

Rola samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia: organizator, podmiot tworzący oraz płatnik

Przemysław Szetela

Katedra Zdrowia Publicznego, Dietetyki i Chorób Cywilizacyjnych, Wydział Medyczny, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Rzeszów

Adres do korespondencji: Przemysław Szetela, Katedra Zdrowia Publicznego, Dietetyki i Chorób Cywilizacyjnych, Wydział Medyczny, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, ul. Sucharskiego 2, 35-225 Rzeszów, pszetela@wsiz.rzeszow.pl

Abstract

The role of local government in the Polish health care system: organizer, entity that creates and payer

The main purpose of this article was to present the most important organizational, supervisory and financial competences of local government units (LGUs) in Poland relating to public health care institutions (medical entities, a non-entrepreneurs). One of the goals of article was also evaluated the involvement of the various levels of local government in Poland in the financing of the tasks related to the health care and evaluated the effects of decentralization in health care. The article has been prepared on the basis of literature study, including the current legislation, as well as papers of various organizations, institutions and scientific journals.

Key words: local government units, financing of health care

Słowa kluczowe: jednostki samorządu terytorialnego, finansowanie ochrony zdrowia

Wstęp

Od 1 stycznia 1999 roku na podstawie zapisów zawartych w ustawie z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wprowadzono w Polsce kolejną reformę systemu ochrony zdrowia. Ustawodawca zmienił przede wszystkim sposób finansowania systemu zdrowotnego z budżetowego na ubezpieczeniowy (a precyzyjniej rzecz ujmując na ubezpieczeniowo-budżetowy). Głównym publicznym płatnikiem w ochronie zdrowia stały się Kasy Chorzych, które w 2003 roku na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia zastąpiło Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ; dokonano centralizacji systemu). W wyniku reformy z 1999 roku jednostki samorządu terytorialnego (JST) stały się organami założycielskimi (podmiotami tworzącymi, właścicielami)

większości publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zarówno tych działających w lecznictwie ambulatoryjnym, jak i stacjonarnym (art. 47¹ ustawy z dnia 13 października 1998 roku Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną oraz ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej). W ten sposób kontynuowano proces decentralizacji funkcji zdrowotnych państwa rozpoczęty już na początku lat 90. Zgodnie z ogólnymi zasadami decentralizowania uprawnień decyzyjnych każdy ze szczebli władzy lokalnej stał się odpowiedzialny za tworzenie strategii rozwojowej dla mieszkańców swojego terytorium. Choć między szczeblami administracji samorządowej nie ma zasady hierarchicznego podporządkowania, to główna rola koordynacyjna przypadła województwu. Mimo ogólnych uprawnień w zakresie planowania strategicznego samorząd nie mógł planować infrastruktury szpitalnej; te plany miało przygotowywać ministerstwo.

Samorząd lokalny miał natomiast być głównym autorem planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, współpracując z kasą chorych i samorządami zawodów medycznych [1]. W wyniku wdrożonych zmian na samorząd terytorialny w Polsce przerzucono odpowiedzialność za prawidłową gospodarkę finansową podległych im podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dla których poszczególne JST stały się podmiotami tworzącymi. Współcześnie JST w ochronie zdrowia pełnią rolę zarówno: (1) organizatora ochrony zdrowia odpowiedzialnego za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, (2) podmiotu tworzącego jednostki zdrowotne, jak i (3) publicznego płatnika w systemie zdrowotnym. Zwłaszcza trzecia z wymienionych funkcji JST wymaga doprecyzowania i głębszego wyjaśnienia. W systemie ochrony zdrowia według metodologii Narodowych Rachunków Zdrowia opracowanej przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) występuje kilku płatników, zarówno publicznych, jak i prywatnych. Rolę płatników publicznych pełnią instytucje rządowe i samorządowe oraz fundusze zabezpieczenia społecznego. Natomiast płatnikami prywatnymi w systemie ochrony zdrowia są: gospodarstwa domowe (pacjenci), przedsiębiorstwa, prywatne instytucje ubezpieczeniowe oraz organizacje *non-profit* działające na rzecz gospodarstw domowych (tj. fundacje, stowarzyszenia itp.) [2]. Każdy z wyżej wymienionych „płatników“ (publicznych i prywatnych) dostarcza do systemu ochrony zdrowia mniej lub więcej środków finansowych oraz jest odpowiedzialny za finansowanie różnego zakresu dóbr i usług medycznych. Używanie w stosunku do JST określenia „płatnik” jest całkowicie zasadne, gdyż z całą pewnością można uznać JST za jednego z kilku płatników występujących w ochronie zdrowia, trzeba mieć jednak na uwadze, że tak wielkość środków finansowych dostarczanych do systemu, jak i zakres finansowania koszyka dóbr i usług medycznych przez niektórych płatników (w tym JST) są niewielkie w skali całego systemu. W literaturze przedmiotu najczęściej poprzez użycie określenia „płatnik” rozumie się podmiot dokonujący, w części lub w całości, zakupu świadczeń opieki zdrowotnej w imieniu pacjenta lub refinansujący te świadczenia [3]. Jest to konsekwencja wyróżniania w systemach ochrony zdrowia trzech uczestników: pacjentów jako podmioty korzystające, lekarzy wraz z pozostałymi wytwórcami świadczeń oraz płatnika (podmiot kontraktujący/finansujący świadczenia). Ponieważ każdy z tych uczestników jest traktowany jako strona wzajemnych stosunków, podmiot dysponujący środkami publicznymi jest często określany mianem „płatnika trzeciej strony” (ang. *third-party payer*) [4]. W konsekwencji określenie „płatnik” stosuje się zwykle w kontekście głównego publicznego płatnika występującego w systemie, który gwarantuje powszechny i równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych dla całego lub niemal całego społeczeństwa w podstawowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego. Natomiast dla pozostałych płatników występujących w systemie zdrowotnym najczęściej stosuje się określenie – „źródło finansowania systemu ochrony zdrowia” (ang. *financing agents*).

Decentralizacja funkcji zdrowotnych państwa

W wyniku reform ustrojowych z 1990 i 1999 roku nastąpiła znacząca decentralizacja zadań administracji publicznej w Polsce, a co za tym idzie – istotny wzrost zadań JST. Proces decentralizacji dotyczył również w znacznym stopniu specyficznego sektora, jakim jest ochrona zdrowia. Decentralizacja władzy publicznej miała się przyczynić w zamierzeniach do lepszego rozpoznawania potrzeb pacjentów i racjonalnego (także pod względem finansowym) działania. W decentralizacji upatrywano sposobu na poprawę alokacji ograniczonych zasobów finansowych oraz ogólnego wzrostu efektywności w systemie ochrony zdrowia. Problemy decentralizacji funkcji zdrowotnych państwa są więc aktualne w polskim systemie opieki zdrowotnej już od początku lat 90., wtedy bowiem uczyniono pierwszy istotny krok w kierunku decentralizowania uprawnień decyzyjnych w sferze zdrowia. Fakt ten był bezpośrednio związany z przywróceniem w 1990 roku samorządności gminom [1].

Pojęcie decentralizacji ma istotne znaczenie dla dalszych rozważań z punktu widzenia podjętego tematu. W literaturze przedmiotu decentralizacja nie jest rozumiana w sposób jednoznaczny, gdyż jest to zjawisko bardzo złożone i wieloaspektowe. Najczęściej decentralizację określa się jako ustawowe, trwałe, chronione prawem przekazywanie organom decentralizowanej władzy publicznej (gminom, powiatom, województwom) zadań, kompetencji i środków, w które do tej pory były wyposażone organy władzy centralnej. W ujęciu dynamicznym decentralizacja oznacza przekazywanie zadań i środków na ich realizację z wyższych na rzecz niższych szczebli jednostek organizacyjnych. Natomiast w ujęciu statycznym jest to stan wyposażenia niższych niż centralny szczebli organizacyjnych w zadania i środki ich realizacji, przy prawnym zabezpieczeniu samodzielności tych szczebli [5]. Wyróżnia się przy tym różne rodzaje decentralizacji, wśród których podstawowe znaczenie ma decentralizacja terytorialna, oznaczająca przeniesienie zadań i środków ich realizacji na rzecz niższych szczebli władzy publicznej (JST). Obok niej jako formę uzupełniającą (a czasami konkurencyjną) wyróżnia się tzw. decentralizację funkcjonalną, zwaną niekiedy branżową, która ma ograniczony charakter i polega na przenoszeniu niektórych, rodzajowo tylko określonych funkcji na rzecz jednostek niższego szczebla. Tak więc przekazywanie w Polsce zadań i środków na rzecz gmin, powiatów i województw samorządowych realizuje decentralizację terytorialną, natomiast przekazanie zadań i środków regionalnym kasom chorych – było decentralizacją funkcjonalną [6]. Z pojęcia decentralizacji wynika zasada decentralizacji, która ma kształtować relacje między organami władzy publicznej. Zasada decentralizacji nakazuje ustawodawcy rozpraszać kompetencje publiczne między wiele usamodzielnionych podmiotów prawa publicznego (w tym samorządy terytorialne) [7].

