

ANALIZA WYDATKÓW SAMORZĄDOWYCH NA OCHRONĘ ZDROWIA W REGIONIE PŁOCKIM

Abstrakt

Wielkość wydatków na ochronę zdrowia jest jednym z głównych czynników determinujących funkcjonowanie tego sektora w poszczególnych krajach i regionach. Z jednej strony zapewnienie odpowiedniego poziomu finansowania ochrony zdrowia jest problemem ekonomicznym, ale z drugiej jest to również problem społeczny, gdyż wiąże się z zapewnieniem społeczeństwu podstawowych praw do opieki zdrowotnej. W opracowaniu zaprezentowano problemy związane z wydatkowaniem środków finansowych na ochronę zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem wydatków samorządowych. Celem opracowania jest przedstawienie sytuacji regionu płockiego w zakresie wydatkowania samorządowych środków finansowych na opiekę zdrowotną na tle województwa mazowieckiego i całego kraju. W skład badanego regionu płockiego wchodzi miasto Płock i powiat płocki. Aby zrealizować cel opracowania, dokonano analizy poziomu i struktury wydatków budżetowych miasta Płocka, powiatu płockiego i gmin powiatu płockiego, a także wydatków budżetów gmin i miast na prawach powiatów oraz wydatków budżetów powiatów na poziomie województwa mazowieckiego i kraju. Szczególną uwagę zwrócono na poziom wydatków samorządowych na ochronę zdrowia przypadających na jednego mieszkańca, tempo zmian tych wydatków w analizowanym okresie, udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach samorządowych i strukturę wydatków na ochronę zdrowia. Do przeprowadzenia analizy wykorzystano dane zgromadzone w Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego za 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010 i 2012 rok.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, region płocki, wydatki samorządowe, wydatki na ochronę zdrowia

Wstęp

Jednym z ważnych obszarów funkcjonowania społeczeństwa na terenie danego kraju, czy regionu stanowi ochrona zdrowia. Zdrowie jest najważniejszym czynnikiem kształtującym jakość życia mieszkańców i istotnym komponentem kapitału ludzkiego, który odgrywa szczególną rolę w rozwoju gospodarczym regionu. Jedną z wielu miar znaczenia ochrony zdrowia w danym regionie jest poziom wydatków, jaki przeznaczają na ten sektor organy państwowe i samorządowe. Generalnie wydatki publiczne na ochronę zdrowia powinny być na takim poziomie, aby odpowiadały potrzebom zdrowotnym danej populacji.

Od 1999 roku znaczna odpowiedzialność za funkcjonowanie sektora ochrony zdrowia w Polsce ciąży na jednostkach samorządu terytorialnego. Celem opracowania jest analiza wydatków samorządowych na poziomie gminnym i powiatowym w regionie płockim w latach 2000–2012. W skład badanego regionu wchodzi miasto Płock i powiat płocki. Szczególną uwagę

zwrócono na poziom wydatków samorządowych przypadających na jednego mieszkańca, tempo zmian tych wydatków w analizowanym okresie, udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach samorządowych i strukturę wydatków na ochronę zdrowia. Wydatki na ochronę zdrowia w regionie płockim przedstawiono na tle województwa mazowieckiego i kraju. W analizie nie zostały uwzględnione wydatki budżetów województw. Analiza dotyczy zarówno bieżących wydatków na ochronę zdrowia, jak i wydatków na inwestycje w infrastrukturę sektora ochrony zdrowia. Do przeprowadzenia analizy wykorzystano dane zgromadzone w Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.

1. Znaczenie wydatków na ochronę zdrowia w rozwoju społecznym kraju i regionu

Zgodnie z definicją WHO zdrowie stanowi stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego spełnienia. Jest ono niezbędnym zasobem wpływającym na jakość pracy i życie

społeczne człowieka¹. W literaturze przedmiotu zdrowie definiowane jest nie tylko jako jedna z podstawowych wartości indywidualnych człowieka zapewniająca jego istnienie i ciągły rozwój, ale również jako podstawowa wartość społeczna wpływająca na społeczny, kulturalny i gospodarczy rozwój społeczeństwa².

Zdrowie jest istotnym komponentem kapitału ludzkiego, a ten z kolei jest najważniejszym czynnikiem rozwoju społeczno-gospodarczego kraju i regionu. W literaturze przedmiotu wykazano już związek między jakością kapitału ludzkiego (a przede wszystkim szeroko rozumianym zdrowiem społeczeństwa), a poziomem rozwoju ekonomicznego kraju m.in. z punktu widzenia tzw. teorii technofizjologicznej R. Fogla (laureata nagrody Nobla z 1993 r.)³. Inwestowanie w zdrowie człowieka wpływa zatem na jakość tego kapitału i przyczynia się do przyspieszenia postępu cywilizacyjnego i poprawy konkurencyjności gospodarki.

Ochrona zdrowia, a zwłaszcza sposób jej finansowania stanowi zatem jedno z kluczowych zagadnień zarówno ekonomicznych, społecznych, jak i politycznych. Problemy społeczne dotyczą zapewnienia podstawowych praw pacjentów do usług zdrowotnych, z kolei problemy ekonomiczne koncentrują się na zapewnieniu dostatecznych źródeł finansowania. Od decyzji podejmowanych na szczeblu krajowym dotyczących zasad i źródeł finansowania ochrony zdrowia zależy m.in. typ systemu opieki zdrowotnej w danym kraju, rola podmiotów uczestniczących w redystrybucji środków finansowych, a także poziom i struktura wydatków zarówno prywatnych, jak i publicznych⁴.

W krajach członkowskich Unii Europejskiej powinny funkcjonować mechanizmy stałego finansowania oraz alokacji środków finansowych w poszczególnych regionach, na zasadach równego dostępu, efektywności, solidarności, optymalnej jakości, tak aby zagwarantować powszechność, współodpowiedzialność i ciągłość opieki⁵. Przykładowo zgodnie z zasadą dostępności, potrzeby zdrowotne powinny być zaspokojone niezależnie od stanu zamożności pacjentów, a osoby o takich samych potrzebach powinny być traktowane w równy sposób.

