

Katarzyna Dubas

# Udział jednostek samorządu terytorialnego w finansowaniu zadań z zakresu ochrony zdrowia

**Słowa kluczowe:** samorząd terytorialny, ochrona zdrowia, wydatki budżetowe, organ założycielski, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej

## Wstęp

Od 1 stycznia 1999 roku zaczął w Polsce obowiązywać trójszczeblowy model samorządu terytorialnego. Jednostki samorządu terytorialnego (JST) przejęły znaczną część odpowiedzialności za funkcjonowanie opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym i regionalnym. Stały się organami założycielskimi dla większości przychodni ambulatoryjnych oraz szpitali powiatowych i wojewódzkich [1]. Poszczególne szczeble samorządu zostały zobowiązane do przygotowania i realizacji lokalnych/regionalnych programów polityki zdrowotnej, prowadzenia działań z zakresu promocji zdrowia oraz szeroko pojętego zdrowia publicznego.

Zadania z zakresu ochrony zdrowia stanowią jedną z wielu sfer działania samorządu terytorialnego, a stopień ich realizacji uwarunkowany jest przede wszystkim możliwościami finansowymi JST. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie roli JST w finansowaniu zadań z zakresu ochrony zdrowia. Z przedstawionych analiz wynika, iż udział poszczególnych JST w finansowaniu tychże zadań jest znacznie zróżnicowany nie tylko pomiędzy poszczególnymi poziomami samorządu, lecz także pomiędzy różnymi jednostkami tego samego szczebla. W większości przypadków stopień finansowania jest jednak zbyt niski w zderzeniu z szerokim zakresem zadań, które zostały przypisane samorządom.

Ocena możliwości JST w finansowaniu zadań z zakresu ochrony zdrowia wydaje się niezwykle istotna, zwłaszcza w odniesieniu do zachodzących aktualnie przekształceń formy organizacyjno-prawnej zakładów

opieki zdrowotnej podległych samorządom oraz przyjęcia przez Radę Ministrów programu „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”<sup>1</sup>.

## 1. Ogólna charakterystyka zadań samorządu terytorialnego w kontekście źródeł ich finansowania

Od 1 stycznia 1999 roku wraz z nowym podziałem terytorialnym kraju wprowadzono szeroką decentralizację zadań publicznych – gminom, powiatom i województwom powierzono realizację określonych zadań oraz przypisano odpowiednie źródła dochodów.

JST powstałe w wyniku przeprowadzonych reform uzyskały oprócz nowej formy prawnej (osobowość prawna, zapewniona ochrona sądowa) i organizacyjnej także dużą samodzielność i niezależność w kształtowaniu gospodarki finansowej (własny budżet i majątek). Działania te miały na celu decentralizację zadań i kompetencji państwa, a co za tym idzie, zwiększenie efektywności wykorzystania środków publicznych [2].

Zakres zadań realizowanych przez poszczególne szczeble samorządu terytorialnego nakreślony został w tzw. ustawach samorządowych<sup>2</sup>, które zawierają jedynie ogólny – hasłowo wymieniony katalog zadań, do których realizacji zostały zobowiązane poszczególne poziomy samorządu terytorialnego (zob. **Tabela I**). Ich uszczegółowienie i doprecyzowanie znajduje się w wielu dodatkowych aktach prawnych (ustawach, rozporządzeniach) dotyczących poszczególnych dziedzin życia publicznego. Niemniej jednak już na poziomie ustaw samo

<sup>1</sup> Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z 27 kwietnia 2009 roku w sprawie ustanowienia wieloletniego programu pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” ([www.mw.gov.pl](http://www.mw.gov.pl)).

<sup>2</sup> Ustawa z 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz.U. 1990, Nr 16, poz. 95 z późn. zm.), Ustawa z 6 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (Dz.U. 1998, Nr 91 poz. 578 z późn. zm.), Ustawa z 6 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa (Dz.U. 1998, Nr 91 poz. 576 z późn. zm.).

GMINA	POWIAT	WOJEWÓDZTWO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gospodarka terenami, ochrona środowiska i ład przestrzenny</li> <li>Drogi gminne, ulice, place, mosty oraz organizacja ruchu drogowego</li> <li>Wodociągi, kanalizacja, oczyszczanie ścieków, wysypiska śmieci, zaopatrzenie w energię elektryczną i ciepłą</li> <li>Lokalny transport drogowy</li> <li><b>Ochrona zdrowia</b></li> <li>Pomoc społeczna</li> <li>Komunalne budownictwo mieszkaniowe</li> <li>Oświata – szkolnictwo podstawowe, gimnazjalne, przedszkola</li> <li>Kultura</li> <li>Kultura fizyczna</li> <li>Targowiska i hale targowe</li> <li>Zieleń</li> <li>Cmentarze komunalne</li> <li>Porządek publiczny i ochrona przeciwpożarowa</li> <li>Utrzymanie gminnych obiektów i urzędzeń użyteczności publicznej oraz obiektów administracyjnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oświata ponadpodstawowa</li> <li><b>Ochrona zdrowia i środowiska</b></li> <li>Ochrona przeciwpożarowa</li> <li>Wykonywanie nadzoru budowlanego</li> <li>Budowa i utrzymanie dróg międzygminnych</li> <li>Bezpieczeństwo i porządek publiczny</li> <li>Prowadzenie lokalnej obsługi sektora rolnictwa</li> <li>Obsługa administracyjna obywateli w zakresie nieprowadzonym przez gminy</li> <li>Utrzymanie powiatowych obiektów użyteczności publicznej</li> <li>Pomoc społeczna</li> <li>Kultura</li> <li>Kultura fizyczna i turystyka</li> <li>Gospodarka gruntami</li> <li>Przeciwdziałanie bezrobociu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pielęgnowanie polskości oraz rozwój i kształtowanie świadomości narodowej, obywatelskiej i kulturowej mieszkańców</li> <li>Pobudzanie aktywności gospodarczej</li> <li>Podnoszenie konkurencyjności i innowacyjności gospodarki województwa</li> <li>Zachowanie wartości środowiska kulturowego i przyrodniczego uwzględniających potrzeby przyszłych pokoleń</li> <li>Kształtowanie i utrzymanie ładu przestrzennego</li> <li>Tworzenie warunków rozwoju gospodarczego</li> <li>Utrzymanie i rozbudowa infrastruktury społecznej i technicznej o znaczeniu wojewódzkim</li> <li><b>Wykonywanie usług publicznych o charakterze i zasięgu regionalnym</b></li> </ul>

**Tabela I.** Zadania realizowane przez gminy, powiaty i województwa wymienione w tzw. ustawach samorządowych.

Źródło: zestawienie własne na podstawie: Dz.U. 1990, Nr 16, poz. 95 z późn. zm.; Dz.U. 1998, Nr 91, poz. 578 z późn. zm.; Dz.U. 1998, Nr 91, poz. 576 z późn. zm.).

rządowych widać, jak szeroki zakres zadań został przypisany samorządom i jak bardzo problematyka ochrony zdrowia musi „konkurować” z innymi funkcjami pełnionymi przez JST.

Niezależnie od przyjętej koncepcji samorządu terytorialnego zasadnicze znaczenie ma finansowanie jego działalności. Zakres zadań faktycznie realizowanych przez JST zależy od wysokości, źródeł i rozmiaru uzyskiwanych dochodów, które z kolei powinny umożliwiać samodzielne podejmowanie zadań i ustalanie struktury wydatków.

