak również finansowana działalność podmiotów leczniczych, względem których są one organem prowadzącym. Z budżetu jednostek samorządu terytorialnego może być również pokrywane zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ-ów) lub koszty utworzenia pod-

³² I. Magda, K. Szczygielski, *Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne*, Warszawa 2011, s. 12–13.

³³ Art. 97 ust. 1 ustawy z 27.8.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.).

³⁴ Art. 96 ust. 1 ustawy z 27.8.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.).

³⁵ Art. 97 ust. 3 pkt 2 ustawy z 27.8.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.).

³⁶ P. Lenio, *Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce i w Niemczech*, Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu 2018, Nr 1, s. 65.

³⁷ K. Urban, w: A. Pietraszewska-Macheta (red.), *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2018, kom. do art. 9(a), s. 129.

miotów leczniczych, działających w formie spółek kapitałowych. Samorządy mogą również przekazywać, w formie dotacji lub na podstawie umowy zawartej w trybie i na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, środki publiczne podmiotom wykonującym działalność leczniczą na zasadach określonych w przepisach działu V DziałLeczU³⁸.

Prywatny system finansowania ochrony zdrowia ma charakter dobrowolny. Może sprowadzać się do wydatków doraźnych, związanych z ponoszeniem przez pacjentów bezpośrednich nakładów na wizyty lub zabiegi u specjalistów albo opierać na komercyjnych ubezpieczeniach zdrowotnych, na przykład w postaci abonamentów medycznych (umów cywilnoprawnych o świadczenie usług medycznych)³⁹. Mimo iż zdecydowana większość usług medycznych realizowana jest za pośrednictwem publicznego systemu ochrony zdrowia, Polska wyróżnia się, wyższymi niż średnia unijna, wydatkami na prywatną opiekę zdrowotną. O ile według statystyk Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD⁴⁰) z 2015 roku nakłady na dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne wynoszą jedynie 5% ogólnych wydatków na ochronę zdrowia, to ponoszone bezpośrednio przez gospodarstwa domowe (np. w postaci prywatnych wizyt lekarskich) stanowią już 23% (wobec średniej dla krajów unijnych wynoszącej 15%). Stosunkowo wysoki udział w całkowitych wydatkach na usługi medyczne, świadczone na warunkach komercyjnych, mają gospodarstwa o relatywnie niskim poziomie dochodów, co należy traktować jako przejaw niewydolności systemu publicznego. Poziom niezaspokojonych potrzeb medycznych jest nie tylko wyższy niż przeciętna dla Unii Europejskiej (UE), a problem dotyka głównie osób uboższych⁴¹.

Przepisy prawa podatkowego, które w swojej istocie służą maksymalizowaniu wpływów budżetowych, w przypadku opodatkowania usług medycznych pełnią odmienną rolę. W sytuacji jednoczesnego istnienia publicznego systemu finansowania ochrony zdrowia (odpowiedzialnego za realizację większości świadczeń) oraz zyskującego na znaczeniu prywatnego sektora ochrony zdrowia, ustawodawca podatkowy, wprowadzając regulacje odnoszące się do kwestii opodatkowania usług medycznych, musi wypracować rozwiązania,

³⁸ P. Lenio, *Źródła finansowania ochrony zdrowia*, s. 67.

³⁹ M. Płonka, *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne a publiczny system opieki zdrowotnej w Polsce*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H. Oeconomia* 2017, Nr 6, s. 325–326.

⁴⁰ Organisation for Economic Cooperation and Development.

⁴¹ M. Libura, J. Greser, E. Borek, T. Perendyk, A. Sitek, K. Wojtaszczyk, *Finansowanie i organizacja systemu ochrony zdrowia*, s. 31–32.

które z jednej nie będą przeszkodą dla rozwoju sektora komercyjnego, jak również sprawią, iż zostaną zmniejszone koszty utrzymania publicznego systemu ochrony zdrowia, stając się alternatywą dla bezpośrednich transferów budżetowych.

§ 3. Podstawy prawne ochrony zdrowia w Polsce

I. Konstytucyjne podstawy prawa do ochrony zdrowia

1. Uwagi ogólne

Ustawodawca podatkowy, wprowadzając regulacje odnoszące się do kwestii opodatkowania ochrony zdrowia, zasadniczo opiera je na zastosowaniu rozwiązań korzystniejszych z punktu widzenia podatnika, ale prowadzących do uszczuplenia wysokości potencjalnych wpływów budżetowych względem tych, które mogłyby zostać osiągnięte, gdyby preferencje te nie obowiązywały. Należy zastanowić się, jakie racje stoją za świadomym zmniejszeniem skuteczności realizacji funkcji fiskalnej opodatkowania, przez przyzmat której oceniana jest efektywność prawodawstwa podatkowego, na rzecz działań wywołujących rezultaty w obszarze niezwiązanym wprost z tą sferą. Podkreślenia wymaga, iż całokształt działań podejmowanych przez ustawodawcę na płaszczyźnie stanowienia prawa podatkowego nie następuje w oderwaniu od innych dziedzin aktywności państwa, gdyż Konstytucja RP wskazuje na istnienie wartości, które objęte są szczególną protekcją, wśród nich ochronę zdrowia, wobec czego państwo, w różnych obszarach funkcjonowania, powinno czynić starania gwarantujące jej realizację. W konsekwencji, polityka podatkowa będzie wykorzystywana jako narzędzie wspierające osiągnięcie odmiennych niż fiskalne celów, między innymi w zakresie polityki zdrowotnej. Przesłanek uzasadniających zainteresowanie ustawodawcy podatkowego kwestią ochrony zdrowia doszukiwać należy się również na płaszczyźnie zasad podatkowych, w szczególności zasady sprawiedliwości opodatkowania, stanowiącej wzór należytego zachowania się prawodawcy, dla rozumienia której istotne znaczenie ma zasada powszechności, a także równomierności (równości) opodatkowania.

Przejdź do księgarni →

ksiegarnia.beck.pl