

## Ochrona zdrowia w jednostkach samorządu terytorialnego – finansowanie z budżetu centralnego w latach 2011-2017

dr hab. Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska,  
prof. Uniwersytetu Łódzkiego  
Instytut Ekonomik Stosowanych i Informatyki

### Wprowadzenie

Możliwość rozwoju społecznego zależy m.in. od stanu zdrowia obywateli, stąd inwestowanie przez władze publiczne w podnoszenie poziomu zdrowia społeczeństwa staje się decyzją społecznie i ekonomicznie konieczną. Polityka zdrowotna państwa powinna stać się wyrazem paradygmatu rozwoju współczesnego państwa. Przyjęcie przez państwo zobowiązania zwiększenia nakładów na publiczny system opieki zdrowotnej do 6% PKB w 2024r.<sup>1</sup> może stanowić przejaw takiej postawy. Będzie to jednak wymagało nie tylko znacznego „przyspieszenia” tempa zwiększania nakładów, ale również podjęcia działań zmierzających do poprawy efektywności w wydatkowaniu środków<sup>2</sup>.

Ważnym zadaniem państwa jest wspieranie systemu zdrowotnego na poziomie lokalnym, ponieważ to władze lokalne odpowiadają za organizację usług medycznych na terenie swojego działania (m.in. koordynację świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej i opieki specjalistycznej), jak również za profilaktykę i promocję zdrowia. Każde województwo tworzy własny program rozwoju i ustala priorytety regionu, równocześnie realizując zadania programów krajowych, tak aby zapewnić efekt synergii. Działania w zakresie opieki

zdrowotnej powinny realizować cele dotyczące zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli (względy społeczne); a w długim okresie również dotyczące zabezpieczenia jakości kapitału ludzkiego, jako zasobu pracy, co może przyczynić się do rozwoju gospodarczego (względy ekonomiczne). Stąd władze publiczne powinny postrzegać wydatki na ochronę zdrowia, jako inwestycję o charakterze społeczno-gospodarczym. Inwestycję, która nie powinna stać się przedmiotem oszczędności, dlatego należy pochylić się nad wielkością środków przekazywanych z budżetu centralnego na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia.

Celem artykułu jest przedstawienie zadań jednostek samorządu terytorialnego z zakresu ochrony zdrowia oraz analiza zmian w ich finansowaniu ze środków budżetu centralnego – dotacje z lat 2011-2017. Analizę przeprowadzono na podstawie informacji o wykonaniu budżetów jednostek samorządu terytorialnego (publikowanych na stronie Ministerstwa Finansów) na dwóch płaszczyznach:

- dotacji na zadania zlecone (z zakresu administracji rządowej),
- dotacji na zadania własne.

Uwaga została skoncentrowana na wpływach z budżetu centralnego do budżetów województw, powiatów i miast na prawach powiatów.

### Zadania jednostek samorządu terytorialnego – wprowadzenie

Z artykułu 68 Konstytucji RP wynika, że prawo do ochrony zdrowia ma bezwzględnie każdy obywatel (i wyklucza się wyłączenia z tego przepisu pod jakimkolwiek względem). Przedmiotem prawa do ochrony zdrowia jest dostęp do

1 Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z 5 lipca 2018r., Dz.U. 2018 poz 1532

2 Jest to istotne wyzwanie, gdyż z raportu „Health at a Glance 2018”, przygotowanego dla krajów europejskich przez OECD i KE, wynika, że nawet jedna piąta wydatków na zdrowie jest marnotrawiona. [www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm](http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm)

świadczeń zdrowotnych, natomiast z jego charakteru wynika, iż ma być on równy dla wszystkich obywateli<sup>3</sup>. Ponadto w zakresie ochrony zdrowia Konstytucja, za odpowiedzialną podaje władzę publiczną, a uwzględniając zasadę decentralizacji<sup>4</sup> – jednostki samorządu terytorialnego. Uszczegółowienie tej zasady można odnaleźć w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>5</sup>.

Struktura samorządu terytorialnego w Polsce – województwa – powiaty – gminy pozwala na daleko idącą decentralizację działań publicznych. Przyczynia się ona do tego, że „w terenie” to województwa realizują zadania, mające na celu koordynowanie oraz dynamizowanie zjawisk o charakterze gospodarczym i społecznym<sup>6</sup>, a część zadań przekazana jest do niższych szczebli samorządu (realizujących zarówno działania własne, jak i zlecone – z zakresu administracji rządowej).

Samorząd wojewódzki – z mocy prawa – powołany jest do samodzielnego wykonywania zadań administracji publicznej. Głównym zadaniem samorządu województwa jest podniesienie standardu życia mieszkańców (w ramach realizacji strategii rozwoju regionu), co wiąże się z obowiązkiem działań na rzecz podnoszenia poziomu ochrony zdrowia. Do zadań tych można zaliczyć działania w zakresie<sup>7</sup>: promocji i ochrony zdrowia, pomocy społecznej, ochrony środowiska, kultury fizycznej i turystyki.

Zadania realizowane przez powiat – jednostkę samorządową drugiego stopnia – mają charakter ponadgminny<sup>8</sup>. Do zadań w obszarze wsparcia ochrony zdrowia, można zaliczyć: promocję zdrowia, pomoc społeczną, wspieranie osób nie-

pełnosprawnych, kulturę fizyczną i turystykę, gospodarkę wodną, ochronę środowiska i przyrody. Jednak samo wymienienie zadań – w ustawie o samorządzie powiatowym – nie jest jednoznaczne z przymusem wypełnienia tych zadań, gdyż ten katalog zadań nie został powtórzony w przepisach prawa materialnego.