Poziom wydatków na usługi medyczne, zwłaszcza usługi szpitalne, może być traktowany jako miernik rozwoju i zamożności społeczeństwa. W krajach wysoko rozwiniętych obserwuje się, że wraz ze wzrostem zamożności społeczeństw, coraz większe środki finansowe są przeznaczane właśnie na ochronę zdrowia.

Ma na to wpływ wzrost potrzeb w zakresie usług zdrowotnych spowodowany m.in. postępującą techniką (stosowanie coraz nowocześniejszej i droższej aparatury medycznej, droższych leków i innych wyrobów medycznych) oraz zmianami demograficznymi w społeczeństwie (zmiana struktury wieku, procesy starzenia się), co wymaga coraz liczniejszych i kosztowniejszych zabiegów medycznych. W takiej sytuacji wydatki na ochronę zdrowia rosną, zarówno per capita jak i relatywnie do PKB. Warto zatem sprawdzić, czy podobna sytuacja występuje w Polsce i jak wygląda na tle kraju poziom wydatków na ochronę zdrowia w województwie mazowieckim i regionie płockim.

Wydatki na ochronę zdrowia w każdym kraju pochodzą ze źródeł prywatnych i publicznych. Wejście w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu społecznym w 1999 roku⁶ spowodowało w Polsce głębokie zmiany w systemie ochrony zdrowia, polegające na przejściu z systemu budżetowego do systemu ubezpieczeniowego. W kolejnych latach sposób finansowania systemu opieki zdrowotnej ulegał dalszym modyfikacjom. W chwili obecnej wydatki na ochronę zdrowia w Polsce pochodzą z kilku źródeł: Narodowego Funduszu Zdrowia, budżetu państwa, budżetu jednostek samorządowych i opłat pacjentów. Od 1999 roku, po reformie systemu ochrony zdrowia, która w zasadniczy sposób zmieniła model finansowania ochrony zdrowia, największy udział w finansowaniu usług medycznych świadczonych przez publiczne i prywatne podmioty lecznicze oraz w formie indywidualnych praktyk lekarskich mają oczywiście kontrakty zawierane z płatnikiem (najpierw Kasy Chorych, teraz NFZ). Jednak wydatki pochodzące z budżetu państwa i jednostek samorządowych również odgrywają ważną rolę w finansowaniu tego sektora. Podmioty lecznicze mogą otrzymywać wsparcie finansowe z Ministerstwa Zdrowia oraz budżetów samorządowych i odpłatnych usług medycznych, które nie są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym.

W niniejszym opracowaniu wykorzystano dane na temat wydatków jednostek samorządowych, które są dostępne w Bazie Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego. Według klasyfikacji budżetowej, która obowiązuje w Polsce wydatki na ochronę zdrowia są klasyfikowane w dziale 851 – Ochrona zdrowia.

Warto podkreślić, że bardziej szczegółowej analizy wydatków na ochronę zdrowia można byłoby dokonać na podstawie narodowego rachunku zdrowia, w którym wydatki na ochronę

zdrowia są ujmowane w wielu różnych przekrojach i zapewniają porównywalność w skali międzynarodowej. Podstawą tego rachunku jest bowiem międzynarodowa klasyfikacja wydatków (International Classification for Health Accounts – ICHA). Narodowy Rachunek Zdrowia jest opracowywany przez Główny Urząd Statystyczny przy współpracy z wszystkimi instytucjami gromadzącymi dane o tych wydatkach (m.in. Ministerstwo Zdrowia, NFZ, ZUS, MSW, MON, MF). Narzędzie to umożliwia dokonywanie równoległych analiz wydatków według: płatników (kto wydaje pieniądze na ochronę zdrowia), świadczeniodawców (do jakich podmiotów trafiają środki finansowe), funkcji usług medycznych (co jest finansowane). Na poziomie powiatów i gmin dane te nie są jednak publikowane. Warto również podkreślić, że inną grupą analiz podejmowaną w literaturze przedmiotu w obszarze wydatków na zdrowie są badania dotyczące wydatków gospodarstw domowych⁷.

Kwestia finansowania ochrony zdrowia w danym regionie wywołuje wśród jego mieszkańców wiele emocji, gdyż potrzeby zdrowotne społeczeństwa są zawsze większe niż możliwości ich finansowania ze środków publicznych. Ponieważ wysokość wydatków przeznaczonych na ochronę zdrowia nigdy nie będzie wystarczająca. Istotny jest zatem również sposób ich rozdysponowania.

2. Zadania jednostek samorządu terytorialnego związane z ochroną zdrowia

Zadania związane z ochroną zdrowia powinny znajdować się na szczycie hierarchii ważności obowiązków i kompetencji organów publicznych, w tym również jednostek samorządu terytorialnego. Zdrowie obywateli powinno być zatem jednym z priorytetów finansów publicznych. Obowiązki organów publicznych związane z ochroną zdrowia wynikają z licznych aktów prawnych. Już Konstytucja RP nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych⁸.

Rozpoczęty na początku lat dziewięćdziesiątych proces decentralizacji spowodował, że cele i zadania polityki zdrowotnej weszły w zakres kompetencji jednostek samorządu terytorialnego. Zadania własne jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia zostały określone zarówno w przepisach ustrojowych (np. ustawa o samorządzie powiatowym⁹, ustawa

o samorządzie gminnym¹⁰), jak i w przepisach prawa materialnego (m.in. ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹).

Szczegółowy zakres kompetencji jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia określają również inne ustawy, odnoszące się m.in. do takich zagadnień jak: przeciwdziałanie alkoholizmowi, narkomanii, zwalczanie zagrożeń epidemiologicznych.