Zgodnie z zapisem ustawowym<sup>3</sup> **dochody JST** dzielimy na trzy główne grupy:

- dochody własne;
- subwencja ogólna;
- dotacje celowe z budżetu państwa.

Pod pojęciem **dochodów własnych** samorządu rozumie się najczęściej dochody w sposób trwały oddane na mocy ustaw do dyspozycji władz samorządowych [3]. Zaliczamy tu głównie wpływy z podatków i opłat lokalnych, udziału w podatkach centralnych, jak również wpływy z majątku danej JST. Należy zaznaczyć, iż gmina ma 100% udział w podstawowych podatkach lokalnych, takich jak: podatek od nieruchomości, od środków transportu, podatek rolny i leśny. Wszystkie trzy poziomy samorządu posiadają natomiast procentowy udział w podatku dochodowym od osób prawnych oraz podatku dochodowym od osób fizycznych. **Subwencja ogólna**

**na finansowana jest z budżetu państwa.** Ma ona na celu uzupełnienie dochodów własnych JST i przeznaczana jest na finansowanie jej zadań własnych. Ze środków tych JST nie musi się rozliczać, a jeśli nie wykorzysta ich do końca roku, to podwyższają one nadwyżkę budżetową i przechodzą na rok następny. W przeciwieństwie do subwencji ogólnej **dotacja celowa** z budżetu państwa ma ściśle określone przeznaczenie. Ze środków tych JST musi się rozliczać, a w części niewykorzystanej zwrócić podmiotowi, który ją dotuje [4].

Udział poszczególnych źródeł dochodów w dochodach ogółem wszystkich szczebli samorządu terytorialnego w 2007 roku, przedstawia **Tabela II**. Wyodrębniono w niej specyficzny poziom samorządu terytorialnego, jakim są miasta na prawach powiatu. Są to tzw. powiaty grodzkie – gminy o statucie miasta wykonujące zadania powiatu. Obecnie funkcjonuje w naszym kraju 65 miast na prawach powiatu<sup>4</sup> – są to w większości duże miasta, liczące ponad 100 tys. mieszkańców, bądź też były miasta wojewódzkie. Jak wynika z Tabeli II, są to „najsilniejsze” finansowo jednostki samorządu terytorialnego. Pomimo iż jest ich zaledwie 65, łączne dochody miast na prawach powiatu wyniosły w 2007 roku ponad 46 mld zł, z czego 70% stanowiły dochody własne. Większą kwotę dochodów ogółem uzyskały tylko gminy, lecz tych jest prawie 2,5 tys. jednostek i tylko połowę ich dochodów ogółem stanowiły dochody własne.

<sup>3</sup> Ustawa z 13 listopada 2003 roku o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U. 2003, Nr 203, poz. 1966 z późn. zm.).

<sup>4</sup> Informacje Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, stan na 12.06.2009 (www.mswia.gov.pl).

Poziom JST / Rodzaj dochodów	Gminy (2478 jednostek)		Miasta na prawach powiatu (65 jednostek)		Powiaty (314 jednostek)		Województwa (16 jednostek)	
	kwota (mld zł)	%	kwota (mld zł)	%	kwota (mld zł)	%	kwota (mld zł)	%
Dochody własne	28,50	50%	32,20	70%	5,12	32%	7,48	68%
Subwencja ogólna	17,67	31%	9,20	20%	7,36	46%	1,98	18%
Dotacje celowe	10,83	19%	4,60	10%	3,52	22%	1,54	14%
Suma – dochody ogółem	57,00	100%	46,00	100%	16,00	100%	11,00	100%

**Tabela II.** Struktura dochodów JST w 2007 roku.

Źródło: zestawienie własne na podstawie danych Ministerstwa Finansów ([www.mf.gov.pl](http://www.mf.gov.pl)).

Z powyższą klasyfikacją dochodów JST ściśle związany jest podział realizowanych przez nie zadań na:

- własne (obligatoryjne i fakultatywne);
- zlecone (na mocy ustaw bądź w drodze porozumienia).

**Zadania własne** samorząd terytorialny wykonuje we własnym imieniu i na własną odpowiedzialność oraz finansuje je z dochodów własnych i subwencji. Wyróżnić tu możemy zadania własne obligatoryjne, które muszą być obowiązkowo zrealizowane, oraz fakultatywne – wykonywane tylko wtedy, jeśli dana JST dysponuje dodatkowymi środkami.

**Zadania zlecone**, jak sama nazwa wskazuje, to zadania poruczone samorządowi terytorialnemu do wykonania przez administrację rządową. Są one finansowane dotacjami celowymi z budżetu państwa, a ich realizacja podlega ocenie nie tylko z punktu widzenia legalności, lecz także celowości i gospodarności. Podobnie, jak w przypadku zadań własnych, zadania te dzielimy na zlecone z mocy ustaw, które muszą być obligatoryjnie wykonane, oraz zlecone powierzone, które są przejmowane do realizacji po uprzednim zawarciu porozumienia z przekazującym zadanie organem administracji rządowej lub inną JST [4].

Podział zadań realizowanych przez JST na własne i zlecone jest niezwykle istotny z punktu widzenia niezależności dysponowania środkami finansowymi, tylko bowiem w przypadku zadań własnych JST może samodzielnie decydować o wydatkowanej kwocie i jej przeznaczeniu.

## 2. Zadania samorządu terytorialnego z zakresu ochrony zdrowia

Decentralizacja zadań publicznych, jaka nastąpiła w wyniku reform z lat dziewięćdziesiątych, dotyczyła także działań z zakresu ochrony zdrowia. Po 1 stycznia 1999 roku zadania administracji samorządowej objęły tu trzy podstawowe obszary: ogólna strategia i planowanie, zdrowie publiczne i promocja zdrowia oraz prowadzenie zakładów opieki zdrowotnej (ZOZ) [5]. JST stały się organami założycielskimi dla większości przychodni ambulatoryjnych oraz szpitali powiatowych i wojewódzkich. Poszczególne szczeble samorządu zostały

zobowiązane do przygotowania i realizacji lokalnych/regionalnych programów polityki zdrowotnej, prowadzenia działań z zakresu promocji zdrowia oraz szeroko pojętego zdrowia publicznego. Zadania te wynikają z szeregu ustaw odnoszących się m.in. do takich zagadnień, jak: przeciwdziałanie alkoholizmowi, narkomanii, zwalczanie zagrożeń epidemiologicznych, zapewnienie dostępu do opieki ambulatoryjnej, specjalistycznej, ochrony zdrowia psychicznego.

Analizując działalność samorządu terytorialnego w dziedzinie ochrony zdrowia, niejednokrotnie na pierwszy plan wysuwa się rozumienie jednostek samorządowych jako organizatorów lokalnego systemu ochrony zdrowia [6]. Poszczególne szczeble samorządu terytorialnego pełnią funkcję **organów założycielskich** dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SP ZOZ). Są one odpowiedzialne za zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej dla danej społeczności lokalnej. Kompetencje i obowiązki JST jako organów założycielskich dla SP ZOZ określa **ustawa o zakładach opieki zdrowotnej**<sup>5</sup>.

Podstawowe uprawnienia JST jako organów założycielskich dla SP ZOZ to:

- możliwość tworzenia, przekształcenia i likwidacji publicznego ZOZ (w drodze uchwały);
- nadawanie statutu ZOZ;
- nawiązywanie z kierownikiem zakładu stosunku pracy;
- delegowanie przedstawiciela do rady społecznej zakładu;
- udzielanie dotacji na określone zadania.

