

JOANNA FIGURA¹

Efektywność ekonomiczna samorządu terytorialnego w polityce zdrowotnej Polski na tle aktualnej sytuacji zdrowotnej w Unii Europejskiej

1. Wstęp

Dnia 1 stycznia 1999 r. na podstawie zapisów zawartych w ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym została wprowadzona w Polsce kolejna reforma systemu ochrony zdrowia. Ustawodawca zmienił przede wszystkim sposób finansowania systemu zdrowotnego na ubezpieczeniowy z budżetowego. Głównym publicznym płatnikiem w ochronie zdrowia stały się Kasy Chorych, które w 2003 r. zastąpiono Narodowym Funduszem Zdrowia². W wyniku reformy z 1999 r. jednostki samorządu terytorialnego (JST) stały się organami założycielskimi (podmiotami tworzącymi, właścicielami) większości publicznych jednostek opieki zdrowotnej³. W wyniku wdrożonych zmian na samorząd terytorialny w Polsce została przerzucona odpowiedzialność za prawidłową gospodarkę finansową podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dla których poszczególne JST stały się podmiotami tworzącymi⁴. Współcześnie JST w ochronie zdrowia pełnią rolę zarówno organizatora ochrony zdrowia odpowiedzialnego za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, podmiotu tworzącego jednostki zdrowotne, jak i publicznego płatnika w systemie zdrowotnym⁵.

¹ Mgr Joanna Figura, magister, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków.

² Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.

³ Ustawa z dnia 13 października 1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną, Dz. U. Nr 133, poz. 872 ze zm.; ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

⁴ Prezes Rady Ministrów został zobowiązany do określenia w drodze rozporządzenia wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostaną przejęte przez właściwe JST z dniem 1 stycznia 1999 r. Powyższa ustawowa delegacja została zrealizowana rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 listopada 1998 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejęcia uprawnień organu, który je utworzył, Dz. U. Nr 145, poz. 941 ze zm.

⁵ P. Szetela, *Rola samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia: organizator, podmiot tworzący oraz płatnik*, Zeszyty Naukowe Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2015, z. 2, s. 1–22.

Wybór opisywanego zagadnienia został podyktowany troską o wartość, jaką stanowi zdrowie dla każdego człowieka. W polityce zdrowotnej państwa kwestia dbania o zdrowie obywateli jest bezsprzecznie związana ze skutecznością realizacji zadań w zakresie finansowania polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego. Celem artykułu jest zaprezentowanie efektywności ekonomicznej finansowania zdrowia publicznego przez samorząd terytorialny w Polsce oraz udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy polityka zdrowotna samorządu terytorialnego w Polsce jest efektywna z ekonomicznego punktu widzenia.

W opisanych badaniach została zastosowana metoda ilościowa polegająca na analizie danych statystycznych. Analiza ta została przeprowadzona na podstawie sprawozdań z Regionalnych Izb Obrachunkowych oraz treści ustaw regulujących problematykę będącą przedmiotem artykułu.

2. Geneza i rozwój zdrowia publicznego w Unii Europejskiej i w Polsce

Rozważania na temat polityki zdrowotnej należy rozpocząć od przedstawienia pochodzenia oraz ewolucji samego pojęcia zdrowia publicznego⁶.

Za początek działań na rzecz zdrowia publicznego uznaje się XVI i XVII w. Natomiast powstanie naukowych podstaw zdrowia publicznego przypada na początek XX w. i jest związane z jednym z jego pionierów C.E.A. Winslowem (1877–1957)⁷. Zdefiniował on pojęcie zdrowia publicznego. Według Winslowa zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia fizycznego i sprawności poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa mające na celu higienizację środowiska, zwalczanie zakażeń występujących w społecznościach, edukację jednostek odnośnie do zasad higieny osobistej, organizację świadczeń lekarskich i pielęgniarstwa mających na celu wczesną diagnozę oraz profilaktycznie ukierunkowane leczenie i rozwój mechanizmów społecznych, które zapewnią każdej jednostce w społeczeństwie standard życia właściwy dla utrzymania zdrowia⁸.

Należy pamiętać, że zdrowie publiczne posiada ściśle powiązanie zarówno z polityką społeczną, jak i socjologią, gdyż od początku swojego istnienia korzystało z teoretycznego wsparcia tych dziedzin, stając się w konsekwencji częścią ogólnospołecznej polityki⁹.

⁶ C.E.A. Winslow, *The untilled fields of public health*, „Science Magazine” 1920, vol. 51, no. 1306, s. 23–33.

⁷ Winslow wykładał jako profesor na Uniwersytecie w Chicago, Uniwersytecie Columbia oraz w Yale. W 1926 r. został prezesem The American Public Health Association. Jest autorem ponad tysiąca prac z zakresu zdrowia publicznego, epidemiologii i nauk pokrewnych.

⁸ C.E.A. Winslow, *The untilled fields...*, s. 24–33.

⁹ J. Karski, *Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego*, Warszawa 2009, s. 12.

Po II wojnie światowej w konsekwencji konferencji jaltańskiej konty-nent europejski został podzielony na dwie strefy wpływów, w wyniku czego rozpoczęto poszukiwania nowych koncepcji ładu ekonomiczno-spo-łecznego. Podczas Europejskiego Kongresu w Hadze 7–10 maja 1948 r.¹⁰ uznano m.in., że zadaniem unii lub federacji europejskiej powinna stać się ochrona bezpieczeństwa krajów w niej zjednoczonych oraz podniesienie gospodarczego, politycznego i społecznego poziomu życia na stowarzyszonych obszarach¹¹.

Społeczna polityka Unii Europejskiej została oparta na prawnych stan-dardach, które regulowały określone kwestie społeczne zapisane w unij-nych traktach założycielskich i w dokumentach Rady Unii Europejskiej takich jak np. Karta Podstawowych Praw Socjalnych Pracobiorców¹² czy też w dokumentach Komisji Europejskiej, np. w zielonej, a później białej księdze europejskiej polityki społecznej¹³. To właśnie te ustalenia mogą być uznane za pierwsze przejawy tworzenia polityki zdrowotnej w Unii Europejskiej. Wprowadzono prawne regulacje dotyczące europejskiej poli-tyki społecznej, których celem była poprawa warunków pracy i życia ro-botników w przemyśle stalowym oraz w kopalniach. Karta Podstawowych Praw Socjalnych Pracobiorców w krajach Europejskiej Wspólnoty z 1989 r. wprowadziła m.in. prawo do ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracy, na-tomiast niepełnosprawni na obszarze Wspólnoty zostali uprawnieni do korzystania ze środków, które ułatwiają ich zawodową integrację. Traktat z Maastricht¹⁴ wprowadził obowiązek wspierania przez Wspólnotę wyso-

¹⁰ A. de Gasperi, *Podstawowe idee chrześcijańskiej demokracji*, w: *Z historii ruchu-chrześcijańsko-demokratycznego w Europie*, Gliwice 1992, s. 136.

¹¹ W czerwcu 1950 r. rozpoczęła się w Paryżu konferencja przedstawicieli Belgii, Francji, Holandii, Luksemburga, RFN i Włoch, podczas której Minister Spraw Zagranicznych Francji R. Schuman przedstawił propozycję utworzenia Europejskiej Wspólnoty Węgla i Stali (EWWiS). 18 kwietnia 1951 r. podpisano traktat EWWiS, który wszedł w życie 25 lipca 1952 r. W czerwcu 1955 r. odbyła się konferencja ministrów spraw zagranicznych Belgii, Francji, Holandii, Luksemburga, RFN i Włoch w Messynie, w konsekwencji której 25 marca 1957 r. w Rzymie powołano Europejską Wspólnotę Gospodarczą (EWG) oraz Europejską Wspólnotę Energii Atomowej (EURATOM). W kolejnych latach nastąpił szereg wydarzeń, które doprowadziły do wejścia w życie 1 lipca 1967 r. nowych struktur o nazwie Wspólnoty Europejskie. Później, w 1986 r., przyjęto Jednolity Akt Europejski (JAE)¹², według którego w 1991 r. nastąpiła prezen-tacja Traktatu o Unii Europejskiej w Maastricht, podpisanego 7 lutego 1992 r. Wszedł on w życie 1 listopada 1993 r. Następnym etapem było podpisanie traktatu amsterdamskiego 2 października 1997 r., który wszedł w życie 1 maja 1999 r.