Generalnie przepisy ustrojowe określają zadania użyteczności publicznej, których celem jest bieżące i nieprzerwane zaspokajanie zbiorowych potrzeb ludności w drodze świadczenia usług powszechnie dostępnych. Do zadań własnych gminy należą m.in. szeroko pojęte sprawy ochrony zdrowia oraz polityka prorodzinna, w tym zapewnienie kobietom w ciąży opieki medycznej¹². Z kolei do zadań powiatu i samorządu województwa należy również promocja i ochrona zdrowia¹³.

Zgodnie z art. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności:

1. tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
2. analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany;
3. promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu;
4. finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Zadania własne w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowane przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego przedstawiono w tabeli 1.

Katalog wymienionych zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego w zakresie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest katalogiem otwartym, ponieważ ustawa wymienia tylko zadania przykładowe (świadczy o tym stwierdzenie „w szczególności”).

Realizując zadania w obszarze ochrony zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego występują w roli nie tylko organizatora systemu ochrony zdrowia, ale również właściciela jednostek ochrony zdrowia. Po 1999 r. poszczególne jednostki samorządu terytorialnego stały się organami założycielskimi dla większości przychodni ambulatoryjnych oraz szpitali.

Zadania jednostek samorządu terytorialnego wynikające z funkcji podmiotu tworzącego

Tabela 1. Zadania własne jednostek samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej

Jednostka samorządu terytorialnego	Rodzaje zadań
Gmina	<ul style="list-style-type: none"> – opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy; – przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach zdrowotnych; – inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutakmi; – podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.
Powiat	<ul style="list-style-type: none"> – opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami; – przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach zdrowotnych; – inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu; – pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia; – podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.
Samorząd województwa	<ul style="list-style-type: none"> – opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami; – przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach zdrowotnych; – opracowywanie i wdrażanie innych programów służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia; – inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia; – podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.
Województwo	<ul style="list-style-type: none"> – ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa; – ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego; – przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 15 lutego każdego roku, rocznych informacji o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz o programach zdrowotnych planowanych na ten rok.

Źródło: Opracowanie na podstawie art. 7-10 Ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. 2008, nr 164 poz. 1027)

reguluje ustawa o działalności leczniczej, która weszła w życie 1 lipca 2011 roku¹⁴. Zgodnie z art. 6 tej ustawy jednostki samorządu terytorialnego mogą bowiem tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze w formie spółek kapitałowych i jednostek budżetowych. Z tego uprawnienia jednostki samorządowe mogą korzystać, gdy na przykład na danym obszarze brakuje odpowiedniej liczby świadczeniodawców. Poza tym cały czas mogą one prowadzić samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotne (SPZOZ) utworzone na mocy nieobowiązującej już ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a także sprawować nad nimi nadzór pod względem działalności medycznej jak i finansowej¹⁵. W chwili

obecnej istnieje jednak formalna możliwość przekształcenia SPZOZ w spółki kapitałowe.

Gospodarka finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest zatem powiązana z gospodarką finansową samorządu terytorialnego, a efektem tego mogą być negatywne skutki dla finansów danej jednostki samorządowej. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej jednostka samorządu terytorialnego będąca organem założycielskim SPZOZ ponosi bezpośrednią odpowiedzialność za jego nieefektywną gospodarkę finansową i w sytuacji osiągnięcia przez zakład ujemnego wyniku finansowego, musi być przygotowana na jego pokrycie. Konsekwencją tego może być np.

zwiększenie deficytu, konieczność zaciągnięcia nowych zobowiązań, a nawet przekroczenie ustawowych limitów zadłużenia. W sytuacji gdy ujemny wynik finansowy nie zostanie pokryty, SPZOZ musi zostać przekształcony w spółkę prawa handlowego lub zlikwidowany.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej reguluje również zasady dokonywania wydatków dotyczących finansowania lub dofinansowania podmiotów leczniczych. Zgodnie z tą ustawą jednostki samorządu terytorialnego mogą przekazywać zakładom środki finansowe w formie dotacji na realizację określonych zadań, w tym na:¹⁶

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 środki pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

5. cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych;

6. realizację programów wieloletnich.

Przy przekazywaniu i rozliczaniu środków publicznych jednostka samorządu terytorialnego

związana jest oczywiście ogólnymi regulacjami ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹⁷.

Do najważniejszych zadań jednostek samorządu terytorialnego związanych z finansowaniem ochrony zdrowia na poziomie lokalnym i regionalnym należą zatem:

1. finansowanie inwestycji i przekształceń infrastrukturalnych;

2. pokrywanie długów i dalsze finansowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;

3. programy polityki zdrowotnej.

Z kolei zadania finansowane z budżetu państwa, NFZ i środków prywatnych przedstawiono w tabeli 2.

Analizy prowadzone w skali krajowej pokazują, że największe wydatki na ochronę zdrowia ze wszystkich jednostek samorządu terytorialnego ponoszą powiaty i miasta na prawach powiatu, następnie województwa, a najmniejsze wydatki ponoszą gminy. Powiaty i miasta na prawach powiatów najwięcej środków finansowych w obszarze ochrona zdrowia przeznaczają na składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, szpitale ogólne oraz przeciwdziałanie alkoholizmowi i lecznictwo ambulatoryjne. Województwa najwięcej wydają na szpitale ogólne, lecznictwo psychiatryczne i medycynę pracy, a gminy na lecznictwo ambulatoryjne i szpitale ogólne. Poza tym jednostki samorządu terytorialnego realizują także inne zadania w obszarze ochrony zdrowia: zwalczanie narkomanii, lecznictwo psychiatryczne, medycynę pracy prowadzenie izb wytrzeźwień¹⁸.