Do zadań – w kontekście szeroko pojętej ochrony zdrowia – gminy, jako podstawowej jednostki samorządu terytorialnego, należą kwestie dotyczące m.in.<sup>9</sup>: ładu przestrzennego, ochrony środowiska, ochrony przyrody, gospodarki wodnej, wodociągów, zaopatrzenia w wodę i kanalizacji, usuwania i oczyszczania ścieków komunalnych, utrzymania porządku i czystości oraz urządzeń sanitarnych, wysypisk i unieszkodliwiania odpadów komunalnych, kultury fizycznej i turystyki w tym terenów rekreacyjnych i urządzeń sportowych, zieleni gminnej i zadrzewień, cmentarzy gminnych, czy polityki prodrobinnej (w tym zapewnia kobietom w ciąży opieki socjalnej, medycznej i prawnej), oraz pomocy społecznej (w tym ośrodków i zakładów opiekuńczych) i ochrony zdrowia. Warto wspomnieć, że jeżeli ustawowo nie przyznano określonych zadań w powyższych dziedzinach innym podmiotom, to spoczywają one na gminie. Sama ustawa o samorządzie gminnym nie rozstrzyga, które z powyższych zadań mają charakter obligatoryjny, a które jedynie fakultatywny. Przesądzić mogą w tym wypadku poszczególne ustawy prawa materialnego<sup>10</sup>. Zatem zadania własne gminy w zakresie ochrony zdrowia, które nie są wskazane jako obowiązkowe w danym przepisie prawa materialnego, uznaje się za fakultatywne.<sup>11</sup>

Specyficzną jednostką samorządową jest miasto na prawach powiatu. Ma ono dualny charakter – jest połączeniem samorządu gminnego i powiatowego, z tego względu katalog zadań przez nie realizowanych jest poszerzony. Realizuje zadania gminy z przypisaną obligatoryjnie częścią zadań powiatu<sup>12</sup> (w sferze socjalnej, społecznej i infrastrukturalnej), mające wpływ na poziom rozwoju społeczno-gospodarczego i jakość życia społeczności lokalnej. W miastach na prawach powiatu mieszka przeszło jedna trzecia społeczeństwa, dlatego ich rola w kształtowaniu warunków życia Polaków jest istotna. A realizacja nałożonych na miasta na prawach powiatu zadań i utrzymanie odpowiedniego poziomu ich realizacji wymaga zabezpieczenia adekwatnej wielkości środków finansowych. Z uwagi na szeroki zakres realizowanych przez jednostki sa-

3 Jednak pewne grupy: dzieci, kobiety ciężarne, osoby niepełnosprawne, osoby w wieku podeszłym mają mieć zapewnioną tzw. szczególną opiekę. zarówno standard jak i zakres usług świadczonym tym grupom powinien być znacznie większy. Obowiązek władz publicznych w takiej materii nie kończy się na finansowaniu opieki, ale również do jej zapewnienia.

4 Decentralizację można postrzegać w ujęciu:

- dynamicznym – oznacza przekazywanie zadań i środków na ich realizację z wyższych na rzecz niższych szczebli jednostek organizacyjnych;
- statycznym – oznacza stan wyposażenia niższych niż centralny szczebli organizacyjnych w zadania i środki ich realizacji, przy prawnym zabezpieczeniu samodzielności tych szczebli.

Za: Gajl N., *Finanse i gospodarka lokalna na świecie*, PWE, Warszawa 1993

5 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2018r. poz. 1510

6 Wojnicki J., *Samorząd lokalny w Polsce i Europie*, Wyższa Szkoła Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztora w Pułtusku, Pułtusk 2003, s. 72-73

7 Ofiarska M., Ciapała J. (red.), *Zarys prawa samorządu terytorialnego*, Przedsiębiorstwo Wydawnicze Ars boni et aequi, Poznań 2001, s. 132-133.

8 Ustawa regulująca funkcje i prace powiatu to Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym Dz.U. nr 142, poz. 1592 z późn. zm.

9 Dercz M., *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Municipium S.A., Warszawa 2005, s. 83

10 Nitecki S., Podgórski K., *Glosa do orzeczenia TK z dnia 23 października 1995r.*, K 4/95 „Samorząd terytorialny”, 1996/10/65

11 Agopszowicz A., Gilowska Z., *Ustawa o gminnym samorządzie terytorialnym*, Komentarz, wyd. 2, Warszawa 1999, s. 68

12 Dworakowska M., *Zarządzanie finansami miast na prawach powiatu*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 786, Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia, nr 64/2, 2013, s. 31

morządu terytorialnego zadań obok środków własnych, wykorzystują one środki pochodzące z budżetu centralnego (na zadania własne i zlecone), a także środki pochodzące z UE. Mogą wykorzystywać również środki z kredytów i pożyczek. Przedmiotem zainteresowania dalszej części artykułu będą tylko środki pochodzące z budżetu centralnego.

## Zadania jednostek samorządu terytorialnego – obszar opieki zdrowotnej

Podstawowa rola, jaką mogą pełnić jednostki samorządu w odniesieniu do obszaru ochrony zdrowia, sprowadza się do wypełnienia funkcji związanych z:

- organizowaniem ochrony zdrowia – w szczególności wypełnianie funkcji: właściciela (najczęściej założyciela) publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- nadzorowaniem działalności publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- byciem zarządcą publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz – w ograniczonym zakresie – płatnikiem.

Poniższy wykres przedstawia kierunki zmian w liczbie przychodni w latach 2011-2017, dla których organem założycielskim jest jednostka samorządu terytorialnego. Jak widać w poszczególnych województwach tendencje związane ze zmianami (zwiększaniem/ zmniejszaniem) liczby podmiotów mają różne kierunki. I wbrew intuicyjnemu oczekiwaniu nie jest to zawsze zmniejszanie liczby podmiotów. Z analizy re-