Ostatnie z ww. uprawnień było przedmiotem wieloletniej debaty wśród decydentów polityki zdrowotnej. Dopiero bowiem w wyniku kolejnych nowelizacji ustawy o ZOZ samorządy terytorialne jako organy założycielskie SP ZOZ uzyskały możliwość dofinansowywania remontów i inwestycji, w tym zakupu aparatury i sprzętu medycznego<sup>6</sup>. Obecnie SP ZOZ mogą więc być dotowane przez organ założycielski w przypadku: wystąpienia klęsk żywiołowych, na remonty i inwestycje, na pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji pracowników, na promocję zdrowia i programy zdrowotne, a także na realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom

<sup>5</sup> Ustawa z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991, Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

<sup>6</sup> Ustawa z 14 maja 2004 roku o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 2006, Nr 75, poz. 518).

i urazom. Istotnym *novum* wprowadzonym w 2006 roku<sup>7</sup> była możliwość przyznania dotacji na ww. cele przez JST niebędącą organem założycielskim danego SP ZOZ (przykładowo, gmina może udzielić dotacji dla szpitala powiatowego, w którym leczą się jej mieszkańcy).

Zgodnie z zapisami ww. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej SP ZOZ sam decyduje o podziale zysku, również we własnym zakresie pokrywa ujemny wynik finansowy. Ujemny wynik finansowy nie może być jednak podstawą do zaprzestania działalności, a jeśli nie może on być pokryty we własnym zakresie przez SP ZOZ, to wówczas organ założycielski podejmuje stosowną decyzję o zmianie formy gospodarki finansowej zakładu lub o jego likwidacji. Rozporządzenie lub uchwała o likwidacji publicznego ZOZ powinny określać sposób i formę zapewnienia osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych likwidowanego zakładu dalsze, nieprzerwane udzielanie takich świadczeń, bez istotnego ograniczenia ich dostępności. Organ założycielski musi również pokryć ujemny wynik finansowy likwidowanego zakładu.

Przepisy te stanowią podstawę przekształceń własnościowych, jakie mają obecnie miejsce w naszym systemie ochrony zdrowia. Liczne samorządy decydują się na likwidację SP ZOZ, jako nieefektywnej finansowo formy działalności, i utworzenie w ich miejsce spółek prawa handlowego z większościowym lub całościowym udziałem samorządu. Powstałe w ten sposób „samorządowe” NZOZ funkcjonują w oparciu o kodeks spółek handlowych<sup>8</sup>. Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia<sup>9</sup> w latach 1999–2008 decyzją JST przekształcono 302 jednostki i komórki organizacyjne zakładów, w tym 71 szpitali. Największą inicjatywę wykazywały tu miasta na prawach powiatu oraz powiaty – łącznie zlikwidowały one 56 szpitali funkcjonujących w formie SP ZOZ i powołały w ich miejsce podmioty niepubliczne. W kontekście możliwości finansowych samorządu warunkiem wstępnym takiego przekształcenia jest przejście przez daną JST zadłużenia likwidowanego SP ZOZ. Zgodnie z danymi Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządowych w przypadku większości szpitali – członków stowarzyszenia następowało to w drodze zaciągnięcia przez daną JST kredytu komercyjnego na spłatę zadłużenia<sup>10</sup>. Przyjęty 27 kwietnia

2009 roku przez Radę Ministrów program „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” przewiduje udzielenie finansowego wsparcia samorządom, które zdecydowały się na likwidację zadłużonego SP ZOZ i powołanie w jego miejsce zakładu funkcjonującego w formie spółki kapitałowej.

Zadania samorządu terytorialnego z zakresu ochrony zdrowia określa także **ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**<sup>11</sup>. Sprecyzowane są tu ogólne zadania władz publicznych, a więc także władz samorządowych, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, jak również wymienione zadania przewidziane dla poszczególnych szczebli samorządu terytorialnego.

Zgodnie z ww. ustawą do zadań własnych gminy, powiatu oraz województwa należy m.in.: opracowywanie i realizacja oraz ocena rezultatów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców, jak również inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Szczególny nacisk ustawa kładzie więc na opracowywanie i realizację programów zdrowotnych jako zadanie własne poszczególnych szczebli samorządu terytorialnego. Należy przy tym podkreślić, iż są to zadania własne fakultatywne, a więc realizowane pod warunkiem dostępności odpowiednich dochodów własnych. Wyboru realizatora programu dokonuje się w drodze konkursu ofert.

Pozostałe zadania z zakresu szeroko pojętej ochrony zdrowia, do których realizacji zobowiązane zostały poszczególne szczeble samorządu terytorialnego, wynikają z wielu innych ustaw. Zadania te dotyczą m.in.:

- wychowania w trzeźwości oraz przeciwdziałania alkoholizmowi<sup>12</sup>;
- przeciwdziałania narkomanii<sup>13</sup>;
- ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych<sup>14</sup>;
- organizacji systemu ratownictwa medycznego<sup>15</sup>;
- ochrony zdrowia psychicznego<sup>16</sup>;
- działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej<sup>17</sup>;

<sup>7</sup> Ustawa z 14 lipca 2006 roku o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2006, Nr 143, poz. 1032).

<sup>8</sup> Ustawa z 25 września 2000 roku, Kodeks spółek handlowych (Dz.U. 2000, Nr 84, poz. 1037 z późn. zm.).

<sup>9</sup> *Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2008*, Warszawa, styczeń 2009 (www.mz.gov.pl).

<sup>10</sup> Ogólnopolskie Stowarzyszenie Niepublicznych Szpitali Samorządowych skupia aktualnie (wg stanu na 12.06.2009) 50 jednostek. Struktura własnościowa wg stanu na 31.12.2008 wskazuje na dominującą rolę powiatów jako właścicieli niepublicznych szpitali samorządowych. Według danych uśrednionych dla 42 jednostek powiaty są właścicielem 62,98% udziałów, miasta 24,80%, natomiast gminy 2,43% (www.szpitale.samorządowe.pl).

<sup>11</sup> Ustawa z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

<sup>12</sup> Ustawa z 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982, Nr 35, poz. 230 z późn. zm.).

<sup>13</sup> Ustawa z 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005, Nr 179, poz. 2485 z późn. zm.).

<sup>14</sup> Ustawa z 9 listopada 1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 1996, Nr 10, poz. 55 z późn. zm.).

<sup>15</sup> Ustawa z 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006, Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.).

<sup>16</sup> Ustawa z 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994, Nr 111, poz. 535 z późn. zm.).

<sup>17</sup> Ustawa z 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. 1985, Nr 12, poz. 49 z późn. zm.).

- działań z zakresu funkcjonowania medycyny pracy<sup>18</sup>;
- pomocy społecznej<sup>19</sup>.

Katalog zadań z zakresu ochrony zdrowia przypisanych samorządom jest więc bardzo obszerny. Stopień, zakres oraz jakość ich faktycznej realizacji uzależnione są od wielu czynników. Przykładowo można tu wymienić: dostępność odpowiednich zasobów kadrowych i materialnych, odpowiednie kompetencje oraz umiejętności osób odpowiedzialnych za realizację tychże zadań czy też przejrzyste regulacje prawne (w tym także regulacje dotyczące podziału kompetencji pomiędzy poszczególnymi poziomami samorządu, jak również pomiędzy administracją samorządową a rządową). Podstawowe znaczenie mają tu jednak możliwości finansowe JST, stanowiące niejako warunek wstępny realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia.

