

*Lech Jędrzejewski**

UDZIAŁ SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO W ROZWIĄZYWANIU PROBLEMÓW FINANSOWYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

WSTĘP

Sektor ochrony zdrowia jest dziedziną, w której dotychczas, pomimo podejmowanych prób, nie udało się wprowadzić systemowych rozwiązań, polegających na stworzeniu obywatelom instytucjonalnych gwarancji prawa do ochrony zdrowia oraz korzystania z dobrodziejstw właściwej polityki zdrowotnej.

W reformowanym systemie społeczno-ekonomicznym kraju na samorząd terytorialny nałożono nowe zadania. Do zadań tych zaliczyć należy:

- powoływanie, przekształcanie i likwidację publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- realizowanie zadań właścicielskich SPZOZ-ów;
- promocję zdrowia.

Korzystając z przyznanych im uprawnień organy gmin, powiatów i województw mają nie tylko prawo ale i obowiązek uczestniczenia w rozwiązywaniu problemów, w tym także finansowych, podległych im jednostek ochrony zdrowia.

1. OCHRONA ZDROWIA W WARUNKACH ZMIAN

W okresie transformacji ustrojowej w naszym kraju przeprowadzono znaczną ilość przekształceń instytucjonalnych. Do najważniejszych z nich

* Dr, Wydział Zarządzania Ekonomii Politechniki Gdańskiej.

i zarazem najtrudniejszych należy reforma systemu opieki zdrowotnej. Powinna ona bowiem pogodzić dwa zasadnicze cele, takie jak:

– wyegzekwowanie racjonalnego wykorzystania zasobów, jakimi dysponują instytucje szeroko pojętej ochrony zdrowia. Sugeruje to zastosowanie tutaj instrumentów gospodarki rynkowej, prowadzących jednak do różnicowania sytuacji członków społeczeństwa pod względem korzystania z usług zdrowotnych;

– zachowanie zasady równości obywateli w dostępie do standardowego, co najmniej, pakietu świadczeń zdrowotnych niezależnie od ich statusu materialnego¹. Pryncypium jest, o czym należy pamiętać, głęboko zakorzenione w polskim systemie wartości społecznych, a ponadto wynika z Konstytucji RP².

Przekształcenia sektora publicznej opieki zdrowotnej trwają w Polsce od początku lat dziewięćdziesiątych. Do roku 1998 przebiegały one wielotorowo, opierając się na czterech kierunkach wprowadzanych modyfikacji, które spowodowały:

- a) dopuszczenie funkcjonowania SPZOZ,
- b) wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej,
- c) podjęcie prac zmierzających do powołania Powszechnych Ubezpieczeń Zdrowotnych,
- d) zwiększenie aktywności jednostek samorządu terytorialnego w gwarantowaniu opieki zdrowotnej.

Tabela 1

Wybrane dane z zakresu ochrony zdrowia w Polsce w 1990 oraz 1995–2002 r.

Wyszczególnienie	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Lekarze (w tys.)	81,6	89,4	90,8	91,1	90,1	87,5	85,0	86,6	88,1
Łóżka w szpitalach ogólnych ^a	57,2	55,4	54,9	54,3	53,1	51,4	49,4	48,7	49,2
Leczeni w szpitalach ogólnych ^a	1 206	1 333	1 356	1 348	1 381	1 471	1 554	1 640	1 752
Zgony niemowląt w tys.	10,6	5,9	5,2	4,2	3,8	3,4	3,1	2,8	2,7
Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych	19,3	13,6	12,2	10,2	9,5	8,9	8,1	7,7	7,5

^a na 10 tys. osób.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Rocznika statystycznego*, GUS, Warszawa 2003, s. XL, XLVI, LXXVI.

¹ Por. E. A k s m a n, *Przekształcenia sektora publicznego i prywatnego w brytyjskiej i polskiej opiece zdrowotnej*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2000, s. 7.

² Zob. art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie w ust. 2. postanowiono: „Obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”.

Najistotniejszym osiągnięciem tego okresu jest to, że następujące przemiany w systemie opieki zdrowotnej, choć bardzo rozproszone, niespójne i stopniowe, pozwoliły na wyłonienie się nowego, specyficznego układu zawierającego elementy regulowanego rynku³.

Wspomnianym dokonaniom ustrojowym towarzyszyły również osiągnięcia medyczne. Niektóre z nich przedstawiono w tab. 1.

