

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

319

Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce

Nowe wyzwania



Redaktorzy naukowi

Maria Węgrzyn

Marek Łyszczak

Dariusz Wasilewski



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2013

Redaktor Wydawnictwa: Barbara Majewska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Agata Wiszniowska

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

w Dolnośląskiej Bibliotece Cyfrowej www.dbc.wroc.pl,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2013

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-343-4

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Spis treści

Wstęp	9
<hr/>	
Część 1. Uwarunkowania prawne prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze – nowe wyzwania	
<hr/>	
Agnieszka Rabiega-Przyłęcka: Przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe (w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej)	13
Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Agnieszka Bartold, Daria Kujawa, Katarzyna Majewicz: Podmiot leczniczy w systemie ochrony zdrowia w procesie zmian systemowych i legislacyjnych	26
Anna Hnatyszyn-Dzikowska: Ewolucja regulacji w opiece zdrowotnej – teoretyczne ramy analizy	35
Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Agnieszka Skalska, Angelika Kunda, Dorota Dziedzic, Anna Putko: Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w świetle nowych regulacji prawnych	45
Marzena Pytlarz: Kluczowe etapy realizacji przedsięwzięcia PPP w ochronie zdrowia (na przykładzie Szpitala Powiatowego w Żywcu).....	54
Urszula Drozdowska, Arkadiusz Bieliński: Nowy sposób kompensacji szkód medycznych – uwagi o charakterze materialno-prawnym i procesowym.....	65
Bogusław Stankiewicz: Współczesne wyzwania rynku dla przedsiębiorstw z sektora uzdrowiskowego (studium przypadku – Uzdrowisko „Kołobrzeg” S.A.)	76
Dariusz Wasilewski, Krzysztof Nyczaj: Problem liczby szpitali w Polsce w kontekście ich definicji i statystyki publicznej	84
<hr/>	
Część 2. Uwarunkowania ekonomiczno-finansowe prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze	
<hr/>	
Dorota Korenik: Przesłanki i sposoby poprawy kondycji finansowej oraz infrastruktury usług zdrowotnych świadczonych przez podmioty lecznicze sektora publicznego (samorządowego)	97
Joanna Śmiechowicz: Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia przez samorząd terytorialny w Polsce – problemy i ocena stanu faktycznego	109
Joanna Wiśniewska: Tworzenie i ewidencja funduszy własnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej w świetle zmian przepisów prawnych w latach 1991-2012.....	119

Aleksandra Szewieczek: Szczególne uwarunkowania działalności publicznych podmiotów leczniczych w świetle nowej ustawy o działalności leczniczej.....	130
Justyna Kujawska: Efektywność zmian finansowania szpitali.....	147
Agnieszka Bem: Organizacja i finansowanie ratownictwa medycznego.....	158
Marta Cholewa-Wiktor: Nowoczesne metody zarządzania szpitalem.....	168
Magdalena Jaworzyńska: Wycena procedur medycznych w praktyce zakładów opieki zdrowotnej	177
Izabela Rydlewska-Liszkowska: Ekonomiczne determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych – biznesowe podejście do medycyny pracy	185
Marcelina Walczak: Dietetyk w systemie ochrony zdrowia w Polsce i wybranych krajach.....	194
Dorota Chmielewska-Muciek: Diagnoza kultury organizacyjnej ośrodków pomocy społecznej w województwie lubelskim	218

Summaries

Part 1. Legal determinants of conducting activities by health care entities – new challenges

Agnieszka Rabiega-Przyłęcka: The conversion of independent public health-care units into capital companies (against the background of the act on medical activities).....	25
Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Agnieszka Bartold, Daria Kujawa, Katarzyna Majewicz: Therapeutic entity in health care system in the process of systemic and legislative change.....	34
Anna Hnatyszyn-Dzikowska: Evolution of regulation in healthcare – theoretical framework of analysis	44
Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Agnieszka Skalska, Angelika Kunda, Dorota Dziedzic, Anna Putko: Principles of medical documentation management in the light of new legislative regulations	53
Marzena Pytlarz: Key stages of a PPP initiative in health care (on the example of a regional hospital in Zywiec).....	64
Urszula Drozdowska, Arkadiusz Bieliński: New way of medical damage compensation – substantive and procedural law remarks	75
Bogusław Stankiewicz: Modern market challenges for business of spa (case study – “Kołobrzeg spa S.A.”).....	83
Dariusz Wasilewski, Krzysztof Nyczaj: The problem of the number of hospitals in Poland in the context of their definition and public statistics	93