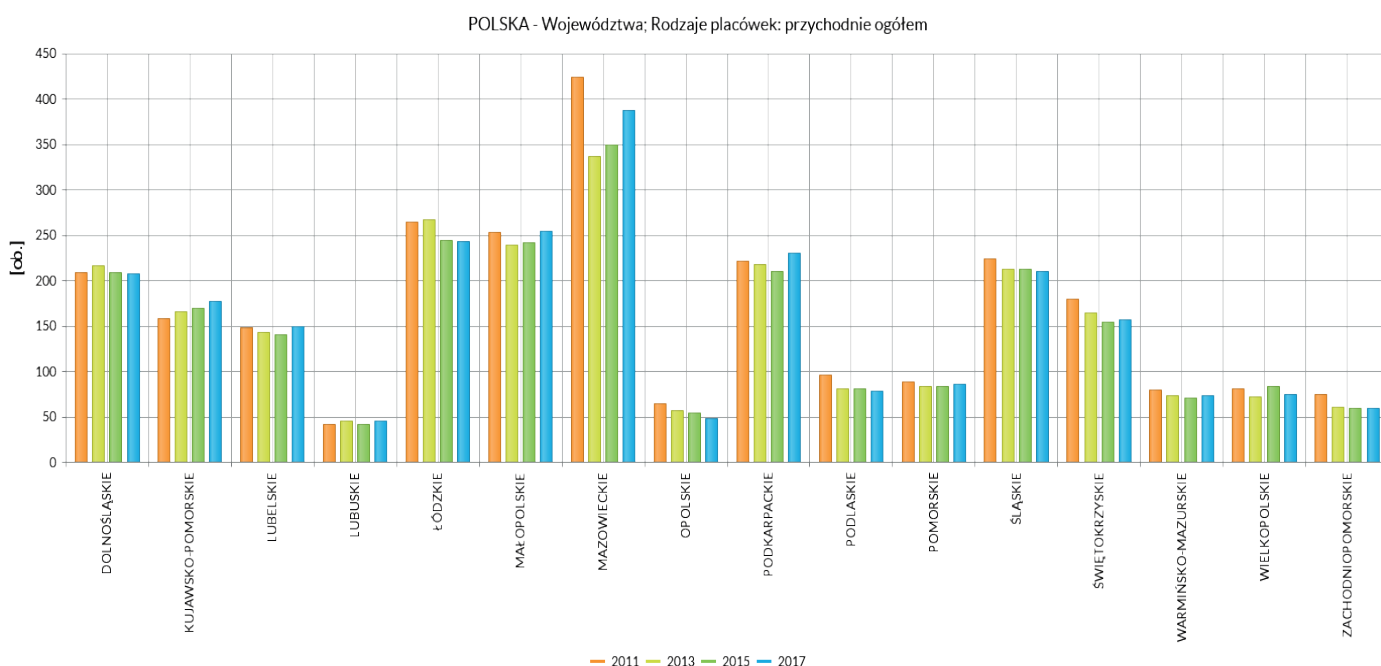
gresji dla poszczególnych lat wynika (R zawsze większe niż 0,7), że kierunek zmian jest skorelowany ze zmianami liczby mieszkańców danego województwa.

Uprawnienia samorządu województwa wynikają z kompetencji i obowiązków, jako organu założycielskiego dla SPZO-Zu<sup>13</sup> i obejmują m.in.: tworzenie, przekształcanie (w spółkę kapitałową na zasadach określonych w art. 70–82 ustawy o działalności leczniczej), łączenie i likwidację publicznych podmiotów zdrowotnych; nadawanie statutu; nawiązywanie stosunku pracy z kierownikiem zakładu; możliwość udzielania

13 Zgodnie z art.6, ust.2 Ustawy o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011r. (Dz.U. nr 112, poz. 654 z 2011r.) (dalej: UoDL) jednostka samorządu terytorialnego może tworzyć i prowadzić podmioty leczniczy w formie:

- spółki kapitałowej (nie stosuje się do niej przepisów o gospodarce komunalnej),
- jednostki budżetowej (do działalności leczniczej stosowane przez te podmioty stosuje się przepisy dotyczące działalności regulowanej w rozumieniu Ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z 2 lipca 2004r. Dz.U. z 2010r. nr 220, poz. 1447 i nr 239, poz. 1593 oraz z 2011r. nr 85, poz. 459 i nr 106, poz. 622).

Wykres. Przychodnie podległe samorządowi terytorialnemu (stan w dniu 31 grudnia)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie [www.gus.gov.pl](http://www.gus.gov.pl)

dotacji na określone w ustawie zadania<sup>14</sup>; pokrycie ujemnego wyniku finansowego<sup>15</sup> za rok obrotowy SPZOZu w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego (jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości); nadzór nad zakładem oraz promocję zdrowia i oddziaływanie na inne czynniki zdrowotności; a w szczególności:

- tworzy i utrzymuje wojewódzki ośrodek (lub ośrodki) medycyny pracy (co wynika z celu ochrony zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem pracy i sposobem jej wykonywania, a także w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi oraz finansuje działalność profilaktyczną wynikającą z programów chorób oraz programów promocji zdrowia w zakresie medycyny pracy)<sup>16</sup>;
- zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa tworzy i prowadzi podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz bierze udział w realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego (w tym w szczególności dzieci i młodzieży)<sup>17</sup>,
- realizuje zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania

problemów alkoholowych w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych; zarząd województwa organizuje na obszarze województwa podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia odwykowego oraz wojewódzki ośrodek terapii uzależnienia i współuzależnienia<sup>18</sup>;

- bierze udział w realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu<sup>19</sup>;
- realizuje zadania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w ramach programów polityki zdrowotnej.

Jak już zostało powiedziane, funkcje powiatu mają charakter uzupełniający i wyrównawczy w stosunku do funkcji gminy<sup>20</sup>. „W przeciwieństwie do kompetencji gminy, której przysługuje domniemanie kompetencji, zadania i kompetencje powiatu wynikają wprost z ustaw i powiat nie może wykonywać żadnych zadań, które nie zostały konkretnie wskazane w ustawie.<sup>21</sup> Przyjęte rozwiązanie w postaci pozytywnego wyliczenia rodzaju zadań powiatowych ma zapobiec konfliktom i sporom kompetencyjnym między gminami i powiatami.”<sup>22</sup>

Powiat wykonuje następujące zadania w zakresie opieki zdrowotnej:

- dofinansowuje uczestnictwo osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych oraz zapatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortope-

14 Zgodnie z art. 114, ust. 1 UoDL podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na:

- 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, a także remonty (podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymywać środki publiczne na te zadania w zakresie, w jakim realizacja tych zadań służy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z 2004r z późn.zm.);

- realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu UE lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie EFTA lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

- cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych;

- realizację programów wieloletnich;
- pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.

15 W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego w przedstawiony sposób podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy od upływu terminu określonego w art. 59, ust. 2 wydaje rozporządzenie, zarządzenie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji SPZOZu. Por. art. 59, ust. 4 UoDL

16 Ustawa z 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy; t.j. Dz.U. nr 125, poz. 1317 z późn.zm. z 2004

17 Ustawa z 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. nr 111, poz.535 z późn.zm.

18 Ustawa z 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, t.j. Dz.U. nr 70, poz. 473 z 2007r. z późn.zm.

19 Ustawa z 9 listopada 1995r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych; Dz.U. z 1996 nr 10, poz. 55 z późn.zm.

