

*Katarzyna Miszczyńska\**

## **WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA A BUDŻET JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO**

### **1. WSTĘP**

Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat finansowanie systemu ochrony zdrowia uległo zasadniczej transformacji. Nastąpiło przejście od finansowania z budżetu państwa, poprzez system Kas Chorych do finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Obecnie wydatki na ochronę zdrowia obejmują wydatki ponoszone przez instytucje centralne i samorządowe (wydatki publiczne) oraz wydatki sektora prywatnego i sektora „zagranica” (Nawrołska, 2011, s. 365).

Po 1 stycznia 1999 r. samorzady terytorialne przejęły większą odpowiedzialność za ochronę zdrowia na poziomie regionalnym i lokalnym. Władze centralne przerzuciły tym samym odpowiedzialność za poprawne funkcjonowanie ochrony zdrowia na poziomie gminnym, powiatowym i wojewódzkim na jednostki samorządu terytorialnego (JST). Wiąże się to z zasadą subsydiarności będącej fundamentalną koncepcją decentralizacji finansów publicznych, polegającą na tym, że zadania publiczne powinny być realizowane jak najbliżej miejsca ich wykonania (Guziejewska, 2007). Samorzady stały się organami założycielskimi dla większości szpitali i przychodni ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Przeniesienie kompetencji, które zwiększyło znaczenie władz samorządowych, jednocześnie przeniosło problemy związane m.in. z gospodarką finansową podmiotów leczniczych na jednostki samorządu terytorialnego, stanowiących organ założycielski (Golinska i in., 2008, s. 28–29).

Zapotrzebowanie na usługi medyczne rośnie z roku na rok, a dostępność do usług medycznych finansowanych ze środków publicznych jest coraz bardziej ograniczona (Paszkowska, 2010, s. 77). Polski samorząd terytorialny realizując zadania publiczne cierpi na niedobór środków finansowych. Ograniczony charakter zasobów finansowych jednostek samorządowych nie zwalnia ich jednak z poszukiwania nowych rozwiązań gwarantujących świadczenie usług publicznych odpowiedniej jakości. W związku z odczuwanymi przez samorząd ograniczeniami w zakresie niewystarczających zasobów finansowych, wstąpienie Polski

---

\* Mgr, asystentka, Katedra Finansów Publicznych, Instytut Finansów, Bankowości i Ubezpieczeń, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki, ul. POW nr 3/5, 90-255 Łódź.

do Unii Europejskiej stało się częściowym rozwiązaniem samorządowych problemów. Procesy integracyjne spowodowały powstanie impulsów do rozwoju społeczno-gospodarczego jednostek samorządu terytorialnego (P a t r z a ł e k, 2005, s. 9). Według L. Jędrzejewskiego (2007, s. 7–8), „członkostwo Polski w Unii Europejskiej otworzyło przed samorządem terytorialnym nowe możliwości finansowania, głównie projektów inwestycyjnych, ze środków pochodzących z budżetu tej instytucji”. Należy jednak pamiętać, że w celu otrzymania tychże środków JST muszą spełnić określone wymagania, które wiążą się m.in. z zachowaniem zasady prefinansowania. Stąd też konieczne wydaje się racjonalne gospodarowanie posiadanymi zasobami i środkami (Jędrzejewski, 2007, s. 7–8).

Rozważania na temat problemów w zakresie organizacji i finansowania ochrony zdrowia prowadzone są nie tylko na szczeblu rządowym (Ministerstwo Zdrowia, GUS), ale również w wielu ośrodkach akademickich w całej Polsce (m.in.: N a w r o l s k a, 2011; N o j s z e w s k a (red.), 2011; C i ż k o w i c z, 2011; B u k o w s k a - P i e s t r z y ń s k a, 2009).

Celem artykułu jest analiza kształtowania się wydatków jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w latach 2002–2011. W artykule zaprezentowane zostaną zadania poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego z zakresu ochrony zdrowia. Dokonana zostanie szczegółowa analiza wydatków przeznaczanych na ochronę zdrowia w ujęciu jednostek samorządu terytorialnego jako całości oraz w podziale na samorządy: gminne, powiatowe i wojewódzkie. Dane wykorzystane w analizie pochodzą z opracowań Głównego Urzędu Statystycznego, dokumentów Ministerstwa Zdrowia oraz informacji o wykonaniu budżetu jednostek samorządu terytorialnego.