### 3. Wydatki samorządu terytorialnego na zadania z zakresu ochrony zdrowia

Podstawę gospodarki finansowej każdej JST stanowi budżet. To na etapie opracowywania budżetu zapadają decyzje o planowanych wysokościach kwot wydatkowanych na realizację poszczególnych zadań. Zakres ich realizacji najlepiej odzwierciedla struktura wydatków budżetowych JST. Informacja o wydatkach wszystkich JST ogółem w 2007 roku, według działów klasyfikacji budżetowej, przedstawiona została w **Tabeli III**. Dział 851 klasyfikacji budżetowej – „Ochrona zdrowia”, obejmuje swym zakresem bogaty katalog zadań (zob. **Tabela IV**). Jak wynika z Tabeli III, wydatki na tenże dział kształtowały się w 2007 roku na poziomie 0,8–2% wydatków ogółem w gminach oraz miastach na prawach powiatu, 4,5% w powiatach i około 10% w województwach [7]. Analizując kontekst finansowy, w porównaniu z pozostałymi zadaniami realizowanymi przez samorządy zadania z zakresu ochrony zdrowia mają w przypadku gmin i miast na

prawach powiatu zdecydowanie mniejsze znaczenie niż w przypadku powiatów i województw.

Kwoty środków finansowych, wyrażonych w wartościach bezwzględnych, wydatkowanych przez poszczególne szczeble JST na dział 851 klasyfikacji budżetowej – „Ochrona zdrowia” w latach 2002–2007 przedstawia **Tabela V**. W okresie tym wydatki wszystkich JST ogółem na dział „Ochrona zdrowia” wzrosły o około 50%, z kwoty prawie 2 mld zł w 2002 roku do ponad 3 mld zł w 2007 roku. W roku tym całkowita kwota tychże wydatków utrzymywała się na poziomie 3 mld zł, z czego zdecydowanie największy udział miały województwa, które wydatkowały ponad 1 mld zł rocznie. Miasta na prawach powiatu wraz z miastem stołecznym Warszawą (wyodrębnioną ze względu na specyficzny status organizacyjny<sup>20</sup>) wydatkowały w 2007 roku kwotę ponad 810 mln zł, powiaty około 720 mln zł, gminy zaś około 450 mln zł. Analizując powyższe kwoty, należy pamiętać, iż stanowią one wartości skumulowane dla wszystkich jednostek danego szczebla samorządu terytorialnego, tj. 2478 gmin, 65 miast na prawach powiatu, 314 powiatów oraz 16 województw. Obok silnej finansowo pozycji województw, które na dział „Ochrona zdrowia” wydają około 10% swoich wydatków całkowitych (zob. **Tabela III**), należy podkreślić rolę miast na prawach powiatu, które, pomimo iż liczą zaledwie 65 jednostek, wydały w 2007 roku na dział „Ochrona zdrowia” stosunkowo niewiele niższą kwotę niż ta skumulowana dla 314 powiatów [7, 8].

Udział poszczególnych poziomów organizacyjnych samorządu terytorialnego w finansowaniu zadań z zakresu ochrony zdrowia jest więc bardzo różnicowany. Również priorytety w wydatkowaniu środków w ramach działu „Ochrona zdrowia” są zróżnicowane w zależności od szczebla samorządu. **Tabela VI** przedstawia wydatki poszczególnych szczebli JST na dział 851 klasyfikacji budżetowej – „Ochrona zdrowia” w 2007 roku, w rozbiciu na najczęściej finansowane działania – rozdziały klasyfikacji budżetowej.

Rodzaj działalności	Gminy	Miasta na prawach powiatu	Powiaty	Województwa
Oświata i wychowanie	38,5%	31,3%	33,3%	6,0%
Pomoc społeczna	19,1%	12,3%	19,4%	6,0%
Transport i łączność	8,4%	21,3%	12,8%	38,1%
Administracja	10,4%	7,2%	11,6%	6,9 5
Gospodarka komunalna	7,3%	6,0%	–	–
Ochrona zdrowia	0,8%	2,0%	4,5%	9,7%
Kultura	3,0%	3,6%	–	10,4%
Pozostałe	12,3%	16,3%	18,4%	22,9%
Ogółem	100%	100%	100%	100%

**Tabela III.** Struktura wydatków budżetowych JST według działów klasyfikacji budżetowej w 2007 roku.

Źródło: Ministerstwo Zdrowia, *Raport – Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, Zielona Księga II*, Warszawa 2008.

<sup>18</sup> Ustawa z 27 czerwca 1997 roku o Służbie Medycyny Pracy (Dz.U. 1997, Nr 96, poz. 593 z późn. zm.).

<sup>19</sup> Ustawa z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. 2004, Nr 64, poz. 593 z późn. zm.).

<sup>20</sup> Ustawa z 15 marca 2002 roku o ustroju miasta stołecznego Warszawy (Dz.U. 2002, Nr 41, poz. 361 z późn. zm.).

Dział 851 „Ochrona zdrowia”	85111 Szpitale ogólne
	85112 Szpitale kliniczne
	85115 Sanatoria
	85116 Profilaktyczne domy zdrowia
	85117 Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze
	85118 Szpitale uzdrowiskowe
	85119 Leczenie sanatoryjno-klimatyczne
	85120 Lecznictwo psychiatryczne
	85121 Lecznictwo ambulatoryjne
	85131 Lecznictwo stomatologiczne
	85132 Inspekcja Sanitarna
	85133 Inspekcja Farmaceutyczna
	85136 Narodowy Fundusz Zdrowia
	85137 Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
	85138 Dopłaty do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom i położnym oraz umorzenia tych kredytów
	85141 Ratownictwo medyczne
	85142 Kolumny transportu sanitarnego
	85143 Publiczna służba krwi
	85147 Zespoły metodyczne opieki zdrowotnej
	85148 Medycyna pracy
	85149 Programy polityki zdrowotnej
	85151 Świadczenia wyspecjalistyczne
	85152 Zapobieganie i zwalczanie AIDS
	85153 Zwalczanie narkomanii
	85154 Przeciwdziałanie alkoholizmowi
	85156 Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego
	85157 Staże i specjalizacje medyczne
	85158 Izby wytrzeźwień
85178 Usuwanie skutków klęsk żywiołowych	
85195 Pozostała działalność	
85197 Gospodarstwa pomocnicze	

**Tabela IV.** Rozdziały klasyfikacji budżetowej zaliczane do działu 851 – „Ochrona zdrowia”.

Źródło: zestawienie własne na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z 14 czerwca 2006 roku w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych (Dz.U. 2006, Nr 107, poz. 726 z późn. zm.).

Wyszczególnienie	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Gminy	360	344	374	408	443	450
Powiaty „grodzkie”	444	402	508	547	601	590
Powiaty	634	609	605	640	804	720
Województwa	475	501	521	866	1035	1080
M. st. Warszawa	62	54	99	120	183	222
Ogółem	1975	1910	2107	2581	3066	3062

**Tabela V.** Wydatki na dział 851 klasyfikacji budżetowej – „Ochrona zdrowia” poszczególnych poziomów JST w latach 2002–2007 (w mln zł).

Źródło: Raport – Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, Zielona Księga II, Warszawa 2008.