Z tab. 1 wynika, że w ochronie zdrowia, w analizowanym okresie, wystąpiło zwiększenie zatrudnienia lekarzy (z 81,6 tys. w roku 1990 do 88,1 tys. w roku 2002). Zmniejszyła się ilość zgonów niemowląt (z 10,6 tys. w roku 1990 na 2,7 tys. w roku 2002) oraz wystąpił spadek zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych (z 19,3 w roku 1990 do 7,5 w roku 2002). Spadła także liczba łóżek w szpitalach przypadających na 10 tys. mieszkańców (z 57,2 w roku 1990 na 49,2 w roku 2002) przy jednoczesnym wzroście liczby leczonych w szpitalach, z 1206 w 1990 1752 w 2002 r. Świadczyć to może o poprawie wykorzystania łóżek szpitalnych poprzez zwiększenie ich obłożenia. Na ile jest to zjawisko pozytywne, będzie można ocenić przy pogłębionej analizie stanu zdrowia społeczeństwa.

Pomimo wprowadzanych zmian polski system opieki zdrowotnej był rozchwiany już w 1998 r. Z informacji prasowych wiemy, że zadłużenie służby zdrowia na koniec tego roku wynosiło ponad 8 mld zł. Jednak to nie zadłużenie, które w większości po przekształconych w SPZOZ-y – jednostkach budżetowych przejęli wojewodowie, stanowiło największy problem. Problem ten, nadal aktualny, polegał na braku koncepcji systemowych rozwiązań opieki zdrowotnej zakładających jej decentralizację.

Opiekę zdrowotną można zdefiniować jako: „całościowy proces udzielania pacjentowi świadczeń mających na celu ratowanie, przywrócenie, zachowanie lub poprawę stanu zdrowia, a także wykonywania wszelkich innych usług medycznych związanych z przebiegiem leczenia”⁴. Tak szeroki zakres pojmowania opieki zdrowotnej wymaga zapewnienia odpowiednich, a więc wystarczających, źródeł finansowania wykonywanych w jej ramach usług. Zapotrzebowanie na te usługi oraz ich zakres w dużym stopniu zdeterminowane są stanem zdrowia pacjenta i wynikającym z niego rodzajem dolegliwości.

Oplakany, katastrofalny wręcz, stan finansów publicznych jednostek ochrony zdrowia, wykazany w treści artykułu, świadczy o tym, że stosowane dotychczas źródła finansowania, pochodzące głównie ze składek ubezpieczeniowych oraz dotacji budżetowych, są niewystarczające i należy je jak

³ E. Ak s m a n, *op. cit.*, s. 144.

⁴ *Ibidem*, s. 14.

najszybciej zweryfikować. Prawo wymaga ścisłego określenia świadczeń należnych ubezpieczonym. Trybunał Konstytucyjny zażądał jednoznacznej odpowiedzi, jakie świadczenia należą się w ramach składki. W tym celu nieodzowne staje się pilne opracowanie tzw. koszyka usług medycznych. Ma on obejmować dwie części, a w nich świadczenia: gwarantowane i rekomendowane.

Pierwsza z wymienionych, część gwarantowana, przysługiwać ma zgodnie z Konstytucją RP, każdemu ubezpieczonemu. Druga składowa koszyka to świadczenia rekomendowane, które mają być współfinansowane przez ubezpieczonego – indywidualnie lub przez ubezpieczyciela w ramach wykupionej polisy⁵. Rozwiązania takie funkcjonują w państwach Unii Europejskiej. Przykłady usług finansowanych w całości lub częściowo przez pacjentów wykazano w tab. 2.

Tabela 2

Świadczenia zdrowotne w piętnastu państwach UE i w Polsce

Rodzaj usługi	Austria	Belgia	Dania	Finlandia	Francja	Grecja	Holandia	Hiszpania	Irlandia	Luksemburg	Niemcy	Portugalia	Szwecja	W. Brytania	Włochy	Polska
Konsultacje lekarskie		x		x	x					x		x	x			
Usługi stomatologiczne		x	x	x				x		x		x	x	x	x	x
Badania dodatkowe						x										
Leczenie ambulatoryjne				x												
Hospitalizacja	x			x	x					x	x					
Transport karetką pogotowia													x			
Leki	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

x – usługi zdrowotne, których koszty są pokrywane w całości lub w dużej części przez pacjenta.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie, NFZ wg infografiki PAP, „Gazeta Prawna” 2004, nr 75(1184), s. 2.

Kolejnym również ważnym zagadnieniem związanym z finansowaniem opieki zdrowotnej stanie się właściwe uregulowanie refundowania, po 1 maja br., odpłatności za świadczenia medyczne, którymi objęci zostaną Polacy przebywający w państwach Unii Europejskiej. W tej sprawie nie mamy

⁵ Szerzej zagadnienia związane z koszykiem usług medycznych omawia M. Dygas w artykule zamieszczonym pod tytułem *Co do koszyka* w „Gazecie Bankowej” z 29 marca 2004, s. 16.