## **2. OCHRONA ZDROWIA – ZADANIA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO**

Wraz z nadejściem końca XX w. troska o zdrowie stała się domeną obywateli i wspólnot lokalnych, a nie tylko rządów. Gwarantem zdrowia jako dobra publicznego stał się samorząd terytorialny (W ą s i e w i c z, M a s i a k o w s k i, 2001, s. 215). W wyniku zmian ustrojowych rola jednostek samorządu terytorialnego sprowadza się obecnie do działań skoncentrowanych w trzech obszarach: organizatora systemu, właściciela jednostek ochrony zdrowia oraz realizatora zadań z zakresu zdrowia publicznego (D e r c z, 2006). Podstawowym obszarem działania jednostek samorządu terytorialnego jest aktywność w zakresie organizowania i świadczenia dóbr i usług publicznych oraz społecznych zaspokajających podstawowe potrzeby ludności (P a t r z a ł e k, 2000, s. 37). Jednym z ważniejszych obszarów działania JST jest ochrona zdrowia, która zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej powinna być zagwarantowana każdemu bez względu na sytuację materialną. Państwo natomiast ma zapewnić równy dostęp do świad-

czeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zadania władz publicznych w sferze ochrony zdrowia zostały szczegółowo przedstawione w *Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (tekst jednolity: *Obwieszczenie [...] z dnia 25 sierpnia...*, 2008). Istnieje również wiele innych aktów legislacyjnych stanowiących podstawę prawną dla jednostek samorządu terytorialnego w zakresie podejmowania działań związanych z opieką zdrowotną. Do tego katalogu aktów należą m.in.:

– *Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy* (tekst jednolity: *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 19 maja 2004 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o służbie medycyny pracy*),

– *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*,

– *Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*,

– *Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych*.

Zgodnie z art. 6 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (zwana dalej UŚOZ) w zakresie ochrony zdrowia władze publiczne zobowiązane są do realizacji następujących zadań:

– tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia,

– analiza i ocena potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany,

– promocja zdrowia i profilaktyka, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu,

– finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Ogół działań związanych z ochroną zdrowia zakwalifikowany do zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego przedstawiony został w art. 7–9 *Ustawy z dnia 27 sierpnia...*, 2004.

Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należą w szczególności:

– 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 skutkami,

– podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Zadania powiatu skoncentrowane wokół zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej sprowadzają się do:

- opracowywania i realizacji oraz oceny efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po wcześniejszych konsultacjach z właściwymi terytorialnie gminami;
- przekazywania marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach zdrowotnych;
- inicjowania, wspomagania i monitorowania działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu;
- pobudzania działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;
- podejmowania innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.

Do zadań własnych samorządu wojewódzkiego dotyczących sfery ochrony zdrowia należą:

- opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych (oraz innych programów służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia) wynikających z potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po wcześniejszych konsultacjach z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami,
- przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach zdrowotnych,
- inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia,
- podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

Do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 10 ustawy należą w szczególności:

- 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 dany rok.

### **3. ANALIZA WYDATKÓW JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO NA OCHRONĘ ZDROWIA**

Rolą samorządów terytorialnych jest wykonywanie zadań mających fundamentalne znaczenie dla zaspakajania potrzeb publicznych. „Jednostki samorządu terytorialnego dokonują wydatków, aby realizować zadania, które zostały im

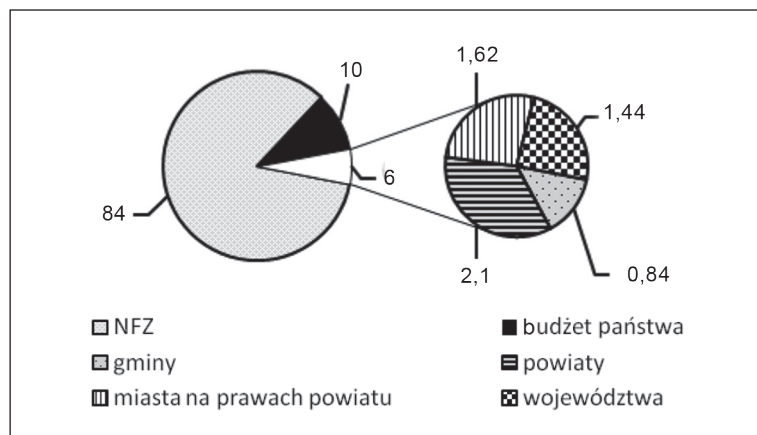
przydzielone w obowiązujących przepisach” (S z a j a, 2009, s. 215). Analizując strukturę wydatków budżetowych według działów klasyfikacji budżetowej, zauważyć można, że wydatki na ochronę zdrowia są kategorią marginesową. Według A. Frączkiewicz-Wronki, rola sektora publicznego odznacza się systematycznym wzrostem, co obrazuje wzrost udziału wydatków na cele publiczne w budżecie państwa. W swoich badaniach autorka zwraca uwagę na problem zapewniania odpowiedniej ochrony zdrowia w ramach działań państwa i jego podmiotów. Dlatego też inwestowanie w ochronę zdrowia stawiane jest na równi z inwestowaniem w rozwój cywilizacyjny i kapitał ludzki, stanowiąc tym samym jeden z kluczowych czynników zarówno wzrostu gospodarczego, jak i rozwoju społecznego regionów (F r a c z k i e w i c z - W r o n k a, 2009, s. 7–8).