Tabela 2. Zadania z zakresu ochrony zdrowia finansowane z budżetu państwa, przez NFZ i z opłat prywatnych

Źródło finansowania	Obszary finansowania
NFZ (kontrakty)	<ul style="list-style-type: none"> – Podstawowa opieka zdrowotna; – Świadczenia specjalistyczne, ambulatoryjne i stacjonarne.
Budżet państwa	<ul style="list-style-type: none"> – Specjalistyczne procedury medyczne; – Programy polityki zdrowotnej; – Ratownictwo medyczne; – Publiczna służba krwi; – Inspekcja sanitarna; – Część składek ubezpieczenia zdrowotnego osób nieuzyskujących dochodów.
Wydatki prywatne	<ul style="list-style-type: none"> – Bezpośrednie zakupy leków i świadczeń zdrowotnych; – Wykup komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego; – Zakup dla pracowników abonamentów w prywatnych placówkach opieki zdrowotnej.

Źródło: H. Stańdo-Górowska, *Kształtowanie wydatków na opiekę zdrowotną jako problem społeczno-ekonomiczny*, w: *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy*, z. 26 Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2012 r.

3. Analiza wydatków samorządowych na ochronę zdrowia w regionie płockim w latach 2000–2012

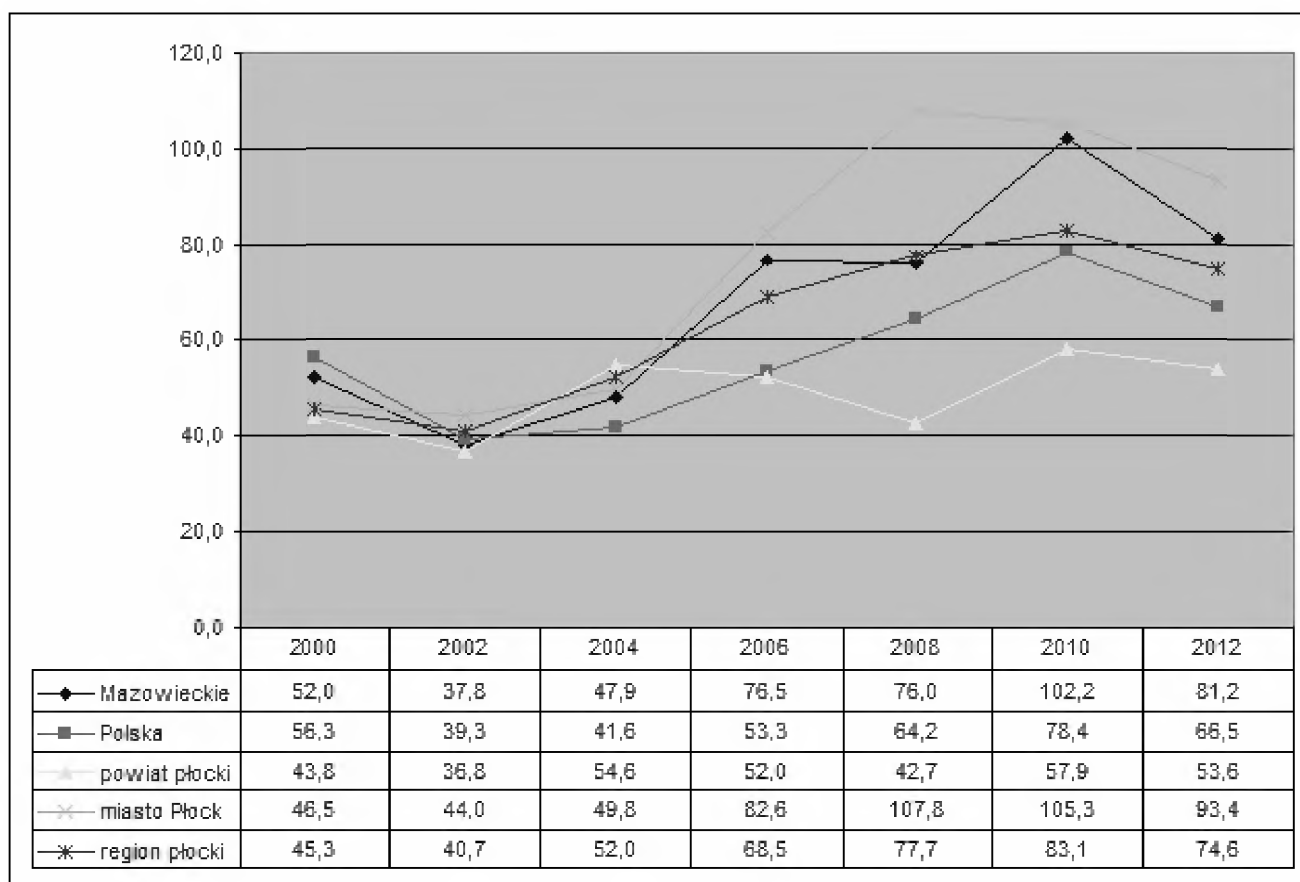
Wydatki budżetowe ogółem na 1 mieszkańca według działu 851 – Ochrona zdrowia w regionie płockim w badanym okresie wynosiły średnio 6,31 zł. Dane o przeciętnych rocznych wydatkach samorządowych na zdrowie przypadających na 1 mieszkańca w regionie płockim, województwie mazowieckim i Polsce w latach 2000–2012 przedstawiono na wykresie 1.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w latach 2000–2012 przeciętne roczne wydatki na ochronę zdrowia przypadające na 1 mieszkańca regionu płockiego wzrosły o blisko 65%, z poziomu 45,3 zł w 2000 roku do ponad 74 zł w 2012 roku, przy czym wydatki samego miasta Płocka wzrosły o ponad 100%. W 2012 r. osiągnęły one poziom 93,4 zł na mieszkańca, co znacznie przewyższa średnią krajową, a także średnią dla województwa mazowieckiego. W tym samym okresie przeciętne wydatki na mieszkańca w skali całego kraju

wzrosły jedynie o 18%, a w skali województwa mazowieckiego o 56%. Obliczone wskaźniki dla regionu płockiego świadczą zatem o tym, że sytuacja w regionie pod względem średnich wydatków na 1 mieszkańca wygląda dość korzystnie na tle całego kraju, gdyż w całym badanym okresie średnie wydatki na mieszkańca regionu płockiego są większe od średnich wydatków obliczonych na poziomie krajowym. Jedynie średnie wydatki obliczone dla całego województwa mazowieckiego, które w 2012 r. osiągnęły poziom 81,2 zł na mieszkańca, są wyższe od średniej dla regionu płockiego.