**Part 2. Economic-financial determinants of conducting activities
by health care entities**

Dorota Korenik: Evidence and ways to improve the financial condition and infrastructure of health services provided by public (self-government) sector medical entities	108
Joanna Śmiechowicz: Realization of health care tasks by territorial authorities in Poland – problems and evaluation of current situation.....	118
Joanna Wiśniewska: Independent public health care institutions own funds creation and evidence in the light of legislation changes in the years 1991-2012	129
Aleksandra Szewieczek: Selected problems of the functioning of public health care organizations in the light of the new act of health care activity	146
Justyna Kujawska: Efficiency of hospital founding changes	157
Agnieszka Bem: Organization and financing of medical rescue	167
Marta Cholewa-Wiktor: Modern methods of hospital management	176
Magdalena Jaworzyńska: Valuation of medical procedures in health care system	184
Izabela Rydlewska-Liszkowska: Economic determinants of health services units functioning – business case for occupational health activities	193
Marcelina Walczak: Dieticians in healthcare system in Poland and in selected countries.....	217
Dorota Chmielewska-Muciek: Diagnosis of the organizational culture of social welfare centres in Lublin Voivodeship	226

Joanna Śmiechowicz

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

**REALIZACJA ZADAŃ Z ZAKRESU OCHRONY
ZDROWIA PRZEZ SAMORZĄD TERYTORIALNY
W POLSCE – PROBLEMY I OCENA STANU
FAKTYCZNEGO**

Streszczenie: Reforma systemu ochrony zdrowia i decentralizacja zadań z tego zakresu sprawiły, że samorząd terytorialny zyskał szereg ważnych kompetencji i obowiązków, których realizacja znajduje odzwierciedlenie w wydatkach jego jednostek i wpływa na poziom ich zadłużenia. Niniejsze opracowanie poświęcone jest analizie tych wielkości w latach 2002-2011 oraz diagnozie najważniejszych problemów i konsekwencji związanych z wypełnianiem zadań ochrony zdrowia przez samorząd w Polsce.

Słowa kluczowe: finansowanie ochrony zdrowia, samorząd terytorialny.

DOI: 10.15611/pn.2013.319.10

1. Wstęp

Ochrona zdrowia należy do najważniejszych obszarów działalności władz publicznych, zobligowanych przepisami Konstytucji RP (DzU z 1997, nr 78, poz. 483) do zapewnienia obywatelom równego – niezależnie od ich sytuacji materialnej – dostępu do opieki medycznej. Częściowe przekazanie zadań i prowadzenia polityki w tym zakresie jednostkom samorządu terytorialnego (JST) oznaczało nie tylko powierzenie im powinności, które z natury rzeczy mają lokalny charakter – jest bowiem w pełni uzasadnione, aby uczestniczyły one w ich wypełnianiu, ale również włączenie samorządu w podjętą pod koniec ubiegłego wieku reformę systemu ochrony zdrowia w Polsce i proces jego sanacji. Celem niniejszego opracowania jest analiza i ocena zaangażowania samorządu terytorialnego (w tym poszczególnych jego szczebli) w realizację i finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce oraz próba odpowiedzi na pytanie, jakie rezultaty przyniosło „wciągnięcie” go we wskazaną powyżej reformę. Pogłębiona analiza wydatków samorządowych na ochronę zdrowia przeprowadzona zostanie w oparciu o dane (z uwagi na ich dostępność) dotyczące jednostek z województwa lubelskiego.

2. Zadania samorządu terytorialnego w dziedzinie ochrony zdrowia

Powinności, jakie samorząd terytorialnym zobowiązany jest wypełniać w dziedzinie opieki zdrowotnej, określone zostały ogólnikowo w przepisach ustaw ustrojowych, a precyzyjnie – w ustawach szczegółowych. Zadaniem wszystkich jednostek samorządu jest tworzenie strategii i planowanie polityki ochrony zdrowia, której koordynacja pozostaje w gestii samorządu województwa, a także podejmowanie działań i promowanie zdrowia publicznego. Do kompetencji gmin, powiatów i województw należy także tworzenie, przekształcanie oraz likwidacja zakładów opieki zdrowotnej i chociaż działania takie podejmowane są przez samorząd fakultatywnie, niewątpliwie należą do jego najważniejszych powinności.

Szczegółowe omówienie zadań każdego ze szczebli samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia wykracza poza ramy niniejszego opracowania, wskazane więc zostaną tylko najważniejsze z nich. Kompetencje gmin w tej dziedzinie określono bardzo szeroko. Ich zasadniczą rolą jest zapewnienie świadczenia usług głównie podstawowej opieki zdrowotnej, obejmującej profilaktykę, diagnostykę, leczenie, rehabilitację oraz pielęgnację z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, pediatrii i stomatologii, a także leczenie uzależnień w placówkach ambulatoryjnych. Do istotnych zadań gmin o charakterze obowiązkowym należy zaliczyć również pokrywanie wydatków na świadczenia zdrowotne osób bezdomnych oraz innych, niemających żadnych źródeł utrzymania i nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym (DzU z 2004, nr 64, poz. 593).