Wydatki na ochronę zdrowia stanowią znaczne obciążenie dla gospodarki Polski, jak również innych krajów. Opublikowane w 2011 r. badanie (*Health Care...*, 2011), dotyczące porównania kosztów ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych i wybranych krajach Unii Europejskiej, pokazało ciągły wzrost wydatków na ochronę zdrowia bez względu na poziom rozwoju gospodarczego kraju. Władze publiczne napotykać wiele problemów związanych z zadaniami wykonywanymi w ramach ochrony zdrowia obywateli. Związane jest to z tym, że (O w s i a k, 2005, s. 82): przeprowadzana przez państwo alokacja zasobów, mająca na celu tworzenie dóbr społecznych i publicznych, ogranicza swobodę dysponowania dochodami przez osoby prywatne, oraz z rozbieżnością pomiędzy preferencjami władz publicznych i poszczególnych grup społecznych. Dlatego też w procesie podejmowania przez władze publiczne decyzji związanych z dostępnością omawianych dóbr powinny być rozważone kwestie związane z kryteriami stosowanymi przy alokacji dóbr społecznych i publicznych oraz z tym, kogo władze publiczne reprezentują (szerzej: O w s i a k, 2005, s. 79–95).

Prezentacja wyników badań nad wydatkami publicznymi na ochronę zdrowia stanowi dobry punkt wyjścia do dalszych rozważań. W 2010 r., według badań przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny, 86% wydatków na ochronę zdrowia pochodziło z Narodowego Funduszu Zdrowia, a tylko 6% z budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Szczegółowe dane przedstawiono na rys. 1.

Wydatki jednostek samorządu terytorialnego, analogicznie do wydatków w całej ochronie zdrowia, obejmują trzy obszary: opiekę zdrowotną, zdrowie publiczne oraz opiekę społeczną. Na latach 2002–2007 zaobserwowany został ich wzrost o 55% (z kwoty 1,9 do 3 mld zł; G o l i n o w s k a i in., 2008, s. 30). Udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach ogółem poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego w badanym okresie przedstawiono w tab. 1. Wydatki przeznaczane na ochronę zdrowia stanowiły odpowiednio średnio 9,1, 1,8, 5,3, 12% wszystkich wydatków województw, miast na prawach powiatu, powiatów oraz gmin w badanym okresie. Zarówno w powiatach, jak i gminach udział tych wydatków rósł praktycznie w całym okresie, z wyjątkiem gmin w 2011 r. Nato-

miast w miastach na prawach powiatu trudno określić jednolitą tendencję, według której kształtował się udział omawianych wydatków.



Rys. 1. Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia (w %)

Źródło: *Zdrowie i ochrona...*, 2012, s. 128.

Tabela 1

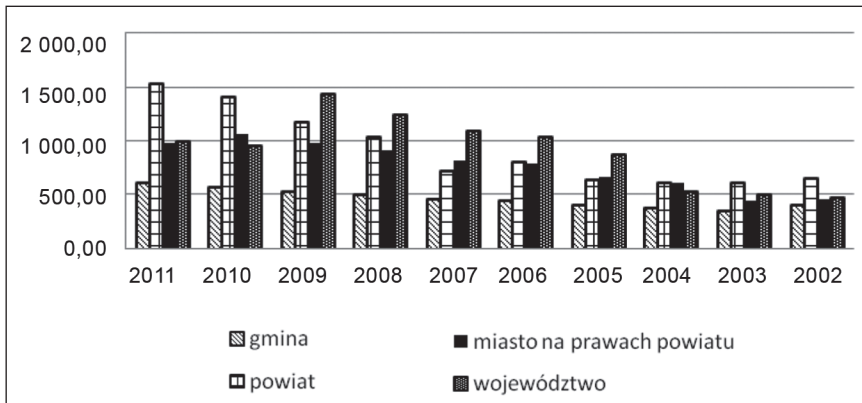
Udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach ogółem poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego w latach 2002–2011 (w %)

