

AGNIESZKA MIKOS-SITEK

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

UDZIAŁ JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO W PROCESIE FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA

I. UWAGI WPROWADZAJĄCE

Przyjęty w Polsce mieszany model organizacji i finansowania ochrony zdrowia zakłada stosowanie w praktyce rozwiązań typowych przede wszystkim dla znanego literaturze przedmiotu klasycznego modelu powszechnych ubezpieczeń (Bismarcka) oraz modelu narodowej służby zdrowia opartego na finansowaniu z budżetu państwa (Beveridge'a)¹. Podobne tendencje, dominujące w rozwiązaniach państw europejskich, związane są przede wszystkim z możliwością efektywnego wykorzystania zróżnicowanych mechanizmów dopasowanych i sprawdzających się na poszczególnych płaszczyznach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Obowiązujące w danym państwie regulacje prawne, określające założenia modelu ochrony zdrowia, wyznaczają zatem podstawowe

¹ Więcej zob. M. PASZKOWSKA, *Polski system ochrony zdrowia*, Warszawa 2020, s. 14 i n.; P. LENIO, *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Warszawa 2018, s. 119 i n.; M. LIBURA, J. GRESEK, E. BOREK, T. PERENDYK, A. SITEK, K. WOJTASZCZYK, *Finansowanie i organizacja systemu ochrony zdrowia w oczach pacjentów*, Warszawa 2018, s. 12 i n.; A. WASIAK, P. SZELĄG, *Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej w latach 2007-2011*, «Finanse i Prawo Finansowe» 2/2015, s. 69-70; A. DEPTA, [w:] *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, red. J. SUCHECKA, Warszawa 2011, s. 23 i n.; M. KOLWITZ, *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, «Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie» 56.2/2010, s. 133.

rozwiązania organizacyjne systemu, ale także zasady jego finansowania. Analiza zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce na przestrzeni lat, pozwala na stwierdzenie, że przedmiotowa sfera realizacji zadań państwa opierała się głównie na publicznych źródłach finansowania. Nie wyklucza to jednak – przede wszystkim w stosowanych współcześnie rozwiązaniach – wykorzystania mechanizmów typowych dla rezydualnego (wolnorynkowego) modelu organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia opartego na zaangażowaniu środków prywatnych świadczeniobiorcy i związanego np. z funkcjonowaniem dobrowolnych ubezpieczeń, dostępem do usług opieki medycznej wykonywanych przez prywatnych świadczeniodawców, systemem płatności *fee-for-service*, a także mechanizmem współpłacenia.

Artykuł 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r.², mający na gruncie ustawy zasadniczej kluczowe znaczenie w zakresie problematyki organizacji i finansowania ochrony zdrowia, określa przede wszystkim prawo do ochrony zdrowia przynależne każdemu człowiekowi³. Powołany przepis zawiera jednocześnie gwarancję równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych niezależnie od ich sytuacji materialnej, wskazując przy tym władze publiczne jako adresata tych norm⁴. Przepisy

² Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.; dalej jako: Konstytucja RP.

³ Zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 r., K 14/03, «OTK» 1/2004, poz. 1; wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 23 marca 1999 r., K 2/98, «OTK» 3/1999, poz. 38; zob. również L. BOSEK, [w:] *Konstytucja RP. Komentarz*, I, red. M. SAFJAN, L. BOSEK, Warszawa 2016, kom. do art. 68, Nb 62; R. KUBIAK, *Prawo medyczne*, «el./Legalis» 2014.

⁴ Zob. B. BANASZAK, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2009, kom. do art. 68, s. 351; S. GRABOWSKA, M. UBANIAK, *Prawne podstawy realizacji prawa do ochrony zdrowia w Polsce*, «Przegląd Prawa Konstytucyjnego» 5/2014, s. 98 i n.; M. MIKOS, M. URBANIAK, *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, «Medyczna Wokanda» 8/2016, s. 160 i n.; A. SURÓWKA, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, «Przegląd Prawa Konstytucyjnego» 3/2012, s. 91 i n.; M. WOCH, *Zapewnienie przez władze publiczne w Polsce równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych*, [w:] *Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej*, red. M. DZIUBIŃSKA, A. JANUS, J. KOSTRUBIEC, T. SROKA, P. SZCZĘŚNIAK, Warszawa 2014, s. 29-39.