Znaczne zróżnicowanie analizowanych wskaźników może jednak świadczyć o tym, że liczba mieszkańców nie stanowi czynnika determinującego wysokość wydatków na ochronę zdrowia. Interesujące byłoby zatem sprawdzenie takich czynników, jak: struktura demograficzna ludności, czy sytuacja zdrowotna mieszkańców poszczególnych regionów. Wielkość środków finansowych przeznaczana na ochronę zdrowia w poszczególnych regionach powinna bowiem zależeć od potrzeb zdrowotnych ich mieszkańców.

Wykres 1. Przeciętne roczne wydatki samorządowe na zdrowie przypadające na 1 mieszkańca w latach 2000–2012



Komentarz: W obliczeniach uwzględniono jedynie wydatki gmin, powiatów i miast na prawach powiatów.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Bazy GUS – Baza Danych Lokalnych

W całym badanym okresie całkowite wydatki samorządowe na ochronę zdrowia wzrosły, zarówno na poziomie krajowym, województwa mazowieckiego, jak i regionu płockiego. Tempo zmian wydatków jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w latach 2000–2012 przedstawiono na wykresie 2.

W ciągu dziesięciu lat wydatki samorządowe na ochronę zdrowia w regionie płockim wzrosły przeciętnie o 66%, przy czym wzrost wydatków budżetów gmin, miast na prawach powiatu i powiatów w całym województwie mazowieckim wyniósł 62%, a w całym kraju jedynie 19%. Wzrost wydatków budżetowych w okresie 2000–2012, w tym wydatków na ochronę zdrowia może być wynikiem pozytywnych ogólnopolskich trendów społeczno-gospodarczych, (np. zwiększenia Produktu Krajowego Brutto).

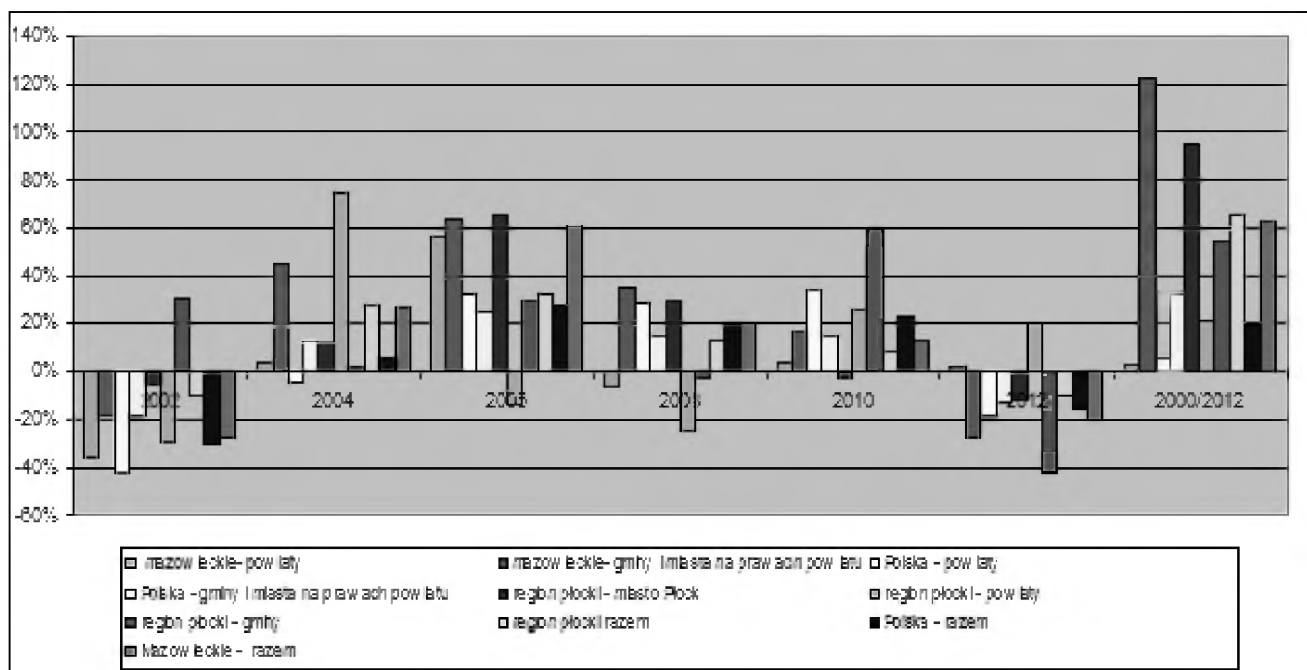
Zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia nastąpiło jedynie w 2002 i 2012 r roku. W regionie płockim największy wzrost wydatków odnotowano w budżecie miasta Płocka (wzrost wydatków budżetowych aż o 95%), a najmniejszy w budżecie powiatu płockiego (wzrost wyniósł 21%). Wzrost wydatków budżetów gmin powiatu płockiego wyniósł 54%. W największym stopniu wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego wzrosły przeciętnie w 2006 roku (w odniesieniu do 2004 r.). Działania dyscyplinujące wydatki publiczne, jakie podjęto na skutek kryzysu gospodarczego w wielu krajach, wpłynęły również

na wydatki na ochronę zdrowia w Polsce, które obniżyły się w 2012r. s stosunku do 2010 r. w większości jednostek samorządu terytorialnego w Polsce.