Rok	Województwo	Miasto na prawach powiatu	Powiat	Gminy
2011	6,0	1,6	6,3	12,5
2010	6,2	1,8	5,9	14,2
2009	7,0	1,7	5,5	13,2
2008	9,5	1,8	5,7	12,5
2007	9,7	1,8	4,5	12,5
2006	10,3	2,0	5,2	12,0
2005	11,4	1,8	4,6	11,2
2004	8,9	1,9	4,9	11,0
2003	10,6	1,6	5,3	10,6
2002	10,9	1,7	4,9	9,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Sprawozdanie z wykonania...*, 2003–2012.

Przechodząc do bardziej szczegółowej analizy wydatków na ochronę zdrowia w poszczególnych jednostkach samorządu terytorialnego przedstawionych

w tab. 3, zauważyć można, że zarówno w gminach, powiatach, jak i miastach na prawach powiatu wydatki na ochronę zdrowia rosły w badanym okresie. Wyjątek stanowiły w 2011 r. miasta na prawach powiatu, w których odnotowany został nieznaczny spadek wydatków. Inaczej kształtowały się wydatki w samorządach wojewódzkich, gdzie w 2009 r. odnotowany został spadek wydatków z 1426 mln w 2009 r. do 942 mln w 2010 r. Począwszy od 2010 r. zauważyć można nieznaczny wzrost tych wydatków. Samorzady wojewódzkie przeznaczały w analizowanym okresie ok. 9% wszystkich wydatków na ochronę zdrowia. W latach 2002–2009 widać było dynamiczny wzrost wydatków od 474 mln zł do 1426 mln zł. Przeznaczenie tych środków związane było głównie z finansowaniem podmiotów leczniczych JST. Co więcej, ok. 65% wszystkich środków na ochronę zdrowia przeznaczanych jest na ten cel (G o l i n o w s k a i in., 2008, s. 34).



Rys. 2. Wydatki JST na ochronę zdrowia w latach 2002–2011 (w mln zł)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Sprawozdanie z wykonania...*, 2003–2012.

Podstawowym zadaniem, jakie realizują podmioty lecznicze, szpitale, dla których JST jest organem założycielskim, jest świadczenie usług medycznych. Nie należy jednak zapominać o konieczności zabezpieczenia infrastruktury, czyli m.in. budynków, aparatury medycznej i innych urządzeń. Infrastruktura szpitali jest bardzo zróżnicowana. Niektóre jednostki usytuowane są w nowoczesnych, a inne w bardzo starych budynkach. Takie zróżnicowanie zależy m.in. od tego, jakimi środkami dysponuje właściciel i jakie środki może pozyskiwać. Lecznictwo specjalistyczne nieodłącznie związane jest ze znaczną kapitałochłonnością. Związane jest to z koniecznością dokonywania zakupów sprzętu oraz inwestycji bieżących (B u k o w s k a-P i e s t r z y ń s k a, 2011, s. 364–366).

W tab. 2 przedstawiono wydatki majątkowe (w ramach wydatków na ochronę zdrowia) jednostek samorządu terytorialnego. Warto zauważyć, że wydatki majątkowe zaczęły powoli rosnać od roku 2003. Od roku 2004 zauważyć można

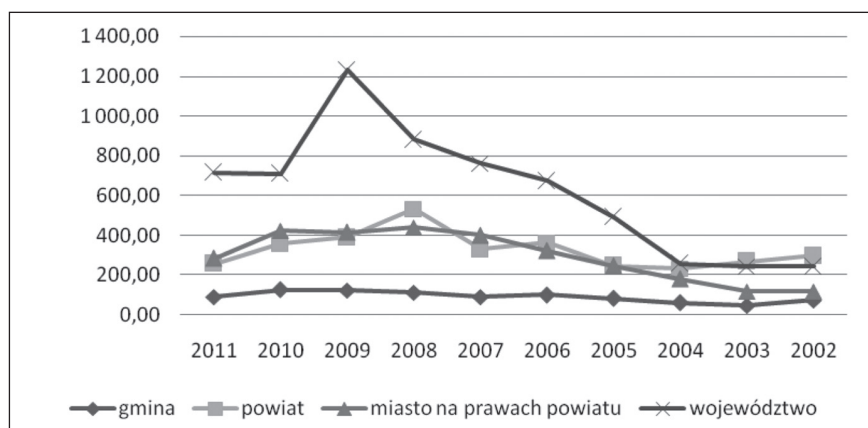
wyraźną tendencję wzrostową tych wydatków, co mogło być spowodowane m.in. przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej i pojawieniem się nowych możliwości współfinansowania inwestycji. Korzystanie z nowych form finansowania projektów należy ocenić pozytywnie. Najwyraźniejszą tendencję wzrostową widać w województwach – od 2003 do 2009 r. wydatki majątkowe wzrosły z 243 do 1229 mln zł. Na poziomie powiatów był to wzrost o 121 mln zł, a na poziomie gminnym o 74 mln zł.