W 2007 roku prawie 46% wszystkich środków, jakie JST przeznaczyły na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia, zostało przekazanych na wsparcie ZOZ – szpitali ogólnych, podległych samorządom. Zgodnie z danymi Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia<sup>21</sup> w 2007 roku funkcjonowało około 1550 ZOZ, dla których organem założycielskim były JST,

w tym przeważającą część stanowiły zakłady funkcjonujące w formie SP ZOZ (około 1400). Pozostałe to ZOZ funkcjonujące w formie jednostki bądź zakładu budżetowego. Należy przy tym pamiętać, iż obok funkcji organu założycielskiego JST może być także właścicielem akcji zakładu działającego w formie spółki, które to zakłady nie są ujęte w rejestrze ZOZ.

**Gminy** przeznaczają na finansowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia około 1% swoich wydatków rocznie – w 2007 roku była to kwota 450 mln zł. Podstawowym zadaniem realizowanym przez gminy w tej dziedzinie jest przeciwdziałanie alkoholizmowi i zwalczanie narkomanii (rozdziały 85154 i 85153 klasyfikacji budżetowej – zob. Tabele IV i VI). Na ten cel gminy wydatkowały w latach 2001–2007 około 70% wszystkich środków w dziale „Ochrona zdrowia”. Przeciwdziałanie alkoholizmowi jest zadaniem obligatoryjnym, na które gminy otrzymują „znaczone” dochody w postaci opłat za zezwolenie na sprzedaż napojów alkoholowych [7]. Za realizację tychże wydatków odpowiada Gminny Pełnomocnik ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

<sup>21</sup> Dane na podstawie Rejestru ZOZ (www.csioz.gov.pl).

Wyszczególnienie / rozdział klasyfikacji budżetowej w ramach działu 851 – „Ochrona zdrowia”	Ogółem JST*		Gminy		Powiaty		MNPP		Województwa	
	tys. zł	%	tys. zł	%	tys. zł	%	tys. zł	%	tys. zł	%
Szpital ogólny	1403,4	45,83%	20,84	4,63%	340,41	47,32%	228,93	38,77%	730,18	67,63%
Przeciwdziałanie alkoholizmowi	521,44	17,03%	304,59	67,68%	1,69	0,23%	152,59	25,84%	31,31	2,90%
Składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego	408,16	13,33%	0	0,00%	314,8	43,76%	81,82	13,86%	0,25	0,02%
Lecznictwo ambulatoryjne	162,13	5,29%	47,43	10,54%	7,95	1,11%	26,35	4,46%	27,41	2,54%
Staże i specjalizacje medyczne	97,29	3,18%	–	–	–	–	–	–	97,29	9,01%
Medycyna pracy	79,11	2,58%	0	0,00%	0,04	0,01%	0	0,00%	79,07	7,32%
Lecznictwo psychiatryczne	69,01	2,25%	0,01	0,00%	0,03	0,00%	0	0,00%	68,97	6,39%
Ratownictwo medyczne	58,85	1,92%	1,45	0,32%	30,07	4,18%	2,94	0,50%	23,78	2,20%
Programy polityki zdrowotnej	58,42	1,91%	5,3	1,18%	2,66	0,37%	25,56	4,33%	3,83	0,35%
Izby wytrzeźwień	36,95	1,21%	3,43	0,76%	0	0,00%	25,4	4,30%	–	–
Zwalczanie narkomanii	28,86	0,94%	14,22	3,16%	0,1	0,01%	9,01	1,53%	2,71	0,25%
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	20,84	0,68%	1,88	0,42%	0,39	0,05%	8,45	1,43%	1,11	0,10%
Lecznictwo stomatologiczne	2,49	0,08%	1,01	0,22%	0	0,00%	0,78	0,13%	0,7	0,06%
Szpitaly kliniczne	1,43	0,05%	0	0,00%	–	–	1,3	0,22%	–	–
Sanatoria	1,4	0,05%	0,02	0,00%	0,17	0,02%	–	–	1,21	0,11%
Szpitaly uzdrowiskowe	1,38	0,05%	0	0,00%	–	–	–	–	1,38	0,13%
Kolumny transportu sanitarnego	0,91	0,03%	0,17	0,04%	0,01	0,00%	0	0,00%	0,73	0,07%
Zapobieganie i zwalczanie AIDS	0,82	0,03%	0	0,00%	0,01	0,00%	0,15	0,03%	0,03	0,00%
Świadczenia wysokospecjalistyczne	0,29	0,01%	0,25	0,06%	0,01	0,00%	0,03	0,01%	–	–
Leczenie sanatoryjno-kliniczne	0,25	0,01%	0,25	0,06%	0	0,00%	0	0,00%	–	–
Pozostałe	108,59	3,55%	49,22	10,94%	21,07	2,93%	27,13	4,59%	9,66	0,89%
Całkowite wydatki na dział 851 „Ochrona zdrowia”	3062,02	100,00%	450,07	100,00%	719,41	100,00%	590,44	100,00%	1079,62	100,00%

\* Kwota wydatków JST ogółem jest wyższa niż ta wynika z zsumowania wartości dla czterech wyodrębnionych w tabeli poziomów samorządu, gdyż pominięto tu wyodrębnione kwoty dla miasta stołecznego Warszawy (wydatki ogółem w 2007 roku wyniosły 221,64 tys. zł) oraz związków komunalnych JST (wydatki ogółem w 2007 roku wyniosły 0,84 tys. zł).

**Tabela VI.** Wydatki na dział 851 klasyfikacji budżetowej – „Ochrona zdrowia” w 2007 roku poszczególnych poziomów JST, w rozbiciu na najważniejsze rozdziały klasyfikacji budżetowej.

Źródło: zestawienie własne na podstawie danych z Raportu – Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, Zielona księga II, Warszawa 2008.

wych, który niejednokrotnie, zwłaszcza w mniejszych gminach, jest jedyną osobą, która formalnie odpowiada za realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia. Wydatki na przeciwdziałanie alkoholizmowi obejmują przykładowo: koszty materiałów/broszur informacyjnych, dofinansowania kolonii dla dzieci z rodzin mających problemy z chorobą alkoholową, działalności punktu konsultacyjnego dla osób w kryzysie, kursów asertywności dla uczniów. Pozostałe 30% środków w ramach działu „Ochrona zdrowia” to wydatki na pięć następujących rozdziałów klasyfikacji budżetowej:

- szpitale ogólne (rozdział 85111);
- zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze (rozdział 85117);
- lecznictwo ambulatoryjne (rozdział 85121);
- ratownictwo medyczne (rozdział 85141);
- programy polityki zdrowotnej (rozdział 85149).

Podstawowe znaczenie mają tu wydatki na lecznictwo ambulatoryjne (w 2007 roku było to 57 mln zł) oraz szpitale ogólne (21 mln zł w 2007 roku). Na programy zdrowotne gminy wydały w 2007 roku kwotę około 5 mln zł.

**Wydatki miast na prawach powiatu** na dział „Ochrona zdrowia” w latach 2002–2007 stanowiły około 2% ich wydatków ogółem, a w 2007 roku była to kwota 590 mln zł. Ze względu na specyfikę tego poziomu organizacyjnego samorządu wydatki na ochronę zdrowia są ujęte w kilku rozdziałach, tzn. takich, z których ochrona zdrowia finansowana jest zarówno przez gminy, jak i przez powiaty. Miasta na prawach powiatu około 26% swoich wydatków w dziale „Ochrona zdrowia” przeznaczają na przeciwdziałanie alkoholizmowi. Natomiast 14% wydatków stanowią środki przeznaczone na składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (rozdział 85156). Są to zadania zlecone ustawowo powiatom, finansowane z dotacji celowej z budżetu państwa. Środki te powiaty i miasta na prawach powiatu przekazują poprzez Zakład Ubezpieczeń Społecznych do Narodowego Funduszu Zdrowia [7]. Pozostałe wydatki miast na prawach powiatu wiążą się głównie z finansowaniem SP ZOZ, dla których miasta są organami założycielskimi. Są to głównie wydatki

w trzech rozdziałach klasyfikacji budżetowej: „Szpitale ogólne”, „Lecznictwo ambulatoryjne” oraz „Programy polityki zdrowotnej”. W 2007 roku kwota wydana na trzy ww. rozdziały wyniosła 280 mln zł, z czego na programy zdrowotne prawie 26 mln zł.