Od 1990 roku w Polsce odbywa się postępujący proces decentralizacji funkcji zdrowotnych państwa. Na JST stopniowo przekazywano wiele zadań z zakresu

ochrony zdrowia, m.in. przejęcie funkcji organizatora ochrony zdrowia na poziomie lokalnym i regionalnym (pełnienie roli organów założycielskich publicznych zakładów opieki zdrowotnej), tworzenie strategii rozwojowej w zakresie zdrowia dla mieszkańców swojego terytorium, przejęcie odpowiedzialności za zabezpieczenie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (współpracując z publicznym płatnikiem i samorządami zawodów medycznych), zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizacja programów dotyczących profilaktyki chorób i promocji zdrowia, walka z alkoholizmem i narkomanią itp. Owe nałożenie zadań z zakresu ochrony zdrowia na JST można uznać za przejaw decentralizacji administracji publicznej i realizację dyspozycji zawartej w art. 15 konstytucji, tj. „Ustrój terytorialny Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia decentralizację władzy publicznej” [8]. Analizując zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia, należy stwierdzić, iż dotychczas zaistniała przede wszystkim decentralizacja funkcji właścicielskich, wciąż jednak nie doszło do decentralizacji funkcji płatniczych w systemie zdrowotnym (tj. decentralizacji publicznego płatnika – NFZ).

Polski samorząd terytorialny, mimo bardzo dobrego startu gmin w 1990 roku i wielu pozytywnych doświadczeń wynikających z prowadzonej działalności, nie spełnił – jak dotychczas – pokładanych w nim nadziei, w szczególności nie przyczynił się w oczekiwanym stopniu do aktywizacji społeczności lokalnych i regionalnych, do wyzwolenia twórczej inicjatywy mieszkańców gmin, powiatów i województw oraz rozwoju społeczeństwa obywatelskiego (również w zakresie ochrony zdrowia). Już po wejściu w życie ustaw wprowadzających reformy ustrojowe wystąpiły zjawiska społeczne i polityczne, które utrudniły lub uniemożliwiły realizację niektórych zakładanych celów. W rezultacie decentralizacja okazała się płytsza, niż to wynika z regulacji ustrojowych, i w znacznej mierze nosi znamiona „decentralizacji trudności budżetowych”. Ujawniły się liczne dysfunkcje, związane z przekazaniem JST nowych zadań bez zapewnienia środków na ich realizację. Powyższe zjawisko w szczególności uwydatniło się w zakresie ochrony zdrowia. Analiza zachodzących procesów uprawnia do sformułowania poglądu, iż nastąpiło nie tyle dzielenie się odpowiedzialnością w przemyślany i uporządkowany sposób, ile jej przesunięcie czy nawet, używając języka potocznego, jej „spychanie” z władzy krajowej na inne podmioty, nie zawsze zresztą z dbałością o to, czy są one wyposażone w odpowiednie instrumentarium realizacyjne wraz z odpowiednimi środkami finansowymi [9]. Z kolei jednak należy pamiętać, że przekazywanie zadań z zakresu ochrony zdrowia JST należy uznać za słuszny kierunek zmian, gdyż systemy zdecentralizowane bez wątplenia znajdują się bliżej obywatela (pacjenta), a więc lepiej rozpoznają jego potrzeby i preferencje, również w zakresie zdrowia. Podmioty odpowiedzialne za rozpoznawanie i zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli mogą więc spełnić pokładane w nich nadzieje poprzez realizowanie skutecznej i efektywnej polityki dostosowanej do wcześniej zidentyfikowanych potrzeb. Należy pa-

miętać jednocześnie, iż potrzeby obywateli są zróżnicowane, a ujednoczone, scentralizowane dostarczanie dóbr obywatelom, których preferencje są zróżnicowane, nie jest optymalne z punktu widzenia efektywności. Istnieje oczywiście obawa, że JST, które często nie dysponują ani niezbędnymi zasobami, ani doświadczeniami w decydowaniu o polityce zdrowotnej, nie będą w stanie podołać poważniejszym niż dotychczas zadaniom. Jednak decentralizacja, o której stanowi Konstytucja RP, nie jest przecież jednorazowym przedsięwzięciem decyzyjnym, lecz dążeniem do zbudowania w państwie odpowiednich docelowych rozwiązań organizacyjnych, zgodnych z konstytucyjnymi zasadami ustrojowymi [8]. Wskazując dylematy decentralizacji, trzeba podkreślić, że problemem nie jest to, czy decentralizować – tylko w jakim tempie, jak głęboko, a przede wszystkim w jakich warunkach – oraz jaki do tego jest potrzebny potencjał zasobów materialnych i ludzkich [9]. Biorąc powyższe fakty pod uwagę, należy uznać, iż procesy decentralizacyjne w ochronie zdrowia wciąż nie zostały zakończone.

Organizacyjne kompetencje samorządu terytorialnego

Jednostki samorządu terytorialnego w związku z pełnioną funkcją właścicielską w stosunku do publicznych zakładów opieki zdrowotnej działających jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ; podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami) skupiają wiele kompetencji o charakterze organizacyjnym. Do najważniejszych kompetencji w tym zakresie należą:

- Tworzenie i prowadzenie podmiotów leczniczych w formie spółki kapitałowej lub jednostki budżetowej (art. 6 ustawy o działalności leczniczej). Od momentu wejścia w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj. od 1 lipca 2011 roku) JST nie mogą tworzyć podmiotów leczniczych działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (mogą tylko prowadzić już istniejące jednostki w tej formie). Od tej zasady ustawodawca przewidział jednak jeden wyjątek: w przypadku łączenia dwóch (lub większej liczby) podmiotów, które działają już w formie SPZOZ-ów, może powstać nowy podmiot leczniczy również działający w tej formie (art. 204 ustawy o działalności leczniczej)² [10]. W tym miejscu zasadne jest przypomnienie, iż na podstawie art. 66 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej istnieją dwa dopuszczalne sposoby łączenia SPZOZ-ów. Po pierwsze, poprzez przeniesienie całego mienia co najmniej jednego SPZOZ-u (przejmowanego) na inny SPZOZ (przejmujący), a po drugie poprzez utworzenie nowego SPZOZ-u powstałego z co najmniej dwóch łączących się (a w zasadzie łączonych) SPZOZ-ów. Pierwsza z możliwości polega na przejęciu przez jeden SPZOZ (przejmujący) innego (jednego lub większej liczby) SPZOZ-u. Jest to więc – według terminologii używanej w Kodeksie spółek handlowych – łączenie się przez przejęcie. W tym przypadku przejmujący SPZOZ zachowuje swój dotychczasowy samodzielny byt prawny. Traci go natomiast SPZOZ przejm-

wany. Druga z wymienionych powyżej możliwości to – mówiąc w pewnym uproszczeniu – łączenie się SPZOZ-ów przez zawiązanie nowego SPZOZ-u. W tym przypadku w miejsce łączących się SPZOZ-ów, które tracą samodzielny byt prawny, powstaje nowy podmiot (SPZOZ). Powstaje on na bazie mienia łączących się SPZOZ-ów, przejmuje ich pracowników oraz zadania, a także wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem były łączące się SPZOZ-y, bez względu na charakter prawny tych stosunków [11].

- Możliwość przekształcania (art. 70–82), połączenia (art. 66–68) oraz likwidacji (art. 60–61) podmiotów leczniczych na drodze uchwały³ właściwego organu stanowiącego JST (ustawa o działalności leczniczej) [10].
- Nadawanie statutu, który określa ustrój SPZOZ-u (podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą), oraz inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. W statucie określa się w szczególności nazwę podmiotu odpowiadającą zakresowi i rodzajowi udzielanych świadczeń; cele i zadania podmiotu (rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych); siedzibę (obszar działania); organy i strukturę organizacyjną oraz formę prowadzenia gospodarki finansowej (art. 42 ustawy o działalności leczniczej) [10].
- Nawiązywanie z kierownikiem podmiotu leczniczego stosunku pracy na podstawie powołania⁴, umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej. Podmiot tworzący ogłasza również konkurs⁵ na stanowisko kierownika oraz jego zastępcy, gdy kierownikiem jednostki nie jest lekarz (art. 46 i 49 ustawy o działalności leczniczej) [10].
- Delegowanie przedstawiciela do rady społecznej, która jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego oraz organem doradczym kierownika SPZOZ-u (tj. podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą; art. 48 ustawy o działalności leczniczej). Ponadto podmiot tworzący powołuje i odwołuje Radę Społeczną oraz zwołuje jej pierwsze posiedzenie. Do zadań rady społecznej należy m.in.: (1) przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w następujących sprawach: (a) zbycie aktywów trwałych oraz zakup lub przyjęcie darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego; (b) przekształcenie lub likwidacja, rozszerzenie lub ograniczenie działalności; (c) przyznawanie kierownikowi nagród; (d) rozwiązywanie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej z kierownikiem; (2) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów; (3) opiniowanie wniosku w sprawie czasowego zaprzestania działalności leczniczej; (4) wykonywanie innych zadań określonych w prawie i statucie (art. 48 ustawy o działalności leczniczej)⁶ [10].