Konstytucji RP nie określają zasad na jakich mają opierać się działania władz publicznych zmierzające do realizacji obowiązku objętego art. 68 ust. 2, jednak ich interpretacja wyklucza przyjęcie modelu ochrony zdrowia opartego wyłącznie na mechanizmach rynkowych⁵. Należy jednocześnie zwrócić uwagę, że zasady funkcjonowania systemu ochrony w Polsce wpisują się we współczesne trendy podzielonej odpowiedzialności za proces gromadzenia i dystrybucji środków przeznaczonych na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia pomiędzy poszczególne rodzaje i szczeble władz publicznych.

Ubezpieczeniowo-budżetowy model organizacji i finansowania ochrony zdrowia przyjęty w Polsce opiera się przede wszystkim na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, funkcjonującym z poszanowaniem zasad równego traktowania oraz solidarności społecznej. Artykuł 65 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶ wskazuje jednocześnie, że ubezpieczenie zdrowotne opiera się na zasadzie zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców w sposób określony w powołanej ustawie. Podstawą ubezpieczenia zdrowotnego jest obowiązkowa składka będąca głównym źródłem finansowania systemu ochrony zdrowia⁷. Przyjęcie jednak w tym zakresie rozwiązań typowych dla różnych modeli organizacji i finansowania ochrony zdrowia pozwala również na wykorzystanie w praktyce mieszanych źródeł finansowania. Rozwiązania obowiązujące w polskim modelu ubezpieczeniowo-budżetowym poza ubezpieczeniem zdrowotnym i środkami ze składki w dyspozycji płatnika systemu, przewidują również – w zakresie wydatków publicznych – finansowanie

⁵ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 r., K 14/03, «OTK» 1/2004, poz. 1; M. DERCZ, *Podstawowe zagadnienia dotyczące podziału zadań w sferze ochrony zdrowia*, [w:] *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, red. M. DERCZ, Warszawa 2013, s. 63.

⁶ Tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 1285 ze zm.; dalej jako: u.ś.o.z.

⁷ Zamiast wielu zob. P. LENIO, *op. cit.*, s. 211 i n.; A. SIDORKO, [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, red. A. PIETRASZEWSKA-MACHETA, Warszawa 2018, s. 603-662.

świadczeń opieki zdrowotnej ze środków pochodzących z budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego⁸.

2. NORMATYWNE PODSTAWY ZADAŃ WYKONYWANYCH PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Jak już wyżej wskazano, art. 68 ust. 2 Konstytucji RP wskazuje władze publiczne jako adresata norm określających obowiązki w zakresie zapewnienia obywatelom (niezależnie od ich sytuacji materialnej) równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obowiązki nałożone na władze publiczne obejmują również zapewnienie szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku (art. 68 ust. 3 Konstytucji RP). Ponieważ dobrem chronionym konstytucyjnie jest również zdrowie publiczne – w zakresie działań władz publicznych pozostają również obowiązki polegające na zwalczaniu chorób epidemicznych oraz zapobieganiu negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Działania te obejmują ponadto wpieranie rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży (art. 68 ust. 4–5 Konstytucji RP)⁹. Podkreślenia wymaga jednocześnie fakt, że realizacja przez władze publiczne wymienionych powyżej zadań wymaga szeroko zakrojonych działań zapewniających, z jednej strony – właściwą organizację systemu ochrony zdrowia w znaczeniu instytucjonalnym, z drugiej zaś – realizację procesu gromadzenia środków publicznych na cele związane z ochroną zdrowia, a także mechanizmów ich redystrybucji.

W zakresie omawianej problematyki znaczenie ma zatem również art. 16 ust. 2 Konstytucji RP, zgodnie z którym: „Samorząd terytorialny uczestniczy w sprawowaniu władzy publicznej. Przysługującą mu w ramach ustaw istotną część zadań publicznych samorząd wykonuje

⁸ Zob. A. MIKOS-SITEK, *Finansowe aspekty zmian w ochronie zdrowia*, [w:] *Aktualne problemy prawne w psychologii i medycynie*, red. T. GARDOCKA, A. FIUTAK, D. JAGIEŁŁO, Warszawa 2018, s. 164 i n.