¹² Komisja Europejska (EC), fr. *Charte Communautaire des Droits Sociaux Fondamentaux des Travailleurs*, 1989.

¹³ Komisja Europejska (EC), Biała Księga: Europejska Polityka Społeczna – kie-runek dla Unii (*White Paper: European Social Policy – A Way Forward for the Union*) 1994.

¹⁴ Traktat o Unii Europejskiej (traktat z Maastricht), Dz. Urz. WE 1992, C 191, data zawarcia 7 lutego 1992 r., wszedł w życie 1 listopada 1993 r.

kiego poziomu zatrudnienia oraz opieki społecznej, jak też podnoszenia poziomu, jakości życia i solidarności pomiędzy członkowskimi państwami. Traktat o Unii Europejskiej zawierał wytyczne poświęcone Funduszowi Socjalnemu, którego zadaniem było m.in. zapewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego zgodnie z Umową o polityce socjalnej¹⁵. Zielona księga wywołała dyskusję nad istotnością polityki społecznej Unii Europejskiej, w konsekwencji której w lipcu 1994 r. została wydana biała księga europejskiej polityki społecznej, w której wśród dziesięciu priorytetów zostały wymienione także zadania dotyczące zdrowia publicznego¹⁶. W traktacie amsterdamskim z 1997 r.¹⁷ dużo miejsca poświęcono polityce społecznej, a zwłaszcza kwestii ochrony zdrowia.

Obecna polityka społeczna Unii Europejskiej jest realizowana dzięki instytucjom prawnym, które działają na rzecz wyrównania szans życiowych obywateli¹⁸. Istotną rolę w realizacji tych zadań odgrywają zarówno instytucje, jak i organy Unii, które wpływają na podział funduszy na cele socjalne. W polityce społecznej Unii Europejskiej ostatnich lat zdrowie publiczne stało się bardzo ważnym obszarem¹⁹. Polityka zdrowotna rozwija się także w Polsce, jednak następuje to z pewnym opóźnieniem w stosunku do krajów Unii.

Znaczące zwiększenie aktywności Polski w działaniach na rzecz rozwoju polityki zdrowia publicznego miały miejsce już na początku XX w.²⁰ W okresie po I wojnie światowej doszło do wielu inicjatyw i wydarzeń, których celem była poprawa zdrowia dzięki polepszeniu warunków sanitarnych i higienicznych zarówno na obszarach miejskich, jak i wiejskich. W 1919 r. weszła w życie zasadnicza ustawa sanitarna²¹, która jednak w bardzo ogólnikowy sposób określała zadania zarówno państwowej, jak i samorządowej służby zdrowia²².

Istotnym utrudnieniem dla samorządów terytorialnych w latach 1919–1924 był brak statutowego uregulowania w zakresie zdrowia publicznego. Dopiero w czerwcu 1939 r. uchwalona została ustawa o publicznej służbie

¹⁵ K. Głąbicka, *Polityka społeczna Wspólnot Europejskich*, Warszawa 1998, s. 87.

¹⁶ Komisja Europejska (EC), Biała Księga: Europejska Polityka Społeczna – kierunek dla Unii (*White Paper: European Social Policy – A Way Forward for the Union*) 1994.

¹⁷ Traktat z Amsterdamu (traktat amsterdamski), Dz. Urz. WE 1997, C 340, zawarty 2 października 1997 r., wszedł w życie 1 maja 1999 r.

¹⁸ J. Auleytner, *Instytucje polityki społecznej*, Warszawa 1996, s. 10.

¹⁹ J. Karski, *Polityka zdrowotna...*, s. 20.

²⁰ *Ibidem*, s. 31.

²¹ Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r., Dz. U. Nr 63, poz. 371 ze zm.

²² J. Fijałek, J. Induski, *Opieka zdrowotna do roku 1945. Studium organizacyjno-historyczne*, Łódź 1990, s. 302–303.

zdrowia²³, która zastąpiła zasadniczą ustawę sanitarną z 1919 r. oraz uregulowała prawną sytuację lecznictwa samorządowego²⁴.

W okresie pierwszych lat po II wojnie światowej z powodu biologicznego wyniszczenia narodu polskiego podejmowane były jedynie podstawowe zadania ratownicze. W 1949 r. odbył się pierwszy „Tydzień zdrowia PCK”, natomiast w 1957 r. reaktywowano Polskie Towarzystwo Higieniczne. W latach 90. powstało wiele prac oraz odbył się szereg konferencji poświęconych tematyce polityki zdrowotnej. Część inicjatyw Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przeniesiono na grunt Polski. Ponadto informacje o lepszym stanie zdrowia mieszkańców Europy Zachodniej w porównaniu do Polaków przyczynił się do wzrostu zainteresowania w kraju tą problematyką.

Można stwierdzić, że to właśnie opóźnienie w rozwoju polityki zdrowotnej na obszarze Polski stanowi jedną z głównych przyczyn różnic pomiędzy aktualną sytuacją zdrowotną społeczeństwa polskiego a pozostałych krajów Unii Europejskiej.

3. Aktualna sytuacja zdrowotna ludności w Polsce na tle Unii Europejskiej

3.1. Odsetek osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły w Polsce i przeciętny odsetek dla ogółu krajów UE oraz wskaźnik przeciętnej długości życia w Polsce i UE

Wskaźniki subiektywne (opinia na temat swojego stanu zdrowia) oraz obiektywne (przeciętna długość życia oraz umieralność ludności) dowodzą, że stan zdrowia polskiego społeczeństwa jest gorszy niż przeciętna dla ogółu mieszkańców Unii. Różnicę tę ilustruje wykres 1.

Istotnym obiektywnym wskaźnikiem stanu zdrowia jest przeciętna długość życia. Także ten wskaźnik nie pozostawia wątpliwości co do stanu zdrowia mieszkańców Polski, mimo jego ogromnej poprawy w ostatnich latach. Obecnie mężczyźni żyją w Polsce średnio o pięć lat krócej, niż wynosi średnia długość życia mężczyzn w krajach Unii Europejskiej, a kobiety o dwa lata krócej. Przeciętną długość życia w Polsce i Unii Europejskiej w 2015 r. przedstawia wykres 2.

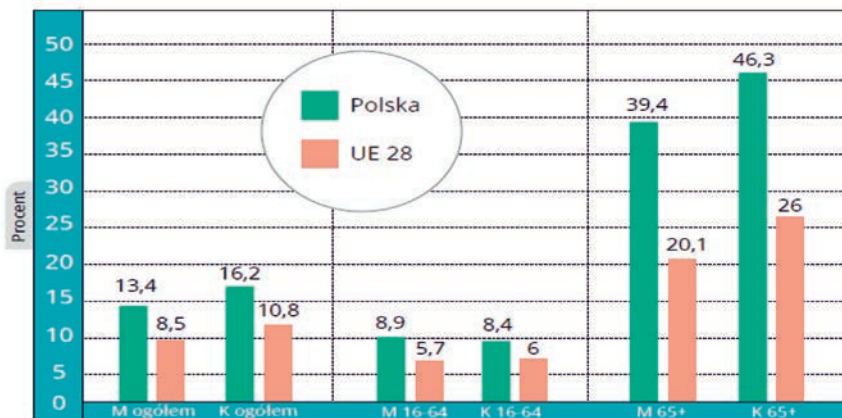
Mimo pozytywnych zmian w przeciętnej długości życia negatywnie należy ocenić tendencję do zmniejszania się liczby lat przeżytych w zdrowiu. W 2005 r. kobiety w Polsce przeżywały w zdrowiu 66,9 lat, zaś w 2011 r. wskaźnik *Healthy Life Years* (HLY) zmalał do 63,3 lat. Podobna tendencja

²³ Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia, Dz. U. Nr 54, poz. 342 ze zm.