20 Ustawa o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej z 24 lipca 1998 (Dz.U. nr 106, poz. 668 z późn.zm.)

21 Do zadań publicznych powiatu o charakterze ponadgminnym należy zaliczyć: edukację publiczną; promocję i ochronę zdrowia; pomoc społeczną; politykę prorodziną; wspieranie osób niepełnosprawnych; transport zbiorowy i drogi publiczne; kulturę oraz ochronę zabytków i opiekę nad zabytkami; kulturę fizyczną i turystykę; geodezję, kartografię i katastrat; gospodarkę nieruchomości; administrację elektroniczno-budowlaną; gospodarkę wodną; ochronę środowiska i przyrody; rolnictwo, leśnictwo i rybactwo śródlądowe; porządek publiczny i bezpieczeństwo obywateli; ochronę przeciwpowodziową (w tym wyposażenie i utrzymanie powiatowego magazynu przeciwpowodziowego), przeciwpożarową i zapobieganie innym nadzwyczajnym zagrożeniom życia i zdrowia ludzi oraz środowiska; przeciwdziałanie bezrobociu oraz aktywizację lokalnego rynku pracy; ochronę praw konsumenta; utrzymanie powiatowych obiektów i urządzeń użyteczności publicznej oraz obiektów administracyjnych; obronność; promocję powiatu; współpracę z organizacjami pozarządowymi. Art. 4 Ustawy o samorządzie powiatowym z 5 czerwca 1998r. (t.j. Dz.U. nr 142, poz. 1592 z późn.zm. z 2001r.)

22 Byjoch K., Redeł S., *Prawo gospodarki komunalnej*, Wydawnictwa Prawnicze PWN, Warszawa 2000, s. 36 i nast.

- dyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów<sup>23</sup>;
- wystawia skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego i do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego oraz ustala szczegółowe zasady ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach<sup>24</sup>,
- tworzy powiatowy plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych, a także odpowiada za organizację i finansowanie działalności centrum powiadamiania ratunkowego<sup>25</sup>;
- organizuje i zapewnia usługi w odpowiednim standardzie w domach pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi<sup>26</sup>,
- bierze udział w realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego (w tym dzieci młodzieży)<sup>27</sup>,
- bierze udział w realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu<sup>28</sup>,
- realizuje zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych innych niż realizowane przez województwo<sup>29</sup>,
- realizuje zadania z zakresu inspekcji sanitarnej (nadzór sanitarny – m.in. higiena środowiska, higiena w szkołach i zakładach pracy, miejscach wypoczynku i rekreacji itp. oraz działania oświatowo-zdrowotne kierowane do mieszkańców powiatu)<sup>30</sup>,
- realizuje zadania w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom<sup>31</sup>,
- ustala rozkład godzin pracy aptek ogólnodostępnych<sup>32</sup>,

- zapewnia kobietom w ciąży opiekę medyczną, socjalną i prawną<sup>33</sup>,
- realizuje także zadania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w ramach programów polityki zdrowotnej.

Do zakresu działań gminy<sup>34</sup> należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, niezastrzeżone ustawami na rzecz innych podmiotów. Jest to zgodne z konstytucyjną zasadą pomocniczości, którą w tym kontekście należy rozumieć, jako kryterium podziału zadań między organami władz publicznych (jeżeli rozwiązywanie danej kwestii jest zadaniem publicznym, jest to zadanie najniżej usytuowanego organu władzy publicznej, który jest w stanie kwestię rozwiązywać); w praktyce nie ma więc zamkniętego katalogu zadań gminy. W zakresie opieki zdrowotnej gmina pełni funkcje organu założycielskiego dla SPZOZów (z uprawnieniami takimi, jak pozostałe jednostki samorządu terytorialnego) oraz odpowiada za promocję zdrowia i oddziaływanie na inne czynniki zdrowotności. Do szczegółowych zadań w zakresie ochrony zdrowia, podejmowanych przez samorząd gminny, można zaliczyć:

- realizację zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, powoływanie komisji do spraw przeciwdziałania alkoholizmowi, ustalanie w drodze uchwały, dla terenu gminy liczby punktów sprzedaży napojów zawierających powyżej 4,5% alkoholu oraz zasad ich rozmieszczenia<sup>35</sup>;
- ochronę zdrowia przed następstwami używania tytoniu oraz wspieranie w tym zakresie działalności medycznych samorządów zawodowych, organizacji społecznych, fundacji, instytucji i zakładów pracy, a także współdziałanie z Kościołami i związkami wyznaniowymi<sup>36</sup>;
- realizację usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (jako zadanie zlecone przez administrację rządową)<sup>37</sup>;
- realizację zadań w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi, a w szczególności rozpoznawanie i śledzenie sytuacji epidemiologicznej oraz podejmowanie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych celem unieszkodliwienia źródła zakażeń

23 Ustawa z 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych; t.j. Dz.U. nr 214, poz. 1407 z późn.zm. z 2010r.

24 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 grudnia 1998r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osobami do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach; Dz.U. nr 166, poz. 1265

25 Ustawa z 25 lipca 2001r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym; Dz.U. nr 191, poz. 1410

26 Ustawa z 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego

27 Ustawa z 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego

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

29 Ustawa z 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

30 Ustawa z 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej; t.j. Dz.U. nr 122, poz. 851 z 2006r. z późn.zm.

31 Ustawa z 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi Dz.U. nr 234, poz. 1570 z późn.zm., oraz ustawa z 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ, Dz.U. nr 45, poz. 391 z późn.zm.,

32 Ustawa z 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne, t.j. Dz.U. nr 45, poz. 271 z 2008r. z późn. zm.,

33 Ustawa z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz.U. nr 17, poz. 78 z późn.zm.

34 Ustawa o samorządzie gminnym z 8 marca 1990 (t.j. Dz.U. nr 142, poz. 1591 z późn.zm. z 2001r.)

35 Ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

36 Ustawa z 9 listopada 1995 o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych

37 Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

Tabela 1. Wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia a wydatki ogółem w latach 2007- 2015

Wydatki (w mln zł)	2007	2009	2011	2013	2015
wydatki ogółem	252 324	298 028	302 682	321 345	331 743
wydatki na ochronę zdrowia	5544	6772	7492	7534	7325
%	2,2	2,3	2,5	2,3	2,2
%PKB	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie: tabl 1(538), *Budżet państwa*, RS GUS, Warszawa 2017, s. 644; tabl. 29(274) *Wydatki budżetu państwa wg działów*, RS GUS, Warszawa 2012, s. 449; tabl. 6(541) *Wydatki budżetu państwa wg działów*, RS GUS, Warszawa 2010, s. 692;