Tabela 2

Struktura wydatków majątkowych na ochronę zdrowia jednostek samorządu terytorialnego w latach 2002–2011 (w %)

	Gmina	Powiat	Miasto na prawach powiatu	Województwo
2011	6,74	19,05	21,17	53,04
2010	7,76	22,06	26,22	43,97
2009	5,68	18,06	19,23	57,03
2008	5,69	27,14	22,39	44,78
2007	5,69	20,89	25,30	48,12
2006	6,86	24,92	22,06	46,16
2005	7,73	23,15	23,01	46,11
2004	8,19	31,88	24,82	35,11
2003	7,00	39,48	17,53	35,99
2002	10,17	40,52	16,26	33,05

Źródło: jak do tab. 1.



Rys. 3. Wydatki na ochronę zdrowia – wydatki majątkowe jednostek samorządu terytorialnego w latach 2002–2011 (mln zł)

Źródło: jak do rys. 2.



Analizując strukturę wydatków majątkowych na ochronę zdrowia zaprezentowaną w tab. 2 zauważyć można, że od roku 2002 samorządy wojewódzkie charakteryzowały się coraz większymi wydatkami, a ich udział w całkowitych wydatkach majątkowych jednostek samorządu terytorialnego wyniósł średnio 44%.

Przechodząc do analizy kształtowania się wydatków przeznaczanych na wynagrodzenie w ochronie zdrowia, należy zauważyć, że w latach 2002–2010 gminy przeznaczały średnio 73 mln zł, powiaty – 107 mln zł, miasta na prawach powiatu – 55 mln zł, a województwa – 6 mln zł na wynagrodzenia. Według danych Ministerstwa Finansów z 2011 r. gminy przeznaczyły 124 mln zł, powiaty – 1 mln zł, miasta na prawach powiatu – 88 mln zł, a województwa – 8 mln zł.

Jednostki samorządu terytorialnego, realizując własne i zlecone zadania we wcześniej wspomnianych trzech obszarach, dokonują wydatków w określonych podziałach klasyfikacji budżetowej. Klasyfikacja ta ułatwia wyznaczenie celów, na jakie przeznaczane są poszczególne kwoty. Wybrane kategorie wydatków przedstawiono w tab. 3 (Golinska i in., 2008, s. 31).

Samorządy gminne przeznaczały w badanym okresie ok. 12% wydatków ogółem na ochronę zdrowia. Podstawowym zadaniem gmin w zakresie ochrony zdrowia jest przeciwdziałanie alkoholizmowi. W 2009 i 2010 r. samorządy przeznaczyły na ten cel ok. 65% wszystkich wydatków na ochronę zdrowia, podczas gdy na szpitale ogólne – jedynie 3,6–3,9% ogółu wydatków na ochronę zdrowia. Na podstawie danych zawartych w tab. 3 zauważyć można, że spośród budżetów samorządowych powiaty dysponowały w 2010 r. największym zasobem środków. Powiaty przeznaczały znaczną część środków na finansowanie szpitali, dla których są organem założycielskim. W latach 2009–2010 jednostki te przeznaczyły ok. 30–35% wszystkich swoich wydatków z puli ochrona zdrowia. Samorządy wojewódzkie przeznaczały większość wydatków na ochronę zdrowia na szpitale ogólne (ok. 70–80%). Udział wydatków na szpitale w budżecie województw był o ponad 10 pkt proc. mniejszy niż w roku 2009 (*Zdrowie i ochrona...*, 2012, s. 130).