żadnych doświadczeń i należy oczekiwać trafnej prognozy skutków finansowych, obciążających budżet NFOZ, szczególnie w pierwszym roku występowania tego typu rozliczeń.

2. DŁUGI SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zreformowany system ochrony zdrowia, przypomnijmy to, funkcjonuje w Polsce od 1 stycznia 1999 r. Wprowadzono go wraz z reformą ubezpieczeń społecznych, oświaty i samorządu terytorialnego. Wcześniej, do końca 1998 r., większość zakładów opieki zdrowotnej nie miała samodzielności finansowej i prowadząc działalność w formie jednostek budżetowych była finansowana bezpośrednio z budżetu państwa.

Przeprowadzenie analizy zadłużenia Samodzielnych Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz Kas Chorych od początku wspomnianej reformy ochrony zdrowia jest bardzo utrudnione, bowiem podmiotów tych, a także instytucji kultury, parków narodowych, państwowych szkół wyższych i ZUS-u, w latach 1999–2000 nie zaliczano do sektora finansów publicznych⁶, przez co nie były one objęte obowiązkiem sporządzania sprawozdawczości budżetowej. Ponieważ porównywalność danych z okresami wcześniejszymi jest przez to ograniczona do dalszych rozważań finansowych, poczynionych na łamach artykułu, przyjęto lata 2001–2003. Zadłużenie SPZOZ i Kas Chorych tego okresu zaprezentowano w tab. 3.

Tabela 3

Zadłużenie SPZOZ oraz Kas Chorych^a w latach 2001–2003

Wyszczególnienie	2001		2002		2003		Dynamika		
	mln zł	%	mln zł	%	mln zł	%	45:32	67:54	67:32
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SPZOZ sektora rządowego	476,0	11,9	542,9	11,2	721,1	11,7	114,0	127,6	151,4
SPZOZ sektora samorządowego	2 464,5	61,7	3 002,9	62,2	4 413,3	71,7	121,7	141,7	179,0
Kasy Chorych ^a	1 052,8	26,4	1 284,1	26,6	1 047,1	16,6	121,9	76,5	99,4
Ogółem	3 993,3	100,0	4 829,9	100,0	6 181,5	100,0	120,9	122,8	154,8

^a NFOZ.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: www.mofnet.gov.pl, Zadłużenie sektora finansów publicznych przed konsolidacją wg kryterium miejsca emisji (wartość nominalna).

⁶ Chodzi tu o art. 5. ustawy z 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (J.t. Dz. U. 2003, nr 15, poz. 148 ze zm.).

Sytuacja finansowa publicznych zakładów opieki zdrowotnej⁷ jest na tyle trudna, że stanowi ona zagrożenie dla ich dalszej działalności. Łączne zadłużenie SPZOZ, wykazane w tab. 3, na koniec 2003 r. wynosiło 6181,5 mln, z czego 4413,3 mln, tj. 71,4%, przypadało na SPZOZ-y, dla których funkcje organu założycielskiego spełniały jednostki samorządu terytorialnego.

Przy tak znacznym zadłużeniu zakładów opieki zdrowotnej nie można zapomnieć o związanych z nim zagrożeniach dla dostawców towarów i wykonawców usług zleczanych przez te zakłady. Ryzyko niewypłacalności dłużnika jest tu dość znaczne i wpływa zapewne na zachowanie płynności finansowej przedsiębiorstw współpracujących z niewypłacalnymi kontrahentami; SPZOZ-ami, które do tego jeszcze nie podlegają upadłości⁸.

Tabela 4

Zobowiązania jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2002 w relacji do zrealizowanych dochodów ogółem

Wyszczególnienie		1999	2000	2001	2002
Dochody wykonane ogółem	tys. zł	64 887 913	72 609 516	79 594 649	80 033 877
Zobowiązania ogółem	tys. zł	6 187 177	9 377 074	12 266 372	15 358 392
Udział	%	9,5	12,9	15,4	19,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Informacja o stanie zobowiązań jednostek samorządu terytorialnego wg tytułów dłużnych za lata 1999–2002*, Ministerstwo Finansów, Warszawa, maj 2003, s. 5.