Nadzorcze kompetencje samorządu terytorialnego

Jedną z najważniejszych kompetencji JST jako organów założycielskich wobec SPZOZ-ów (tj. podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami) jest sprawowanie nad nimi właściwego nadzoru. Funkcję tę do niedawna JST realizowały na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 roku w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego (tzw. rozporządzenie o nadzorze). W obecnych ramach prawnych zasady sprawowania nadzoru uregulowane są w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dział VI „Kontrola i nadzór”; art. 118–122). Podmiot tworzący (JST) sprawuje nadzór nad zgodnością działań SPZOZ-u (podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą) z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym. W ramach nadzoru podmiot tworzący może żądać informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od organów SPZOZ-u (podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą) oraz dokonywać kontroli i oceny działalności tego podmiotu. Kontrola i ocena działalności jednostki zdrowotnej oraz pracy jej kierownika dokonywana jest w szczególności w takich sferach, jak: prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi, gospodarka finansowa, a także realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie oraz w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Istotny jest zwłaszcza nadzór nad gospodarką finansową, który jest sprawowany poprzez kontrolę i ocenę jej legalności, gospodarności, celowości i rzetelności. Natomiast nadzór nad prawidłowością gospodarowania mieniem dokonywany jest poprzez kontrolę i ocenę w szczególności: wykorzystywania aparatury i sprzętu medycznego, wniosku dotyczącego zakupu lub przyjęcia darowizny aparatury i sprzętu medycznego, wniosku dotyczącego zbycia, wydzierżawienia lub wynajęcia majątku trwałego albo wniesienia tego majątku do spółek lub fundacji. Podmiot tworzący w razie stwierdzenia niezgodnych z prawem działań kierownika ma możliwość wstrzymania ich wykonania oraz zobowiązania kierownika do ich zmiany lub cofnięcia. W przypadku niezastosowania się do założeń w wyznaczonym terminie podmiot tworzący może rozwiązać z kierownikiem stosunek pracy albo umowę cywilnoprawną. Warto zaznaczyć, iż kontrolę przeprowadza się na podstawie upoważnienia udzielonego przez podmiot tworzący. W ramach udzielonego upoważnienia kontrolujący ma prawo m.in. do: (1) wstępu do pomieszczeń podmiotu leczniczego; (2) wglądu do dokumentów i innych materiałów związanych z działalnością podmiotu leczniczego; (3) przeprowadzania oględzin; (4) sprawdzania przebiegu określonych czynności; (5) żądania od kierownika i pracowników podmiotu leczniczego ustnych i pisemnych wyjaśnień; (6) zabezpieczania dowodów. Ponadto kierownik podmiotu leczniczego jest zobowiązany do: (1) niezwłocznego przedstawienia na żądanie kontrolującego wszelkich dokumentów i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia kontroli oraz zapewnienia

terminowego udzielania wyjaśnień przez pracowników; (2) zapewnienia warunków i środków niezbędnych do sprawnego przeprowadzenia kontroli, w szczególności udostępniania, w miarę możliwości, oddzielnych pomieszczeń z odpowiednim wyposażeniem; (3) sporządzenia na żądanie kontrolującego niezbędnych do kontroli odpisów, kserokopii lub wyciągów z dokumentów oraz zestawień i obliczeń opartych na dokumentach. Na podstawie ustaleń z przeprowadzonej kontroli podmiot tworzący może przedstawić kierownikowi w wystąpieniu pokontrolnym zalecenia pokontrolne nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości (art. 118–122 ustawy o działalności leczniczej) [10, 11].

■ Finansowe kompetencje samorządu terytorialnego

Podstawowym uprawnieniem (obowiązkiem) finansowo-majątkowym JST w relacji do podmiotów leczniczych, dla których pełni ona rolę podmiotu tworzącego, jest zaopatrzenie jednostki zdrowotnej (w momencie tworzenia lub prowadzenia) w odpowiednie mienie, które umożliwi wykonywanie zadań, na rzecz których podmiot leczniczy został powołany i jest utrzymywany. Obowiązek ten wynika z art. 54 i 86 ustawy o działalności leczniczej. W tym miejscu należy podkreślić, że przekazanie mienia przez samorząd terytorialny powinno nastąpić w sposób bezpłatny. Niedopuszczalne z punktu widzenia obowiązującego prawa jest przekazanie jednostce zdrowotnej mienia przez JST np. w formie dzierżawy i domaganie się opłacania czynszu. Należy stwierdzić, iż takie działanie nie ma oparcia w obowiązujących przepisach prawnych. Należy zaznaczyć, że w późniejszym okresie sprzedaż aktywów trwałych, oddanie w dzierżawę, najem, użytkowanie lub użyczenie przez jednostkę zdrowotną wymagają zgody podmiotu tworzącego. Podmioty lecznicze prowadzone w formie SPZOZ-ów mają prawo do przyjęcia tylko mienia, natomiast jednostki funkcjonujące w formie jednostki budżetowej mogą uzyskać od podmiotu tworzącego zarówno mienie, jak i środki finansowe.

Kolejnym uprawnieniem finansowym JST określonym w art. 114 i 115 ustawy o działalności leczniczej jest możliwość udzielenia dotacji podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą (dotacji w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych). Ustawodawca dopuścił możliwość przeznaczania dotacji przez JST na następujące cele (1–6): (1) realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań; (2) remonty; (3) inne niż określone w pkt 1 inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego; (4) realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach; (5) cele określone w od-

rębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych; (6) realizację programów wieloletnich [10].

Należy zaznaczyć, iż wymienione dotacje mają charakter dotacji celowych. Jednostki samorządu terytorialnego wydają środki publiczne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych i są zobowiązane do ich wydatkowania na podstawie ściśle określonych regulacji prawnych. W innym przypadku JST naruszają dyscyplinę finansów publicznych. Nie mają one prawa przeznaczać dotacji na działalność bieżącą jednostki zdrowotnej, tj. np. na finansowanie leków czy też wynagrodzeń personelu. Istotną cechą tych dotacji jest również ich dobrowolny charakter. Podmiot wykonujący działalność leczniczą może zwrócić się do JST z prośbą o dotację, lecz decyzja o jej przyznaniu bądź nie zależy tylko i wyłącznie od decyzji samorządu. Zwykle jej otrzymanie uwarunkowane jest sytuacją finansową danego samorządu. Warto także przypomnieć, iż ów katalog dotacji jeszcze kilka lat temu był znacznie węższy. Dwie najbardziej istotne dla kształtu opisywanego katalogu dotacji nowelizacje ustawy o zakładach opieki zdrowotnej miały miejsce 14 maja 2004 roku i 14 lipca 2006 roku. Pierwsza z nich rozszerzyła katalog dotacji o dwie pozycje:

- remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego;
- projekty realizowane ze środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej i niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) oraz innych środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi.

Drużga z wymienionych nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej rozszerzyła zakres opisywanego katalogu o możliwość przeznaczenia dotacji nie tylko przez JST, które są ich organami założycielskimi, ale również dla pozostałych JST na: (1) realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia, a także (2) remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego. Pojawiła się więc możliwość, aby gmina mogła przeznaczyć dotację szpitalowi powiatowemu (dla którego organem założycielskim jest powiat), co jest uzasadnione tym, iż mieszkańcy gminy leczą się w tym szpitalu. Wcześniej takiej możliwości prawnej nie było. W dalszym ciągu toczy się „walka” o kolejne rozszerzenie zamkniętego katalogu dotacji celowych, w ramach których JST mogłyby wesprzeć finansowo jednostki zdrowotne. Warto również zaznaczyć, iż JST mogą także oferować pewną pomoc dla jednostek zdrowotnych w celu poprawy ich sytuacji ekonomicznej poprzez udzielanie pożyczek, gwarancji oraz poręczeń kredytów zaciąganych w instytucjach finansowych.

Ponadto na podstawie zapisów zawartych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą otrzymywać środki finansowe na podstawie umowy zawartej z JST, na następujące zadania: (1) realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wy-

konanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań; (2) realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) bądź innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach; (3) cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych; (4) realizację programów wieloletnich; (5) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne [10].

Ustawodawca w ustawie o działalności leczniczej ustanowił jednakowe (równe) zasady w dostępie do środków publicznych dla wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą (bez względu na ich formę prawną i rodzaj podmiotu tworzącego). Odrębne zasady przekazywania środków publicznych odnoszą się jedynie do podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej (ze względu na ich specyfikę).

Ustawodawca wprowadził jednak znaczące zastrzeżenie, zgodnie z którym na następujące trzy zadania, tj. na: (1) realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonywanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań, (2) remonty oraz (3) inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego, podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne tylko w zakresie, w jakim realizacja tych zadań służy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawodawca doprecyzował również, iż wysokość tych środków publicznych nie może przekroczyć wysokości kosztów koniecznych do realizacji całości zadania, a ich maksymalna wysokość musi być ustalana według przyjętego wzoru.