W większości miast na prawach powiatu w ramach urzędów miast funkcjonują komórki organizacyjne właściwe ds. zdrowia bądź bardziej ogólnie – polityki społecznej, odpowiedzialne za realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia. Obok wydatków na przeciwdziałanie alkoholizmowi i narkomanii składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego oraz placówki ochrony zdrowia, dla których miasta są organami założycielskimi, znaczne środki wydatkowane są na profilaktyczne programy zdrowotne. Przykładowo, miasto Poznań miało swój własny Plan Zdrowotny na lata 2003–2008, w którym główny nacisk został położony na programy profilaktyczne finansowane bezpośrednio z budżetu miasta – m.in. profilaktykę chorób układu krążenia, cukrzycy, chorób alergicznych, jak również profilaktykę nagminnego zapalenia przyusznicy u dzieci<sup>22</sup>. W Urzędzie Miasta Wrocławia funkcjonuje natomiast specjalny Zespół Promocji Zdrowia, Profilaktyki Chorób i Rehabilitacji, którego zadaniem jest koordynacja ponad 20 programów profilaktycznych finansowanych ze środków miasta. Są to m.in.: program profilaktyki chorób nowotworowych skóry i czerniaka, program profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych dla 40- i 50-letnich mieszkańców Wrocławia, program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, program profilaktyki astmy i alergii<sup>23</sup>. W Kielcach z kolei w ramach programu „Zdrowe Kielce” Urząd Miasta koordynuje i finansuje m.in. program profilaktyki zakażeń meningokokowych i pneumokokowych, program szczepień przeciw grypie, jak również program profilaktyki chorób układu krążenia i cukrzycy<sup>24</sup>.

**Wydatki powiatów** na ochronę zdrowia w 2007 roku stanowiły około 5% ich wydatków ogółem. Około 46% wydatków realizowanych przez powiaty w dziale „Ochrona zdrowia” stanowi finansowanie składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (rozdział 85156). Pozostała kwota to głównie wydatki na finansowanie szpitali powiatowych – w 2007 roku była to kwota około 350 mln zł. Ponadto z budżetów powiatów dofinansowywane było ratownictwo medyczne i programy polityki zdrowotnej (te ostatnie kwotą 2,5 mln zł).

**Województwa samorządowe** przeznaczają na ochronę zdrowia około 10% swoich wydatków ogółem. W latach 2002–2007 obserwujemy dynamiczny wzrost wydatków samorządów wojewódzkich na ochronę

zdrowia, z 475 mln zł do kwoty ponad 1 mld zł [7]. Środki te są przeznaczane przede wszystkim na finansowanie opieki zdrowotnej, a w szczególności SP ZOZ, dla których samorząd województwa jest organem założycielskim. Na ten cel wydatkuje się rocznie około 65–70% wszystkich środków przeznaczonych na ochronę zdrowia (w 2007 roku była to kwota 730 mln zł). Pozostałe zadania z zakresu ochrony zdrowia finansowane przez województwa to głównie leczenie psychiatryczne i zadania służby medycyny pracy (rozdziały 85120 i 85148) – w 2007 roku wydatki na te cele stanowiły około 14% wydatków na ochronę zdrowia, a także „Staże i specjalizacje medyczne” (rozdział 85157) – 9% wydatków. Na programy polityki zdrowotnej w 2007 roku województwa wydały ogółem niecałe 4 mln zł.

Oceniając strukturę wydatków wszystkich poziomów samorządu terytorialnego, podkreślić należy, iż województwa wydają najczęściej, bo aż 10% swoich wydatków ogółem na zadania z zakresu ochrony zdrowia. W większości przypadków priorytety w wydatkowaniu tychże środków nakreślone są w Wojewódzkiej Strategii/Programie Ochrony Zdrowia. Przykładowo w województwie małopolskim realizowanych jest obecnie wiele wieloletnich specjalistycznych programów zdrowotnych wskazanych w Małopolskim Programie Ochrony Zdrowia na lata 2006–2013. Są to m.in.: Małopolski Program Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom, Małopolski Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, Małopolski Program Profilaktyki i Leczenia Schorzeń Naczyń Obwodowych<sup>25</sup>.

Wśród 16 województw, które łącznie w 2007 roku wydały na zadania z zakresu ochrony zdrowia kwotę ponad 1 mld zł, odnajdujemy takie, których wydatki wyniosły zaledwie 10 mln zł, np. województwo lubuskie (zob. **Tabela VII**), jak również takie, w przypadku których było to ponad 300 mln zł – województwo mazowieckie. Tak ogromne zróżnicowanie może wynikać nie tylko z samych różnic w możliwościach finansowych, lecz także z poziomu świadomości i aktywności władz województwa w działaniach z zakresu zdrowia publicznego. Niemniej jednak, by móc porównać możliwości poszczególnych województw w aspekcie zasobów finansowych przeznaczanych na zadania z zakresu ochrony zdrowia, bezwzględne kwoty wydatków odnieść należy do liczby mieszkańców danego województwa. Zestawienie takie przedstawia Tabela VII. Wskaźnik wydatków na zadania z zakresu ochrony zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa w 2007 roku osiągnął najniższą wartość dla województw: warmińsko-mazurskiego i lubuskiego – niecałe 10 zł na jednego mieszkańca rocznie, natomiast najwyższą dla województwa mazowieckiego – prawie 59 zł.

<sup>22</sup> *Plan Zdrowotny Miasta Poznania na lata 2003–2008. Główne kierunki działań na rzecz zdrowia poznaniaków* przyjęty przez Radę Miasta Poznania 23 sierpnia 2003 roku Uchwałą Nr XXVII/184/IV/2003 ([www.bip.city.poznan.pl](http://www.bip.city.poznan.pl)).

<sup>23</sup> Informacje Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Wrocławia ([www.wroclaw.pl](http://www.wroclaw.pl)).

<sup>24</sup> *Programu Profilaktyki Zdrowotnej „Zdrowe Kielce”* ([www.um.kielce.pl](http://www.um.kielce.pl)).

<sup>25</sup> Informacje Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego ([www.malopolskie.pl](http://www.malopolskie.pl)).

Lp.	Województwo	Wydatki na dział 851 – „Ochrona zdrowia” w 2007 roku (w mln zł)	Liczba mieszkańców (stan na 31.12.2007)	Wskaźnik wydatków na zadania z zakresu ochrony zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa w 2007 roku (w zł)
1	warmińsko-mazurskie	14	1 426 155	9,82
2	lubuskie	10	1 008 481	9,92
3	podlaskie	13	1 192 660	10,90
4	podkarpackie	24	2 097 338	11,44
5	świętokrzyskie	15	1 275 550	11,76
6	wielkopolskie	40	3 386 882	11,81
7	śląskie	57	4 654 115	12,25
8	małopolskie	50	3 279 036	15,25
9	opolskie	22	1 037 088	21,21
10	zachodniopomorskie	40	1 692 271	23,64
11	lubelskie	70	2 166 213	32,31
12	łódzkie	83	2 555 898	32,47
13	pomorskie	80	2 210 920	36,18
14	kujawsko-pomorskie	104	2 066 136	50,34
15	dolnośląskie	154	2 878 410	53,50
16	mazowieckie	304	5 188 488	58,59

**Tabela VII.** Wydatki województw na zadania z zakresu ochrony zdrowia w 2007 roku.

Źródło: zestawienie własne na podstawie przeglądu stron internetowych Biuletynu Informacji Publicznej 16 województw.