⁹ Zob. B. BANASZAK, *op. cit.*, kom. do art. 68; L. BOSEK, *op. cit.*, kom. do art. 68; M. WOCH, *op. cit.*, s. 30; S. GRABOWSKA, M. URBANIAK, *op. cit.*, s. 99; M. MIKOS, M. URBANIAK, *op. cit.*, s. 161; A. SURÓWKA, *op. cit.*, s. 91-92.

w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność”. Uczestniczenie w sprawowaniu władzy publicznej polega bowiem na wykonywaniu zadań publicznych¹⁰, których podział pomiędzy organami administracji rządowej a jednostkami samorządu terytorialnego związany jest również z właściwym podziałem dochodów publicznych. Nie ulega bowiem wątpliwości, że wykonywanie w określonym zakresie zadań publicznych jest uwarunkowane stanem wyposażenia i dysponowaniem odpowiednią bazą materialną jaką są środki publiczne¹¹. Istotnym uzupełnieniem analizowanego zagadnienia jest zakres regulacji art. 167 ust. 1 i 4 Konstytucji RP, zgodnie z którym jednostkom samorządu terytorialnego zapewnia się udział w dochodach publicznych odpowiednio do przypadających im zadań, zaś zmianom w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego powinny towarzyszyć również zmiany w podziale dochodów publicznych¹².

Zgodnie natomiast z art. 7 ust. 3 ustawy z 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym¹³ w razie przekazania gminie, w drodze ustawy, nowych zadań własnych należy zapewnić konieczne środki finansowe na ich realizację w postaci zwiększenia dochodów własnych gminy lub subwencji (zob. również art. 8 ust. 4 i 5 u.s.g.). W przypadku powiatów art. 56 ust. 3 ustawy z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym¹⁴ gwarantuje, że przekazywanie powiatowi, w drodze ustawy, nowych zadań wymaga zapewnienia środków finansowych koniecznych na ich realizację w postaci zwiększenia dochodów. Podobnie w przypadku województw, zgodnie z art. 67 ustawy z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa¹⁵ w przypadku przekazania województwu, w drodze

¹⁰ B. BANASZAK, *op. cit.*, kom. do art. 16.

¹¹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 20 lutego 2002 r., K 39/00, «OTK» 1/2002, poz. 4.

¹² Zob. również art. 9 ust. 2 Europejskiej Karty Samorządu Lokalnego z 15 października 1985 r. (Dz.U. z 1994 r. Nr 124, poz. 607 ze zm.).

¹³ Tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 1372 ze zm.; dalej jako: u.s.g.

¹⁴ Tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 920 ze zm.; dalej jako: u.s.p.

¹⁵ Tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 1668 ze zm.; dalej jako: u.s.w.

ustawy, nowych zadań powinno się zapewnić konieczne środki finansowe poprzez zwiększenie dochodów¹⁶.

Powołane wyżej przepisy oraz będące ich konsekwencją reguły podziału zadań publicznych, a także gwarancje udziału jednostek samorządu terytorialnego w dochodach publicznych, mają znaczenie zarówno z punktu widzenia zadań organizacyjnych realizowanych przez te jednostki, ale również funkcji finansowania. Jednostki samorządu terytorialnego dysponują bowiem własnym budżetem, ustalonym zgodnie z regułami zasady roczności oraz określonym ustawowo katalogiem źródeł dochodów¹⁷. Zadania związane z ochroną zdrowia realizowane są dodatkowo na zasadach przewidzianych zarówno dla zadań własnych, jak również zadań zleconych, w związku z czym na omawianą problematykę składają się również reguły przekazywania dotacji z budżetu państwa oraz ich rozliczania (zob. art. 126 i n. u.f.p.).

Należy jednocześnie zwrócić uwagę, że przepisy ustaw samorządowych wprost wymieniają zadania w zakresie ochrony zdrowia oraz zakres ich realizacji przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego. Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 u.s.g. zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy, które obejmują m.in. sprawy w zakresie ochrony zdrowia. Powiat natomiast wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym, w tym m.in. w zakresie promocji i ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej (art. 4 u.s.p.). Podobna regulacja dotyczy samorządu województwa, który zgodnie z art. 14 u.s.w. wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, w szczególności w zakresie m.in. promocji i ochrony zdrowia, a także pomocy społecznej¹⁸.

¹⁶ K. JAROSZYŃSKI, [w:] *Ustawa o samorządzie gminnym. Komentarz z odniesieniami do ustaw o samorządzie powiatowym i samorządzie województwa*, red. R. HAUSER, Z. NIEWIADOMSKI, Warszawa 2011, kom. do art. 7.

¹⁷ Zob. art. 216 ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 305 ze zm.); dalej jako: u.f.p. oraz przepisy ustawy z 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 1672 ze zm.).

¹⁸ K. JAROSZYŃSKI, *op. cit.*, kom. do art. 7.

Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej określone są również przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Artykuł 6 u.ś.o.z. kształtuje katalog zadań władz publicznych na zasadzie ogólnego wyliczenia obejmującego zadania zarówno o charakterze organizacyjnym, jak również finansowania. W pierwszym ze wskazanych przypadków zadania te wpisują się w proces tworzenia warunków właściwego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, przy uwzględnieniu wyników analiz i oceny potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, a także tworzenia warunków sprzyjających zdrowiu poprzez działania polegające na jego promocji i profilaktyce.

Zadania realizowane przez gminę skierowane są oczywiście do jej mieszkańców i należy je analizować na poziomie głównie działań związanych z profilaktyką. W zakresie zadań własnych gmina w szczególności opracowuje, realizuje oraz ocenia efekty programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy (art. 7 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z.). Zgodnie z założeniami ustawowej definicji programu polityki zdrowotnej (co wynika również z istoty wykonywania przez jednostki samorządu terytorialnego zadań własnych) realizacja programu, oprócz całego spektrum działań związanych z jego opracowaniem, wdrożeniem i realizacją, obejmuje również obowiązki związane z finansowaniem programu (art. 5 pkt 29a u.ś.o.z.)¹⁹.

Oprócz działań związanych z profilaktyką oraz edukacją w dziedzinie zdrowia gminy realizują zadania związane z wydawaniem decyzji potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku osób nieposiadających ubezpieczenia zdrowotnego. Z prawa takiego skorzystać mogą osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej posiadające obywatelstwo polskie lub takie, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub też zezwolenie na pobyt czasowy w związku

¹⁹ Zob. również art. 2, 3 i 13 ustawy z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 1956).

z wystąpieniem ustawowo określonych okoliczności²⁰ i spełniające wyznaczone kryterium dochodowe²¹. Wydanie przedmiotowej decyzji daje podstawy osobie uprawnionej do skorzystania z określonych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie określonym dla ubezpieczonych. Prawo do świadczeń przysługuje w okresie 90 dni od dnia określonego w decyzji wójta (burmistrza, prezydenta miasta) lub osoby przez niego upoważnionej. Zadania związane z wydawaniem decyzji uprawniających do świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby nieposiadające ubezpieczenia zdrowotnego, poprzedzone przede wszystkim rodzinnym wywiadem środowiskowym oraz działaniami służącymi stwierdzeniu spełnienia kryterium dochodowego, wykonywane są w ramach zadań zleconych i gmina otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów ich realizacji (art. 7 ust. 2-4, art. 54 u.ś.o.z.).

W przypadku powiatów i województw, przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ich zadania w zakresie programów polityki zdrowotnej oraz działań związanych z profilaktyką i promocją zdrowia, kwalifikują jako kolejny szczebel ich realizacji (art. 8, 9 u.ś.o.z.)²².

W wyniku zmiany przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jaką wprowadzono w 2016 r. do zakresu kompetencji jednostek samorządu terytorialnego włączono możliwość finansowania przez nie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej dla mieszkańców danej wspólnoty samorządowej²³. Przepisy dodane do ustawy w wyniku powołanej nowelizacji (art. 9a, 9b u.ś.o.z.) uregulowały kwestie dotyczące umowy o finansowanie świadczeń gwarantowanych zawieranej przez jednostkę samorządu te-

²⁰ Zob. art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c i d ustawy z 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 35 ze zm.).

²¹ Zob. art. 8 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 1876 ze zm.).

²² Zob. A. PIETRASZEWSKA-MACHETA, [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, red. A. PIETRASZEWSKA-MACHETA, Warszawa 2018, s. 123-128.

²³ Ustawa z 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 960 ze zm.).

rytorialnego ze świadczeniodawcą wyłonionym, co do zasady, w drodze konkursu ofert. Szczególny charakter powołanej procedury związany jest z możliwością sfinansowania dla mieszkańców wspólnoty świadczeń opieki zdrowotnej objętych katalogiem świadczeń gwarantowanych (art. 15 u.ś.o.z.). Działania podejmowane w takim przypadku przez jednostki samorządu terytorialnego polegają zatem na zwiększeniu puli świadczeń gwarantowanych dla mieszkańców wspólnoty, nie mogą być natomiast związane z rozszerzeniem ich katalogu.