Tabela 2. Dotacja celowa dedykowana województwom przeznaczona na ochronę zdrowia

Dotacja celowa (w mln zł)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dotacja ogółem	3 695 196	3 794 388	4 714 748	5 476 705	5 178 153	2 479 386	3 058 967
Dotacja na ochronę zdrowia	25 422	40 912	4 414	812	581	27 156	6 613
%	0,7	1,1	0,1	0,02	0,01	1,1	0,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2012r.*, RM, Warszawa 2013; *Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2013r.*, RM, Warszawa 2014; *Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2015r.*, RM, Warszawa 2016; *Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2017r.*, RM, Warszawa 2018. [www.mf.gov.pl](http://www.mf.gov.pl)

nia i przecięcia dróg szerzenia, w tym również uodpornienie osób wrażliwych na zakażenie<sup>38</sup>;

- wydawanie zezwoleń na uprawę maku i konopi<sup>39</sup>;
- gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania (w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania gmina właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu) pacjenta pokrywa koszty transportu sanitarnego pacjenta<sup>40</sup> małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji do miejsca pobytu; jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta (albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny) nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie<sup>41</sup>;
- ponadto na żądanie rady gminy inspektor sanitarny ma obowiązek przedstawić informację o stanie bezpieczeństwa sanitarnego gminy (w razie bezpośredniego zagrożenia bezpieczeństwa sanitarnego na terenie gminy wójt/burmistrz/prezydent może wydać właściwemu inspektorowi sanitarnemu polecenie podjęcia działań zmierzających do usunięcia tego zagrożenia)<sup>42</sup>.

## Ochrona zdrowia w jednostkach samorządu terytorialnego a finansowanie z budżetu centralnego

Aby jednostki samorządu terytorialnego mogły realizować swoje zadania w zakresie ochrony zdrowia muszą być wyposażone uprzednio w odpowiednie środki pochodzenia publicznego. W finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce bierze udział budżet państwa i jednostki samorządu terytorialnego, jako organy założycielskie podmiotów leczniczych; a także NFZ, jako płatnik zakontraktowanych na danym terenie świadczeń oraz pacjenci, którzy z „własnej kieszeni” opłacają wizyty lekarskie (np. stomatologiczne) i – w niewielkim zakresie – pracodawcy (opłacający pracownikom abonamenty w niepublicznych placówkach lub opłacający dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne pracownika). Ponieważ uwaga niniejszego artykułu koncentruje się na środkach pochodzących z budżetu państwa, to poniżej będzie poruszony tylko ten aspekt.

Wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia w latach 2007-2015 na tle wydatków ogółem przedstawione są w tabeli 1. W analizowanym okresie wydatki budżetu centralnego wzrosły o 31,5%; a wzrost wydatków na ochronę zdrowia w tym okresie był na porównywalnym poziomie – 32,1%. Udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach ogółem wahał się w granicach 2,2-2,5%, ale odniesiony do PKB utrzymywał się na tym samym poziomie (poza 2015r.). Można sprawdzić, czy podobna stałość dotyczyła wydatków na ochronę zdrowia, przeznaczanych na rzecz budżetów jednostek samorządów terytorialnego.

38 Ustawa z 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

39 Ustawa z 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii; Dz.U. nr 179, poz. 1485 z późn.zm.,

40 Gminie przysługuje roszczenie o zwrot kosztów transportu sanitarnego od przedstawiciela ustawowego pacjenta albo od osoby, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny. Por. art. 30, ust. 2 UoDL

41 UoDL

42 Ustawa z 14 marca 1985 o Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Dotacja celowa (w mln zł)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dotacja ogółem	1 583 770	1 644 790	1 634 890	1 931 941	1 558 859	1 317 879	1 270 893
Dotacja na ochronę zdrowia	0	0	0	1 282	4 557	8 926	10 237
%	0,0	0,0	0,0	0,07	0,3	0,7	0,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie pozycji wskazanych pod tabelą 3

Tabela 4. Dotacja celowa dedykowana województwom przeznaczona na realizację zadań własnych – ochronę zdrowia

Dotacja celowa (w mln zł)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dotacja ogółem	279 877	231 593	338 390	255 104	514 098	288 334	279 177
Dotacja na ochronę zdrowia	120 144	67 720	182 451	102 760	94 350	39 233	24 882
%	42,9	29,2	53,9	40,3	18,4	13,6	8,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie pozycji wskazanych pod tabelą 3.

Od 2009r jednostki samorządu terytorialnego korzystają nie tylko ze środków budżetu centralnego, ale również z dotacji celowej przekazywanej w ramach programów finansowych z udziałem środków europejskich oraz innych środków zagranicznych niepodlegających zwrotowi oraz płatności z budżetu środków europejskich na zadania własne i to różnicowanie zostanie utrzymane w dalszej analizie.

Dochody samorządów województw z tytułu dotacji celowych przekazywanych w ramach programów finansowanych z udziałem środków europejskich oraz innych środków zagranicznych niepodlegających zwrotowi oraz płatności z budżetu środków europejskich przedstawione są w tabeli 2.

Trudno dostrzec jakąś prawidłowość w zmianach wielkości dotacji przekazywanych województwom (tak na płaszczyźnie ogólnej, jak i w odniesieniu do ochrony zdrowia) oraz kierunkach tych zmian – np. przy zwiększeniu dotacji ogólnej w latach 2012-2015 dotacja na ochronę zdrowia malała a udział dotacji na ochronę zdrowia w dotacji ogółem wahał się od 0,01 do 1,1.

Koncentrując uwagę na zadaniach zleconych województwom z zakresu administracji rządowej, to zmiany w wysokości dotacji ze środków centralnych przedstawione są w tabeli 3.

W okresie 2014-2017 odnotowano znaczny – ośmiokrotny – wzrost dotacji na cele zlecone związane z ochroną zdrowia. Samorządy województw realizowały zadania z zakresu administracji rządowej w ochronie zdrowia głównie poprzez opłacenie zadań związanych z ratownictwem medycznym (w 2015r. – 82,1%, a w 2017r. – 91,8% wszystkich wydanych środków), płaceniem składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczeń dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego<sup>43</sup>.

Dotacja celowa z budżetu państwa na finansowanie/dofinansowanie zadań własnych stanowi niewielką część dochodów ogółem województw – np. w 2012r. jej udział wyniósł 1,5%. Jej zmiany w latach 2011-2017 przedstawione zostały w tabeli 4.