## Podsumowanie

Dostępność odpowiednich zasobów finansowych stanowi jedno z głównych kryteriów warunkujących skuteczną realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia. Możliwości finansowe poszczególnych poziomów samorządu terytorialnego są jednak bardzo zróżnicowane i uwarunkowane wielkością oraz strukturą ich dochodów. Kwoty środków przekazywanych na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia są znacznie zróżnicowane nie tylko pomiędzy poszczególnymi szczeblami samorządu, lecz także pomiędzy różnymi jednostkami tego samego poziomu.

Na pierwszy plan wysuwają się tu miasta na prawach powiatu – najsilniejszy finansowo poziom samorządu, mający tym samym największe możliwości w odniesieniu do kwestii finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia. Wśród wszystkich 65 miast na prawach powiatu są jednak zarówno mniejsze, liczące poniżej 50 tys. mieszkańców miasta, jak Sopot czy Skierniewice, jak i duże metropolie z liczbą mieszkańców przekraczającą 500 tys., np. Wrocław czy Kraków. Możliwości finansowe miast są pochodną ich potencjału dochodowego, a dokładnie poziomu dochodów własnych, które z kolei uwarunkowane są wielkością danej JST.

Duże znaczenie mają także województwa samorządowe. Pomimo iż jest ich zaledwie 16, w 2007 roku wydały one na zadania z zakresu ochrony zdrowia ponad 1 mld zł (zob. Tabele V i VI). Rola województw jest dlatego istotna, iż to na tym poziomie samorządu przygotowywane są regionalne programy/strategie ochrony zdrowia. Wyznaczają one priorytety, do których bardzo często odwołują się jednostki niższego szczebla samorządu z terenu danego województwa, przygotowując własne programy bądź podejmując decyzje o wydatkowaniu środków na zadania z zakresu zdrowia publicznego.

Możliwości finansowe powiatów i gmin związane z działaniami z zakresu ochrony zdrowia są zdecydowanie mniejsze. Jeżeli powiat jest organem założycielskim dla SP ZOZ, bardzo często całość dostępnych środków przeznaczana jest na dofinansowanie jego działalności (remonty, inwestycje, pomoc w oddłużaniu). Tym samym odpowiedzialność za realizację innych zadań na rzecz mieszkańców z zakresu zdrowia publicznego przenoszona jest na gminy z terenu danego powiatu. Te z kolei nie dysponują odpowiednimi środkami, tak finansowymi, jak i bardzo często kadrowymi, do realizacji takich przedsięwzięć. Dowodzą tego m.in. wyniki badania przeprowadzonego z udziałem gmin i powiatów województwa śląskiego<sup>26</sup>. Zdaniem autorów badania śląskie samorządy zbyt dużo środków przeznaczają na inwestycje i remonty ZOZ, zbyt mało zaś na promocję zdrowia i działania profilaktyczne. Dodatkowo brak jest spójnego i racjonalnego schematu wydatkowania tych środków. Działania samorządów w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób mają charakter akcyjnych programów zdrowotnych, które niejednokrotnie dublują się z tymi oferowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a za realizację tychże zadań często odpowiadają urzędnicy nieposiadający właściwych kompetencji (sekretarz gminy czy kierownik Urzędu Stanu Cywilnego).

Wyniki wyżej opisanego badania podkreślają problem braku zasobów kadrowych, zwłaszcza w mniejszych powiatach i gminach, nie przesądzają jednak o ocenie działalności samorządu w zakresie ochrony zdrowia. Liczne JST, m.in. te skupione w Stowarzyszeniu Zdrowych Miast Polskich, liczącym obecnie 43 członków<sup>27</sup>, aktywnie działają w zakresie inicjowania, rozwoju i współpracy na rzecz lokalnych programów zdrowotnych. Stowarzyszenie skupia zarówno duże miasta, m.in. Kraków i Łódź, jak

<sup>26</sup> Szerzej o badaniu: Romańczyk J., *Śląskie: jak samorządy promują zdrowie*, Portal Rynek Zdrowia, 12.06.2009.

<sup>27</sup> Stan na 12.06.2009 (www.szmp.pl).

również niewielkie, liczące poniżej 30 tys. mieszkańców gminy, jak Skoczów czy Poddebice, które są zainteresowane podejmowaniem interdyscyplinarnych działań na rzecz zdrowia mieszkańców.

Dużą aktywność oraz zainteresowanie problematyką ochrony zdrowia wykazuje również Związek Powiatów Polskich. Skupia on większość, bo około 85% wszystkich jednostek powiatowych<sup>28</sup>, a funkcjonująca w jego ramach Komisja Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej stanowi ważny głos doradczy w działaniach legislacyjnych państwa. Przykładem może tu być oficjalne Stanowisko Związku Powiatów Polskich w sprawie zmian systemowych w ochronie zdrowia z 3 kwietnia 2009 roku<sup>29</sup>. Związek wyraża w nim poparcie dla rządowego programu „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” z zastrzeżeniem, iż pomoc finansowa dla JST powinna także objąć te jednostki, które w przeszłości dokonały już przekształcenia formy prawnej podległych im zakładów opieki zdrowotnej bądź też prowadzą je w formie SP ZOZ z ustabilizowaną pozycją ekonomiczną. Związek apeluje także o przesunięcie terminu dostosowania pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczeń i urządzeń ZOZ do wymogów wskazanych we właściwym rozporządzeniu ministra zdrowia na 31 grudnia 2022<sup>30</sup>. Zdaniem przedstawicieli związku samorządy, ze względu na brak odpowiednich środków finansowych, nie będą w stanie sprostać wymogom rozporządzenia i dostosować podległych im zakładów w okresie najbliższych trzech lat.

Problematyka udziału JST w realizacji i finansowaniu zadań z zakresu ochrony zdrowia znajduje się w centrum zainteresowania decydentów polityki zdrowotnej już od momentu wprowadzenia pierwszej reformy podziału administracyjnego kraju i reaktywowania samorządu terytorialnego na poziomie gmin w 1990 roku. W latach dziewięćdziesiątych, a więc jeszcze przed wprowadzeniem podziału terytorialnego kraju w jego obecnej trójszczeblowej formie, podejmowano liczne inicjatywy w kierunku dalszej decentralizacji sektora zdrowotnego (m.in. utworzenie miejskich stref usług publicznych) [9, 10]. Obecnie mija 10 lat od momentu powierzenia gminom, powiatom i województwom szerokiego zakresu odpowiedzialności za zadania z zakresu ochrony zdrowia i jesteśmy świadkami toczącego się

sporu pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami opisanych wcześniej przekształceń ZOZ podległych samorządom. Zwolennicy przekształcenia samorządowych SP ZOZ w spółki kapitałowe argumentują, iż taka forma organizacyjna pozwoli samorządom na rzeczywisty i przejrzysty nadzór właścicielski, jak również umożliwi wprowadzenie efektywnego systemu zarządzania zakładem<sup>31</sup>. Przeciwnicy z kolei odwołują się głównie do kwestii możliwości odsprzedaży udziałów inwestorowi prywatnemu, co mogłoby w konsekwencji grozić stopniowym sprywatyzowaniem zakładu i ograniczeniem dostępności do świadczeń<sup>32</sup>. Już sama nazwa „niepubliczny samorządowy zakład opieki zdrowotnej”<sup>33</sup> poprzez zestawienie dwóch niejako przeciwstawnych pojęć wzbudzać może kontrowersje. Z jednej strony „niepubliczny”, gdyż obowiązująca obecnie ustawa o zakładach opieki zdrowotnej<sup>34</sup> zawiera zamknięty katalog form organizacyjno-prawnych, w jakich może funkcjonować publiczny zakład opieki zdrowotnej – i nie ma w nim wymienionej spółki kapitałowej. Z drugiej zaś strony „samorządowy”, a więc przynależny do elementu administracji publicznej<sup>35</sup>.