Programy polityki zdrowotnej stanowią z punktu widzenia zdrowia publicznego ważny punkt na liście wydatków samorządów terytorialnych, choć w dalszym ciągu samorządy nie przeznaczają znaczących kwot na ten cel. W latach 2009–2010 miasta na prawach powiatu przeznaczyły ok. 6% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia na ten cel, a przecież zarówno gminy, powiaty, jak i województwa zobowiązane są w myśl art. 48 UŚOZ do opracowywania, wdrażania, realizowania i finansowania programów zdrowotnych. Programy te mają dotyczyć zjawisk epidemiologicznych, innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania oraz wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych. Jednostki zobowiązane są do przekazywania informacji o realizowanych programach jednostkom wyższego szczebla w celu ich koordynacji w aspekcie całego kraju. Ponadto jednostki te zobowiązane są rów-

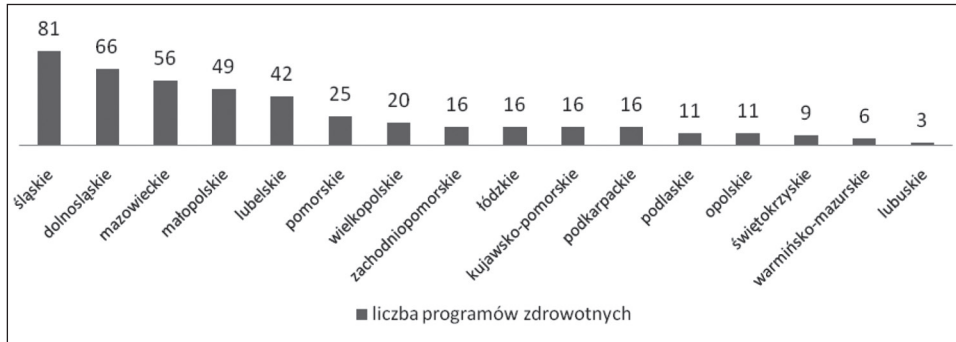
Tabela 3

Struktura wydatków samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych w latach 2009, 2010 (w %)

Wyszczególnienie	Gminy		Powiaty		Miasta na prawach powiatu		Województwa	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Budżety samorządów ogółem (w tys. zł)	70 002 631	79 740 609	21 155 788	23 826 368	56 201 086	58 954 148	20 468 690	1 524 502 6
Ochrona zdrowia ogółem (w tys. zł)	528 448	562 716	1 173 387	1 394 719	976 197	1 061 807	1 426 545	942 761
Szpitalne ogólne	3,9	3,6	35,7	30,7	35,2	32,0	77,9	67,3
Zakłady opiekuńczo-lecznicze	0,6	0,6	0,1	0,2	2,2	2,4	0,3	0,2
Lecznictwo psychiatryczne	–	–	0,1	0,1	–	5,6	4,8	13,3
Lecznictwo ambulatoryjne	12,5	14,5	0,5	0,8	5,4	5,6	0,8	0,5
Ratownictwo medyczne	0,1	0,1	0,4	0,3	0,1	0,1	0,6	0,7
Programy polityki zdrowotnej	1,6	1,6	0,4	0,4	6,6	5,7	0,4	0,8
Zwalczanie narkomanii	3,5	3,5	0,0	0,0	1,5	1,5	0,3	0,4
Przeciwdziałanie alkoholizmowi	65,0	63,0	0,1	0,1	22,0	21,8	2,0	2,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Zdrowie i ochrona*, ..., 2012.

niez do wystąpienia o opinię do Agencji Technologii Medycznych<sup>1</sup>. Ze statystyk uzyskanych w tej agencji wynika, że do 14 listopada 2011 r. wpłynęło 451 wniosków, z czego 8 z nich pochodziło z Ministerstwa Zdrowia. Szczegóły dotyczące kształtowania się programów w poszczególnych województwach przedstawiono na rys. 4. Województwami dominującymi w liczbie złożonych do agencji wniosków były województwa: śląskie, dolnośląskie i mazowieckie (Z i m n a, 2009).



Rys. 4. Liczba programów zdrowotnych przedstawionych do opinii według województw

Źródło: Rdzany, 2011.

#### 4. WNIOSKI

Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat finansowanie systemu ochrony zdrowia uległo zasadniczej transformacji. Po 1 stycznia 1999 r. samorządy terytorialne przejęły większą odpowiedzialność za ochronę zdrowia na poziomie regionalnym i lokalnym. To przeniesienie kompetencji, podnosząc znaczenie władz samorządowych, jednocześnie przeniosło problemy na jednostki samorządu terytorialnego związane m.in. z gospodarką finansową szpitali.