Poddając analizie problematykę udziału jednostek samorządu terytorialnego w realizacji i finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia należy również zwrócić uwagę na inne zadania szczegółowe realizowane na różnych poziomach samorządu terytorialnego. W przypadku gmin wymienić można np. zadania własne związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych²⁴ oraz zadania związane z przeciwdziałaniem narkomanii, realizowane również w zakresie zadań własnych²⁵. Powiat natomiast organizuje i zapewnia usługi w domach pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi²⁶. Realizuje także zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (zadania własne i zlecone). Na poziomie województwa, zgodnie z potrzebami, tworzy się i prowadzi zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej, a także realizuje się wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i ustala wojewódzki program przeciwdziałania narkomanii.

Należy również zwrócić uwagę, że jednostki samorządu terytorialnego są podmiotami tworzącymi i prowadzącymi dla wielu podmiotów leczniczych sektora publicznego w formie prawnej spółki kapitałowej,

²⁴ Ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 1119).

²⁵ Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 2050 ze zm.).

²⁶ Art. 6a ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 685).

jednostki budżetowej lub samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej²⁷.

3. UDZIAŁ JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO W STRUKTURZE WYDATKÓW PUBLICZNYCH NA OCHRONĘ ZDROWIA

Zgodnie z uwagami zamieszczonymi już powyżej – w polskim ubezpieczeniowo-budżetowym modelu finansowania ochrony zdrowia podstawowym źródłem finansowania tej sfery funkcjonowania państwa są środki finansowe pochodzące z obowiązkowych składek zdrowotnych, gromadzone w ramach systemu ubezpieczeń społecznych i dysponowane przez płatnika systemu (Narodowy Fundusz Zdrowia). Analiza publicznych źródeł finansowania ochrony zdrowia wskazuje jednak, że znaczącą rolę odgrywają w tym przypadku również środki pochodzące z budżetu państwa oraz budżetów poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego.

Ostatnie dane Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, że w strukturze wszystkich wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2019 r. nieco ponad 85% to wydatki NFZ. Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych w tym okresie wyniosły 89 765 mln zł (o 10,7% więcej niż w roku poprzednim) i były przeznaczone głównie na lecnicstwo szpitalne (52,8%), podstawową opiekę zdrowotną (13,9%) oraz refundację leków (9,7%).

Udział budżetu państwa w strukturze wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2019 r. wyniósł ponad 10% całości wydatków. Wydatki te w analizowanym okresie wyniosły 10 986,5 mln i stanowiły 2,6% łącznych wydatków budżetu państwa²⁸. Struktura wydatków na ochronę zdrowia zrealizowanych z budżetu państwa w 2019 r. zbliżona jest do tej z 2018 r. Największe wydatki poniesiono na ratownictwo medyczne (21,6%), inspekcję sanitarną (11,1%) oraz na programy polityki zdrowotnej (8,5%). Mniejszy jest natomiast udział wydatków publicznych na składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób

²⁷ Art. 6 ust. 2 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 711 ze zm).

²⁸ Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r.*, Warszawa 2020, s. 142-143.

nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (z 14,3% w 2018 r. do 6,6% w 2019 r.)²⁹.

Natomiast udział jednostek samorządu terytorialnego w strukturze wydatków publicznych na ochronę zdrowia wyniósł w 2019 r. ponad 4% całości wydatków. Jednostki samorządu terytorialnego przeznaczyły na nie łącznie 4 507,1 mln zł (z uwzględnieniem środków pochodzących z budżetu państwa), co stanowiło 1,6% ogółu ich wydatków³⁰.

W 2019 r. zwiększono wydatki na ochronę zdrowia zarówno w przypadku budżetu państwa, jak również budżetów jednostek samorządu terytorialnego – co jest widoczne w relacji do danych dotyczących 2018 r. Największy wzrost wydatków dotyczy województw – o ponad 55% w porównaniu z 2018 r., ich udział w budżecie województw zwiększył się o 2,4 p. proc. W wartościach nominalnych wydatki te wzrosły w porównaniu z rokiem poprzednim o ponad 550 mln zł.

Analiza danych GUS pokazuje również, że w niewielkim stopniu (w porównaniu do 2018 r.) zmieniła się struktura jednostek administracyjnych, jako płatników ochrony zdrowia, ze względu na wielkość wydatków na ochronę zdrowia poniesionych przez budżet państwa i jednostki samorządu terytorialnego. Udział wydatków budżetu państwa zmniejszył w tym zakresie z 73,2% do 70,7%, w przypadku województw wzrósł z 6,9% do nieco ponad 10%, w miastach na prawie powiatu wyniósł 7,6% (w 2018 r. – 8%), w powiatach 6,9% (w 2018 r. – 7,2%), w gminach kształtował się podobnie jak przed rokiem – na poziomie 4,7%³¹.