²⁴ Z. Jastrzębski, *Ośrodki zdrowia w polskiej koncepcji lecznictwa samorządowego (1918–1939)*, *Zdrowie Publiczne* 1998, nr 11 (58), s. 460–464.

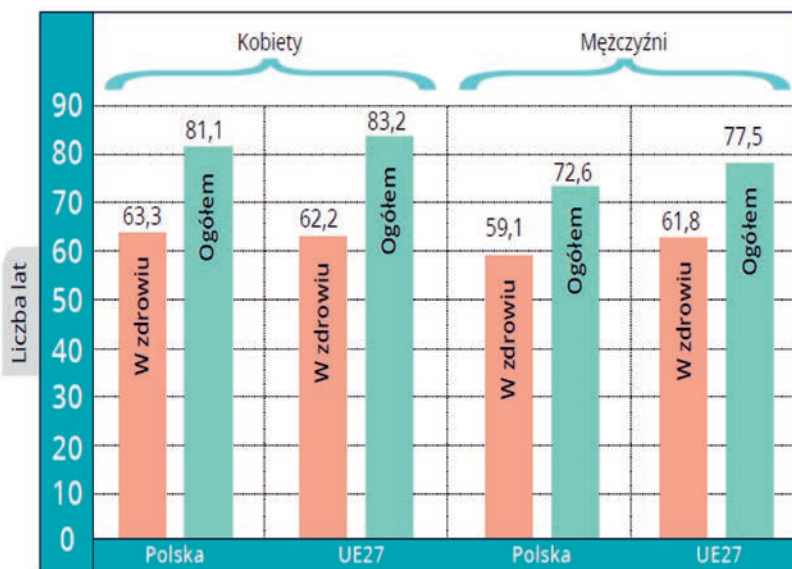
występuje także wśród mężczyzn, którzy w 2005 r. przeżyli w zdrowiu 61,2 lata, zaś w 2011 r. już jedynie 59,1 lat²⁵.

Wykres 1. Odsetek osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły w Polsce i przeciętna dla ogółu krajów Unii Europejskiej w 2015 r.



Źródło: Eurostat 2015 r., <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do> (1.03.2015).

Wykres 2. Przeciętna długość życia w Polsce i Unii Europejskiej w 2015 r.



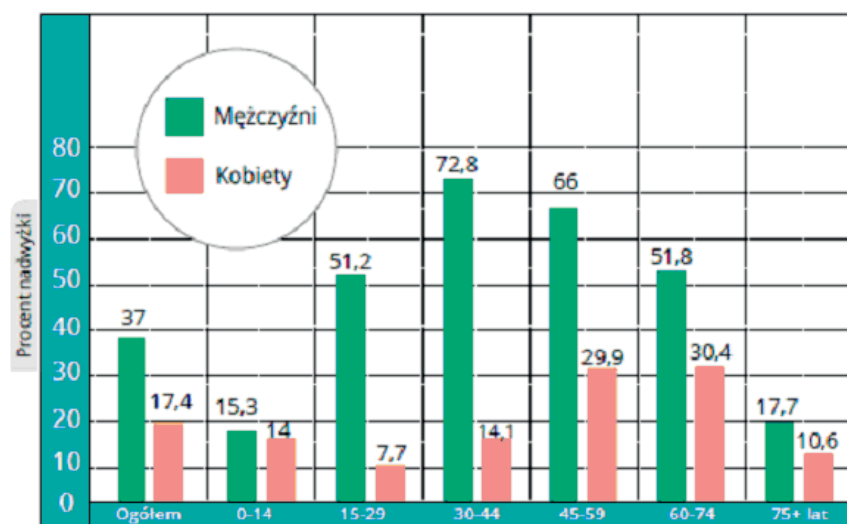
Źródło: Eurostat 2015 r.

²⁵ Ministerstwo Zdrowia, *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne*, Warszawa 2014, s. 14.

3.2. Wskaźnik umieralności w Polsce i w Unii Europejskiej

Kolejnym obiektywnym wskaźnikiem jest poziom umieralności, który w Polsce ulega systematycznemu obniżeniu od 1991 r., jednak w dalszym ciągu jest znacznie wyższy niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej. Współczynnik zgonów mężczyzn w 2011 r. był o 37% wyższy niż współczynnik w całej Unii Europejskiej. Umieralność zarówno mężczyzn, jak i kobiet jest wyższa od przeciętnej w krajach UE we wszystkich grupach wiekowych. Największą różnicę można zaobserwować w przedziale wiekowym 30–59 lat, gdzie zagrożenie życia w Polsce jest o ponad 2/3 wyższe niż w Unii Europejskiej. Obrazuje to poniższy wykres, który przedstawia nadwyżkę umieralności w Polsce z powodu ogółu przyczyn mężczyzn oraz kobiet wobec przeciętnego poziomu umieralności w krajach UE w 2011 r.

Wykres 3. Wskaźnik umieralności w Polsce i w Unii Europejskiej w 2011 r. Nadwyżka (w procentach) umieralności w Polsce z powodu ogółu przyczyn mężczyzn oraz kobiet w stosunku do przeciętnego poziomu umieralności w krajach UE w poszczególnych grupach wiekowych w 2011 r.



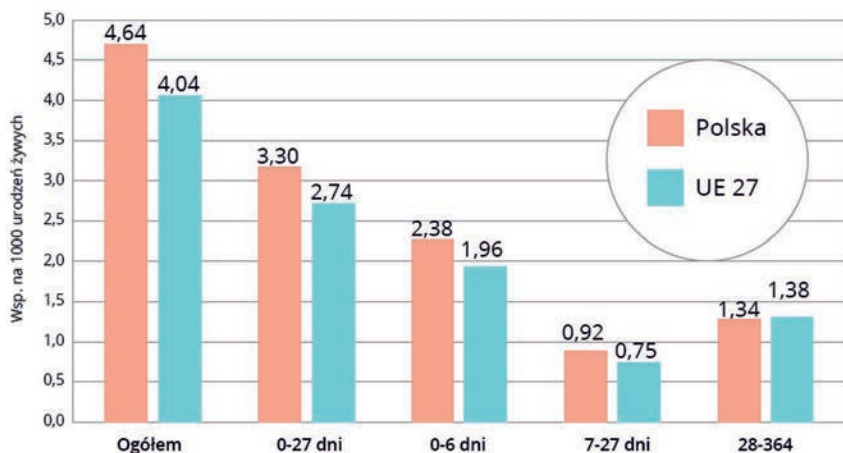
Źródło: Ministerstwo Zdrowia, *Policy paper...*, s. 14.

Najbardziej zbliżona do przeciętnego poziomu dla krajów Unii jest umieralność w dwóch skrajnych grupach wiekowych: chłopców poniżej 15 lat oraz mężczyzn powyżej 75 lat. Natomiast wśród kobiet różnice w umieralności w Polsce oraz w UE są mniejsze niż w przypadku mężczyzn. Największa nadwyżka umieralności w przypadku kobiet występuje w przedziale wiekowym 45–74 lat.

Ważny dla oceny stanu zdrowia jest poziom umieralności niemowląt, czyli dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku życia. Umieralność w tej grupie systematycznie spada od wielu lat, jednak dalej największa różni-

ca pomiędzy Polską a krajami Unii Europejskiej występuje w przypadku zgonów niemowląt w okresie neonatalnym, czyli w pierwszych czterech tygodniach życia. W tym okresie umieralność niemowląt jest wyższa o jedną trzecią niż przeciętna w Unii Europejskiej. Obrazuje to wykres przedstawiający umieralność niemowląt w Polsce w 2012 r. oraz w krajach Unii Europejskiej w 2010 r.

Wykres 4. Wskaźnik umieralności niemowląt w Polsce w 2012 r. i w Unii Europejskiej w 2010 r.