W zdecentralizowanym systemie wykonawstwa zadań publicznych gwarantowanie dobrze zorganizowanej opieki zdrowotnej przestało być wyłączną domeną państwa. Każda z ustaw regulujących ustrojowe zasady działalności samorządu terytorialnego odnosi się do ochrony zdrowia wymieniając tę dziedzinę, wśród innych zadań, jako zadanie publiczne przewidziane do realizacji odpowiednio, w gminie, powiecie lub województwie. Uregulowania te wynikają, z:

- art. 7, ust. 1, pkt 2 – ustawy z 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym⁹,
- art. 4, ust. 1, pkt. 2 – ustawy z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym¹⁰,

⁷ Wg stanu na koniec czerwca 2003 r. samodzielnie funkcjonujących publicznych ZOZ było 2744. Zob. K. Ryszard, *Spółki użyteczności publicznej – ratunek dla służby zdrowia?*, „Rachunkowość Budżetowa” 2003, nr 4, s. 3.

⁸ Z treści art. 6 ustawy z 28 lutego 2003 r., Prawo upadłościowe i naprawcze (Dz. U. nr 60, poz. 535) wynika, że nie można ogłosić upadłości publicznego samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej.

⁹ Ustawę tą opublikowano w J.t. Dz. U. 2001, nr 142, poz. 1591 ze zm.

¹⁰ Jej jednolity tekst opublikowano w Dz. U. 2001, nr 142, poz. 1592 ze zm.

– art. 14, ust. 1, pkt. 2 – ustawy z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa¹¹.

Zatem samorząd terytorialny stał się odpowiedzialny za należycie funkcjonowanie opieki zdrowotnej na właściwym, dla jego szczebla, terenie.

Jednostki samorządu terytorialnego, podobnie jak cały sektor finansów publicznych, są zadłużone. Ich długi na koniec 2002 r., jak wynika to z tab. 4, wynosiły 15,4 mld zł.

Dane zawarte w tab. 4 pokazują, że suma zadłużenia jednostek samorządu terytorialnego nie przekracza 20% ich rocznych dochodów. Jest więc daleka od 60-procentowego limitu dozwolonego przepisami ustawy o finansach publicznych¹². Wykazany w tabeli poziom deficytu ulega stabilizacji. Wzrosła jednak ogólna kwota zobowiązań wliczanych do długu publicznego. W roku 2002 wynosiła ona 15 358 392 tys. zł, będąc wyższą o 25,2% w stosunku do kwoty długu z roku 2001. We wcześniejszych latach tempo narastania długu było znacznie szybsze i wynosiło 51,5% w 2000 r. i 30,8% w 2001 r. Rosła również relacja zobowiązań jednostek samorządu terytorialnego do wykonanych dochodów od 9,5% w roku 1999 do 19,2% w roku 2002.

Samorząd terytorialny przy pomocy państwa, polegającej na wprowadzeniu nielicznych zmian w obowiązującym prawodawstwie, może uporać się z obciążającymi go długami. Należy jednak mieć na uwadze, że państwowy dług publiczny rozliczany jest w całości i jego konsekwencje odczuwają wszystkie podmioty zaliczane do tzw. sfery budżetowej, w tym także jednostki samorządu terytorialnego. Nie rokuje to zbyt optymistycznie dla samorządowych finansów, bowiem istnieje prawdopodobieństwo wdrożenia w życie, przewidzianych w przepisach prawa, procedur ostrożnościowych i sanacyjnych, wraz ze związanymi z nimi restrykcjami, które znacznie pogorszą i tak już naruszoną płynność finansową całego sektora finansów publicznych¹³.

¹¹ Publikacja J.t. Dz. U. 2001, nr 142, poz. 1590 ze zm.

¹² Art. 114 ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych J.t. Dz. U. 2003, nr 15, poz. 148 ze zm. stanowi, że łączna kwota długu jednostki samorządu terytorialnego na koniec roku budżetowego nie może przekraczać 60% dochodów tej jednostki w tym roku budżetowym.

¹³ Dług publiczny jest kosztownym sposobem finansowania nadmiernych wydatków państwa w danym okresie i może stanowić zagrożenie dla finansów publicznych. Stąd też wspomniana ustawa o finansach publicznych, w art. 45, wprowadza procedury ostrożnościowe i sanacyjne mające na celu niedopuszczenie do przekroczenia, przez podmioty zaliczone do sektora finansów publicznych, limitu zadłużenia wyznaczonego w Konstytucji. Procedury te obejmują następujące progi wskaźnika zadłużenia:

a) gdy relacja długu w danym roku jest większa od 50%, ale nie większa od 55% PKB. Rada Ministrów uchwała projekt ustawy budżetowej, w którym relacja deficytu budżetu państwa do dochodów budżetu państwa nie może być wyższa niż analogiczna relacja z roku bieżącego.