W 2019 r. jednostki samorządu terytorialnego przekazały na ochronę zdrowia średnio 117,41 zł w przeliczeniu na jednego mieszkańca (w 2018 r. – 100,00 zł). Najwyższe wydatki na mieszkańca w 2019 r. poniesiono w województwie mazowieckim (170,6 zł), podlaskim (157,0 zł), natomiast w województwach: opolskim (73,6 zł) i małopolskim (83,0 zł) kształtowały się one na najniższym poziomie. Dane GUS na 2019 r. pokazują, że we wszystkich województwach wysokość wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na 1 mieszkańca wzrosła w porównaniu

²⁹ *Ibidem*, s. 145.

³⁰ *Ibidem*, s. 142-143.

³¹ *Ibidem*, s. 143.

do 2018 r. Dotyczy to przede wszystkim województw: lubelskiego (o 86%, z 64,4 zł na osobę do 119,5 zł) i łódzkiego (o 47%, z 69,1 zł na osobę do 101,3 zł). W najmniejszym stopniu wydatki te wzrosły w województwach polskim (o 2%) i dolnośląskim (o 3%).

W 2019 r. gminy wydały na ochronę zdrowia łącznie 727,3 mln zł, z czego 60,9% przeznaczono na przeciwdziałanie alkoholizmowi, a 6,0% na szpitale ogólne. Powiaty przeznaczyły na opiekę zdrowotną 1 069,2 mln zł, z czego 49,3% stanowiły środki na szpitale ogólne, a 43,2% na składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku miast na prawach powiatu wydatki te kształtowały się na poziomie 1 168,5 mln zł i zostały przeznaczone głównie na: szpitale ogólne (34,7%), przeciwdziałanie alkoholizmowi (25,7%) oraz na składki na ubezpieczenia zdrowotne i świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (11,6%). Województwa przeznaczyły na ochronę zdrowia środki w wysokości 1 542,0 mln zł, głównie na szpitale ogólne (62,5%) oraz na lecznictwo psychiatryczne (7,2%)³².

Dane GUS pokazują, że struktura wydatków ze względu na schematy finansowania ochrony zdrowia uwzględniała w Narodowym Rachunku Zdrowia za 2018 r. wydatki publiczne, które stanowiły 71,5% nakładów bieżących na ochronę zdrowia (w 2017 r. – 69,3%). Schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych stanowiły w tym zestawieniu – 10,0% poniesionych nakładów (w 2017 r. – 10,4 %). Schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach stanowiły 61,5% poniesionych wydatków (w 2017 r. – 58,9%). Wydatki prywatne stanowiły natomiast 28,5% (w 2017 r. – 30,7%), a bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych stanowiły 20,4% (w 2017 r. – 22,7%) wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia³³.

4. WNIOSKI KOŃCOWE

Problematyka ochrony zdrowia stanowi jeden z ważniejszych aspektów funkcjonowania państwa i obejmuje szerokie spektrum zagadnień

³² *Ibidem*, s. 144, 145.

³³ *Ibidem*, s. 134.

zarówno instytucjonalnych, organizacyjnych, w tym także mechanizmy finansowania systemu ochrony zdrowia. W Polsce problematyka ta ma swoje podstawy w wielu regulacjach prawnych. Podstawowe kwestie dotyczące reguł kształtowania rozwiązań dotyczących organizacji i finansowania ochrony zdrowia objęte są przepisami Konstytucji RP, które określają również prawo każdego człowieka do ochrony zdrowia oraz prawo równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wskazują jednocześnie władze publiczne jako adresata tych norm, przez co jednostki samorządu terytorialnego, jako uczestniczące w sprawowaniu władzy publicznej i realizujące określone zadania publiczne mają swój udział również w działaniach związanych z ochroną zdrowia. Wszystkie jednostki samorządu terytorialnego realizują w tym zakresie działania zarówno na poziomie organizacyjnym (występując np. w charakterze podmiotu tworzącego i prowadzącego podmiot leczniczy) oraz finansowania (np. dotyczące świadczeń gwarantowanych dla mieszkańców wspólnoty samorządowej). Zadania w dziedzinie ochrony zdrowia są realizowane jako zadania własne i zlecone z zakresu administracji rządowej, co skutkuje zastosowaniem zróżnicowanych systemów płatności i rozliczeń.