Zadania powiatów również są liczne i obejmują bardzo istotny aspekt ochrony zdrowia, jakim jest szpitalnictwo ogólne. Szpitale specjalistyczne pozostają natomiast w gestii województw samorządowych, które dodatkowo zakładają i prowadzą zakłady psychiatryczne. Jednostki tego szczebla wypełniają także ważne zadania w zakresie leczenia uzależnień oraz dbają o zdrowie osób wykonujących zadania służby zdrowia. Dodatkowo województwa uczyniono współodpowiedzialnymi za inspirowanie i promowanie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzację ochrony zdrowia.

3. Reforma systemu opieki zdrowotnej i jej konsekwencje dla JST

Najważniejsze zmiany, jakim podlegała opieka zdrowotna w Polsce, polegały na odseparowaniu w 1999 r. dwóch dotychczas pełnionych przez państwo funkcji, tj. organizatora ochrony zdrowia od płatnika [Frączkiewicz-Wronka (red.) 2002, s. 172], którym obecnie jest Narodowy Fundusz Zdrowia, oraz na rozdzieleniu funkcji płatnika i świadczeniodawców [Nojszewska 2011, s. 180]. Liczono, że dzięki temu nastąpi dostosowanie zakresu wykonywanych usług do wielkości środków przekazywanych przez płatnika, a równocześnie powstanie konkurencja na rynku świadczeniodawców, co przyczyni się do poprawy funkcjonowania całego systemu. Nie-

zwykle istotnym elementem reformy było zaangażowanie samorządu terytorialnego w proces naprawy systemu ochrony zdrowia poprzez komunalizację mienia oraz nadanie gminom, a także właśnie utworzonym powiatom i województwom statusu organu założycielskiego i nadzorczego dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) [Frączkiewicz-Wronka (red.) 2002, s. 173]. Paradoksem wprowadzanych zmian było m.in. to, że samorząd, w tym dwa nowe szczeble, stał się organem założycielskim dla zakładów, których nie utworzył¹. Co więcej, gminom, powiatom i województwom nie zapewniono instrumentów prawnych pozwalających na skuteczną ingerencję w ich gospodarkę finansową ani możliwości oddziaływania na wysokość i sposób rozdysponowania środków otrzymywanych przez SP ZOZ, które to kompetencje przypisano płatnikom. Samorzady pozbawiono także uprawnień do finansowania bieżącej działalności tych podmiotów², obarczając je natomiast odpowiedzialnością za ujemny wynik finansowy zakładów. W sytuacji, gdy nie byłyby one w stanie pokryć go we własnym zakresie, samorząd miał podjąć decyzję o zmianie formy gospodarki finansowej zakładu lub o jego likwidacji, pokrywając równocześnie stratę środkami budżetowymi, a więc w rezultacie przejmując długi i dalsze finansowanie tych podmiotów. Samorzady, starając się uniknąć tych jakże niekorzystnych dla siebie konsekwencji, wspierały SP ZOZ, poręczając spłatę zaciągniętych przez nie kredytów, udzielając im pożyczek, a wreszcie umarzając je. Podjęcie nawet najbardziej radykalnych kroków, tj. likwidacji zakładu, nie zwalniało bowiem JST z konieczności zapewnienia dostępu do opieki zdrowotnej mieszkańcom danego obszaru.

Chociaż problemy zadłużenia SP ZOZ przez wiele lat bagatelizowano i wyraźnie brakowało rozwiązań systemowych, które umożliwiłyby rozwikłanie tego problemu w skali kraju, podejmowano pewne działania zmierzające do poprawy kondycji finansowej zakładów. Inicjowano je zarówno na poziomie państwa, jak i samorządu. Przejawiały się one w podejmowaniu różnych interwencji, opartych zarówno na przepisach ustawowych³ i programach rządowych, których celem była restrukturyzacja finansowa SP ZOZ, jak i przepisach wdrażanych na szczeblu samorządowym, zmierzających do restrukturyzacji własnościowej zakładów [Wójtowicz 2011, s. 407].

Oceniając efekty reformy systemu ochrony zdrowia, przychylić się można do stwierdzenia, że na początku 1999 r. „administracja rządowa przerzuciła na samorząd terytorialny odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie opieki zdrowotnej”

¹ W praktyce te zakłady funkcjonowały od dłuższego czasu, co znacznie utrudniało ich nadzorowanie i kontrolę.