Wydatki na ochronę zdrowia w większości pokrywane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia – w 2010 r. było to ok. 84% wszystkich tego rodzaju wydatków. Z drugiej strony udział jednostek samorządu terytorialnego w finansowaniu ochrony zdrowia oscyluje w granicach 6% (dane na rok 2010), jednak na przestrzeni lat 2002–2007 zaobserwowany został ich wzrost o 55%. Według najnowszych badań Instytutu Sobieskiego dotyczących roli jednostek samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia „zadania związane z ochroną zdrowia znajdują

<sup>1</sup> Jednostki samorządowe przygotowujące i realizujące samorządowe programy zdrowotne zobowiązane są do wystąpienia o opinię do Agencji Technologii Medycznych w myśl postanowień zawartych w nowelizacji *Ustawy z 27 sierpnia...*, 2004 (*Obwieszczenie [...] z dnia 25 sierpnia...*, 2008); szerzej: <http://www.aotm.gov.pl/>.

się jednak w hierarchii ważności kompetencji samorządów terytorialnych o wiele wyżej niż wynikałoby to tylko ze struktury wydatków budżetowych” (R a p k i e - w i c z, 2012). Trudno nie zgodzić się z tym stwierdzeniem. Przecież jednostki samorządu terytorialnego realizują zadania nie tylko z zakresu zdrowia publicznego, ale przede wszystkim są organizatorami systemu ochrony zdrowia oraz właścicielami jednostek ochrony zdrowia.

Wzrastające z roku na rok zapotrzebowanie na usługi medyczne przyczynia się do powstania problemu ograniczonego środków publicznych przeznaczanych na ten cel. Niestety Polska, podobnie jak inne państwa nie jest w stanie w pełni zaspokoić potrzeb pacjentów dotyczących szybkiego dostępu do wysokiej jakości świadczeń medycznych. Potrzeba usprawnienia systemu finansowania ochrony zdrowia wydaje się nieunikniona w kontekście częściowego zniwelowania różnic pomiędzy podażą a popytem na rynku usług medycznych. W Polsce całkowite nakłady finansowe przeznaczane na system ochrony zdrowia to zaledwie 6,2% produktu krajowego brutto, co stawia nas za takimi krajami, jak Bułgaria (7,7% PKB) lub Węgry (7,8% PKB) (P a s z k o w s k a, 2010, s. 77).

## BIBLIOGRAFIA

- B u k o w s k a - P i e s t r z y Ń s k a A. (2009), *Marketing usług zdrowotnych – od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*, CeDeWu, Warszawa.
- B u k o w s k a - P i e s t r z y Ń s k a A. (2011), *Jednostka samorządu terytorialnego jako organ założycielski szpitala – analiza wybranych zmian w latach 2000–2010*, [w:] E. N o j s z e w s k a (red.), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa, s. 354–377.
- C i ż k o w i c z P. (2011), *Determinanty wydatków na opiekę zdrowotną – wnioski dla Polski*, [w:] E. N o j s z e w s k a (red.), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, a Wolters Kluwer business – Lex, Warszawa, s. 67–76.
- D e r c z M. (2006), *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, „Wspólnota”, nr 2, <http://www.wspolnota.org.pl/>, 27.09.2012.
- F r a ć z k i e w i c z - W r o n k a A. (2009), *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer Polska – ABC, Warszawa.
- G o l i n o w s k a S. i in. (2008), *Raport – Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- G u z i e j e w s k a B. (2007), *Wybrane problemy decentralizacji finansów publicznych w świetle badań OECD*, „Samorząd Terytorialny”, nr 3, (Warszawa), s. 5–18.
- Health Care Spending in the United States and Selected OECD Countries* (2011), [w:] *Snapshots: Health Care Costs*, April, <http://www.kff.org/insurance/snapshot/oced042111.cfm>, 15.04.2013.
- J ę d r z e j e w s k i L. (2007), *Gospodarka finansowa samorządu terytorialnego w Polsce. Wybrane zagadnienia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Gdańsk.
- N a w r o l s k a I. (2011), *Polski system ochrony zdrowia. Potrzeba redefiniowania priorytetów*, „Zeszyty Naukowe PWE”, nr 11, (Kraków), s. 365–378.
- N o j s z e w s k a E. (red.) (2011), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 19 maja 2004 r. w sprawie ogłoszenia*