Należy więc zauważyć, że od 2011 roku nastąpiło powiązanie wysokości przekazywanych środków publicznych z przychodami podmiotu wykonującego działalność leczniczą z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w poprzednim roku obrotowym (wobec roku obrotowego, w którym ma nastąpić przekazanie środków finansowych). Podmiot wykonujący działalność leczniczą nie ma możliwości otrzymania środków publicznych na realizację powyższych zadań w pierwszym roku obrotowym, w którym dopiero zaczyna udzielać świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wyjątek stanowią te podmioty wykonujące działalność leczniczą, które na mocy przepisów szczególnych są następcami prawnymi przekształcanych jednostek zdrowotnych. Ustawodawca w ten sposób dąży do oddzielenia środków publicznych od środków prywatnych, aby nie dopuścić do sytuacji, w której środki publiczne w danej jednostce zdrowotnej służyłyby tylko i wyłącznie pacjentom komercyjnym.

Możliwość finansowego wsparcia podmiotu wykonującego działalność leczniczą przez JST wynika również z art. 38 ustawy o działalności leczniczej, który przewiduje w sytuacjach nadzwyczajnych możliwość nałożenia

na podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązku wykonania dodatkowego zadania, jeżeli jest to niezbędne ze względu na potrzeby systemu opieki zdrowotnej, w przypadku np. klęski żywiołowej, epidemii, ataku terrorystycznego lub w celu wykonania zobowiązań międzynarodowych. Prawo nałożenia takiego obowiązku przysługuje organowi założycielskiemu, który jest jednocześnie zobowiązany do zapewnienia jednostce zdrowotnej środków niezbędnych do wykonania zadania. Dodatkowo w przypadku poniesienia szkody przez podmiot leczniczy przy wykonywaniu nałożonego zadania organ zlecający wykonanie zadania (JST) zobowiązany jest do jej naprawienia [10].

Podstawowa jednak kompetencja finansowa JST w stosunku do podległych im SPZOZ-ów została zdefiniowana w art. 59 ustawy o działalności leczniczej. Polega ona na tym, iż organ, który utworzył SPZOZ, zobowiązany jest do pokrycia ujemnego wyniku finansowego jednostki zdrowotnej, gdy nie jest ona w stanie samodzielnie pokryć go we własnym zakresie. Podmiot tworzący ma 3 miesiące od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego SPZOZ-u na pokrycie ujemnego wyniku finansowego za rok obrotowy. W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego jest zobowiązany do podjęcia uchwały o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji SPZOZ-u. W obu tych przypadkach organ założycielski zobowiązany jest do przejęcia zobowiązań (przekształcanego lub likwidowanego) zakładu. W tym drugim przypadku dodatkowo organ założycielski musi wskazać zakład, który przejmie prawa i obowiązki (zadania) likwidowanej jednostki. Zobowiązania i należności SPZOZ-u po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami właściwej JST (art. 61 ustawy o działalności leczniczej) [10].

W przypadku likwidacji zakładu 100% zadłużenia jest przejmowane przez JST, natomiast w przypadku jego przekształcenia o tym, jaką część zadłużenia przejmuje JST, decyduje tzw. wskaźnik zadłużenia zakładu (nowy element zawarty w ustawie o działalności leczniczej). Wskaźnik zadłużenia SPZOZ-u jest obliczany przez podmiot tworzący na podstawie sprawozdania finansowego za ostatni rok obrotowy (przed sporządzeniem aktu przekształcenia jednostki, art. 70–72). Wskaźnik zadłużenia ustala się jako relację sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe SPZOZ-u do sumy jego przychodów⁷. Jeżeli wartość wskaźnika zadłużenia wynosi:

- **powyżej 0,5** – w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia, podmiot tworzący przejmuje (obligatoryjnie) zobowiązania SPZOZ-u o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia ustalany na dzień przekształcenia dla spółki powstałej z przekształcenia SPZOZ-u wyniósł nie więcej niż 0,5;
- **0,5 lub mniej** – w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia, podmiot tworzący może (dobrowolnie) przejąć zobowiązania SPZOZ-u.

Przejęciu w pierwszej kolejności podlegają zobowiązania wymagalne najdawniej obejmujące kwotę

główną wraz z odsetkami (art. 70–72 ustawy o działalności leczniczej). Reasumując, podmiot tworzący musi przejąć na siebie taką wielkość zobowiązań przekształcanego zakładu, aby wartość wskaźnika zmniejszyła się do wartości co najmniej 0,5 (jest to obligatoryjne). Jednostka samorządu terytorialnego może też przejąć w sposób dobrowolny pozostałą część zadłużenia, aby wartość wskaźnika zadłużenia SPZOZ-u spadła poniżej wartości 0,5 lub nawet osiągnęła wartość 0. Należy zaznaczyć w tym miejscu, że zadłużenie nieprzejęte przez JST nie znika (nie ulega umorzeniu), lecz przechodzi na nowo powstały podmiot. Konstatując tę część rozważań, należy wskazać, iż obowiązek podmiotu tworzącego dotyczący przekształcenia albo likwidacji podległej mu jednostki zdrowotnej (jeżeli ujemny wynik finansowy nie może być pokryty w samodzielny sposób przez daną jednostkę zdrowotną) powstaje po raz pierwszy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej, tj. po 1 lipca 2011 roku (art. 216 ww. ustawy) [10]. W roku 2013 przypada termin zatwierdzania sprawozdań finansowych za rok 2012, jako pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej. Jednostki samorządu terytorialnego już w roku bieżącym staną przed koniecznością podjęcia trudnych decyzji dotyczących dalszego funkcjonowania jednostek zdrowotnych, dla których są organami założycielskimi (pokryć ujemny wynik finansowy, o ile taki występuje, czy też może zdecydować się na przekształcenie lub likwidację jednostki zdrowotnej).

Dodatkowo ustawodawca przewidział w ustawie o działalności leczniczej dwie zachęty finansowe dla JST do przekształcania SPZOZ-ów w spółki: (1) umorzenie zobowiązań publicznoprawnych oraz (2) dotację celową z budżetu państwa (odpowiednio art. 190 i 196 ustawy o działalności leczniczej). Niestety powyższe zachęty od dnia 1 stycznia 2014 roku już nie obowiązują. Pierwsza z nich umożliwiała umorzenie zobowiązań podmiotu tworzącego przejętych od SPZOZ-u, jeżeli podmiot tworzący zdażył przekształcić SPZOZ w spółkę kapitałową na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej (art. 69–82) w okresie do dnia 31 grudnia 2013 roku. Umorzeniu podlegały wówczas przejęte zobowiązania od SPZOZ-u wraz z odsetkami znane na dzień 31 grudnia 2009 roku [10].

Druga z wymienionych zachęt umożliwiała uzyskanie dotacji celowej z budżetu państwa, jeżeli podmiot tworzący zdażył przekształcić SPZOZ w spółkę kapitałową na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej w okresie do dnia 31 grudnia 2013 roku. Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż ustawodawca nie wprowadził górnego ograniczenia dotyczącego wysokości jednostkowej dotacji, o jaką mógł ubiegać się dany wnioskodawca (w budżecie państwa przewidziano na niniejsze dotacje 1,4 mld zł). Dotacje podmiot tworzący musiał jednak przeznaczyć na spłatę zobowiązań przejętych od SPZOZ-u, odsetek od nich lub pokrycie kosztów przekształcenia. Zdaniem autora niniejszego artykułu powyższe zachęty finansowe w postaci umorze-

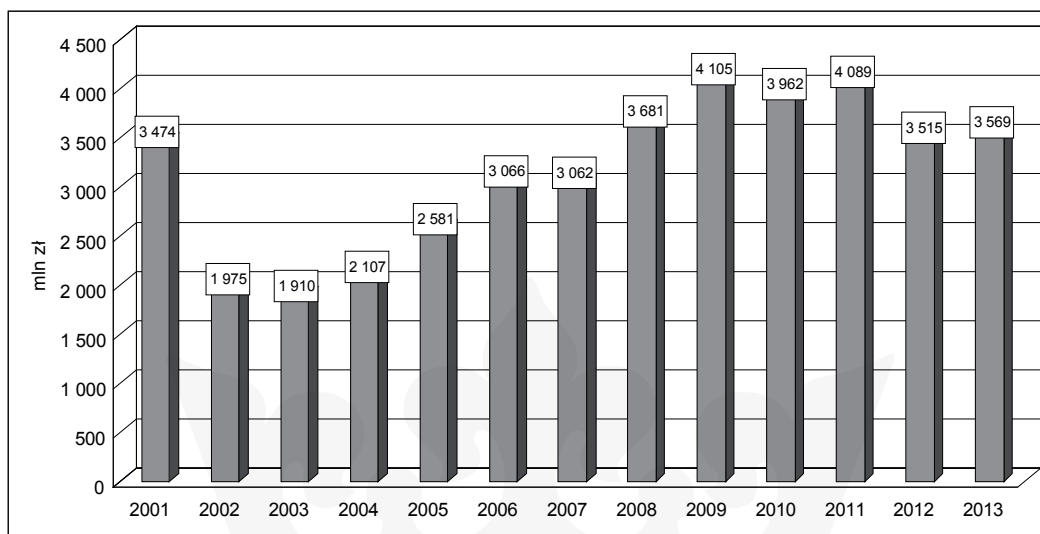
nia zobowiązań publicznoprawnych oraz dotacji celowej z budżetu państwa powinny zostać zachowane na kolejne lata i pełnić rolę wsparcia dla JST w podejmowaniu trudu przekształcania jednostek zdrowotnych w spółki kapitałowe (w tym celu konieczna jest jednak właściwa nowelizacja ustawy o działalności leczniczej).