² Ustawodawca ograniczył możliwość wspierania SP ZOZ do następujących przypadków: dofinansowanie inwestycji i remontów, pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji pracowników, realizacja programów zdrowotnych, profilaktyki i promocji zdrowia oraz w razie wystąpienia klęski żywiołowej.

³ Przede wszystkim w oparciu o przepisy ustawy o pomocy publicznej... (DzU z 2005, nr 78, poz. 684).

[MZ 2008, s. 28] na poziomie lokalnym oraz regionalnym. Obarczyła go niezreformowanym sektorem wykazującym stałą tendencję do zadłużania się, nie biorąc pod uwagę skali zobowiązań SP ZOZ i możliwości ich uniesienia przez samorząd [Kuchniarz 2010, s. 19]. Uwolniła się w ten sposób od bardzo poważnego problemu, jakim jest organizacja i finansowanie ochrony zdrowia, rezerwując dla siebie rolę arbitra i regulatora, niejednokrotnie zresztą niefrasobliwego, o czym świadczy choćby ustawa 203. Obowiązujące od niedawna przepisy ustawy o działalności leczniczej (DzU z 2011, nr 112, poz. 654) zawierają przełomowe wprost rozwiązania, jeśli chodzi o odpowiedzialność JST za zadłużenie zakładów opieki zdrowotnej i konieczność zapewnienia świadczenia usług medycznych – zwalniając je z tego obowiązku. Przepisy wskazanej regulacji lansują przekształcanie SPZOZ w spółki kapitałowe, stosując przy tym zachęty do w miarę szybkiego ich prywatyzowania i komercjalizowania.

4. Wydatki i zadłużenie JST wynikające z realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia

Wydatki ponoszone przez JST są finansowym odzwierciedleniem realizowanych przez nie zadań, dlatego ich analiza jest ważna, aby ocenić rolę i zaangażowanie samorządu w zakresie wykonywania zadań ochrony zdrowia, a rozszerzając badania również na zadłużenie – konsekwencje uwikłania go w reformę systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Tabela 1. Wydatki JST na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2002-2011

Wyszczególnienie	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Wydatki ogółem JST (mld zł)	83,18	80,96	91,39	103,81	120,04	129,11	145,18	167,83	177,77	181,6
Wydatki JST na ochronę zdrowia (mld zł)	1,98	1,91	2,11	2,58	3,02	3,06	3,68	4,11	3,95	3,89
gminy	0,36	0,34	0,37	0,41	0,44	0,45	0,51	0,53	0,56	0,41
powiaty	0,63	0,61	0,61	0,64	0,80	0,72	1,03	1,17	1,39	1,52
MPP	0,51	0,46	0,61	0,68	0,78	0,81	0,91	0,98	1,06	0,98
województwa	0,48	0,50	0,52	0,87	1,00	1,08	1,23	1,43	0,94	0,98
Przyrost wydatków na ochronę zdrowia JST (%)	-3,54	10,47	22,27	17,05	1,32	20,26	11,68	-3,89	-1,52	-3,54
Udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach ogółem JST	2,38	2,36	2,31	2,49	2,56	2,37	2,53	2,45	2,22	2,14

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [RM 2003-2012].

Dane zawarte w tabeli 1 nie wskazują na to, aby zadania ochrony zdrowia należały do priorytetowych kierunków wydatkowania środków przez samorząd. Nakłady przeznaczane corocznie na ten cel wykazywały pewien stopień fluktuacji, ale udział wydatków na ochronę zdrowia w ogólnej strukturze wydatków JST w kraju był stabilny i mieścił się w granicach od 2,1% w 2010 r. do 2,6% w 2006 r. W ciągu dziesięciu lat objętych badaniem najwięcej środków na zadania z tej dziedziny przeznaczyły powiaty i województwa samorządowe, tj. po około 9 mld zł, które razem pokryły 60% wydatków samorządowych na ochronę zdrowia. Znaczny, bo kształtujący się na poziomie 26%, był także udział miast na prawach powiatu (MPP) w jej finansowaniu, natomiast w przypadku gmin sięgał on tylko 14%.

Cechą charakterystyczną wydatków ponoszonych przez samorząd terytorialny w Polsce na ochronę zdrowia było to, że bardzo duża ich część miała charakter majątkowy. Ta prawidłowość dotyczyła zwłaszcza województw samorządowych, które przeznaczały w ostatnich pięciu latach na rozwój infrastruktury aż 70-86% nakładów wydatkowanych na ochronę zdrowia. Również w MPP udział tej kategorii był wysoki, bo mieścił się w granicach 40-50%. W powiatach natomiast struktura wydatków na opiekę zdrowotną uległa w tym czasie istotnym zmianom, które polegały na drastycznym wprost zmniejszeniu udziału wydatków majątkowych z ponad 51% w 2008 r. do 26% w 2011 r. W gminach wydatki tego rodzaju stanowiły około 22% całości nakładów na ochronę zdrowia, a więc stosunkowo niewiele zarówno w ujęciu procentowym, jak i nominalnie na tle pozostałych szczebli samorządu [RM 2008-2012].