Przeprowadzona analiza wskazuje na bardzo niski udział wydatków samorządowych na ochronę zdrowia na poziomie regionalnym i lokalnym. Poza tym w budżetach jednostek samorządu terytorialnego możemy również zaobserwować stopniowy spadek udziału wydatków na ochronę zdrowia, które jeszcze w 2000 roku stanowiły ponad 2% wydatków ogółem, ale już po dwóch latach spadły do poziomu poniżej 2%. Udział wydatków na ochronę zdrowia w budżetach jednostek samorządu terytorialnego w latach 2000–2012 przedstawiono na wykresie 3.

W całym regionie płockim procentowy udział wydatków samorządowych na ochronę zdrowia (klasyfikowanych w dziale 851) w wydatkach ogółem budżetów gmin, miast na prawach powiatów i powiatów wynosił średnio 2,1% w 2000 roku, a w 2012 roku – 1,4%. Podobnie sytuacja pod względem wydatków na ochronę zdrowia wyglądała w całym województwie mazowieckim, które w 2000 r. wynosiły 2,2% wydatków ogółem, a w 2012 r. – 1,6%. Również na podobnym poziomie kształtował się udział wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem gmin, miast na prawach powiatu i samorządów powiatowych w skali całego kraju (3% w 2000r. i 1,6% w 2012 r.).

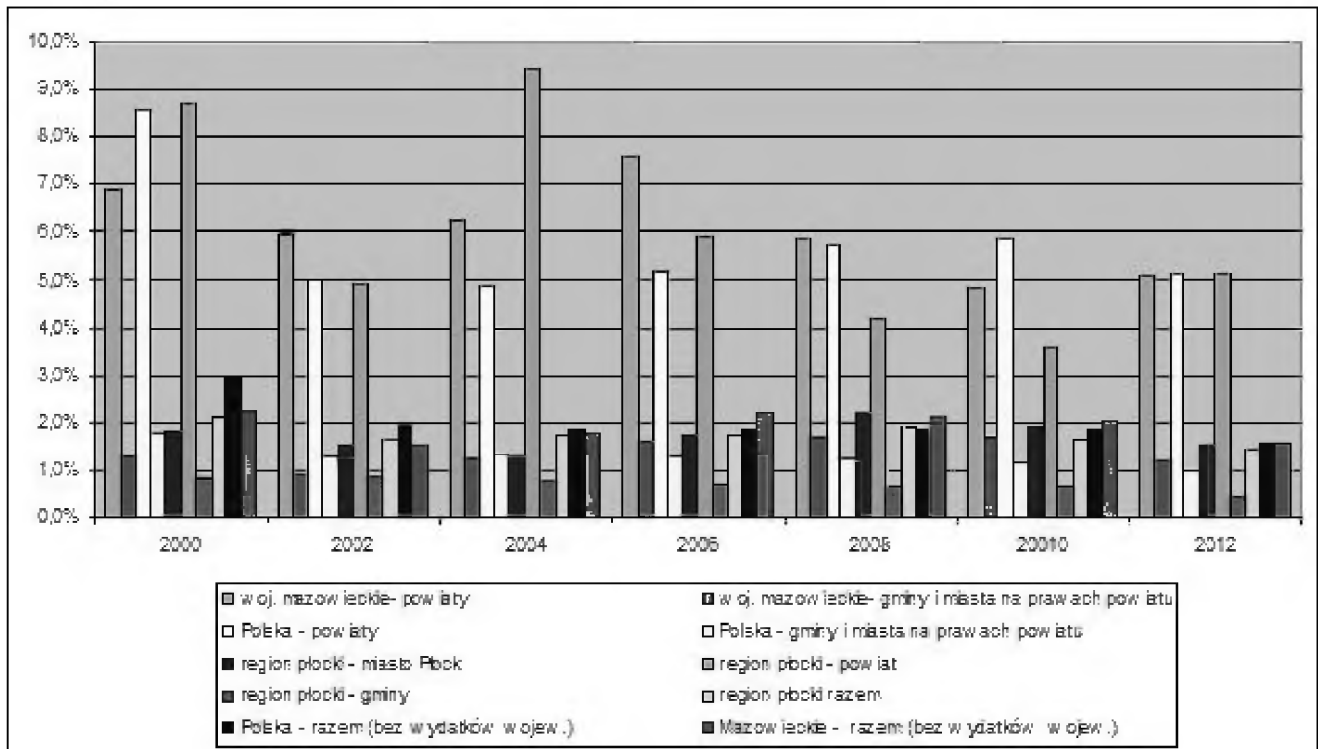
Wykres 2. Tempo zmian wydatków jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w latach 2000–2012



Komentarz: W obliczeniach uwzględniono jedynie wydatki gmin, powiatów i miast na prawach powiatów.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Bazy GUS – Baza Danych Lokalnych

Wykres 3. Udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach ogółem w budżetach jednostek samorządu terytorialnego w latach 2000–2012



Komentarz: W obliczeniach uwzględniono jedynie wydatki gmin, powiatów i miast na prawach powiatów.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Bazy GUS – Baza Danych Lokalnych

Wydatki na ochronę zdrowia mają zatem marginalne znaczenie w budżetach jednostek samorządu terytorialnego. Tymczasem potencjalne możliwości w transferowaniu środków finansowych do sektora ochrony zdrowia są znacznie większe.

Spośród wszystkich jednostek samorządu terytorialnego najwięcej na ochronę zdrowia wydają powiaty (ponad 5% wydatków ogółem w 2012 r.), jednak również one z okresu na okres zmniejszyły udział wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem. Przykładowo wydatki budżetu powiatu plockiego spadły z 8,7% w 2000 r. do 5,1% w 2013 r. Podobnie sytuacja wyglądała w skali całego kraju (wydatki budżetów powiatów spadły z 8,6% w 2000 r. do 5,1% w 2012 r.) i województwie mazowieckim (wydatki budżetów powiatów spadły z 6,9% w 2000 r. do 5,1% w 2012 r.).