Trafności rozwiązań związanych z zaangażowaniem jednostek samorządu terytorialnego również w tej dziedzinie życia publicznego należy upatrywać w szczególnej predyspozycji samorządu do lokalizowania potrzeb społecznych i wprost, w wielu przypadkach, zapotrzebowania na konkretne świadczenia opieki zdrowotnej. Podobna i słuszna – w mojej ocenie – argumentacja powoływana jest w przypadku kształtowania piramidy leczenia opartej na podstawowej opiece zdrowotnej, usytuowanej organizacyjnie najbliżej pacjenta. W przypadku zadań jednostek samorządu terytorialnego – nie chodzi jednak o przeniesienie zdecydowanego ciężaru realizacji zadań związanych z ochroną zdrowia, a raczej wyposażeniem w rozwiązania o charakterze uzupełniającym i korygującym ogólne mechanizmy funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia, co w wielu przypadkach pozwoli na identyfikację i zapewnienie szczególnych potrzeb społeczności lokalnej, a nawet konkretnego świadczeniobiorcy (co dotyczy np. zadań realizowanych na podstawie art. 54 u.ś.o.z.).

Należy jednocześnie zwrócić uwagę, że zadania poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego często skupione są na zasadniczym celu zdefiniowanym jako zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (zob. np. art. 6-9 u.ś.o.z.). Zadania tych jednostek wymienione na gruncie poszczególnych regulacji ustawowych stanowią realizację tego celu poprzez działania polegające na rozeznaniu potrzeb zdrowotnych mieszkańców, realizacji programów polityki zdrowotnej, możliwości finansowania świadczeń gwarantowanych, a przy tym dostępności procedur umożliwiających podpisywanie umów ze świadczeniodawcami. Nawiązując do prawa do ochrony zdrowia i gwarantowanego konstytucyjnie prawa równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP), pojawia się wątpliwość czy działania podejmowane przez jednostki samorządu terytorialnego, szczególnie w ostatnim ze wskazanych wyżej przypadków, nie prowadzą do różnicowania poziomu na jakim finansowane są poszczególne świadczenia opieki zdrowotnej. Wątpliwość tę rozstrzygnąć należy jednak na korzyść przyjętych rozwiązań, ponieważ równość dostępu do świadczeń realizowana jest w tym przypadku z uwzględnieniem istotnych czasami różnic w zapotrzebowaniu na poszczególne zakresy i rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do poszczególnych obszarów kraju. Stanowi to jednocześnie potwierdzenie dążeń do zapewnienia rzeczywistego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z powyższych względów zróżnicowany poziom finansowania ze środków NFZ świadczeń opieki zdrowotnej w określonych zakresach i rodzajach świadczeń w poszczególnych województwach, jak również przypadki finansowania świadczeń gwarantowanych przez jednostki samorządu terytorialnego nie powinny być kwalifikowane jako naruszające konstytucyjną zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Analiza obowiązujących przepisów kształtujących zadania jednostek samorządu terytorialnego w dziedzinie ochrony zdrowia pozwala sformułować kilka podstawowych postulatów zmian, które w sposób istotny mogą wpływać na efektywność realizowanych zadań. Przede wszystkim podział zadań pomiędzy poszczególne szczeble samorządu

terytorialnego uregulowany jest zbyt ogólnie i bez wskazania podstawowej odpowiedzialności konkretnych jednostek w dziedzinie ochrony zdrowia (co dotyczy przede wszystkim gmin i powiatów). Dodatkowo regulacje te charakteryzują się znacznym rozproszeniem, co zwiększa trudność kompleksowej oceny – związanej często ze zróżnicowaną łączną interpretacją obowiązujących przepisów. Udział jednostek samorządu terytorialnego w publicznych wydatkach na ochronę zdrowia powinien wykazywać tendencje wzrostu – również w kontekście wprowadzonych mechanizmów zwiększania tych wydatków w relacji do PKB. Dane GUS za ostatnie lata pokazują zbliżony poziom zaangażowania wydatków jednostek samorządu terytorialnego w strukturze wydatków publicznych na poziomie około 4%.