Należy zaznaczyć, że do momentu wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej istniała dodatkowa możliwość uzyskania wsparcia finansowego w relacji pomiędzy SPZOZ–JST. Było bowiem możliwe uczestnictwo w rządowym, wieloletnim programie realizowanym w latach 2009–2011 znanym pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” („Plan B”, program „Ratujmy Polskie Szpitale”)⁸. Program ten wspierał finansowo JST w dokonywaniu dobrowolnych przekształceń podległych im jednostek publicznych w spółki prawa handlowego (komercjalizacja). Sięgnięcie jednak po środki publiczne dostępne w ramach programu nie było proste i w rezultacie stosunkowo niewiele zakładów opieki zdrowotnej i JST podjęło trud przeprowadzenia wielu wymaganych działań o charakterze prawnym, finansowym i organizacyjnym. Z programu skorzystały 62 JST, które przeprowadziły zmiany organizacyjno-prawne w 80 SPZOZ-ach. Z tej liczby 54 zakłady przekształcono w spółki kapitałowe prowadzące działalność leczniczą, a pozostałe 26 zlikwidowano. Wejście w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej spowodowało, że istnienie programu rządowego straciło uzasadnienie, gdyż powyższa ustawa przewidziała uproszczoną procedurę przekształcania jednostek publicznych w spółki kapitałowe, automatycznie zapewniając sukcesję prawną i przeniesienie praw i obowiązków na nowy podmiot bez uciążliwej formy jego likwidacji.

■ Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce przez samorząd terytorialny

Jednostki samorządu terytorialnego w Polsce pełnią rolę jednego z publicznych płatników w systemie zdrowotnym, oprócz NFZ i budżetu państwa. Struktura wydatków publicznych uwzględniająca wyżej wymienionych płatników w ochronie zdrowia przedstawia się następująco: NFZ – 85%; budżet państwa – 10%; JST – 5% [12]. W roku 2013 samorząd terytorialny w Polsce przeznaczył 3,6 mld zł na zadania związane z ochroną zdrowia (**Wykres 1**).

W latach 2002–2011 można było obserwować systematyczny wzrost środków finansowych, które JST przeznaczały na zadania związane z ochroną zdrowia, co należy ocenić ze wszech miar pozytywnie. W latach 2002–2011 wydatki samorządu terytorialnego w dziale 851 klasyfikacji budżetowej – „Ochrona zdrowia” wzrosły aż o 114%, tj. z kwoty 1,98 mld zł do 4,09 mld zł. W roku 2012 odnotowano jednak znaczny spadek wydatków publicznych na cele związane ze zdrowiem (o 19%), a rok później poziom wydatków publicznych samorządu terytorialnego ustabilizował się na zbliżonym poziomie około 3,6 mld zł. Relatywnie wysokie wydatki samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w roku 2001 (tj.



Wykres 1. Wydatki samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w latach 2001–2013 (w mln zł).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowej Rady Regionalnych Izb Obrachunkowych (KRRIO), 2014 r. [13].

niemal 3,5 mld zł) wynikały z kumulacji środków otrzymanych przez JST w roku 2000. Od 2003 roku środki finansowe przeznaczane przez JST na ochronę zdrowia systematycznie rosły. Ich średnia dynamika w latach 2003–2011 wynosiła około 10%. W 2004 roku w stosunku do roku poprzedniego nastąpił wzrost wydatków o 10%. W 2005 i 2006 roku odnotowano wzrost wydatków, odpowiednio o 22% i 19% w stosunku do roku poprzedniego. W roku 2007 JST przeznaczyły na ochronę zdrowia tyle samo środków, co w roku poprzednim. Natomiast w kolejnych dwóch latach, tj. w 2008 i 2009, odnotowano wzrost wydatków publicznych odpowiednio o 20% i 12% w relacji rok do roku. W latach 2010–2011 poziom wydatków JST na zadania związane z ochroną zdrowia ustabilizował się na relatywnie stałym poziomie, tj. około 4 mld zł, natomiast rok później opisywane wydatki zmniejszyły się do poziomu około 3,5 mld zł i pozostały na tym poziomie również w roku 2013.

Nie wszystkie szczeble organizacyjne samorządu terytorialnego w Polsce na ochronę zdrowia przeznaczają tyle samo środków finansowych (Wykres 2).

W rozpatrywanym 2013 roku:

- 26% (tj. 0,9 mld zł) wszystkich środków, jakie samorząd terytorialny przeznaczył na finansowanie zadań związanych z ochroną zdrowia, wydatkowały województwa;
- 37% (tj. 1,3 mld zł) powiaty „ziemskie”;
- 22% (0,8 mld zł) miasta na prawach powiatów (tzw. powiaty grodzkie);
- 15% (0,5 mld zł) gminy.

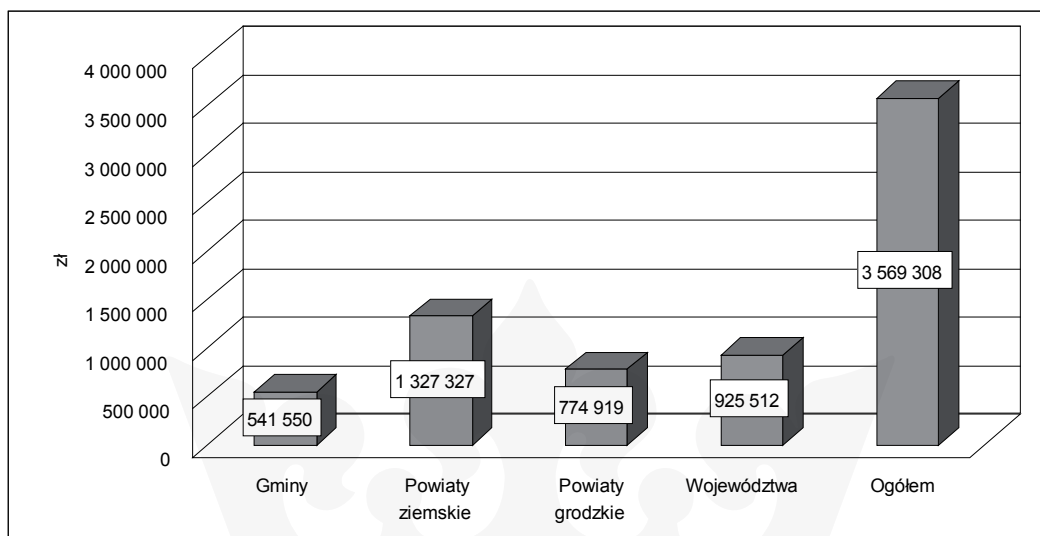
W tym miejscu należy zaznaczyć, iż powiatów „ziemskich” w Polsce jest 314, natomiast „grodzkich” tylko 65, a na ochronę zdrowia oba typy powiatów przeznaczają relatywnie podobne kwoty (tj. odpowiednio 1,3 i 0,8 mld zł). Należy więc stwierdzić, że miasta na prawach powiatu (powiaty „grodzkie”), których jest liczbowo znacznie mniej niż powiatów „ziemskich” (prawie 5-krotnie),

odgrywają szczególnie ważną rolę w strukturze finansowania ochrony zdrowia przez samorząd terytorialny. Agregacja kwot alokowanych przez powiaty „ziemskie” i „grodzkie” na zadania związane z ochroną zdrowia wyraźnie wskazuje na podstawowy szczebel finansowania ochrony zdrowia w ramach poszczególnych jednostek organizacyjnych samorządu terytorialnego. Najwięcej środków finansowych w strukturze finansowania ochrony zdrowia przez samorząd terytorialny w Polsce przeznaczają powiaty (aż 59% wszystkich środków, tj. 2,1 mld zł) (Wykres 3).

Okazuje się, że wszystkie szczeble organizacyjne samorządu terytorialnego w Polsce (tj. gminy, powiaty i województwa) wykazują systematyczny wzrost wydatków przeznaczanych na ochronę zdrowia w ostatniej dekadzie. Najwięcej środków finansowych za zadania związane ze zdrowiem przeznaczają powiaty, w dalszej kolejności województwa i gminy. Powyższa struktura utrzymuje się w niezmienionej postaci już od wielu lat (Wykres 4).