W strukturze wydatków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego regionu płockiego dominują wydatki na zadania oświatowe, transport, pomoc społeczną i administrację publiczną. W 2012 r. udział wymienionych wydatków w wydatkach ogółem wyniósł:

- oświata i wychowanie – 32% w budżecie miasta plocka, 39,4% w budżetach gmin powiatu plockiego i 21,9% w wydatkach budżetu powiatu;
- transport i łączność – 16,2% w budżecie

miasta plocka, 11,7% w budżetach gmin powiatu plockiego i 8,1% w wydatkach budżetu powiatu;

- pomoc społeczna – 10,2% w budżecie miasta plocka, 14,3% w budżetach gmin powiatu plockiego i 34,1% w wydatkach budżetu powiatu.

Przytłaczającą większość wydatków samorządowych na ochronę zdrowia w regionie płockim stanowią wydatki bieżące, których udział w 2000 roku wynosił 78%, a w 2012 roku już 95%. W 2012 r. wydatki majątkowe w budżecie miasta Płocka dotyczyły głównie wniesienia wkładu pieniężnego do spółki Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka z o.o. na podwyższenie kapitału zakładowego z przeznaczeniem na rozwój i modernizację lecznictwa odwykowego oraz rozszerzenie oferty terapeutycznej skierowanej do osób uzależnionych od alkoholu oraz ich rodzin m.in. w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego. Na ten cel przeznaczono 800 tys. zł.

Na określenie celów wydatkowania środków pieniężnych pozwala podział wydatków według rozdziałów w klasyfikacji budżetowej. W strukturze wydatków samorządowych na ochronę zdrowia wyróżnia się m.in. następujące kategorie: usługi szpitalne, usługi ambulatoryjne, przeciwdziałanie alkoholizmowi, zakłady opiekuńczo lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, medycyna pracy.

Gminy regionu płockiego rozdysponowały środki na ochronę zdrowia głównie na przeciwdziałanie alkoholizmowi. Jest to bowiem podstawowe zadanie gmin w dziedzinie ochrony zdrowia. Na ten cel gminy powiatu płockiego wydatkowały w 2012 r. 79,5% wszystkich środków na ochronę zdrowia, podczas gdy miasto Płock – 22%, gminy i miasta na prawach powiatu województwa mazowieckiego – 31%, a gminy i miasta na prawach powiatu w całej Polsce 44%. Wynika to z tego, że jest to zadanie obligatoryjne gmin, które wynika z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi¹⁹. Gminy otrzymują na to zadanie dochody w postaci opłat za zezwolenie na sprzedaż napojów alkoholowych.

W 2012 r. największy udział w wydatkach budżetu miasta Płocka na ochronę zdrowia mają składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (44,6% w 2012 r.), które zostały opłacone dla placówek oświatowych, placówek opiekuńczo-wychowawczych oraz Miejskiego Urzędu Pracy. Zadania te zostały zlecone ustawowo i są finansowane z dotacji celowej z budżetu państwa. Otrzymane środki miasta na prawach powiatu i powiaty przekazują jako płatnik do NFZ (poprzez ZUS) za osoby, które utraciły prawo do zasiłków dla bezrobotnych. Poza tym w budżecie miasta Płocka 11,2% wydatków na ochronę zdrowia przeznaczono na Izby Wyrzeźwień, a 10,5% na programy polityki zdrowotnej adresowane do mieszkańców.

Spośród jednostek terytorialnych regionu płockiego, najwięcej środków na ochronę zdrowia w 2012r. wydatkowało miasto Płock – 66% (łącznie 11 541 tys. zł), następnie powiat płocki (25 %), a najmniej gminy powiatu płockiego – 9%.

Z przedstawionych danych wynika, że sektor ochrony zdrowia nie jest wystarczająco finansowany na poziomie regionalnym i krajowym. Generalnie wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce są niewystarczające i sektor ten pozostaje niedofinansowany, przy czym jego potrzeby finansowe są ogromne. Po części wynika to ze zjawiska „starzejącego się społeczeństwa”. Prognozy demograficzne przewidują wzrost udziału osób w wieku emerytalnych z 15,7% w roku 2007 do 33,8% w roku 2050²⁰.

Zakończenie

Wielkość wydatków na ochronę zdrowia jest jednym z głównych czynników determinujących

funkcjonowanie tego sektora. Optymalizacja wielkości tych wydatków jest jednym z najważniejszych wyzwań, jakie stoją przed Polską i innymi państwami członkowskimi UE ze względu na istotne zmiany demograficzne i społeczne²¹. W niniejszym artykule zaprezentowano poziom i strukturę wydatków samorządowych, zwłaszcza w odniesieniu do regionu płockiego, województwa mazowieckiego i Polski.

Analiza wyników samorządowych w latach 2000–2012 wskazuje na systematyczny wzrost wydatków ogółem na ochronę zdrowia, z równoczesną zmianą podstawowej struktury podziału na wydatki bieżące i majątkowe. W regionie płockim udział wydatków majątkowych na ochronę zdrowia zmalał (z 22% do 5%) na rzecz wydatków bieżących, których udział wrósł z 78% do 95% w sumie wydatków na ochronę zdrowia.

W latach 2000–2012 średnie wydatki budżetowe na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca w regionie płockim wzrosły z poziomu 45,3 zł do poziomu 74,6, czyli blisko o 65%. Spore różnice w wydatkach na ochronę zdrowia pomiędzy poszczególnymi jednostkami samorządowymi mogą mieć istotny wpływ na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia w poszczególnych regionach i zaspokajanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Wysokość tych wydatków niekoniecznie zależy od uwarunkowań demograficznych i sytuacji zdrowotnej społeczeństwa.

Zarówno w regionie płockim, jak i w województwie mazowieckim poziom wydatków samorządowych na ochronę zdrowia jest bardzo niski. Mimo tego, że wydatki na ochronę zdrowia rosną z okresu na okres to ich udział w wydatkach budżetowych ogółem pozostaje na bardzo niskim poziomie. Region płocki nie odstaje jednak pod tym względem od innych regionów kraju.