Wśród dotacji celowych z budżetu państwa na inwestycje własne samorządów województw w 2012r. ¼ środków była przeznaczona na inwestycje w obszarze ochrony zdrowia, a w 2013r. było to już 53,9%, gdyż konieczne było wsparcie procesów przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe na zasadach określonych w UoDL, a także na zadania związane z kontrolą prawidłowości wydawania orzeczeń z zakresu medycyny i psychologii transportu, dokonywanie oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi; na uregulowanie należności za transport pacjentów do szpitala psychiatrycznego; na składki na ubezpieczenie zdrowotne za słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli nie podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu<sup>44</sup>. W 2015r. cała kwota dotacji celowej została przeznaczona na cele inwestycyjne (głównie w szpitalach wojewódzkich) i leczenie psychiatryczne.<sup>45</sup>

Przechodząc do dochodów powiatów, w tabeli 5 przedstawiono wysokość dotacji celowych przekazanych do budżetów powiatów w ramach programów finansowanych z udziałem środków europejskich oraz innych środków ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi oraz płatności z budżetu środków europejskich na zadania własne – ochronę zdrowia w latach 2011-2017.

43 Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2015r., RM, Warszawa 2016, s. 164; Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2017r., RM, Warszawa 2018, s. 165

44 Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2013r., RM, Warszawa 2014, s. 156

45 Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2015r., RM, Warszawa 2016, s. 167

Tabela 5. Dotacja celowa ze środków budżetu centralnego i środków zagranicznych dedykowana powiatom (w tym przeznaczona na ochronę zdrowia)

Dotacja celowa (w mln zł)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dotacja ogółem	1 499 047	1 101 144	1 077 386	1 116 344	803 956	337 404	847 467
Dotacja na ochronę zdrowia	48 517	23 317	9 635	9 847	52 349	30 127	16 882
%	3,2	2,1	0,9	0,9	6,5	8,9	2,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie pozycji wskazanych pod tabelą 3.

Tabela 6. Dotacja celowa dedykowana powiatom na realizację zadań z zakresu administracji rządowej – ochrona zdrowia

Dotacja celowa (w mln zł)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dotacja ogółem	2 480 857	2 591 433	2 725 442	2 842 989	2 657 661	2 691 306	2 742 544
Dotacja na ochronę zdrowia	869 596	914 046	1 020 819	1 017 537	842 713	731 897	610 749
%	35,1	35,3	37,5	35,8	31,7	27,2	22,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie pozycji wskazanych pod tabelą 3.

Tabela 7. Dotacja celowa dedykowana powiatom na realizację zadań własnych z zakresu ochrony zdrowia

Dotacja celowa (w mln zł)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dotacja ogółem	1 906 482	1 185 615	1 298 232	1 294 278	1 291 567	1 252 150	1 313 820
Dotacja na ochronę zdrowia	375 938	12 890	47 328	30 302	6 922	25 832	34 328
%	19,7	1,1	3,6	2,3	0,5	2,1	2,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie pozycji wskazanych pod tabelą 3.

Podobnie, jak w przypadku dochodów województw z programów współfinansowanych ze środków zagranicznych, wielkość dotacji przekazywanej powiatom w analizowanym okresie była bardzo zróżnicowana – rozpiętość pomiędzy najmniejszą wartością a największą sięgała blisko pięciokrotności, a udział dotacji na ochronę zdrowia w dotacji ogółem zawierał się w przedziale od 0,9% do 8,9%.

Przyglądając się kierunkom rozdysponowania środków przeznaczonych na ochronę zdrowia, można zaobserwować, że np. w 2015r. zostały one wydatkowane na zadania bieżące i inwestycyjne w szpitalach ogólnych oraz na zadania bieżące związane z realizacją programów polityki zdrowotnej<sup>46</sup>.

Biorąc pod uwagę dotacje celowe z budżetu państwa na realizację zadań z zakresu administracji rządowej oraz innych zadań zleconych ustawami, to udział dotacji na ochronę zdrowia w dotacji ogólnej jest największy z dotychczas analizowanych, co pokazuje istotną rolę powiatów w realizacji – zleconych – zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia. Zmiany w wysokości tej dotacji w latach 2011-2017 przedstawione są w tabeli 6.

W ogólnej kwocie dochodów wykonanych przez powiaty analizowana kategoria dochodów stanowiła, np. w 2013r. - 11,8% (na zadania bieżące – 11,6%, a na zadania inwestycyj-

ne – 0,2%). Podobnie w 2017r. ten rodzaj zasilenia budżetu powiatu stanowił 11,5% dochodów zrealizowanych przez powiaty (rozkład tej dotacji: 11,2% na zadania bieżące i 0,3% na zadania inwestycyjne).

W strukturze wykonania tej dotacji zdecydowanie dominowały wydatki na zadania bieżące, np. w 2013r. wyniosły one – 97,9%, przy czym w ich strukturze ochrona zdrowia stanowiła 38,2%.<sup>47</sup>

Kolejną kategorię zasilania budżetów powiatów ze środków budżetu centralnego stanowi dotacja celowa na zadania własne (por. tabela 7). Jej znaczenie w budżecie powiatów jest mniejsze, niż na zadania zlecone. O ile wielkość dotacji ogólnej jest o około połowę mniejsza, to część przeznaczona na ochronę zdrowia, jako zadanie własne jest nawet 70-krotnie niższa, niż dotacja na zadania zlecone (2012r.), co stanowi odzwierciedlenie sposobu podziału zadań.

W 2012r. dotacja celowa dla powiatów stanowiła 5,3% zrealizowanych dochodów ogółem powiatów (odpowiednio: 4,1% zadania bieżące, 1,2% zadania inwestycyjne)<sup>48</sup>, podobnie w 2015r. 5,5% (zadania bieżące 3,2%, a inwestycyjne 2,3%).

Przyglądając się kierunkom wydatkowania środków, można zauważyć, że na przykład w 2012r. główna część dotacji

<sup>47</sup> Sprawozdanie ... op. cit., 2014, s. 86

<sup>48</sup> Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2012r., RM, Warszawa 2013, s. 77

<sup>46</sup> Ibidem, s. 90



Tabela 8. Dotacja celowa dedykowana powiatom w ramach programów finansowych z udziałem środków zagranicznych na realizację zadań własnych (w tym z zakresu ochrony zdrowia)

Dotacja celowa (w mln zł)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dotacja ogółem	3 236 944	5 153 861	4 646 948	5 257 777	5 043 150	2 632 711	2 269 702
Dotacja na ochronę zdrowia	3 274	9 661	6 783	1 131	4 969	0	0
%	0,1	0,2	0,1	0,02	0,1	0	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie pozycji wskazanych pod tabelą 3.