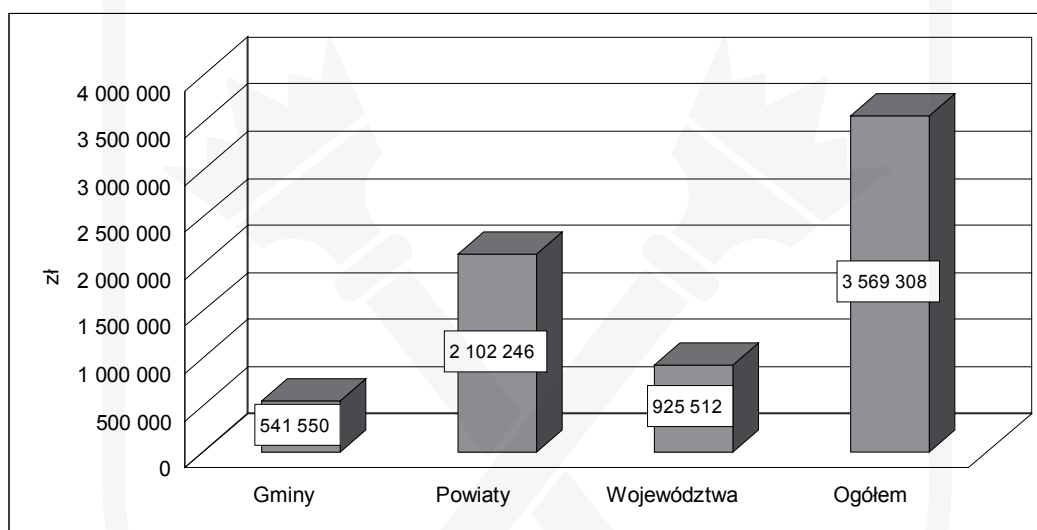
Spośród wszystkich wydatków realizowanych przez JST wydatki na ochronę zdrowia mają znaczenie marginalne. Kształtują się one na poziomie 0,70% wydatków ogółem w gminach oraz 1,50% w miastach na prawach powiatów, 5,80% w powiatach ziemskich i 5,6% w województwach samorządowych (Tabela I).

Zadania związane z ochroną zdrowia konkurują z innymi zadaniami przypisanymi samorządowi. Jednostki samorządu terytorialnego wydają znacznie większe środki pieniężne na takie zadania, jak: oświata, pomoc społeczna, transport i łączność czy administracja publiczna. Realizując zadania własne i zlecone w zakresie ochrony zdrowia, JST dokonują wydatków w określonych podziałach klasyfikacji budżetowej. Kategoryzacja wydatków według rozdziałów klasyfikacji budżetowej pozwala na precyzyjne określenie celów, na jakie poszczególne kwoty są przeznaczane.



Wykres 2. Wielkość i struktura środków finansowych wydatkowanych na ochronę zdrowia przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego w roku 2013 (w zł).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowej Rady Regionalnych Izb Obrachunkowych (KRRIO), 2014 r. [13].

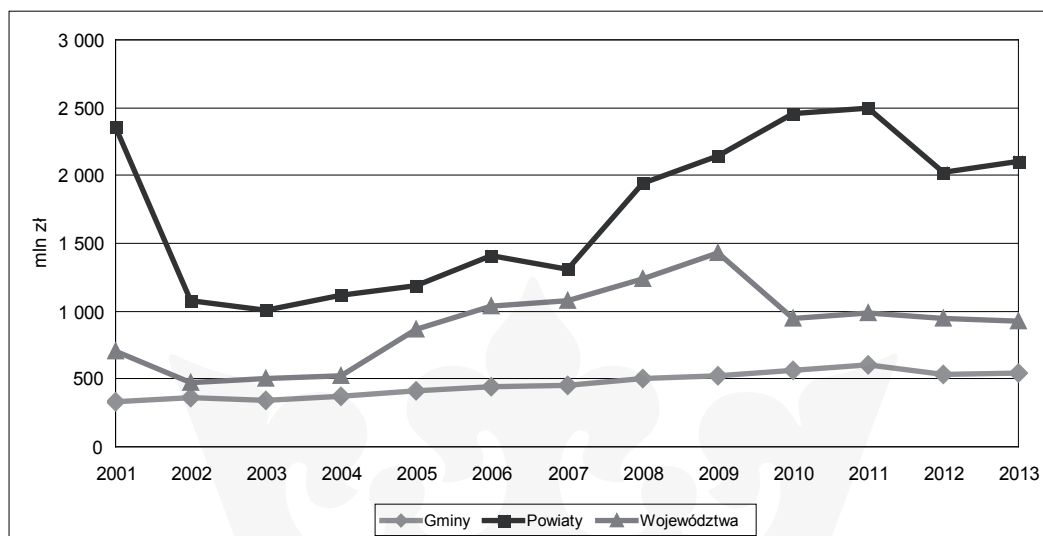


Wykres 3. Wielkość i struktura środków finansowych wydatkowanych na ochronę zdrowia przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego w roku 2013 (w zł).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowej Rady Regionalnych Izb Obrachunkowych (KRRIO), 2014 r. [13].

Analizując wydatki gmin na ochronę zdrowia, należy stwierdzić, iż przeznaczają one na finansowanie potrzeb zdrowotnych niecały 1% (tj. 0,7%) swoich środków, czyli rocznie około 0,5 mld zł (w 2013 roku). Podstawowym zadaniem gmin w dziedzinie ochrony zdrowia jest przeciwdziałanie alkoholizmowi (71,6%) i zwalczanie narkomanii (rozdziały 85154 i 85153) [12]. Zmaganie się z problemami związanymi z nadużywaniem alkoholu dla gmin jest zadaniem obligatoryjnym, wynikającym z ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, na które

otrzymują „znaczone” dochody w postaci opłat za wydawanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. Na pozostałe zadania związane z opieką zdrowotną (tj. m.in. na utrzymanie zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, a także na finansowanie programów polityki zdrowotnej) gminy przeznaczają znacznie mniej środków. Należy uznać, iż globalne kwoty wydatkowane z budżetów gmin na opiekę zdrowotną kształtują się na niskim poziomie (choćby w porównaniu z innymi szczeblami samorządowymi). Tymczasem jest to najmocniejszy finansowo szczebel organizacyjny



Wykres 4. Środki finansowe wydatkowane na ochronę zdrowia przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego w latach 2001–2013 (w mln zł).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowej Rady Regionalnych Izb Obrachunkowych (KRRIO), 2014 r. [13].

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

Tabela I. Struktura wydatków jednostek samorządu terytorialnego według działów i rodzajów klasyfikacji budżetowej w 2013 roku (w %).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowej Rady Regionalnych Izb Obrachunkowych (KRRIO), 2014 r. [13].

samorządu terytorialnego w Polsce i jego potencjalne możliwości w transferowaniu środków finansowych do sektora opieki zdrowotnej są znacznie większe. Dochody ogółem gmin w roku 2013 kształtowały się na poziomie ponad 80 mld zł, podczas gdy miasta na prawach powiatu, powiaty i województwa uzyskały dochody ogółem na znacznie niższym poziomie, odpowiednio 52 mld zł, 23 mld zł oraz 16 mld zł [13].

Wydatki powiatów „ziemskich” na ochronę zdrowia stanowią około 5,8% ich wydatków ogółem, co stanowi około 1,3 mld zł (w 2013 roku). Około 79,5% tych środków absorbują zadania realizowane przez powiaty w ramach rozdziału 85156 klasyfikacji budżetowej, tj. składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz świad-

czeń dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. Podobnie jak w przypadku miast na prawach powiatów są to zadania zlecone ustawowo, środki finansowe na ten cel zaś pochodzą z budżetu państwa. Z budżetów powiatów na zdrowie finansowane są przede wszystkim szpitale, dla których powiaty są organem założycielskim (15,8%). Ponadto z budżetów powiatów na zdrowie dofinansowywane jest ratownictwo medyczne i programy polityki zdrowotnej [12].

Wydatki na ochronę zdrowia miast na prawach powiatów w roku 2013 stanowiły około 1,5% ich wydatków ogółem, co stanowiło około 0,8 mld zł. Ze względu na specyfikę tego poziomu organizacyjnego samorządu terytorialnego (są to duże miasta, które realizują także

zadania powiatów) wydatki na ochronę zdrowia ujęte są w kilku rozdziałach klasyfikacji budżetowej, tzn. tych, w których ochrona zdrowia finansowana jest zarówno przez gminy, jak i przez powiaty. Miasta na prawach powiatów około 27,6% swoich wydatków w dziale ochrona zdrowia przeznaczają na przeciwdziałanie alkoholizmowi. Natomiast około 31,6% 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 powiatów przekazują poprzez ZUS do NFZ jako płatnik składek za osoby, które utraciły prawo do zasiłków dla bezrobotnych. Istotną część funduszy miast na prawach powiatu na zdrowie (23,0%) absorbują szpitale, dla których powiaty są organami założycielskimi. Pozostałe wydatki miast na prawach powiatów wiążą się ze wspieraniem lecznictwa ambulatoryjnego oraz programów polityki zdrowotnej [12].

Natomiast województwa samorządowe przeznaczają na ochronę zdrowia 5,6% (tj. 0,9 mld zł) swoich środków ogółem (w 2013 roku). Fundusze te przeznaczane są przede wszystkim na finansowanie SPZOZ-ów, dla których samorząd województwa jest organem założycielskim (zwykle są to największe i najbardziej specjalistyczne jednostki zdrowotne w danym województwie). Na ten cel samorządy województw wydatkują rocznie 76,7% wszystkich środków przeznaczanych na ochronę zdrowia. Województwa samorządowe realizują ponadto inne zadania w dziedzinie ochrony zdrowia, do których należy m.in. finansowanie lecznictwa psychiatrycznego (4,4%) i zadań medycyny pracy⁹ (8,6%) (rozdziały odpowiednio 85120 i 85148), a także staży i specjalizacji medycznych (rozdział 85157) [12, 14].