Tabela 5

Zadłużenie SPZOZ podlegających samorządowi terytorialnemu na tle zadłużenia sektora samorządowego w latach 2001–2003

Wyszczególnienie	Rok w mln zł			Dynamika		
	2001	2002	2003	34:32	45:43	45:32
1	2	3	4	5	6	7
Sektor samorządowy ogółem	14 867,9	18 485,9	21 800,9	124,3	110,1	146,6
SPZOZ	2 464,5	3 002,9	4 413,3	121,8	141,7	179,0
Udział (%)	16,6	16,2	20,2	x	x	x

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: www.mofnet.gov.pl, *Zadłużenie sektora finansów publicznych przed konsolidacją, wg kryterium miejsca emisji (wartość nominalna)*.

Tabela 6

Zadłużenie jednostek samorządu terytorialnego, przed i po konsolidacji z długami SPZOZ, na tle ich dochodów w latach 2001–2003

Wyszczególnienie		2001	2002	2003
Dochody jednostek samorządu terytorialnego	mln zł	79 594,6	80 033,8	79 140,4
Zadłużenie jednostek samorządu terytorialnego	mln zł	12 266,4	15 358,4	17 276,8
Relacja 2 : 1	%	15,4	19,2	21,8
Zadłużenie jednostek samorządu terytorialnego łącznie z samorządowymi SPZOZ	mln zł	14 730,9	18 361,3	21 690,1
Relacja 4 : 1	%	18,5	22,9	27,4

Źródło: Jak w tab. 5.

Wspomniana relacja stanowi górne ograniczenie relacji deficytu każdej jednostki samorządu terytorialnego do dochodów, jaka może być uchwalona w jej budżecie.

b) **jest większa od 55%, a mniejsza od 60%**. Rada Ministrów uchwala projekt ustawy budżetowej przyjmując jako górne ograniczenie deficytu jego poziom zapewniający spadek relacji długu Skarbu Państwa powiększonego o przewidywane wypłaty z tytułu udzielonych gwarancji i poręczeń do PKB w stosunku do ogłoszonej relacji dla roku poprzedniego. W odniesieniu do jednostek samorządu terytorialnego zaś, górne ograniczenie relacji deficytu każdej jednostki do jej dochodów, jaka może zostać uchwalona w budżecie, zostaje zmniejszone poprzez przemnożenie o współczynnik R. Współczynnik ten jest wyliczany w następujący sposób: $R = (0,6 - PDP/PKB) : 0,05$, gdzie PKB – produkt krajowy brutto, PDP – państwowy dług publiczny powiększony o kwotę przewidywanych wypłat z tytułu poręczeń i gwarancji przez podmioty tego sektora, oznaczają wielkości ogłoszone za poprzedni rok budżetowy.

c) **jest większa lub równa od 60%**. Poczynając od siódmego dnia po dniu ogłoszenia tej relacji przez Ministra Finansów podmioty sektora finansów publicznych nie mogą udzielać nowych poręczeń i gwarancji. Rada Ministrów, najpóźniej w terminie miesiąca od dnia ogłoszenia wspomnianej relacji, przedstawia Sejmowi program sanacyjny mający na celu obniżenie relacji zadłużenia do poziomu poniżej 60%. W kolejnym roku budżetowym obowiązuje zakaz udzielania nowych poręczeń i gwarancji przez wszystkie podmioty sektora finansów publicznych. W projekcie ustawy budżetowej na kolejny rok nie zawiera się deficytu budżetu państwa, a budżety jednostek samorządu terytorialnego także nie mogą przewidywać deficytu.

Udział zadłużenia SPZOZ-ów (podległych JST) w całości zadłużenia sektora samorządowego jest również niewielki, wynosi 20,2%, co wykazano w tab. 5.

Długi SPZOZ-ów stanowią jednak zagrożenie dla finansów jednostek samorządu terytorialnego będącymi ich organami założycielskimi. Dane związane z tym zagrożeniem wykazano w tabeli 6.

Przyjęty na wstępie tytuł tego artykułu, zobowiązuje nas do ukazania wymiaru finansowego działu ochrona zdrowia i jego zasilania z budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Za lata 1999–2002 uczyniono to, na tle dochodów i wydatków tych jednostek, w tab. 7 i 8.