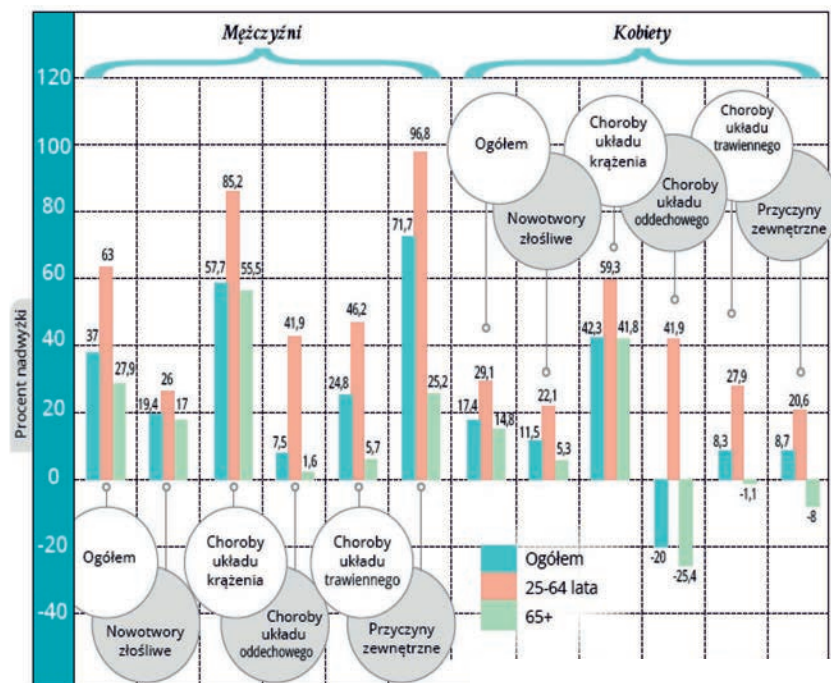
Źródło: Eurostat 2015 r.

Najczęstszymi przyczynami zgonów w Polsce są choroby układu krążenia. W 2001 r. to właśnie one były przyczyną zgonów 40% mężczyzn oraz 51% kobiet. Kolejną grupą były nowotwory, które stały się przyczyną zgonu 26% mężczyzn oraz 22% kobiet. Porównanie najważniejszych przyczyn zgonów w Polsce i Unii Europejskiej skłania do refleksji, że w Polsce zagrożenie życia z powodu chorób układu krążenia w wieku aktywności zawodowej jest o wiele wyższe niż w pozostałych krajach Unii, co obrazuje wykres 5, przedstawiający nadwyżkę umieralności w Polsce wobec przeciętnego poziomu w krajach UE w populacji ogółem, w wieku 25–64 lata oraz 65 lat i więcej według głównych grup przyczyn zgonów w 2011 r.

Wskaźnik umieralności mężczyzn w wieku 25–64 lat z przyczyn zewnętrznych jest w Polsce dwukrotnie wyższy (97%) od przeciętnego wskaźnika w Unii, 85% stanowią choroby układu krążenia, a 26% choroby nowotworowe. Zgodnie z analizami przeprowadzonymi przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego to właśnie zagrożenie chorobami układu krążenia w naszym kraju w porównaniu z przeciętną sytuacją w krajach UE jest decydującym czynnikiem odpowiadającym za krótsze życie mieszkańców Polski²⁶.

²⁶ *Ibidem*, s. 20.

Wykres 5. Nadwyżka umieralności w Polsce i Unii Europejskiej w 2011 r.



Źródło: opracowano na podstawie danych WHO z European Health for All database – Mortality Database.

W celu polepszenia sytuacji zdrowotnej polskiego społeczeństwa wiele zadań z zakresu zdrowia publicznego zdecentralizowano i przekazano jednostkom samorządu terytorialnego.

4. Zadania samorządu terytorialnego w obszarze zdrowia publicznego

Podział terytorialny Polski obejmuje gminy (od 1990 r.²⁷), powiaty i województwa (1998 r.²⁸). Stworzenie samorządu terytorialnego wiązało się z poszerzeniem zakresu zadań własnych jego jednostek i skutkowało daleko idącą decentralizacją.

Zadania własne gminy, która jest podstawową jednostką samorządu terytorialnego, obejmują wszystkie publiczne sprawy o znaczeniu lokalnym, które nie są zastrzeżone ustawami na rzecz innych podmiotów. Jest to zgodne z konstytucyjną zasadą pomocniczości. Gmina nie posiada zamknięte-

²⁷ Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 446 ze zm.

²⁸ Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 814 ze zm. oraz ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 486 ze zm.

go katalogu zadań. Według ustawy o samorządzie gminnym do własnych zadań gminy należą kwestie związane ze sprawami ładu przestrzennego, ochrony środowiska, gminnych dróg czy ulic, wodociągów, kanalizacji oraz m.in. ochrony zdrowia i polityki prozdrowotnej, w tym w obszarze zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej czy też prawnej²⁹. Wszystkie te zadania gminy w większym czy mniejszym stopniu są związane z kwestiami polityki zdrowotnej, ponieważ są przykładami uwarunkowań zdrowotnych, czyli czynnikami, które pozwalają na zmniejszenie lub usunięcie zagrożeń zdrowotnych mieszkańców wspólnoty. Poza wymienionymi zadaniami gmina może także realizować zadania zlecone z zakresu administracji rządowej³⁰.

Gmina podejmuje również zadania w obszarze zwalczania chorób zakaźnych. Jest ona zobowiązana do zgłaszania organom Inspekcji Sanitarnej oraz odpowiednim jednostkom służby zdrowia przypadków zachorowań i zgonów z przyczyn chorób zakaźnych oraz do pokrywania kosztów związanych z przewozem osób podlegających przymusowej izolacji lub hospitalizacji³¹.

W zakresie wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi gmina jest zobowiązana do stworzenia gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych³². W obszarze zagrożenia zdrowia z przyczyn używania tytoniu i wyrobów tytoniowych rada gminy podejmuje odpowiednie uchwały w zakresie ochrony obywateli przed szkodliwym wpływem palenia, np. tworząc strefy wolne od dymu³³. W obszarze narkomanii gmina ma obowiązek wydawania zezwoleń na uprawę maku i konopi, wydaje także nakazy zniszczenia upraw prowadzonych bez pozwoleń. Wszystkie te zadania gminy w większym lub mniejszym stopniu mają związek z polityką zdrowia publicznego³⁴.

Powiat stanowi jednostkę pośrednią zasadniczego podziału administracyjnego między gminą a województwem. W przeciwieństwie do gminy wykonuje zadania tylko wyraźnie wskazane przez ustawodawstwo. Powiat, podobnie jak gmina, może także realizować zadania zlecone i powierzone.

Do zadań własnych powiatu należy m.in. prawo i obowiązek umieszczania chorych na gruźlicę w jednostkach do tego przeznaczonych. W obszarze ochrony zdrowia psychicznego powiat prowadzi działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego oraz zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Ponadto organizuje i zapewnia lecznicze świadczenia w tym zakresie.

²⁹ Art. 7 ustawy o samorządzie gminnym.

³⁰ J. Karski, *Polityka zdrowotna...*, s. 39–40.

³¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 947 ze zm.

³² Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 487 ze zm.

³³ Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 298 ze zm.

³⁴ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 224 ze zm.

Powołuje także przy powiatowym centrum pomocy rodzinie powiatowy zespół do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności oraz prowadzi działania, które mają za zadanie ograniczenie występowania niepełnosprawności³⁵. Powiaty od 1 stycznia 1999 r. stały się organami założycielskimi dla większości publicznych jednostek zdrowotnych działających zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak i stacjonarnej³⁶.

Głównym zadaniem województwa jest określenie strategii rozwoju³⁷ i prowadzenie polityki, której celem jest służenie przyszłości województwa. Do własnych zadań województwa należy m.in. ochrona i promocja zdrowia. Aktywność województwa nie może naruszać samodzielności powiatu lub gminy. Zgodnie z ustawą kompetencyjną oraz późniejszymi rozporządzeniami samorządu województwa przejęły funkcję organów założycielskich dla ośrodków medycyny pracy, kolumn transportu sanitarnego czy też publicznych wysoko wyspecjalizowanych szpitali wojewódzkich³⁸.