Wydatki na ochronę zdrowia tylko w przypadku budżetów powiatów i województw samorządowych absorbowwały znacznie większą ich część, tj. nieco ponad 6% w 2011 r. W dużych miastach na finansowanie zadań z tej dziedziny przeznaczono 1,5% całości pozostających w dyspozycji tych jednostek środków, a w gminach zaledwie 0,8%. Warto zwrócić uwagę na fluktuacje, jakim podlegały w tym zakresie wydatki na opiekę zdrowotną w powiatach, a zwłaszcza w województwach samorządowych na przestrzeni lat. W przypadku tej ostatniej grupy jednostek zaobserwować można wyraźne ograniczenie udziału nakładów na opiekę zdrowotną w ogólnej ich strukturze z 11,4% w 2005 do 6,2% w 2011 r., podczas gdy w powiatach wystąpiła tendencja odwrotna – udział ten wzrósł z 4,6% w 2005 do 6,3% w 2011 r.

Szczegółowa analiza zadań, których realizacja stanowiła największe obciążenie finansowe dla samorządu, przeprowadzona zostanie w oparciu o dane pozyskane z RIO w Lublinie, dotyczące jednostek położonych na terenie województwa lubelskiego. Głównym zadaniem gmin, tj. absorbującym największą, bo wynoszącą 60-84%, część ich wydatków na opiekę zdrowotną, było w latach 2002-2011 przeciwdziałanie alkoholizmowi. Zadanie to ma charakter obligatoryjny, a źródłem jego finansowania są głównie dochody z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych. Środki wydatkowane przez gminy na ten cel przeznaczono głównie na wypłaty wynagrodzeń i zakupy usług. Dużą ich część przekazywano też w formie dotacji na zadania zlecone organizacjom pożytku publicznego, stowarzyszeniom i fundacjom oraz innym podmiotom zajmującym się problemem alkoholizmu.

Tabela 2. Wielkość wydatków na ochronę zdrowia w JST województwa lubelskiego w latach 2002-2011 (w mln zł)

Wyszczególnienie	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gminy	15,0	14,9	15,2	16,3	17,7	18,9	20,1	19,3	25,6	21,7
Powiaty	29,1	27,2	38,1	41,3	41,2	47,6	93,8	50,2	77,5	86,7
MPP	18,5	17,6	35,7	40,3	15,2	16,6	20,7	25,7	27,7	29,9
Województwo	25,4	34,5	33,5	31,1	50,5	66,1	66,6	85,9	46,4	57,9
Razem	88,0	94,2	122,5	129	124,6	149,2	201,2	181,1	177,2	196,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych RIO w Lublinie.

Na zwalczanie narkomanii, również będące obowiązkowym zadaniem gmin, wydatkowano większe kwoty, stanowiące od 4 do 6% całości środków na ochronę zdrowia od 2006 r. Natomiast na inne zadania, ściśle już związane z opieką zdrowotną, jednostki te przeznaczały o wiele mniejsze nakłady, a znaczniejsze (których wielkość bardzo się zresztą różniła w kolejnych latach)⁴ kierowano tylko na lecnicstwo ambulatoryjne oraz szpitale ogólne i w większości służyły one finansowaniu inwestycji.

W latach 2002-2011 struktura wydatków powiatów na ochronę zdrowia podlegała fluktuacjom. Podstawowym ich źródłem było dofinansowanie szpitali ogólnych i pokrywanie składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz finansowanie świadczeń za osoby nieobjęte obowiązkiem ubezpieczenia. Wspieranie szpitalnictwa, które przede wszystkim polegało na dofinansowaniu inwestycji, absorbowало najwięcej środków wydatkowanych przez powiaty w Lubelskiem w latach 2004-2008, tj. od 43 do 67% nakładów na ochronę zdrowia, i stanowiło główną przyczynę wspomnianej zmienności struktury. W następnych latach wskaźnik ten wyraźnie się zmniejszył do 8-9% w 2009 i 2011 r., natomiast w 2010 r. ponownie był wysoki (28%), co wiązało się z pokryciem ujemnego wyniku i przejęciem zobowiązań zlikwidowanego SP ZOZ przez powiat biłgorajski⁵. Wydatki związane z opłacaniem składek i świadczeń zdrowotnych przez powiaty stanowiły od 33% w 2008 r. do 90% w 2009 r. nakładów powiatów ziemskich na opiekę zdrowotną.