Udział wydatków na ochronę zdrowia w dochodach jednostek samorządu terytorialnego, wg danych zamieszczonych w tab. 7, wynosił średnio 3,4%, z tego: 1999 – 3,1%; 2000 – 3,7%; 2001 – 4,4%; 2002 – 2,4%. Jednocześnie przy wzroście dochodów o 23,3% (z 63 877,5 mln zł w roku 1999 do 80 033,9 mln zł w 2002 r.) wystąpił spadek wydatków ogółem na ochronę zdrowia o 3,6% (2046,3 mln zł w 1999 na 1974,4 mln zł w roku 2002). Spadek ten z wyłączeniem powiatów wystąpił we wszystkich jednostkach. W powiatach zaś w latach 2000 i 2001 wzrost wydatków na ochronę zdrowia wyprzedzał znacznie wzrost dochodów. Natomiast w roku 2002 dynamika dochodów w porównaniu z rokiem 1999 wynosiła 124,4%, a wydatków na ochronę zdrowia 117,0%.

Z danych zawartych w tab. 8 wynika, że średni udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach ogółem, jednostek samorządu terytorialnego, w latach 1999–2002 wynosił 3,3%. Udział ten był najwyższy w województwach samorządowych, gdzie wynosił on średnio 13,9%, w powiatach 7,7%, w miastach na prawach powiatu 2,4%, a w gminach 1,1%. Analizowany okres charakteryzował się w miarę ustabilizowanymi udziałami wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach ogółem w gminach i miastach na prawach powiatu. Stabilności tej nie wykazywały powiaty, gdzie w latach 1999–2001 występował wzrost tych wydatków z 5,5 do 11,9%, a następnie spadek w roku 2002 do 5,0% oraz województwa, gdzie wystąpił spadek z 15,7 w roku 1999 do 10,9% w roku 2002.

Jednostki samorządu terytorialnego przejmując uprawnienia organów założycielskich SPZOZ-ów stały się podmiotami sprawującymi nadzór nad działalnością tych zakładów¹⁴. Nadzór ten obejmuje kontrolę i ocenę działalności zakładu oraz pracę jej kierownika, szczególnie w zakresie:

¹⁴ Uprawnienia nadzorcze organów założycielskich zastały określone w art. 67 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408 ze zm.) oraz w rozporządzeniu ministra zdrowia z 18 kwietnia 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego (Dz. U. nr 94, poz. 1097).

Tabela 7

Wydatki na ochronę zdrowia na tle dochodów jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2002 (w mln zł)

Jednostki samorządu terytorialnego	Dochody								Wydatki na ochronę zdrowia							
	1999	%	2000	4:2 %	2001	6:2 %	2002	8:2 %	1999	%	2000	12:10 %	2001	14:10 %	2002	16:10 %
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ogółem w tym:	64 877,5	100	72 609,5	111,9	79 594,7	122,6	80 033,9	123,3	2 046,3	100	2 698,1	131,8	3 473,7	169,7	1 974,4	96,4
gminy	32 353,5	100	34 583,8	106,8	37 286,9	115,2	34 545,8	106,7	444,5	100	433,7	97,5	373,5	84,0	360,0	80,1
miasta na pra- wach powiatu	19 388,2	100	21 766,4	112,2	23 667,1	122,0	29 017,1	149,6	545,0	100	630,9	115,7	693,0	127,1	505,9	92,8
powiaty	9 847,4	100	12 554,7	127,4	14 041,1	142,5	12 252,7	124,4	542,0	100	1 087,9	200,7	1 697,8	313,2	634,4	117,0
województwa	3 288,4	100	3 704,6	112,6	4 599,6	139,8	4 218,3	128,2	514,8	100	545,6	105,9	709,4	137,8	474,1	92,0

Źródło: Obliczenia własne na podstawie *Budżety jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2002*, GUS, Warszawa 2003, s. 29, 31, 82, 84, 112, 114, 143, 144.

Tabela 8

Udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach ogółem, jednostek samorządu terytorialnego, w latach 1999–2002 (w mln zł)

Jednostki samorządu terytorialnego	1999			2000			2001			2002		
	wydatki		% udział 3:2	wydatki		% udział 6:5	wydatki		% udział 9:8	wydatki		% udział 12:11
	ogółem	na ochronę zdrowia		ogółem	na ochronę zdrowia		ogółem	na ochronę zdrowia		ogółem	na ochronę zdrowia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Łącznie w tym:	65 845,9	2 046,3	3,1	75 746,8	2 698,1	3,6	82 734,3	3 743,7	4,2	83 181,8	1 974,4	2,4
gminy	32 834,9	444,5	1,3	36 210,8	433,7	1,2	38 568,0	373,5	1,0	34 950,7	360,0	1,0
miasta na prawach powiatu	19 961,5	545,0	2,7	23 084,4	630,9	2,7	25 136,5	693,0	2,7	31 238,0	505,9	1,6
powiaty	9 784,9	542,0	5,5	12 664,5	1 087,9	8,6	14 297,7	1 697,8	11,9	12 652,7	634,4	5,0
województwa	3 264,6	514,8	15,7	3 787,1	545,6	14,4	4 737,1	709,4	14,9	4 340,4	474,1	10,9

Źródło: Obliczenia własne na podstawie *Budżety jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2002*, s. 6, 8, 10, 12 oraz danych z tab. 7.