Wszystkie jednostki samorządu terytorialnego – gmina, powiat i województwo jako organizatorzy ochrony zdrowia są jednostkami założycielskimi dla większości publicznych podmiotów leczniczych i uzyskały wpływ na ich działalność³⁹.

W konsekwencji samodzielne zakłady opieki zdrowotnej stały się samorządowymi osobami prawnymi, jednostkami organizacyjnymi województwa, powiatu i gminy⁴⁰. W wyniku zmian kompetencyjnych samorząd terytorialny został obciążony ogromną odpowiedzialnością jako organizator opieki zdrowotnej, co miało także duży wpływ na ekonomiczną efektywność jednostek samorządu terytorialnego w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.

5. Efektywność ekonomiczna jednostek samorządu terytorialnego w polityce zdrowotnej

5.1. Pojęcie efektywności

Literatura przedmiotu nie zawiera jednoznacznej i spójnej definicji efektywności. W definiowaniu tego terminu często stosuje się synonimy, jak np. sprawność⁴¹. W języku potocznym słowo „efektywność” jest uży-

³⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 ze zm.

³⁶ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.

³⁷ Ustawa z dnia 12 maja 2000 r. o zasadach wspierania rozwoju regionalnego, Dz. U. Nr 48, poz. 550 ze zm.

³⁸ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

³⁹ Ustawa z dnia 13 października 1998 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną.

⁴⁰ J. Karski, *Polityka zdrowotna...*, s. 41.

⁴¹ T. Kotarbiński, *Traktat o dobrej robocie*, Warszawa 1958, s. 138.

wane podobnym znaczeniu jak: pozytywny wynik, użyteczność, skuteczność, celowość, rentowność, produktywność, umiejętność, racjonalność, ekonomiczność itd. Należy jednak stwierdzić, że obecny stan rozstrzygnięć terminologicznych nie pozwolił na wyłonienie jednego powszechnie przyjętego sposobu rozumienia tego terminu. Efektywność zarówno w naukach społecznych, jak i ekonomicznych stanowi jedno z najczęściej nadużywanych pojęć. W rezultacie jego znaczenie uległo rozmyciu, zaś biorąc pod uwagę częstość stosowania, należy zawsze odnosić je do kontekstu, w którym jest używane⁴².

Efektywność stanowi także jedną z podstawowych kategorii ekonomicznych. Ogólnie można ją zdefiniować jako stan, w którym nie jest możliwa reorganizacja produkcji lub konsumpcji, która zwiększyłaby satysfakcję jednej osoby bez zredukowania satysfakcji drugiej osoby. W ten sposób zdefiniowana koncepcja efektywności wywodzi się z zasady Pareta, zaś jej definicja opisuje optimum Pareta⁴³.

Zarówno w literaturze polskiej, jak i światowej można znaleźć wiele wariantów ujmowania kategorii efektywności. Efektywność opisuje się jako:

- umiejętność realizacji zamierzonych celów przy jednoczesnym maksymalnym obniżeniu kosztów działania⁴⁴,
- zakres realizacji zamierzonych celów w stosunku do wykorzystanych zasobów, co odpowiada zarówno ekonomicznej efektywności kosztów, jak i też *value for fair money* w obszarze rachunkowości⁴⁵,
- najbardziej skuteczne zastosowanie zasobów społeczeństwa w procesie zaspokajania potrzeb i występujących braków⁴⁶,
- proces, w którym społeczeństwo wydobywa z konsumentów ich maksymalne zadowolenie przy użyciu dostępnych środków⁴⁷,
- dodatnią cechą działań, które dają jakiś pozytywnie oceniany wynik bez względu na to, czy był on zamierzony czy też nie⁴⁸.

W literaturze ekonomicznej efektywność jest najczęściej opisywana przez porównanie efektów i nakładów lub też uzyskanych przychodów i poniesionych kosztów⁴⁹. Bywa ona także oceniana na podstawie stosunku

⁴² J. Łańcucki *Skuteczność i efektywność systemu zarządzania jakością*, w: J. Łańcucki, *Efektywność systemów zarządzania*, Poznań 2004, s. 9.

⁴³ N. Acocella, *Zasady polityki gospodarczej*, Warszawa 2002, s. 42–43.

⁴⁴ K. Padzik, *Leksykon HRM. Podstawowe pojęcia z dziedziny zarządzania zasobami ludzkimi*, Warszawa 2002, s. 18.

⁴⁵ E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2011, s. 13.

⁴⁶ P.A. Samuelson, W.D. Nordhaus, *Ekonomia*, t. 1, Warszawa 2005, s. 26.

⁴⁷ *Ibidem*, s. 443.

⁴⁸ T. Pszczółowski, *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*, Warszawa 1978, s. 60.

⁴⁹ W. Gabrusewicz, A. Kamela-Sowińska, H. Poetschke, *Rachunkowość zarządcza*, Warszawa 1996, s. 53.

osiągniętych wyników do poniesionych w celu ich uzyskania nakładów⁵⁰. Ogólnie efektywność można określić jako stosunek efektów do nakładów⁵¹. Spotykane w literaturze definicje efektywności w aspekcie ekonomicznym ujmują ją najczęściej jako rezultat podjętych działań, które opisują relację uzyskanych efektów do nakładów, które zostały poniesione. Prawidłowe rozumienie pojęcia efektywności stanowi kluczowy element oceny finansowania zdrowia publicznego w Polsce przez samorząd terytorialny.

5.2. Finansowanie zdrowia publicznego w Polsce przez samorząd terytorialny

Jednostki samorządu terytorialnego w Polsce są jednym z płatników w systemie zdrowotnym (pokrywają 5% wydatków) oprócz Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) – 85%, budżetu państwa – 10%⁵². W 2013 r. samorząd terytorialny przeznaczył na kwestie związane z ochroną zdrowia 3,6 mld zł. Wydatki samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia przedstawia wykres 6.

W latach 2002–2011 można było zauważyć ciągły wzrost środków finansowych, jakie JST przeznaczały na zadania związane z ochroną zdrowia. Jednak w 2012 r. nastąpił spadek wydatków publicznych na kwestie związane ze zdrowiem o około 19%. Rok później poziom publicznych wydatków ustabilizował się na poziomie 3,6 mld zł. Stosunkowo wysokie wydatki samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w 2001 r. (około 3,5 mld zł) były związane z nagromadzeniem środków otrzymanych przez JST w 2000 r. Od 2003 r. następowało systematyczne zwiększenie ilości środków przeznaczonych na ochronę zdrowia, ich średni wzrost w okresie 2003–2011 wyniósł 10%. W 2005 oraz 2006 r. doszło do wzrostu wydatków o odpowiednio 22 i 19%. W 2007 r. JST wydały na ochronę zdrowia tę samą ilość środków co w roku poprzednim, zaś w kolejnych dwóch latach (2008 i 2009 r.) nastąpił ponowny wzrost publicznych wydatków odpowiednio o 20 oraz 12%. W latach 2010–2011 wydatki na ochronę zdrowia ustabilizowały się na poziomie 4 mld zł, zaś w kolejnym roku uległy zmniejszeniu do 3,5 mld zł i pozostały na tym poziomie także w 2013 r.⁵³

Nie wszystkie organizacyjne szczeble samorządu terytorialnego w Polsce przeznaczają na ochronę zdrowia tyle samo środków finansowych, co obrazuje poniższy wykres.