Powiaty grodzkie, chroniąc zdrowie swoich mieszkańców, finansowały głównie składki i świadczenia zdrowotne dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia, co pochłaniało w latach 2002-2011 od 11 do 55% ich wydatków na ochronę zdrowia, oraz przeciwdziały alkoholizmowi, na które to zadanie przeznaczały od 16 do 40% tychże wydatków. Do znaczniejszych, a zarazem absorbujących od 2006 r. dość stałą ich część, tj. 5-6%, należały także wydatki na izby wytrzeźwień. Bardzo zmienne

⁴ W okresie 2002-2011 w gminach w Lubelskiem udział wydatków na lecnicstwo ambulatoryjne wynosił od 1% w 2007 r. do 11% w 2010 i 2011 r., a na szpitale ogólne od 1,4% w 2002 r. do 14% w 2008 r.

⁵ Co sprawiło, że udział wydatków na ochronę zdrowia w powiecie biłgorajskim wyniósł 12,7%, podczas gdy średnio w powiatach województwa kształtował się na poziomie 5,2% [RIO, s. 38].

były natomiast nakłady, a w konsekwencji także ich udział w całości wydatków na ochronę zdrowia, ponoszone przez powiaty grodzkie na szpitalnictwo ogólne i leczenie ambulatoryjne. Ta zmienność wynikała z faktu, że ponoszono je niejednokrotnie w sytuacjach przymusowych i wynikały one z oddłużania placówek, wobec których powiaty grodzkie pełniły funkcję organu założycielskiego, czy udzielania im dotacji podmiotowych⁶.

Głównym obciążeniem dla województwa lubelskiego w dziedzinie ochrony zdrowia było współfinansowanie szpitali ogólnych, na które przeznaczano 19-76% ogółu wydatków na zdrowie oraz lecznictwo psychiatryczne, absorbujące w poszczególnych latach od 0,6 do 16% tychże wydatków; cechowała je więc ogromna zmienność. Przeważnie służyły one pokrywaniu kosztów inwestycji⁷, a także dotowaniu publicznych placówek. Województwa przeznaczały też w latach 2002-2011 istotne środki na finansowanie zadań medycyny pracy (tj. od 7,3% w 2007 r. do 11,4% w 2010 r.)⁸.

Konsekwencją decentralizacji zadań w dziedzinie ochrony zdrowia, poza wydatkami, które – jak wynika z przedstawionej powyżej analizy – nie są bardzo dużym obciążeniem dla samorządów, a dodatkowo w znacznej części pokrywane są dotacjami z budżetu państwa, wiązać się bowiem z realizacją zadań zleconych, jest także zadłużenie samorządów wynikające z pełnienia przez nie funkcji organu założycielskiego dla SP ZOZ.

Tabela 3. Zadłużenie JST w Polsce w latach 2002-2011

Wyszczególnienie	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Zobowiązania SPZOZ nadzorowanych przez JST (mld zł)	3,0	4,4	5,2	5,8	5,7	4,9	4,7	4,4	4,2	4,1
Zobowiązania własne JST w Polsce (mld zł)	15,4	17,3	19,1	21,2	24,9	25,8	28,8	40,3	55,1	65,8
Udział zobowiązań JST w dochodach JST (%)	19,2	21,8	20,9	20,6	21,3	19,7	20,2	26,0	33,8	38,4
Udział skumulowanych* zobowiązań w dochodach JST (%)	23,0	26,8	26,8	26,4	26,3	23,4	23,5	28,9	36,4	40,8

Źródło: opracowanie na podstawie: [KRRIO 2003-2012].

Na podstawie danych zawartych w tabeli 3 stwierdzić można, że wielkość zobowiązań SP ZOZ, wobec których JST pełnią funkcje organów założycielskich rosła

⁶ Udział wydatków na szpitale ogólne wynosił w latach 2002-2011 przeważnie około 1%, ale w 2005 r. wzrósł do 57%, co wiązało się z likwidacją publicznego szpitala w Zamościu. Wydatki na lecznictwo ambulatoryjne do 2004 r. bardzo szybko rosły, a ich udział w 2004 r. sięgnął aż 65%. W kolejnych latach sytuacja zaczęła się stabilizować i zmniejszał się on stopniowo do zaledwie 4% w 2011 r.

⁷ Duża ich część pokryta została środkami bezzwrotnej pomocy głównie z UE.