Niezależnie od toczących się dyskusji coraz więcej samorządów decyduje się na rozpoczęcie procedury przekształcenia podległych im zakładów. Samorządy podejmują decyzje o przekształceniu indywidualnie i również indywidualnie ponoszą ich konsekwencje. Mając świadomość odpowiedzialności za zdrowie mieszkańców, mogą one również pozostać przy formie SP ZOZ, zwłaszcza w sytuacji, gdy osiąga on dobre wyniki finansowe. Być może właśnie takie odwołanie się do kompetencji samorządu i pozostawienie mu swobody decyzji jest ważniejsze niż wprowadzanie odgórnych, diametralnych reform systemu zdrowotnego. Istotne jest natomiast wyposażenie samorządu w odpowiednie narzędzia realizacji polityki zdrowotnej. Mam tu na myśli możliwość konsultacji programów restrukturyzacyjnych i zdrowotnych poprzez stworzenie odpowiednich ciał doradczych dla JST, wzmocnienie źródeł dochodów własnych oraz zapewnienie stabilnego i przejrzystego systemu prawnego. Liczne nowelizacje ustawy o ZOZ<sup>36</sup>, kolejne fale oddłużania SP ZOZ<sup>37</sup>, czy wreszcie zapowiedzi radykalnych reform, często pozostawiały samorządy w sytuacji niepewności co do skutków podejmowanych przez nich działań. Istotna wydaje się więc obawa, iż doraźne wsparcie samorządów

<sup>28</sup> Stan na 12.06.2009 ([www.zpp.pl](http://www.zpp.pl)).

<sup>29</sup> Stanowisko XII Zgromadzenia Ogólnego Związku Powiatów Polskich w sprawie zmian systemowych w ochronie zdrowia. 3 kwietnia 2009 roku, Warszawa ([www.zpp.pl](http://www.zpp.pl)).

<sup>30</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10 listopada 2006 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. 2006, Nr 213, poz. 1568 z późn. zm.).

<sup>31</sup> Argumenty przywołane w punkcie 3 programu „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, przyjętego uchwałą Nr 58/2009 Rady Ministrów z 27 kwietnia 2009 roku.

<sup>32</sup> Komentarze dotyczące prezydenckiego weta do pakietu ustaw zdrowotnych, zakładających m.in. obligatoryjne przekształcenie samorządowych SP ZOZ w spółki kapitałowe. PiS, Lewica i SdPI poprzęto weto prezydenta do ustaw zdrowotnych, „Gazeta Prawna”, 18.12.2008.

<sup>33</sup> Określenie przyjęte przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Niepublicznych Szpitali Samorządowych ([www.szpitalsamorzadowe.pl](http://www.szpitalsamorzadowe.pl)).

<sup>34</sup> Ustawa z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991, Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

<sup>35</sup> Podstawę idei samorządu terytorialnego stanowi zasada decentralizacji, polegająca na przeniesieniu części uprawnień i odpowiedzialności władzy publicznej z organów władzy państwowej na organy władzy samorządowej. JST są elementami sektora publicznego.

<sup>36</sup> Ustawa z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991, Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

<sup>37</sup> Ustawa z 15 kwietnia 2005 roku o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2005, Nr 78, poz., 684).

w postaci pomocy w spłacie zadłużenia może się okazać niewystarczające w dążeniu do osiągnięcia długofalowej efektywności lokalnych systemów ochrony zdrowia.

Powierzenie JST znacznej odpowiedzialności za zadania z zakresu ochrony zdrowia, będące przejawem decentralizacji sektora zdrowotnego, jest zjawiskiem występującym, choć z różnym nasileniem, w większości krajów europejskich [11]. Istotne jest, by w ślad za szerokim zakresem obowiązków JST podążały odpowiednie źródła dochodów i narzędzia realizacji zadań. W Polsce ciężar obowiązków samorządu terytorialnego w dziedzinie ochrony zdrowia wydaje się nieadekwatny w stosunku do ich możliwości finansowych, a niestabilny system prawny i polityczny często utrudniają sprawną realizację zadań.

### ■ Abstract:

#### *Participation of the local government units in financing of the health care's activities*

**Key words:** local government, health care, budget's expenditures, founder, independent health care unit, transformation of the health care units

Beginning from administrative reform conducted in 1999 three levels of local government function in Poland. Municipalities, counties and provinces, among many other tasks, are responsible for broad range of activities in the field of health care. They are founders of majority of the public health care units, are responsible for creation of the local and regional health policy as well as provision of diverse health promotion and disease prevention services.

Expenditures of the local government units on the health care's activities are diverse not only among different levels, but also among different units from the same government's tier. They spend from about 1% (municipalities) to even 10% (provinces) of their total expenditures on the activities in the field of health care. Majority of this expenses relate to financing of the health care providers for which local government units are founder institutions. It is general rule in the case of provinces and counties, however when assessing municipalities' budgets, majority of expenses are appropriated for health promotion activities (alcoholism and drug addiction prevention).

### ■ Piśmiennictwo:

1. Surówka K., *Rola samorządu terytorialnego w finansowaniu opieki zdrowotnej w dobie kryzysu opieki zdrowotnej w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2004; II, 1: 5–9.
2. Bożek K., *Budżety jednostek samorządu terytorialnego na przykładzie województwa małopolskiego*, „Samorząd Terytorialny” 2001; 6: 60–67.
3. Owsiak S., *Finanse Publiczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
4. Kosek-Wojnar M., Surówka K., *Finanse samorządu terytorialnego*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2002.
5. Włodarczyk C., *Reformy zdrowotne – uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.
6. Dercz M., *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Municipium SA, Warszawa 2005.
7. Ministerstwo Zdrowia, *Raport – Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, Zielona księga II*, Warszawa 2008.
8. Ministerstwo Zdrowia, *Raport – Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, Zielona księga*, Warszawa 2004.
9. Kozierkiewicz A., Kulis M., *Ochrona zdrowia w samorządzie lokalnym. Doświadczenia polskich miast*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1999.
10. Kowalska I., *Decentralizacja władzy a funkcje zdrowotne państwa*, w: Golinowska S., Boni M. (red.), *Nowe dylematy polityki społecznej*, CASE, Warszawa 2006, 82–89.
11. Salman R.B., Bankauskaite V., Vrangbek K., *Decentralization in health care*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2007.

### ■ O autorce:

**mgr Katarzyna Dubas** – doktorantka w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.