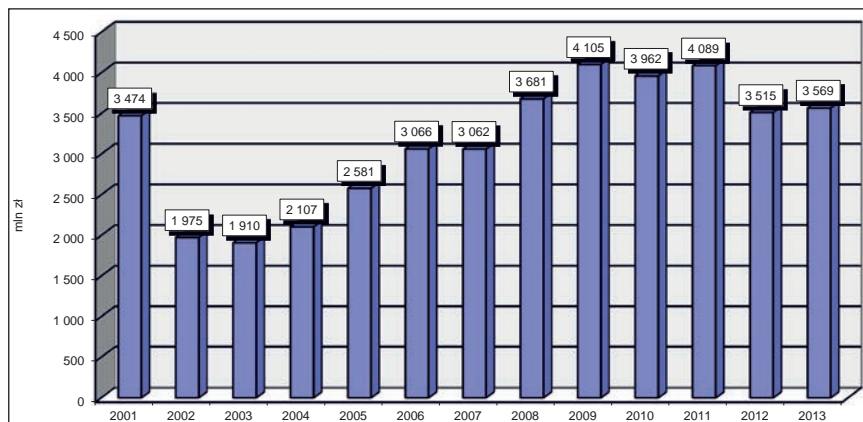
⁵⁰ L. Pasieczny, J. Więckowski, *Ekonomika i analiza działalności przedsiębiorstwa*, Warszawa 1987, s. 14.

⁵¹ A. Melich, *Efektywność gospodarowania. Istota – metody – warunki*, Warszawa 1980, s. 17.

⁵² Główny Urząd Statystyczny (GUS), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Warszawa 2014, s. 128.

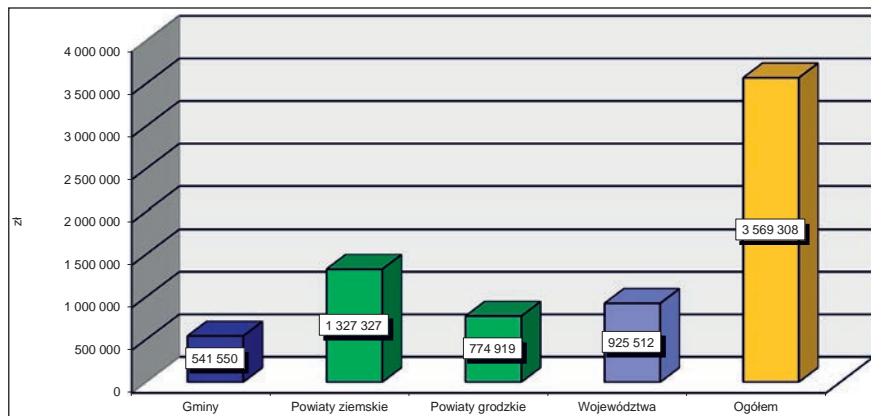
⁵³ P. Szetela, *Rola samorządu terytorialnego...*, s. 1–22.

Wykres 6. Wydatki samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w latach 2001–2013 (w mln zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Krajowej Rady Regionalnych Izb Obračunkowych (KRRIO), *Sprawozdanie z działalności Regionalnych Izb Obračunkowych i wykonania budżetu jednostki samorządu terytorialnego w 2013 roku*, Warszawa 2014, s. 254, 292, 321 i 343.

Wykres 7. Wielkość i struktura środków finansowych wydatkowana na ochronę zdrowia przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego w roku 2013 (w zł)



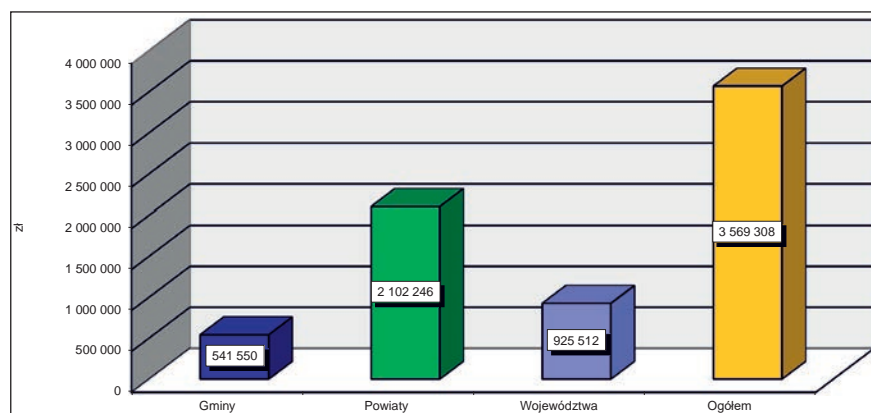
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Krajowej Rady Regionalnych Izb Obračunkowych (KRRIO), *Sprawozdanie z działalności...*, s. 254, 292, 321, 343 oraz P. Szetela, *Rola samorządu terytorialnego...*

W 2013 r. z puli 3,5 mld zł, które samorząd terytorialny przeznaczył na ten cel jednostki poszczególnych szczebli organizacyjnych wydały na ochronę zdrowia odpowiednio:

- województwa samorządowe 26%, czyli ok. 0,9 mld zł,
- powiaty ziemskie 37%, czyli ok. 1,3 mld zł,
- miasta na prawach powiatu, czyli powiaty grodzkie 22%, czyli 0,8 mld zł,
- gminy 15%, czyli 0,5 mld zł.

Należy zauważyć, że powiatów ziemskich jest w Polsce 314, natomiast grodzkich jedynie 65. Ponadto na ochronę zdrowia oba typy powiatów przeznaczają relatywnie podobną liczbę środków – odpowiednio 1,3 oraz 0,8 mld zł. W konsekwencji należy uznać, że miasta na prawach powiatu grodzkie, których jest około pięciokrotnie mniej niż powiatów ziemskich, pełnią istotną rolę w obszarze finansowania ochrony zdrowia przez samorząd terytorialny. Najwięcej środków na ochronę zdrowia w Polsce spośród JST przeznaczają powiaty (59% wszystkich środków, co stanowi ok. 2,1 ml zł). Strukturę finansowania ochrony zdrowia przez samorząd terytorialny przedstawia wykres 8.

Wykres 8. Wielkość i struktura środków finansowych wydatkowana na ochronę zdrowia przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego w roku 2013 (w zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Krajowej Rady Regionalnych Izb Obračunkowych (KRRIO), *Sprawozdanie z działalności...*, s. 254, 292, 321, 343.

W ostatniej dekadzie wzrosła pula środków wydanych przez jednostki wszystkich szczebli samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia. Najwięcej pieniędzy na ten cel przeznaczają powiaty, w dalszej kolejności są województwa i gminy. Jednak całościowe wydatki JST na ochronę zdrowia mają znaczenie marginalne, jest to zaledwie 0,7% wydatków ogółem w gminach, 1,5% wydatków w miastach na prawach powiatu, 5,8% w powiatach ziemskich oraz 5,6% w województwach.

Struktura wydatków jednostek samorządu terytorialnego według działów i rodzajów klasyfikacji budżetowej w 2013 r. została przedstawiona w tabeli poniżej.

Zadania w ochronie zdrowia rywalizują z innymi zadaniami samorządu. Jednostki samorządu terytorialnego znacznie większe środki poświęcają na takie cele, jak oświata, pomoc społeczne, transport, łączność czy też administracja publiczna. Wypełniając zarówno własne, jak i zlecone zadania w zakresie ochrony zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego wydatkują swoje środki w określonych przedziałach budżetowej klasyfika-

cji. Kategoryzacja wydatków zgodnie z rozdziałami klasyfikacji budżetowej pozwala na precyzyjne określenie celów, na pokrycie których przeznaczony są dane kwoty.

Tabela 1. Struktura wydatków jednostek samorządu terytorialnego według działów i rodzajów klasyfikacji budżetowej w 2013 r.

Rodzaj działalności	Gminy (2479)	Powiaty ziemskie (314)	Powiaty grodzkie (65)	Województwa (16)
	%	%	%	%
Oświata i wychowanie	37,2	31,4	30,8	5,6
Pomoc społeczna	16,4	14,8	11,9	0,9
Transport i łączność	7,7	12,8	19,2	41,5
Administracja publiczna	10,3	11,1	6,8	9,0
Gospodarka komunalna i ochrona środowiska	8,4	0,4	6,0	0,2
Ochrona Zdrowia	0,7	5,8	1,5	5,6
Kultura fizyczna	2,6	0,3	3,0	1,0
Pozostałe	16,7	23,4	20,8	36,2
Ogółem	100	100	100	100

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Krajowej Rady Regionalnych Izb Obračunkowych (KRRIO), *Sprawozdanie z działalności...*, s. 192.