UDZIAŁ JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO W PROCESIE FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA

Streszczenie

Problematyka organizacji oraz finansowania systemów ochrony zdrowia stanowi jeden z istotnych aspektów funkcjonowania współczesnych państw. Poświęca się jej wiele uwagi, co znajduje swoje odzwierciedlenie również w systemach prawnych, które w coraz szerszym zakresie odnoszą się do poszczególnych aspektów ochrony zdrowia. Istotnym elementem definiującym system ochrony zdrowia danego państwa jest przyjęty model jego organizacji oraz finansowania. Determinuje on oczywiście w znacznej mierze kształt przyjmowanych w państwie rozwiązań organizacyjnych oraz zasad finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Pozostaje jednocześnie w związku z realizacją prawa do ochrony zdrowia, a w tym zakresie z zapewnieniem dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W niniejszym opracowaniu analizie poddano strukturę źródeł finansowania systemów ochrony zdrowia – ze szczególnym uwzględnieniem środków publicznych przeznaczonych na ten cel przez jednostki samorządu terytorialnego.

PARTICIPATION OF LOCAL GOVERNMENT UNITS IN FINANCING HEALTH CARE

Summary

The management and financing of health care is one of the most important aspects of the operations of modern states. The authorities of modern states pay a considerable amount of attention to the management of health care, and this is also reflected in their legal systems, which are focusing more and more on specific aspects of health care. An important aspect of a given state's system of health care is the model it adopts to manage and finance its health care facilities. Naturally enough, this largely determines the kind of management solutions the given state uses and the principles it decides on to finance its health service. At the same time, this is connected with the implementation of the individual's right to health care, and hence with the state's duty to provide its citizens with access to health care services financed from public funds. This study analyzes the structure of sources used to finance health care systems—with particular attention to public funds allocated for this purpose by local government units.

Słowa kluczowe: model organizacji i finansowania ochrony zdrowia, system ochrony zdrowia, prawo do ochrony zdrowia, środki publiczne, jednostka samorządu terytorialnego, zadania władz publicznych, zadania własne, zadania zlecone

Keywords: A model for the management and financing of a health care system, the individual's right to health care, public funds, local government units, tasks of public authorities, tasks incumbent on a public authority, tasks commissioned to a public authority

Literatura

- BANASZAK B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2009
- BOSEK L., [w:] *Konstytucja RP. Komentarz*, I, red. M. SAFJAN, L. BOSEK, Warszawa 2016.
- DEPTA A., [w:] *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*, red. J. SUCHECKA, Warszawa 2011.

- DERCZ M., *Podstawowe zagadnienia dotyczące podziału zadań w sferze ochrony zdrowia*, [w:] *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, red. M. DERCZ, Warszawa 2013.
- GRABOWSKA S., URBANIAK M., *Prawne podstawy realizacji prawa do ochrony zdrowia w Polsce*, «Przegląd Prawa Konstytucyjnego» 5/2014, s. 95-107.
- JAROSZYŃSKI K., [w:] *Ustawa o samorządzie gminnym. Komentarz z odniesieniami do ustaw o samorządzie powiatowym i samorządzie województwa*, red. R. HAUSER, Z. NIEWIADOMSKI, Warszawa 2011.
- KOLWITZ M., *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, «Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie» 3(56)/2010, s. 132-143.
- KUBIAK R., *Prawo medyczne*, «el./Legalis» 2014.
- LENIO P., *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Warszawa 2018.
- LIBURA M., GRESER J., BOREK E., PERENDYK T., SITEK A., WOJTASZCZYK K., *Finansowanie i organizacja systemu ochrony zdrowia w oczach pacjentów*, Warszawa 2018.
- MIKOS M., URBANIAK M., *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, «Medyczna Wokanda» 8/2016, s. 159-168.
- MIKOS-SITEK A., *Finansowe aspekty zmian w ochronie zdrowia*, [w:] *Aktualne problemy prawne w psychologii i medycynie*, red. T. GARDOCKA, A. FIUTAK, D. JAGIEŁŁO, Warszawa 2018.
- PASZKOWSKA M., *Polski system ochrony zdrowia*, Warszawa 2020.
- PIETRASZEWSKA-MACHETA A., [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, red. A. PIETRASZEWSKA-MACHETA, Warszawa 2018.
- SIDORKO A., [w:] *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, red. A. PIETRASZEWSKA-MACHETA, Warszawa 2018.
- SURÓWKA A., *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, «Przegląd Prawa Konstytucyjnego» 3/2012, s. 91-130.
- WASIAK A., SZELĄG P., *Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej w latach 2007-2011*, «Finanse i Prawo Finansowe» 2/2015, s. 67-85
- WOCH M., *Zapewnienie przez władze publiczne w Polsce równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych*, [w:] *Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej*, red. M. DZIUBIŃSKA, A. JANUS, J. KOSTRUBIEC, T. SROKA, P. SZCZĘŚNIAK, Warszawa 2014.