Podsumowanie

Samorząd terytorialny w polskim systemie ochrony zdrowia występuje jako organizator, podmiot tworzący jednostek zdrowotnych oraz publiczny płatnik. Istniejące możliwości wspierania finansowego podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami (tj. publicznych zakładów opieki zdrowotnej) przez JST są ograniczone. W sytuacji gdy pojawiają się pierwsze symptomy mogące świadczyć o zagrożeniu utraty płynności finansowej przez jednostkę zdrowotną (lub o szansach na jej rozwój), podmiot tworzący nie ma realnej możliwości udzielenia wsparcia finansowego. Należy ocenić, iż taka pomoc ze strony organu założycielskiego w odpowiednim czasie i wysokości niejednokrotnie mogłaby realnie poprawić sytuację finansową funkcjonującego podmiotu i odsunąć w czasie lub nawet zapobiec licznym problemom, a nawet wpłynąć pozytywnie na rozwój danej jednostki. Niejednokrotnie pomoc w formie dotacji na działalność bieżącą danego podmiotu charakteryzowałaby się wysoką skutecznością i efektywnością przy relatywnie niewielkim zaangażowaniu środków finansowych. Obowiązujące regulacje prawne pozwalają na realną ingerencję przez JST w gospodarkę finansową jednostki zdrowotnej,

dopiero gdy ma ona poważne problemy finansowe (notuje ujemny wynik finansowy) (art. 59 ustawy o działalności leczniczej). Wówczas JST musi pokryć ujemny wynik finansowy lub podjąć decyzję albo o zmianie formy prowadzenia gospodarki finansowej, albo o likwidacji podmiotu, co często stanowi poważne obciążenie dla gospodarki finansowej JST. Realizacja zapisów zawartych w art. 59 ustawy o działalności leczniczej generuje wiele pozytywnych konsekwencji nie tylko dla przekształcanego podmiotu leczniczego, lecz również dla podmiotu tworzącego (tj. JST). Podstawowe z nich to: (1) zmiana reżimu prawnego, któremu podlega podmiot leczniczy (zmienia się struktura organów i zasady ich odpowiedzialności za wyniki podmiotu leczniczego), co bezpośrednio przyczynia się do większej efektywności funkcjonowania jednostki zdrowotnej; (2) racjonalizacja świadczeń zdrowotnych w kontekście ich udzielania; (3) możliwość pobierania przez spółkę opłat od pacjentów, co w przypadku SPZOZ-u jest bardzo ograniczone¹⁰ (spółka powstała w wyniku przekształcenia SPZOZ-u może udzielać świadczeń komercyjnych w pełnym zakresie); (4) spółka kapitałowa powstała w wyniku przekształcenia SPZOZ (w przeciwieństwie do SPZOZ) ma zdolność upadłościową – brak wieloletniej kumulacji zadłużenia; (5) zmienia się zakres odpowiedzialności dotychczasowego podmiotu tworzącego SPZOZ/właściciela spółki za zobowiązania; w przypadku SPZOZ-u odpowiedzialność ma charakter pełny i nieunikniony, w przypadku spółki odpowiedzialność ogranicza się do wysokości majątku spółki, a wspólnicy/akcjonariusze nie odpowiadają za zobowiązania spółki; (6) brak konieczności zapewnienia dostępności do świadczeń zdrowotnych realizowanych przez spółkę w przypadku jej likwidacji (w odróżnieniu do SPZOZ-u, który nie może być likwidowany bez przejęcia przez inny podmiot realizowanych świadczeń); (7) poprawa nadzoru właścicielskiego (nadzór i kontrola zostają powierzone radzie nadzorczej, komisji rewizyjnej, walnemu zgromadzeniu) [15].

Pomimo wskazanych powyżej zalet i szans na rozwój, które są związane ze zmianą formy organizacyjno-prawnej jednostek zdrowotnych, wciąż konieczność pokrycia ujemnego wyniku finansowego przekształcanego lub likwidowanego podmiotu powoduje, iż większość JST nie jest zainteresowana zaangażowaniem się w trudny proces przekształcania jednostek (mimo istniejących nawet przez pewien czas zachęt do tego typu działań). Ustawodawca co prawda przewidział kilka możliwości finansowego wspierania SPZOZ-ów (podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami) przez JST w postaci choćby dotacji celowych, ale dostępne formy wsparcia należy ocenić jako niewystarczające, a istniejące przepisy prawne w tym zakresie należy wręcz uznać za przeszkody prawne w finansowaniu powierzonych zadań przez JST w zakresie ochrony zdrowia. Rola JST w finansowaniu systemu ochrony zdrowia jest więc ograniczona, niemniej JST dysponują pewnymi istotnymi kompetencjami finansowymi w systemie ochrony zdrowia. Istniejące przepisy prawne stoją w znacznym kontraście do jednostek zdrowotnych funkcjonujących jako niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (tj. w aktualnej nomen-

klaturze jako przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych). W stosunku do tych podmiotów ich właściciel (podmiot tworzący) nie ma żadnych prawnych ograniczeń dotyczących finansowego wspierania „swoich” podmiotów. Ich właściciel może przeznaczyć dowolną ilość środków finansowych w dowolnym czasie na dowolne cele.

Poszczególne szczeble samorządu terytorialnego w Polsce, pełniąc rolę jednego z publicznych płatników w ochronie zdrowia, przeznaczają zróżnicowane kwoty na finansowanie zadań związanych z ochroną zdrowia. Pomimo że od 2002 roku można obserwować systematyczny wzrost wydatków JST na ochronę zdrowia, niemniej ich wielkość należy ocenić jako niewystarczającą, biorąc pod uwagę zwłaszcza wielość i ważność zadań, które realizują JST na rzecz zdrowia swoich społeczności (m.in. promocja i ochrona zdrowia, zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, przeciwdziałanie i walka z alkoholizmem, narkomanią i następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, wspieranie ratownictwa medycznego, ochrona zdrowia psychicznego, zwalczanie chorób zakaźnych, opieka nad kobietami w ciąży, realizacja licznych zadań z zakresu służby medycyny pracy oraz inspekcji sanitarnej). Najwięcej środków na finansowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia wśród JST przeznaczają powiaty (59%), w dalszej kolejności województwa (26%), a najmniej gminy (15%). Wydatki na ochronę zdrowia w strukturze wydatków JST mają marginalne znaczenie i stanowią: 0,7% dla gmin, 1,5% dla powiatów „grodzkich”, 5,8% dla powiatów „ziemskich” oraz 5,6% dla województw. Samorząd terytorialny jako publiczny płatnik w ochronie zdrowia stanowi niewielkie źródło finansowania w skali całego systemu ochrony zdrowia, ustępując źródłom składkowym oraz budżetowym, a także źródłom prywatnym ogółem (gospodarstwa domowe, pracodawcy, instytucje prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, organizacje *non-profit*).

Reasumując, należy stwierdzić, że w wyniku zmian systemowych wprowadzonych w 1999 roku JST zostały obciążone odpowiedzialnością za prawidłowe funkcjonowanie opieki zdrowotnej tak na poziomie lokalnym, jak i regionalnym. Jednostki samorządu terytorialnego podzielone między trzy niezależne poziomy stały się organami założycielskimi dla jednostek zdrowotnych z pełnią praw i obowiązków, lecz bez wystarczających środków na ich realizację. Należy stwierdzić, iż samorząd terytorialny nie został wyposażony w odpowiednie środki finansowe, które mogłyby mu umożliwić finansowanie opieki zdrowotnej w większym zakresie (np. JST nie otrzymują subwencji zdrowotnej tak jak w przypadku finansowania szkół) [16]. Co więcej, samorząd terytorialny nie został również wyposażony w odpowiednie instrumenty (narzędzia) prawne, które mogłyby mu umożliwić finansowanie opieki zdrowotnej (zwłaszcza podległych mu jednostek zdrowotnych działających w formie SPZOZ-ów).

Powyższe aspekty powodują, że sprawowanie roli płatnika w ochronie zdrowia przez JST jest ograniczone. Jednostki samorządu terytorialnego wspomagają finansowo SPZOZ-y w sposób niewystarczający i nie przyczyniają się do poprawy ich kondycji finansowo-ekonomicz-

nej. Ponadto JST jako organy założycielskie narażone są na ryzyko wynikające z trudnej sytuacji finansowej podległych im podmiotów leczniczych. Ryzyko to jest związane z obowiązkiem przejęcia oraz spłaty zobowiązań jednostek przez JST w przypadku ich likwidacji, łączenia lub przekształcenia; wynika również z poręczeń udzielonych, z których tytułu JST mogą być zmuszone do dokonania płatności, gdy SPZOZ-y nie będą obsługiwać swojego zadłużenia oraz pożyczek udzielonych SPZOZ-om przez JST, które bardzo często podlegają umorzeniu ze strony JST. Przyjęta w polskim systemie opieki zdrowotnej rozdzielnosc funkcji płatnika świadczeń zdrowotnych od władz lokalnych i regionalnych pozbawiła *de facto* władze samorządowe wpływu na finansowanie usług zdrowotnych na swoim terenie. Niemniej należy zaznaczyć, iż samorząd terytorialny deleguje swoich przedstawicieli do rady oddziału wojewódzkiego NFZ, tj. organu o charakterze opiniodawczo-nadzorczym tego ubezpieczyciela (art. 106 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). W praktyce zadania samorządu terytorialnego koncentrują się na funkcjach organizacyjnych i nadzorczych wynikających z roli organów założycielskich podmiotów leczniczych oraz działaniach w sferze profilaktyki chorób i promocji zdrowia.