Badanie wydatków gmin na ochronę zdrowia pozwala stwierdzić, że ten szczebel JST wydaje na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych niecały 1% (ok. 0,7%) swoich środków, co stanowi kwotę ok. 0,5 mld zł (2013 r.). Do podstawowych zadań gminy w zakresie ochrony zdrowia należy przeciwdziałanie alkoholizmowi (ok. 72%) oraz zwalczanie narkomanii⁵⁴. Realizowanie zadań mających na celu walkę z nadużywaniem alkoholu jest dla gmin zadaniem obligatoryjnym wynikającym z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, na realizację którego gminy otrzymują znaczne środki w postaci opłat za wydawanie zezwoleń na sprzedaż produktów alkoholowych. Na inne zadania związane z ochroną zdrowia, w tym na utrzymanie jednostek opiekuńczo-leczniczych czy też pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz na finansowanie programów polityki zdrowotnej, gminy przeznaczają znacznie mniej środków. Generalnie środki wydatkowane z budżetu gminy na opiekę zdrowotną pozostają na niskim poziomie. Co ciekawe, to właśnie gmina stanowi najmocniejszy finansowo szczebel samorządu terytorialnego, zaś jej potencjalne możliwości przekazania środków finansowych do sektora opieki zdrowotnej są o wiele więk-

⁵⁴ Główny Urząd Statystyczny (GUS), *Zdrowie...*, s. 130.

sze. W 2013 r. dochody gmin kształtowały się na poziomie ok. 80 mld zł, w tym okresie miasta na prawach powiatu, powiaty oraz województwa razem uzyskały wiele mniejsze dochody w wysokości odpowiednio 52 oraz 23 i 16 mld zł⁵⁵.

Wydatki powiatów ziemskich na ochronę zdrowia wynoszą ok. 5,8% ich wydatków ogółem, co dało ok. 1,3 mld zł w 2013 r. Z budżetów powiatów finansowane są przede wszystkim szpitale, dla których powiaty są jednostkami założycielskimi. Poza tym z tego budżetu finansowane jest ratownictwo medyczne oraz programy profilaktyki zdrowotnej.

Wydatki w zakresie ochrony zdrowia miast na prawach powiatu stanowiły 1,5% ich wydatków ogółem w 2013 r., co dało ok. 0,8 mld zł. Miasta na prawach powiatów przeznaczają ok. 28% swoich wydatków w zakresie ochrony zdrowia na przeciwdziałanie alkoholizmowi. Natomiast istotną część funduszy (ok. 23%) jest przeznaczana na szpitale, dla których powiaty są jednostkami założycielskimi. Pozostałe wydatki miast na prawach powiatu są przeznaczane na wspieranie leczenia ambulatoryjnego oraz innych programów polityki zdrowotnej⁵⁶.

Kolejny szczebel samorządu terytorialnego – województwa – przeznaczają na opiekę zdrowotną 5,6% (0,9 mld zł) swoich środków ogółem (2013 r.). Ze środków tych przede wszystkim finansowana jest działalność samodzielnych publicznych zespołów opieki zdrowotnej (SPZOZ), dla których samorząd województwa stanowi organ założycielski. Są to największe oraz najbardziej specjalistyczne jednostki zdrowotne w określonym województwie. Na te szpitale samorządy województwa wydają rocznie ok. 77% wszystkich swoich środków przeznaczonych na ochronę zdrowia. Poza tym województwa realizują również inne zadania w obszarze opieki zdrowotnej, jak np. finansowanie leczenia psychiatrycznego, zadania z zakresu medycyny pracy czy staży i specjalizacji medycznych⁵⁷.

6. Podsumowanie i wnioski końcowe

Samorząd terytorialny w polskim systemie opieki zdrowotnej występuje zarówno jako organizator, jak też podmiot tworzący dla jednostek ochrony zdrowia oraz jeden z publicznych płatników. Istniejące obecnie możliwości wspierania finansowego ze strony JST są ograniczone. W chwili zagrożenia utratą płynności podmiot tworzący nie ma realnej możliwości udzielenia finansowego wsparcia jednostce ochrony zdrowia. Należy zauważyć, że właśnie taka pomoc w odpowiedniej wysokości oraz czasie mogłaby polepszyć finansową sytuację podmiotu leczniczego oraz

⁵⁵ Krajowa Rada Regionalnych Izb Obrachunkowych (KRRIO), *Sprawozdanie z działalności...*, s. 226.

⁵⁶ Główny Urząd Statystyczny (GUS), *Zdrowie...*, s. 130.

⁵⁷ Ministerstwo Zdrowia, *Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, Warszawa 2008, s. 34.

rozwiązać liczne problemy, a nawet wpłynąć na rozwój jednostki w przeszłości. Natomiast obowiązujące regulacje prawne pozwalają co prawda na ingerencję przez JST w finansową gospodarkę jednostki zdrowotnej, jednak dopiero wtedy, kiedy wpadnie ona w tarapaty finansowe (np. ujemny wynik finansowy). W takiej sytuacji to właśnie JST muszą pokryć dług oraz podjąć decyzję o zmianie formy prowadzenia gospodarki finansowej albo o likwidacji podmiotu, co stanowi często poważne obciążenie dla gospodarki finansowej jednostki samorządu. Obowiązek pokrycia ujemnego wyniku finansowego, przekształcenia lub zlikwidowania podmiotu powoduje, że JST nie są zainteresowane angażowaniem się w trudny proces przekształcania jednostek. Co prawda ustawodawca przewidział kilka możliwości wspierania finansowego podmiotów leczniczych, które nie są przedsiębiorcami, przez JST (np. w postaci dotacji celowych), jednak dostępne formy finansowania należy ocenić jako niewystarczające, zaś istniejące przepisy prawne mogą być uznane wręcz za przeszkody w zakresie finansowania zadań w zakresie ochrony zdrowia przez JST. Rola samorządów w obszarze zdrowia publicznego jest dalece ograniczona, należy jednak pamiętać, że jednostki te posiadają wiele rozległych kompetencji finansowych w systemie zdrowia publicznego.

Przedstawiciele poszczególnych szczebli samorządu terytorialnego w Polsce przeznaczają różne kwoty na finansowanie zadań związanych z realizacją polityki zdrowotnej. Mimo że od 2002 r. można zaobserwować systematyczny wzrost wydatków JST na ochronę zdrowia, to ich wielkość można uznać za niewystarczającą, jeśli weźmiemy pod uwagę wielkość oraz wagę zadań realizowanych w obszarze polityki zdrowotnej przez samorząd terytorialny, takich jak np. promocja i ochrona zdrowia, umożliwienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych czy przeciwdziałanie i walka z alkoholizmem, narkomanią oraz konsekwencjami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, wspieranie ratownictwa medycznego, ochrona zdrowia psychicznego, zwalczanie chorób zakaźnych, opieka nad kobietami w ciąży oraz realizowanie innych zadań z zakresu medycyny pracy czy też inspekcji sanitarnej. Najwięcej na finansowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego przeznaczają powiaty (59%), w dalszej kolejności są województwa (26%), a następnie gminy (15%). Ponadto należy podkreślić, że wydatki JST na ochronę zdrowie w skali ich budżetów mają marginalne znaczenie i wynoszą: 0,7% w przypadku gmin, 1,5% dla powiatów grodzkich, 5,8% dla powiatów ziemskich i 5,6% dla województw. Jako publiczny płatnik w ochronie zdrowia samorząd terytorialny stanowi niewielkie źródło finansowania w skali całego systemu ochrony zdrowia i ustępuje zarówno źródłom składowym, jak i budżetowym⁵⁸.