- szczenia jednolitego tekstu ustawy o służbie medycyny pracy (2004), DzU, nr 125, poz. 1317.
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (2008), DzU, nr 164, poz. 1027, z późn. zm.
- O w s i a k S. (2005), *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- P a s z k o w s k a M. (2010), *Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych jako źródło finansowania zakładu opieki zdrowotnej*, „Finansowy Kwartalnik Internetowy «e-Finanse»”, vol. 6, nr 3, s. 76–94.
- P a t r z a ł e k L. (2000), *Finanse samorządowe*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław.
- P a t r z a ł e k L. (2005), *Finanse samorządu województwa w systemie finansów publicznych w Polsce*, PWE, Warszawa.
- R a p k i e w i c z M. (2012), *Ochrona zdrowia a jednostki samorządu terytorialnego*, Instytut Sobieskiego, Warszawa.
- R d z a n y R. (2011), *Samorządowe programy zdrowotne z perspektywy ATOM – aspekty prawne, proces opiniowania*, <http://www.aotm.gov.pl/>, 26.09.2012.
- Samorządowe programy zdrowotne* (2012), [w:] *Agencja Oceny Technologii Medycznych*, <http://www.aotm.gov.pl/index.php?id=209>, 26.09.2012.
- Sprawozdanie z wykonania Budżetu Państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2002 r. – informacja o wykonaniu budżetów Jednostek Samorządu Terytorialnego* (2003), Rada Ministrów, Warszawa.
- Sprawozdanie z wykonania Budżetu Państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2003 r. – informacja o wykonaniu budżetów Jednostek Samorządu Terytorialnego* (2004), Rada Ministrów, Warszawa.
- Sprawozdanie z wykonania Budżetu Państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2004 r. – informacja o wykonaniu budżetów Jednostek Samorządu Terytorialnego* (2005), Rada Ministrów, Warszawa.
- Sprawozdanie z wykonania Budżetu Państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2005 r. – informacja o wykonaniu budżetów Jednostek Samorządu Terytorialnego* (2006), Rada Ministrów, Warszawa.
- Sprawozdanie z wykonania Budżetu Państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2006 r. – informacja o wykonaniu budżetów Jednostek Samorządu Terytorialnego* (2007), Rada Ministrów, Warszawa.
- Sprawozdanie z wykonania Budżetu Państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2007 r. – informacja o wykonaniu budżetów Jednostek Samorządu Terytorialnego* (2008), Rada Ministrów, Warszawa.
- Sprawozdanie z wykonania Budżetu Państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2008 r. – informacja o wykonaniu budżetów Jednostek Samorządu Terytorialnego* (2009), Rada Ministrów, Warszawa.
- Sprawozdanie z wykonania Budżetu Państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2009 r. – informacja o wykonaniu budżetów Jednostek Samorządu Terytorialnego* (2010), Rada Ministrów, Warszawa.
- Sprawozdanie z wykonania Budżetu Państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2010 r. – informacja o wykonaniu budżetów Jednostek Samorządu Terytorialnego* (2011), Rada Ministrów, Warszawa.
- Sprawozdanie z wykonania Budżetu Państwa za okres od 1 stycznia 2011 do 31 grudnia 2011 r. – informacja o wykonaniu budżetów Jednostek Samorządu Terytorialnego* (2012), Rada Ministrów, Warszawa.
- S z a j a M. (2009), *Struktura wydatków jednostek samorządu terytorialnego i ich wpływ na roz-*

- wój lokalny (na przykładzie gmin województwa zachodniopomorskiego)*, [w:] L. Pa tr z a ł e k (red.), *Finanse lokalne. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bankowej, Poznań.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* (1994), DzU, nr 111, poz. 535, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych* (1996), DzU, nr 10, poz. 55, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy* (1997), DzU, nr 96, poz. 593, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (2004), DzU, nr 210, poz. 2135.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (2008), DzU, nr 234, poz. 1570, z późn. zm.
- W ą s i e w i c z E., M a s i a k o w s k i A. (2001), *Rola samorządu terytorialnego w kreowaniu polityki zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne”, vol. 4, nr 111, s. 215–218.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.* (2012), Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Z i m n a T. T. (2009), *Zadania jednostek samorządu terytorialnego i wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa.

Katarzyna Miszczyńska

#### HEALTH CARE EXPENDITURES VS. LOCAL BUDGET OF SELF-GOVERNMENT UNITS

Over the last several years financing of health care system has undergone a fundamental transformation. After 1 January, 1999, local governments took greater responsibility for the protection of health at regional and local levels. Polish local government carrying out public tasks suffers from shortage of funds. In view of the constraints felt by the local government for inadequate financial resources, the Polish accession to the European Union has become part of the solution. The role of local government is to carry out the tasks that are fundamental to satisfy public needs. Increasing year-on-year demand for medical services contributes to the problem of limited public funds earmarked for this purpose. Unfortunately, Poland, like other countries is not able to fully meet the needs of patients for rapid access to high quality medical services. That is why the need to improve the system of health care financing seems to be inevitable in the context of partial gap bridging between supply and demand in the market for medical services.