⁸ Do 2008 r. znaczną część wydatków województwa na ochronę zdrowia stanowiło finansowanie staży i specjalizacji medycznych, które to zadanie nie należy już do obowiązków województw samorządowych.

do 2005 r., a podejmowane w późniejszych latach działania restrukturyzacyjne nie przynosiły zakładanych rezultatów, gdyż spadek zadłużenie zakładów był powolny i w sumie niewielki. W efekcie jego udział w skumulowanym zadłużeniu samorządu terytorialnego, zwłaszcza do 2007 r., kształtował się na wysokim poziomie, a w latach 2004-2005 sięgał nawet prawie 6%. Analizując zagrożenie, jakie zobowiązania SP ZOZ stanowiły dla poszczególnych szczebli struktury samorządowej, stwierdzić należy, że w przypadku gmin i MPP zobowiązanie te nie przyczyniały się w znacznym stopniu do pogorszenia relacji długu tychże jednostek do ich dochodów⁹.

Tabela 4. Udział skumulowanych zobowiązań w dochodach JST w latach 2003-2011

Wyszczególnienie	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Udział skumulowanych zobowiązań w dochodach									
Powiaty	27,9	29,2	30,5	32,8	29,4	27,3	28,3	31,3	32,1
Województwa	56,2	43,3	52,4	46,1	37,8	34,2	25,8	43,9	50,5
Udział zobowiązań w dochodach									
Powiaty	11,0	11,9	13,2	16,8	16,3	15,9	19,5	24,2	26,1
Województwa	14,1	8,1	12,5	29,0	17,8	18,1	15,6	30,4	36,9

Źródło: opracowanie na podstawie: [KRRIO 2004-2012].

W szczególnie niekorzystnej sytuacji znajdowały się natomiast (co pozostaje aktualne do dziś) powiaty i województwa odpowiadające za szpitale ogólne i specjalistyczne, które nie potrafiły dostosować swoich wydatków do, w wielu przypadkach, niestety zbyt niskich kontraktów zawieranych z NFZ. Przejęcie przez powiaty zobowiązań nadzorowanych przez nie SPZOZ skutkowało pogorszeniem relacji zadłużenia do dochodów o od ponad 17 p.p. w latach 2004-2005 do 6 p.p. w 2011¹⁰, w przypadku województw – aż od 42 p.p. w 2003 r. do 10 p.p. w 2009 r. O ile w powiatach sytuacja pod tym względem stopniowo normalizowała się, o tyle niestety w województwach – po kilku latach systematycznej poprawy – w okresie 2010-2011 znów uległa pogorszeniu. Dodać także należy, że w przypadku niektórych jednostek przejęcie zobowiązań SPZOZ doprowadziłoby do przekroczenia ustawowego limitu długu jednostki, a więc 60% jej dochodów¹¹. Takie zagrożenie dotyczyło m.in. samorządowego województwa lubelskiego w latach 2008 i 2011. Niestety, również sytuacja powiatów w Lubelskiem przedstawiała się pod tym względem gorzej niż przeciętnie w kraju [zob. KRRIO 2007-2011].

⁹ W latach 2010-2011 w przypadku gmin prowadziły one do pogorszenia relacji o 0,2 p.p., a w przypadku miast na prawach powiatu o 0,4-1 p.p.

¹⁰ O zagrożeniu dla sytuacji finansowej powiatów wynikającej z odpowiedzialności za długi SP ZOZ zob.: [Babczuk 2010].

¹¹ W 2011 r. sytuacja taka dotknęłaby 19 powiatów, 5 województw i 3 gmin.