Podsumowując powyższe rozważania, należy stwierdzić, że w wyniku zmian systemowych wprowadzonych w 1999 r. JST stały się odpowie-

⁵⁸ P. Szetela, *Rola samorządu terytorialnego...*, s. 1–22.

działne za prawidłowe działanie opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym i regionalnym. Jednostki samorządu terytorialnego zostały podzielone na trzy niezależne poziomy. Stały się organami założycielskimi dla jednostek ochrony zdrowia, z pełnią praw oraz obowiązków, jednak bez wystarczających środków na ich realizację. Trzeba podkreślić, że samorząd nie został wyposażony w dostateczne środki finansowe, które umożliwiłyby mu finansowanie opieki zdrowotnej w większym zakresie, np. JST nie otrzymują subwencji w tym zakresie tak jak jest to w przypadku szkół⁵⁹.

Ponadto samorząd terytorialny nie został wyposażony w adekwatne narzędzia prawne, który umożliwiłyby mu finansowanie opieki zdrowotnej, szczególnie podległych mu jednostek zdrowotnych działających w formie SPZOZ-ów. Te wszystkie czynniki sprawiają, że pełnienie przez JST roli płatnika w systemie opieki zdrowotnej jest w znacznym stopniu ograniczone. Jednostki samorządu terytorialnego wspomagają SPOZ-y w niewystarczający sposób z punktu widzenia ekonomicznej efektywności i nie przyczyniają się do poprawy ich kondycji finansowej. Poza tym JST, jako organy założycielskie, są narażone na konsekwencje trudnej sytuacji finansowej podległych im podmiotów leczniczych. Konsekwencje te wiążą z obowiązkiem przejęcia i spłaty zobowiązań jednostek przez JST w sytuacji likwidacji, łączenia lub przekształcenia podmiotów leczniczych. Przyjęty w polskim systemie opieki zdrowotnej rozdział funkcji płatnika świadczeń zdrowotnych od władz lokalnych i regionalnych pozbawił władze samorządowe wpływu na finansowanie usług zdrowotnych na swoim obszarze⁶⁰. Praktyka pokazuje, że działania samorządu terytorialnego w zakresie finansowania polityki zdrowotnej w Polsce nie są efektywne. Zadania JST koncentrują się głównie na funkcjach organizacyjnych i nadzorczych, które wynikają z funkcji organów założycielskich podmiotów leczniczych, oraz na realizacji zadań w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia⁶¹.

Bibliografia

- Acocella N., *Zasady polityki gospodarczej*, Warszawa 2002.
- Auleytner J., *Instytucje polityki społecznej*, Warszawa 1996.
- Eurostat, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do> (01.03.2015).
- Fijałek J., Induski, J., *Opieka zdrowotna do roku 1945. Studium organizacyjno-historyczne*, Łódź 1990.
- de Gasperi A., *Podstawowe idee chrześcijańskiej demokracji*, w: *Z historii ruchu-chrześcijańsko-demokratycznego w Europie*, Gliwice 1992.

⁵⁹ K. Surówka, *Decentralizacja czy centralizacja zarządzania systemem opieki zdrowotnej*, Forum Ochrony Zdrowia. Wyzwania i Możliwości Rozwiązań, <http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Referat%20Krzysztof%20Surowka.pdf> (01.03.2015).

⁶⁰ Art. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.

⁶¹ P. Szetela, *Rola samorządu terytorialnego...*, s. 1–22.

- Gabrusewicz W., Kamela-Sowińska A., Poetschke H., *Rachunkowość zarządcza*, Warszawa 1996.
- Głąbicka K., *Polityka społeczna Wspólnot Europejskich*, Warszawa 1998.
- Łańcucki J., *Skuteczność i efektywność systemu zarządzania jakością*, w: *Efektywność systemów zarządzania*, Poznań 2004.
- Główny Urząd Statystyczny (GUS), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Warszawa 2014.
- Jastrzębski Z., *Ośrodki zdrowia w polskiej koncepcji lecznictwa samorządowego (1918–1939)*, *Zdrowie Publiczne* 1998, nr 11 (58).
- Karski J., *Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego*, Warszawa 2009.
- Krajowa Rada Regionalnych Izb Obrachunkowych (KRRIO), *Sprawozdanie z działalności Regionalnych Izb Obrachunkowych i wykonania budżetu jednostki samorządu terytorialnego w 2013 roku*, Warszawa 2014.
- Komisja Europejska (EC), *Biała Księga: Europejska Polityka Społeczna – kierunek dla Unii (White Paper: European Social Policy – A Way Forward for the Union)* 1994.
- Komisja Europejska (EC), *Charte Communautaire des Droits Sociaux Fondamentaux des Travailleurs*, 1989.
- Kulikowska-Pawlak M., *Pojmowanie efektywności organizacji – definiowanie, pomiar*, w: *Pomiar efektywności organizacji publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia*, A. Frączkiewicz-Wronka (red.), Katowice 2010.
- Kotarbiński T., *Traktat o dobrej robocie*, Warszawa 1958.
- Melich A., *Efektywność gospodarowania. Istota – metody – warunki*, Warszawa 1980.
- Ministerstwo Zdrowia, *Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, Warszawa 2008.
- Ministerstwo Zdrowia, *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne*, Warszawa 2014.
- Nojszewska E., *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2011.
- Padzik K., *Leksykon HRM. Podstawowe pojęcia z dziedziny zarządzania zasobami ludzkimi*, Warszawa 2002.
- Pasieczny L., Więckowski, J., *Ekonomia i analiza działalności przedsiębiorstwa*, Warszawa 1987.
- Pszczółowski, T., *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*, Warszawa 1978.
- Samuelson P. A., Nordhaus W. D., *Ekonomia*, t. 1, PWN, Warszawa 2005.
- Surówka K., *Decentralizacja czy centralizacja zarządzania systemem opieki zdrowotnej*, *Forum Ochrony Zdrowia. Wyzwania i Możliwości Rozwiązań*, <http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Referat%20Krzysztof%20Surowka.pdf> (01.03.2015).
- Szetela P., *Rola samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia: organizator, podmiot tworzący oraz płatnik*, *Zeszyty Naukowe Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2015, z. 2.
- Winslow C.E.A., *The Untilled Fields of Public Health*, „Science Magazine” 1920, vol. 51, no. 1306.

Efektywność ekonomiczna samorządu terytorialnego w polityce zdrowotnej Polski na tle aktualnej sytuacji zdrowotnej w Unii Europejskiej

Streszczenie

Artykuł rozpoczyna się od prezentacji genezy zdrowia publicznego, zarówno w wymiarze polskim, jak i europejskim. Następnie oceniono aktualną sytuację zdrowotną polskiego społeczeństwa w porównaniu z innymi obywatelami UE na podstawie jednego subiektywnego wskaźnika, tj. oceny stanu zdrowia oraz dwóch mierników obiektywnych, tj. przeciętnej długości życia oraz umieralności ludności. W dalszej części artykułu przedstawione zostały zadania samorządu terytorialnego w obszarze zdrowia publicznego w Polsce. Zaprezentowano również definicję pojęcia „efektywność”, w kontekście którego scharakteryzowano sposób finansowania zdrowia publicznego przez jednostki samorządu terytorialnego (JST) oraz strukturę wydatków samorządu terytorialnego w Polsce w obszarze zdrowia publicznego i porównano je z innymi obszarami wydatków z budżetu JST. Artykuł zakończono oceną skutków reformy z 1999 r. w zakresie ekonomicznej efektywności finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia na poziomie lokalnym i regionalnym.

Słowa kluczowe: samorząd terytorialny, zdrowie publiczne, efektywność

The Cost-Effectiveness of Local Government in Poland's Health Policy Against the Background of the Current Health Situation in the EU

Abstract

At the beginning of this article the genesis of public health is presented, both in the Polish and European context. Then the current health situation of Polish society is assessed in comparison with other European Union citizens, on the basis of one subjective indicator (opinion concerning one's health) and two objective ones (life expectancy and mortality rate). Further, the tasks of local government in Poland are presented in the public health area and the definition of effectiveness is given, in the context of which the ways of funding public health measures by the local government are described and the structure of expenditures of the local government in the public health area are compared with other expenditures from the local government's budget. In the conclusion of the article, the results are described of the 1999 reform in the area of cost-effective funding of tasks in the area of public health at local level.

Keywords: local government, public health, effectiveness