Analiza funkcji zadanych samorządom, ich pozycji oraz relacji zarówno z płatnikiem, jak i zakładami opieki zdrowotnej pozwala na sformułowanie kilku obszarów kryzysowych, których werbalizacja i próba naprawy może stanowić bilans działań podjętych do tej pory w zakresie decentralizacji funkcji zdrowotnych państwa: (1) brak jasno sprecyzowanych zadań samorządów terytorialnych, tzw. odpowiedzialność rozmyta. Zadania samorządów terytorialnych nie zostały precyzyjnie określone. Można traktować to jako wyraz koncepcji wspólnie ponoszonej odpowiedzialności przez wszystkie poziomy władzy publicznej [17]; (2) brak efektywnej koordynacji działania trzech instytucji pełniących następujące funkcje: właścicielskie (samorządy), strategiczne i kontrolne (organy centralne) oraz płatnicze (przede wszystkim NFZ), co jest jedną z głównych przyczyn dysfunkcyjności systemu; (3) brak jasno określonych relacji między polityką zdrowotną realizowaną przez rząd i samorządy terytorialne a odziedziczoną polityką realizowaną faktycznie przez płatnika; (4) ograniczone wypełnianie funkcji właścicielskich przez JST. Przekazaniu większości zakładów opieki zdrowotnej samorządom nie towarzyszyła weryfikacja ich liczby, struktury i zakresu świadczonych usług; (5) ograniczone źródła finansowania ochrony zdrowia w samorządach terytorialnych; (6) struktura organizacyjna samorządów terytorialnych nie skłania do partnerstwa. Poszczególne jednostki samorządowe nie są wzajemnie od siebie hierarchicznie uzależnione. Przeciwnie, ich funkcjonowanie oparte jest na zasadzie względnej niezależności nie tylko od siebie nawzajem, lecz także od innych władz publicznych. Istotnie ograniczone jest ich wzajemne współdziałanie na rzecz rozwiązywania problemów ochrony zdrowia ze względu na brak zapisanych w ustawach ustrojowych procedur współpracy [1, 18].

Przypisy

¹ Na podstawie tego zapisu 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 roku. Powyższa ustawowa delegacja została zrealizowana rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 listopada 1998 roku w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejścia uprawnień organu, który je utworzył (Dz.U. 1998, Nr 145, poz. 941).

² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wyłączyła możliwość tworzenia przez jednostki samorządu terytorialnego podmiotów leczniczych w formie spółek kapitałowych na podstawie przepisów zawartych w ustawie z dnia 20 grudnia 1996 roku o gospodarce komunalnej (art. 6 ustawy o działalności leczniczej). Wyłączenie stosowania przepisów o gospodarce komunalnej w powyższym zakresie wynikało z dążenia ustawodawcy do stworzenia spójnej, kompleksowej i jasnej regulacji dla prowadzenia działalności leczniczej, która w założeniu ma się opierać na ustawie o działalności leczniczej i ustawie z dnia 15 września 2000 roku – Kodeks spółek handlowych. W przeciwnym razie istniałyby dwie drogi tworzenia przez jednostkę samorządu terytorialnego spółki kapitałowej prowadzącej działalność leczniczą, tj. na podstawie ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o gospodarce komunalnej, a spółka utworzona w trybie ustawy o gospodarce komunalnej działałaby częściowo według innych – niż pozostałe spółki (podmioty lecznicze) – przepisów.

³ Łączenie jednostek zdrowotnych mających różne podmioty tworzące następuje na drodze porozumienia (art. 66 ustawy o działalności leczniczej) [5].

⁴ Stosunki pracy osób zatrudnionych na podstawie powołania w przekształcanym samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej wygasają z dniem jego przekształcenia (art. 81 ustawy o działalności leczniczej). Zapis ten w praktyce powoduje, że kierownik zakładu zatrudniony na podstawie powołania nie ma motywacji do podejmowania trudu przekształcenia jednostki zdrowotnej, gdyż z chwilą jej przekształcenia może stracić stanowisko [5].

⁵ Wszystkie kwestie związane z ww. konkursem szczegółowo reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 roku w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U. 2012, Nr 0, poz. 182).

⁶ Rada społeczna przedstawia również kierownikowi wnioski i opinie w sprawach: (a) planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego; (b) rocznego sprawozdania z planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego; (c) kredytów bankowych lub dotacji; (d) podziału zysku; (e) zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego oraz (f) regulaminu organizacyjnego (art. 48 ustawy o działalności leczniczej) [5].

⁷ Rozwiązanie dotyczące pokrywania ujemnego wyniku finansowego tylko w sytuacji, gdy ujemny wynik finansowy powiększony o koszty amortyzacji nadal przyjmuje wartość ujemną, ma na celu wyeliminowanie sytuacji dotyczących dobrze działających jednostek zdrowotnych dysponujących nowym majątkiem i w związku z tym ponoszących wysokie

koszty amortyzacji. Zakłady dokonujące inwestycji w sprzęt czy też budynki ponoszą wysokie koszty amortyzacji, które bardzo trudno jest pokryć uzyskiwanymi przychodami. Sytuacja takich zakładów może być stabilna, jednak wysokość umorzeń środków trwałych powoduje generowanie ujemnych wyników finansowych [4].

⁸ Program ten powstał jako odpowiedź rządu (PO-PSL) na zawetowanie w listopadzie 2008 roku przez ówczesnego prezydenta Polski Lecha Kaczyńskiego trzech z sześciu ustaw zdrowotnych wchodzących w skład rządowego pakietu zdrowotnego reformującego system ochrony zdrowia, m.in. ustawę zakładającą obligatoryjne przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego.

⁹ Samorząd województwa tworzy i utrzymuje ośrodki medycyny pracy oraz finansuje działalność profilaktyczną wynikającą z programów prozdrowotnych dotyczących zapobiegania i zwalczania określonych chorób oraz promocji zdrowia w zakresie medycyny pracy na podstawie ustawy z dnia 27 czerwca 1997 roku o służbie medycyny pracy.

¹⁰ W szczególności spółek nie dotyczy zakaz udzielania za odpłatnością świadczeń tego samego rodzaju, co świadczenia zakontraktowane w umowie z NFZ [19].

Piśmiennictwo

1. Kowalska I., *Odpowiedzialność samorządu lokalnego za zdrowie – podstawowa opieka zdrowotna. Oczekiwania a rzeczywistość*, „Polityka Społeczna”; 11–12: 44–48.
2. Schneider M., Kawiorska D., Baran A., Kamińska M., Koziarkiewicz A., Rydlewska-Liszkowska I., Strzelecka A., Szczur M., Wiktorow A., *System Rachunków Zdrowia w Polsce*, Warszawa 2001.
3. Mądrała A., *System ochrony zdrowia w Polsce, Diagnoza i kierunki reformy*, Warszawa 2013.
4. Więckowska N., *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Warszawa 2010.
5. Gajl N., *Finanse i gospodarka lokalna na świecie*, Warszawa 1993.
6. Ruśkowski E., *Podstawowe uwarunkowania decentralizacji finansów publicznych, Główne uwarunkowania i bariery w procesie naprawy finansów publicznych*, NIK, Warszawa 2006.
7. Bandarzewski K., Chmielnicki P., Kisiel W., *Prawo samorządu terytorialnego w Polsce*, Lexis Nexis, Warszawa 2006.
8. Dercz M., *Samorządowy model systemu ochrony zdrowia*, Warszawa 2005.
9. Golinowska S., Boni M., *Nowe dylematy polityki społecznej*, Raporty CASE, Warszawa 2006.
10. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654.
11. Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2014.
12. Główny Urząd Statystyczny (GUS), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Warszawa 2014.
13. Krajowa Rada Regionalnych Izb Obrachunkowych (KRRIO), *Sprawozdanie z działalności Regionalnych Izb Obrachunkowych i wykonania budżetu jednostki samorządu terytorialnego w 2013 roku*, Warszawa 2014.

14. Ministerstwo Zdrowia (MZ), *Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, Warszawa 2008.
15. Hass-Symotiuik M., *Przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe a efektywność gospodarowania zasobami opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2013; 58: 57–67.
16. Surówka K., *Decentralizacja czy centralizacja zarządzania systemem opieki zdrowotnej*, Forum Ochrony Zdrowia. Wyzwania i Możliwości Rozwiązań, [http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Referat Krzysztof Surowka.pdf](http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Referat%20Krzysztof%20Surowka.pdf); <http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Referat%20Krzysztof%20Surowka.pdf>; dostęp: 01.06.2015.
17. Włodarczyk C., *Reformy opieki zdrowotnej. Uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.
18. Kowalska I., *Decentralizacja władzy a funkcje zdrowotne państwa*, w: Golinowska S., Boni M., *Nowe dylematy polityki społecznej*, Raporty CASE, Warszawa 2006.
19. Kubot Z., *Oplaty za świadczenia zdrowotne udzielane przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” 2011; 44: 5–20.