Tabela 9. Dotacja celowa dedykowana miastom na prawach powiatu przeznaczona na realizację zadań zleconych (w tym ochronę zdrowia)

Dotacja celowa (w mln zł)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dotacja ogółem	3 576 103	3 652 986	3 761 633	3 947 445	4 118 104	8 997 162	10 895 582
Dotacja na ochronę zdrowia:							
- jako zadanie gminne	1 588	1 762	2 207	2 664	3 141	3 434	4 465
- jako zadanie powiatowe	249 350	267 107	308 879	309 405	252 821	214 431	179 377
%	7,0	7,4	8,3	7,9	6,2	2,4	1,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie pozycji wskazanych pod tabelą 3.

Tabela 10. Dotacja celowa dedykowana miastom na prawach powiatu przeznaczona na realizację zadań własnych (w tym ochronę zdrowia)

Dotacja celowa (w mln zł)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dotacja ogółem	1 165 331	1 291 566	1 721 187	1 951 459	1 992 700	1 867 328	1 727 389
Dotacja na ochronę zdrowia:							
- jako zadanie gminne	0	0	41 201	0	0	0	0
- jako zadanie powiatowe	0	750	1 703	8 680	13 214	0	0
%	0,0	0,06	2,5	0,4	0,7	0	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie pozycji wskazanych pod tabelą 3.

w dziale ochrona zdrowia została przekazana na zadania bieżące – głównie opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego<sup>49</sup>. Podobnie zdecydowana większość dotacji (97,5%) na zadania bieżące w dziale ochrona zdrowia w 2017r. została przekazana przede wszystkim na opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (w tym uczniów szkół ponadgimnazjalnych, dzieci przebywających w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze). Natomiast część dotacji przeznaczona na realizację zadań inwestycyjnych w 2012r. (2,5%) została przekazana na zadania inwestycyjne w ratownictwie medycznym, a w 2013r. było to 2,6% i zostało przeznaczone na finansowanie inwestycji w szpitalach ogólnych.

Jak już zostało powiedziane miasta na prawach powiatu w zakresie finansowania zadań z ochrony zdrowia cechuje podział środków z dotacji celowej odpowiednio na zadania

charakterystyczne dla gmin i dla powiatów. Dochody z tytułu dotacji celowych przekazywanych w ramach programów finansowych z udziałem środków europejskich oraz innych środków ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi oraz płatności z budżetu środków europejskich były przekazywane głównie na zadania inwestycyjne, np. w 2012r. – 91,4% wobec 8,6% na zadania bieżące; a w 2015r. – 95,3% na inwestycje. Zmiany we wpływach w latach 2011-2017 z tego źródła przedstawia tabela 8.

Wysokość dotacji celowych z budżetu państwa na realizację zadań z zakresu administracji rządowej oraz innych zadań zleconych ustawami w podziale na zadania gminne i powiatowe przedstawia tabela 9. Analogicznie, jak przy dotowaniu budżetów powiatów, również do budżetów miast na prawach powiatu wpływają znacznie większe środki na zadania zlecone, niż na realizację zadań własnych (tabela 10).

W 2013r. cała kwota przeznaczona na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia została przeznaczona na wydatki bieżące<sup>50</sup>. W 2017r. część dotacji przeznaczona na zadania po-

49 Ibidem, s. 76

50 Sprawozdanie... op.cit., s. 122

wiatowe w ochronie zdrowia została przeznaczona na składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego tj. uczniów szkół podnadgimnazjalnych, dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze oraz za osoby bezrobotne bez prawa do zasiłku lub stypendium.

Wysokość dotacji celowych z budżetu państwa na finansowanie lub dofinansowanie zadań własnych w podziale na zadania gminne i powiatowe przedstawia tabela 10.

W 2013r. środki pozyskane w ramach tej dotacji zostały przeznaczone w całości na zadania bieżące – w części gminnej i na zadania inwestycyjne – w części powiatowej. W 2017r. największy wzrost wydatków majątkowych miast na prawach powiatu (w stosunku do wydatków majątkowych w 2016r.) nastąpił w dziale Ochrona zdrowia – o 53,8%. Przy czym 76,2% wydatków ogółem tego działu związane było z finansowaniem szpitali ogólnych<sup>51</sup>.

## Podsumowanie

Reasumując, można wskazać główne zadania samorządu terytorialnego wszystkich szczebli z zakresie ochrony zdrowia<sup>52</sup>:

- tworzenie ogólnej strategii i planowania polityki ochrony zdrowia na danym terenie,
- organizowanie ochrony zdrowia przez realizację funkcji właściciela publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i indywidualnego obywateli,
- podejmowanie działań z zakresu promocji zdrowia,
- przejście odpowiedzialności za zabezpieczenie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (współpracując z publicznym płatnikiem i samorządami zawodów medycznych).

W pracy pokazano, że zadania z zakresu ochrony zdrowia stanowią szeroki katalog aktywności jednostek samorządu terytorialnego. Mogą być realizowane, jako zadania własne i zlecone i jako takie wymagają finansowania ze środków publicznych. Choć wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia utrzymują się na względnie stałym poziomie w relacji do wydatków ogółem czy PKB, to trudno mówić o takiej stałości w odniesieniu do zasilania budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Uwzględniając fakt, że do 2024 r. ma nastąpić znaczne zwiększenie finansowania opieki zdrowotnej w Polsce, to skala dofinansowania jednostek samorządu terytorialnego z budżetu państwa powinna się również zwiększać w istotny sposób. Z perspektywy stabilności budżetów

samorządowych ważne wydaje się, by nie przypominało ono „gaszenia pożarów”, a umożliwiało optymalną regionalną politykę zdrowotną i dawało podstawy finansowe do funkcjonowania podmiotów opieki zdrowotnej na zbliżonym poziomie. Jest to tym bardziej istotne, że nie od dziś słyhać głosu, że szpitale, których właścicielem są miasta bogate – dostają pieniądze na remonty i inwestycje, a szpitale powiatowe muszą wybierać między leczeniem pacjentów a remontami i inwestycjami w sprzęt. Z drugiej strony, aby rozmieszczenie podmiotów opieki zdrowotnej pozwalało na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych społeczności w regionach, decyzje inwestycyjne (np. dotyczące aparatury medycznej) były racjonalne, konieczne jest szersze spojrzenie na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, niż tylko z poziomu powiatu. Z tego względu scenariusz zmian zaproponowany w Raporcie Niepublicznego Instytutu Ochrony Zdrowia „Zdrowie priorytetem politycznym państwa”, mówiący, że powinno dojść do radykalnej zmiany w szpitalnictwie (najbardziej kosztocłonnym elemencie systemu), polegającej na przejęciu szpitali przez Urzędy Wojewódzkie, wydaje się koniecznym do przeanalizowania w kontekście ograniczania marnotrawienia publicznych środków finansowych.