- realizacji zadań statutowych, dostępności i poziomu udzielanych świadczeń,
- prawidłowości gospodarowania mieniem,
- gospodarki finansowej.

Ocena gospodarki finansowej dokonywana jest na podstawie kryteriów: legalności, gospodarności, celowości i rzetelności¹⁵.

Opublikowany, w lutym bieżącego roku, raport Najwyższej Izby Kontroli ujawnia niewystarczające wywiązywanie się organów założycielskich z obowiązków dotyczących zarówno kontroli okresowych podległych zakładów opieki zdrowotnej, jak i kontroli ich gospodarki finansowej. Ponadto w raporcie czytamy: „Zakładom znajdującym się w trudnej sytuacji finansowej udzielono wsparcia finansowego w postaci pożyczek, poręczeń oraz środków pochodzących z emisji obligacji. Pomoc finansowa okazywała się często niewystarczająca w stosunku do potrzeb. Udzielone pożyczki nie były spłacane, a udzielając dotacji na pokrycie bieżących potrzeb zakładów naruszano obowiązujące w tym zakresie przepisy prawa”¹⁶.

3. SPOŁECZEŃSTWO I ZDROWIE U PROGU XXI W.

Współczesną gospodarkę światową charakteryzują trendy docierające również do Polski. P. Drucker wymienia zjawiska, które jego zdaniem będą miały znaczący wpływ na gospodarkę i społeczeństwo XXI w. Wśród nich są również związane z medycyną¹⁷.

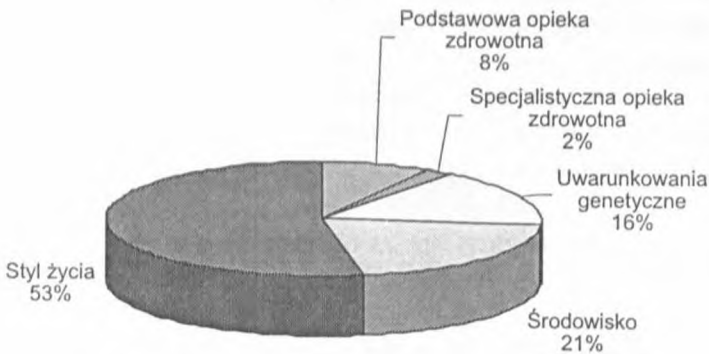
- Społeczeństwa wysoko cywilizowane starzeją się. Rośnie liczba osób w wieku emerytalnym, maleje płodność kobiet, zmniejsza się liczba nowo urodzonych dzieci.
- Ludzkie życie ulega wydłużeniu, a osoby starsze będą bardziej sprawne niż niegdyś, pod warunkiem dobrej opieki medycznej.
- Za kilkadziesiąt lat znacznie więcej będzie ludzi w wieku emerytalnym, mniej młodzieży i osób w wieku produkcyjnym. Rośnie zatem popyt na szeroko rozumiane usługi medyczne.

Z dorobku nauki wynika, że to nie tylko opieka medyczna ma wpływ na zdrowie człowieka. Składają się na nie różne czynniki w tym głównie określony styl życia. Okazuje się bowiem, że uwarunkowania decydujące o zdrowiu nie są całkiem przypadkowe i należą do nich: czynniki genetyczne, wpływy środowiska, styl życia i opieka zdrowotna. Ich procentowy udział ukazuje rys. 1.

¹⁵ Por. par. 1 i 4 rozporządzenia ministra zdrowia z 18 listopada 1999 r. (Dz. U. nr 94, poz. 1097).

¹⁶ Zob., Najwyższa Izba Kontroli, Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia, Nr ewid. 4/2004/P/03/099/KPZ, Warszawa 2004, 8.

¹⁷ P. F. Drucker, *Zarządzanie w XXI wieku*, Wyd. Muza, Warszawa 2000, s. 65.



Rys. 1. Czynniki mające wpływ na zdrowie człowieka

Źródło: *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, red. M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 26.