Analizując strukturę wydatków samorządowych w okresie objętym analizą wyraźnie widać, że samorządy przeznaczają coraz mniejszą część budżetu na wykonywanie zadań z zakresu ochrony zdrowia. W regionie płockim w latach 2000–2012 udział wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem zmniejszył się z poziomu 2,1% w 2000 r. do poziomu 1,4% w 2012 r. Dane te wskazują zatem, że zadania związane z ochroną zdrowia nie należą do kluczowych w katalogu odpowiedzialności władz samorządowych. Jednostki samorządu terytorialnego regionu płockiego ograniczają wsparcie finansowe ochrony zdrowia do zadań wyraźnie wskazanych w przepisach prawnych. Wpływa to na ograniczony udział wydatków na ochronę

zdrowia w całkowitych budżetach jednostek samorządu terytorialnego. Realizowane zdania w regionie płockim to przede wszystkim przeciwdziałanie alkoholizmowi, które wynika z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, czy opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczeń dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. Realizowano także programy profilaktyczno-zdrowotnych adresowane do mieszkańców miasta Płocka.

Przeprowadzona analiza może stanowić punkt wyjścia do bardziej szczegółowych rozważań uwzględniających m.in. wydatki na poszczególne usługi medyczne, takie jak: opieka szpitalna, opieka ambulatoryjna, usługi pomocnicze, usługi z zakresu opieki domowej, czy wydatki na produkty medyczne wydane pacjentom ambulatoryjnym. Warto byłoby również zwrócić uwagę na takie zagadnienia, jak: zróżnicowanie wydatków wewnątrz powiatów województwa

mazowieckiego, udział wydatków gospodarstw domowych na zdrowie, relację wydatków publicznych do wydatków prywatnych. Bardziej pogłębione analizy mogłyby uwzględniać podział wydatków według poszczególnych grup wiekowych, czy źródeł finansowania (rząd, ubezpieczenia społeczne, wydatki prywatne pacjentów).

Przewiduje się, że koszty ochrony zdrowia w Polsce będą rosły znacznie szybciej niż cała gospodarka i poziom finansowania świadczeń. To spowoduje konieczność zwiększenia publicznych wydatków (w tym samorządowych) na ochronę zdrowia w przyszłości. Podstawową przyczyną rosnących kosztów ochrony zdrowia jest postępujące starzenie się społeczeństwa, które wpływa na zwiększone korzystanie ze świadczeń zdrowotnych oraz rozwój technologii medycznych. Bodźcem zwiększającym wydatki na ochronę zdrowia są również zwiększające się oczekiwania społeczne dotyczące tego sektora.

Przypisy

- 1 WHO: <http://www.who.int/hac/about/definitions/en/> (dostęp: 02.06.2014r.).
- 2 M. Janoś-Kresto, *Usługi społeczne w procesie przemian systemowych w Polsce*, w: Monografie i Opracowania nr 512, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa, 2002.
- 3 J. Godłów-Legiejdz, *Współczesna ekonomia. Ku nowemu paradygmatowi?*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010.
- 4 A. Sobczak, *Samorządowy model ochrony zdrowia. Przegląd systemów i reform w wybranych krajach Unii Europejskiej. Problemy Zarządzania*. 2004.
- 5 R. Topór-Mądry, A. Gilis-Januszewska, J. Kurkiewicz, A. Pająk, *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków, 2002.
- 6 Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. (t.j.: Dz.U. 2013 poz. 1442 ze zm.).
- 7 M. Piekut, *Wydatki na zdrowie w gospodarstwach domowych – porównanie międzynarodowe*, „Economics and Management” – 1/2014; Zalega T. (2013), *Wydatki na ochronę zdrowia w polskich gospodarstwach domowych w okresie kryzysu*, *Problemy Zarządzania* 11 (1), s. 174–192.
- 8 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483 ze zm.) art. 68.
- 9 Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j.: Dz.U. 2013 poz. 595).
- 10 Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j.: Dz.U. 2013 poz. 594).
- 11 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz.U. 2008 nr 164 poz. 1027).
- 12 Art. 7 ust. 1 pkt 5 i 16 Ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j.: Dz.U. 2013 poz. 594).
- 13 Art. 4 ust. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j.: Dz.U. 2013 poz. 595) i art. 14 ust. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa. (t.j.: Dz.U. 2013 poz. 596).
- 14 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 ze zm.).
- 15 Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. (Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408) - akt prawny uchylony.
- 16 Art. 114, art. 115 ust. 3, w powiązaniu z art. 115 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 ze zm.).
- 17 Ustawa z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.: Dz.U. 2013 poz. 885).
- 18 M. Rapkiewicz, *Ochrona zdrowia a jednostki samorządu terytorialnego*, artykuł z dnia 05.06.2012r. dostępny na stronie: <http://www.sobieski.org.pl/ochrona-zdrowia-a-jednostki-samorządu-terytorialnego/>.
- 19 Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. (t.j.: Dz.U. 2012 poz. 1356).
- 20 M. Kubiak, 2010, *Współczesne problemy demograficzne w aspekcie społeczno-gospodarczym [w:] Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy. Spójność społeczno-ekonomiczna a modernizacja gospodarki*, red. M.G. Woźniak, z. nr 16, Wyd. Uniwersytetu

ANALYSIS OF LOCAL GOVERNMENT EXPENDITURE ON HEALTH CARE IN THE PŁOCK REGION

Summary

The level of health care expenditure is one of the main factors that determine the functioning of this sector in different countries and regions. On the one hand it is an economic problem, but on the other it is also a social problem because it involves the provision to the public of basic rights to

health care. The paper presents the problems associated with health care expenditure, especially with regard to local government expenditure. The intention of this paper is to present the situation of the Plock region regarding the local government expenditure on health care compared with the expenditure in the voivodeship of Mazovia and nationally. The analysed region includes the city of Plock and the Plock municipal district. Particular attention has been paid to the level of local government expenditure per capita, the rate of change of such expenditure in the analysed period, the share of health care expenditure in total expenditure and the structure of local government expenditure on health care.