## Literatura

- Agopszowicz A., Gilowska Z., *Ustawa o gminnym samorządzie terytorialnym*, Komentarz, wyd. 2, Warszawa 1999,
- Byjoch K., Redeł S., *Prawo gospodarki komunalnej*, Wydawnictwa Prawnicze PWN, Warszawa 2000,
- Dercz M., *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Municipium S.A., Warszawa 2005,
- Dworakowska M., *Zarządzanie finansami miast na prawach powiatu*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 786, Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia, nr 64/2, 2013,
- Gajl N., *Finanse i gospodarka lokalna na świecie*, PWE, Warszawa 1993,
- Nitecki S., Podgórski K., *Glosa do orzeczenia TK z dnia 23 października 1995r.*, K 4/95 „Samorząd terytorialny”, 1996/10/65,
- Ofiarska M., Ciapała J. (red.), *Zarys prawa samorządu terytorialnego*, Przedsiębiorstwo Wydawnicze Ars boni et aequi, Poznań 2001,
- Wojnicki J., *Samorząd lokalny w Polsce i Europie*, Wyższa Szkoła Humanistyczna im. A.Gieysztor w Pułtusku, Pułtusk 2003,
- Rocznik Statystyczny*, GUS, Warszawa 2017,
- Rocznik Statystyczny*, GUS, Warszawa 2012,
- Rocznik Statystyczny*, GUS, Warszawa 2010,
- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi zakładami opieki zdrowotnej i jednostkami transportu sanitarnego z 18 listopada 1999 (Dz.U. nr 94, poz. 1097)

51 *Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2017r.*, RM, Warszawa 2018, s. 145

52 Dercz M., *Samorząd ... op.cit.*, s. 86

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach z 30 grudnia 1998 (Dz.U. nr 166, poz. 1265)

*Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2012r.*, RM, Warszawa 2013; [www.mf.gov.pl](http://www.mf.gov.pl),

*Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2013r.*, RM, Warszawa 2014; [www.mf.gov.pl](http://www.mf.gov.pl),

*Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2015r.*, RM, Warszawa 2016, [www.mf.gov.pl](http://www.mf.gov.pl),

*Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2017r.*, RM, Warszawa 2018, [www.mf.gov.pl](http://www.mf.gov.pl),

[www.gus.gov.pl](http://www.gus.gov.pl)

Ustawy o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011r. (Dz.U. z 2011r. nr 112, poz. 654)

Ustawa o samorządzie wojewódzkim z dnia 5 czerwca 1998r., (Dz.U. z 2001r. nr 142, poz. 1590 z późn. zm.)

Ustawa o samorządzie powiatowym z dnia 5 czerwca 1998r. (Dz.U. z 2001r. nr 142, poz. 1592 z późn.zm.)

Ustawa o samorządzie gminnym z 8 marca 1990r. (Dz.U. nr 142, poz. 1591 z późn.zm.)

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. z 2004r. nr 210, poz. 2135 z późn.zm.)

Ustawa o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej - w związku z reformą ustrojową państwa z 24 lipca 1998r. (Dz.U. z 1998r. nr 106, poz. 668 z późn.zm.)

Ustawa o służbie medycyny pracy z 27 czerwca 1997r. (Dz.U. z 2004r. nr 125, poz. 1317 z późn.zm.)

Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997r. (Dz.U. z 2010r. nr 214, poz. 14707 późn.zm.)

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994r. (Dz.U. z 1994r. nr 111, poz.535 z późn.zm.)

Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z 9 listopada 1995r. (Dz.U. z 1996r. nr 10, poz. 55 z późn.zm.)

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 26 października 1982r. (Dz.U. z 2007r. nr 70, poz. 473 z późn.zm.) ,

Ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 5 grudnia 2008r. (Dz.U. z 2008 r. nr 234, poz. 1570 z późn.zm.),

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005r. (Dz.U. z 2005r. nr 179, poz. 1485 z późn.zm.)

Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z 7 stycznia 1993r. (Dz.U. z 1993r. nr 17, poz. 78 z późn.zm.),

Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 25 lipca 2001r. (Dz.U. z 2001r. nr 191, poz. 1410),

Ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z 14 marca 1985r. (Dz.U. z 2006 r. nr 122, poz. 851 z późn.zm.),

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ z 23 stycznia 2003r. (Dz.U. z 2003r. nr 45, poz. 391 z późn.zm.)

Ustawa Prawo Farmaceutyczne z 6 września 2001r. (t.j. Dz.U. z 2008r. nr 45, poz. 271 z późn. zm.)

Ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z 2 lipca 2004r. (Dz.U. z 2010r. nr 220, poz. 1447ze zm.)

Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z 5 lipca 2018r. (Dz.U. z 2018r., poz 1532)

**Słowa kluczowe:** jednostka samorządu terytorialnego, ochrona zdrowia, finansowanie

**Streszczenie:** W artykule przedstawiono zadania jednostek samorządu terytorialnego z zakresu ochrony zdrowia. Dokonano analizy zmian w finansowaniu ochrony zdrowia w jednostkach samorządu terytorialnego, dotyczących wielkości dotacji z budżetu centralnego w latach 2011-2017.

**Health Care in Local Government Units' – financing from the Central Budget in the 2011-2017 period**

**Keywords:** local government unit, health care, financing

**Abstract:** The article presents tasks of local government units in the field of health care. It analyses changes in the financing of health care in local government units as regards the volume of a special grant from the central budget in the 2011-2017 period.



Narodowy Instytut Samorządu Terytorialnego powstał w 2015 r.  
Jest państwową jednostką budżetową podległą MSWiA.  
Działa na rzecz dalszej profesjonalizacji samorządu terytorialnego i administracji publicznej.

Opinie i analizy NIST, ul. Zielona 18, Łódź 90-601  
Sekretariat tel. +48 42 633 10 70  
e-mail: sekretariat@nist.gov.pl