5. Podsumowanie

Obserwacja zmian, jakie od końca lat 90. ubiegłego stulecia wprowadzano do systemu ochrony zdrowia w Polsce, skłania do konkluzji, iż znajduje się on w stanie permanentnej i niekończącej się reformy, a przy tym wciąż daleki jest od modelu, który można by uznać za docelowy i zasługujący na pozytywną ocenę. Powierzenie samorządowi terytorialnemu zadań z zakresu ochrony przyniosło zarówno pozytywne, jak i negatywne rezultaty. Przede wszystkim umożliwiło mu podejmowanie decyzji dotyczących opieki zdrowotnej odpowiadającej lokalnym potrzebom. Z uznaniem należy ocenić troskę wielu jego jednostek o jakość infrastruktury technicznej i wyposażenie w aparaturę medyczną podległych im zakładów i ich dofinansowanie w tym zakresie, a także podejmowane przez niektóre samorzady działania mające na celu racjonalizację sieci placówek ochrony zdrowia. Stwierdzić jednak należy, że nie są one niestety podejmowane systemowo i konsekwentnie; decyzje o likwidacji SP ZOZ – przeważnie niezyskujące aprobaty społeczności lokalnej i pracowników zakładów, które często są największymi pracodawcami w danej JST – władze samorządowe (obawiające się o swoje stanowiska) podejmują raczej w ostateczności. Odczuwalny jest brak spójnej polityki w skali kraju i współpracy między samorządami, które pozwoliłyby dostosować liczbę placówek medycznych i ich wyposażenie w specjalistyczny i bardzo kosztowny sprzęt medyczny do rzeczywistych potrzeb. Odnosząc się do efektów zaangażowania samorządu terytorialnego w reformę systemu ochrony zdrowia w Polsce, należy ocenić je krytycznie, i to nie ze względu na niedostateczną aktywność i skuteczność jego jednostek w realizacji powierzonych im zadań (pozostawiającą w gruncie rzeczy wiele do życzenia). Powodem tego są przede wszystkim błędne i nieodpowiedzialne założenia, leżące u podstaw samej reformy, oraz przyjęte rozwiązania ustawowe, których wprowadzenie, zamiast „uzdrowić” system i spowodować, że SP ZOZ zaczną funkcjonować tak, by się nie zadłużały, doprowadziły do przeniesienia „infekcji” na szczebel samorządowy. Nieprzygotowane merytorycznie i finansowo JST¹² uwikłano w problemy funkcjonowania i finansowania opieki zdrowotnej w Polsce, których nie potrafiono rozwiązać na szczeblu państwowym. W konsekwencji odpowiadają one za zobowiązania SPZOZ przerastające corocznie wydatki JST na ochronę zdrowie, których pokrycie miałyby katastrofalne konsekwencje dla wielu jednostek. Podkreślenia wymaga fakt, że wydatki te stanowią w gruncie rzeczy niewielki odsetek środków przeznaczanych w naszym kraju na opiekę zdrowotną (w 2011 r. niespełna 4% wydatków ogółem na ten cel). Przyjęte w 2011 r. rozwiązania w ustawie o działalności leczniczej również nie napawają optymizmem. Wprawdzie dają samorządom możliwość „uwolnienia się od balastu”, jakim są dla nich SPZOZ i ich zadłużenie, ale równocześnie rodzą obawy, że i tak trudny już dostęp do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych zostanie Polakom jeszcze bardziej utrudniony.

¹² Samorząd nie otrzymał z budżetu państwa żadnych dodatkowych środków na ten cel.

Literatura

- Babczuk A. (2010), *Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej jako źródło zagrożenia sytuacji finansowej samorządu powiatowego*, „Finanse Komunalne”, nr 7-8.
- Frączkiewicz-Wronka A. (red.) (2002), *Samorządowa polityka społeczna*, Wyd. WSP TWP, Warszawa.
- Konstytucja 1997, Konstytucja RP z 2 kwietnia 1997 r., DzU nr 78, poz. 483, ze zm.
- KRRIO (2003-2012), *Sprawozdanie z działalności Regionalnych Izb Obrachunkowych i wykonania budżetu przez jednostki samorządu terytorialnego w latach 2002-2011*, Warszawa.
- Kuchniarz M. (2010), *Samorząd terytorialny a ochrona zdrowia – systemowe uwarunkowania działań restrukturyzacyjnych (na przykładzie Dolnego Śląska)*, „Finanse Komunalne”, nr 7-8.
- Nojszewska E. (2011), *System ochrony zdrowia w Polsce*, Lex a WoltersKluwer business, Warszawa.
- RIO (2010) v, *Wykonanie budżetów jednostek samorządu terytorialnego woj. lubelskiego w 2010 roku*, RIO w Lublinie, <http://www.bip.lublin.rio.gov.pl/?a=1810>.
- RM (2003-2012), *Sprawozdania z wykonania budżetu państwa. Informacja o wykonaniu budżetów jednostek samorządu terytorialnego za lata 2002-2011*, Warszawa.
- Ustawa z dn. 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, DzU nr 64, poz. 593 ze zm.
- Ustawa z dn. 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, DzU nr 78, poz. 684 ze zm.
- Ustawa z dn. 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU nr 112, poz. 654.
- Wójtowicz K. (2011), *Przesłanki, zakres i skutki przekształceń własnościowych SPZOZ przeprowadzanych przez JST w latach 1999-2010*, [w:] J. Szolno-Koguc (red.), *O nowy model finansów samorządowych*, Annales UMCS Sectio H Oeconomia, vol. XXVI. MZ 2008, Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II, Warszawa, listopad.

REALIZATION OF HEALTH CARE TASKS BY TERRITORIAL AUTHORITIES IN POLAND – PROBLEMS AND EVALUATION OF CURRENT SITUATION

Summary: The study is devoted to the analysis of expenditure and debt, as well as the most important problems faced by local government in Poland with respect to health care tasks in 2002-2011.

Keywords: financing of health care, local government.