Dane z rys. 1 pozwalają stwierdzić, że stan zdrowia człowieka w stosunkowo niewielkim stopniu zależy od działania służby zdrowia¹⁸. Wskazują one również na wielką rolę, jaką w podwyższaniu kondycji zdrowotnej społeczeństwa mogą wypełniać jednostki samorządu terytorialnego. Przecież to takie dziedziny, jak sport, rekreacja, ochrona środowiska, należą również, razem z ochroną zdrowia, do kategorii zadań własnych odpowiednio: gminy, powiatu i województwa.

Czasy współczesne oraz związane z nimi tempo i standardy życia przynoszą z sobą także i niekorzystne zjawiska przejawiające się we wzroście zachorowań na określone typy chorób. Pokazano je w tab. 9.

Tabela 9

Osoby zarejestrowane w wybranych poradniach w latach 1995 oraz 2000–2002

Poradnie	Rok				5:2
	1995	2000	2001	2002	
1	2	3	4	5	6
Gruźlicy i chorób płuc	860 997	835 601	850 419	863 881	100,3
Zdrowia psychicznego	649 494	821 645	923 489	1 074 937	165,5
Odwykowe	104 510	130 191	138 675	153 336	146,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Rocznik statystyczny*, GUS, Warszawa, 2003, s. 297, 300.

¹⁸ Szeroko zagadnienia te omawiane są w pracy pt. *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, red. M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, zob. s. 26–27 i n.

Tendencje wykazane w tab. 9 stanowią istotny czynnik dla ukierunkowania założeń programowych opieki zdrowotnej w Polsce. Walka z gruźlicą, wpływanie na poprawę stanu zdrowia psychicznego ludności oraz zwalczanie skutków uzależnień i podejmowanie związanych z nimi działań profilaktycznych stanowią duże wyzwanie dla kompetentnych organów państwa i samorządu terytorialnego.

ZAKOŃCZENIE

Instytucje ochrony zdrowia w Polsce są od początku transformacji ustrojowej permanentnie reformowane. Jednak żadna z wprowadzanych reform nie stworzyła całościowego wewnętrznie spójnego, przejrzystego i efektywnego systemu opieki zdrowotnej.

Brak systemowych rozwiązań uniemożliwił rzetelne i sprawne realizowanie konstytucyjnie określonych zadań państwa w sferze ochrony zdrowia i był jednym z głównych powodów znacznego zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zadłużenie to jest dużym zagrożeniem nie tylko dla wspomnianych podmiotów, z sektora ochrony zdrowia, lecz także dla ich organów założycielskich, którymi są jednostki samorządu terytorialnego.

Wykorzystując swe właścicielskie uprawnienia, kompetentne organy gmin, powiatów i województw powinny w sposób zdecydowany i władczy wkraczać w sferę zarządzania zasobami podległych im zakładów. Ingerencja ta dotyczy w szczególności takich obszarów jak: gospodarność, przekształcenia własnościowe, zarządzanie długami, dobór fachowej kadry kierowniczej, skuteczność kierowania, jakość świadczonych usług oraz właściwe wykorzystanie składników mienia komunalnego.

Samorząd terytorialny, bez pomocy państwa, nie jest w stanie uporać się z wykazanym w treści artykułu zadłużeniem jednostek ochrony zdrowia. Jednak niezależnie od strukturalnych problemów finansowania tych podmiotów, skumulowanego zadłużenia oraz braku zadowalających rozwiązań narastających problemów, w ramach przeprowadzanych reform, niezbędnym staje się doskonalenie ich gospodarki finansowej. Zrozumienie ważności wartości podstawowego źródła finansowania świadczeń, powinno sprzyjać wyznaczaniu struktury i kierunków efektywnej dystrybucji usług medycznych skutkując oszczędnym gospodarowaniem środkami pochodzącymi ze składek ubezpieczenia zdrowotnego.

W sytuacji, gdy trudno spodziewać się zwiększenia publicznych nakładów na zasilenie źródeł finansowania placówek ochrony zdrowia warto nadmienić, organom odpowiednich szczebli samorządu terytorialnego, że poprawy funk-

cjonowania systemu można dopatrywać się w dalszym rozwoju zakładów niepublicznych, które jak wynika to z obserwacji zachowań uczestników rynku usług medycznych, podejmują działania umożliwiające im zachowanie równowagi finansowej.

Lech Jędrzejewski

**PARTICIPATION OF PUBLIC MUNICIPAL ENTITIES IN SOLVING FINANCIAL
PROBLEMS OF HEALTH SERVICE ENTITIES**

The article touches problems of Health Service Sector in Poland. His main plots are lack of systematical approach to the problem increasing debt of public health service entities, and connected with that, treats to the finances of public municipal entities.