

PRACE NAUKOWE

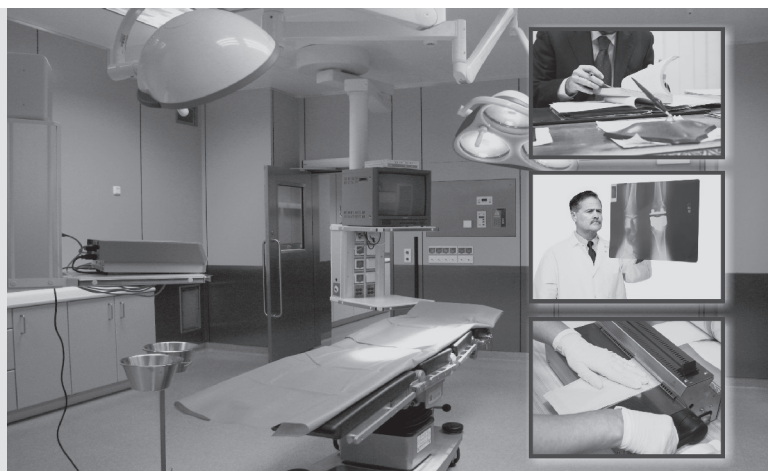
Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

266

Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia



Redaktorzy naukowi

**Marek Łyszczak, Maria Węgrzyn,
Dariusz Wasilewski**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2012

Recenzenci: Aldona Frączkiewicz-Wronka, Wiesław Koczur, Teresa Lubińska,
Krystyna Piotrowska-Marczak

Redakcja wydawnicza: Jadwiga Marcinek

Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz

Korekta: Justyna Mroczkowska

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

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

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

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

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

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

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2012

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-278-9

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Przekształcenia – uwarunkowania systemowe

Anna Hnatyszyn-Dzikowska , Przekształcenia własnościowe w systemie ochrony zdrowia – rys historyczny.....	13
Ewelina Nojszewska , Ekonomiczne determinanty racjonalnego funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce	23
Henryk Kromolowski , Socjopolityczne i ekonomiczne uwarunkowania procesów restrukturyzacyjnych w ochronie zdrowia	38
Paulina Pieprzyk , Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia – szanse, możliwości i zagrożenia	46
Maria Węgrzyn , Aktywne działania władz samorządowych a kreacja zmian na rynku usług medycznych (na przykładzie Dolnego Śląska)	58

Część 2. Przekształcenia – nowe formy wspierania prowadzenia działalności

Beata Zaleska , Wybrane zmiany zasad funkcjonowania szpitala jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej	75
Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska , Partnerstwo międzysektorowe: panaceum na współczesne wyzwania systemów ochrony zdrowia?.....	84
Ewa Książek , Partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia	99
Dorota Korenik , Prawnofinansowe przesłanki wykorzystania partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia w Polsce.....	109
Izabela Witczak , Zastosowanie partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia w Polsce i na świecie	121
Agnieszka Bem , Zastosowanie modelu Alzira w ochronie zdrowia.....	133
Paweł Prędkiewicz , Prywatni ubezpieczyciele jako podstawowe źródło finansowania opieki zdrowotnej w Europie	143

Część 3. Przekształcenia – ocena pracy ZOZ jako element budowania świadomego zarządzania

Monika Truszkowska-Kurstak , Finansowe i organizacyjne skutki kształtowania wybranych kategorii finansowych samorządowego SP ZOZ w świetle zmian wprowadzonych ustawą o działalności leczniczej.....	157
Mariola Dwornikowska-Dąbrowska , Zarządzanie efektywnością w szpitalu – wielopłaszczyznowość systemu oceny	181
Paulina Ucieklak-Jeż , Czynniki kształtujące funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia	194
Dariusz Kotarski , Doskonalenie zarządzania jakością usług w sanatoriach uzdrowiskowych	209

Część 4. Przekształcenia – realizacja funkcji personalnej

Joanna Jończyk , Zasoby ludzkie jako krytyczny komponent zmian w opiece zdrowotnej	221
Beata Buchelt , Wpływ zmian legislacyjnych na sprawowanie funkcji personalnej w jednostkach świadczących usługi medyczne	229
Danuta Kunecka , Restrukturyzacja w sektorze zdrowia a zarządzanie zasobami ludzkimi	246

Summaries

Anna Hnatyszyn-Dzikowska , Ownership changes in healthcare system – historical background	22
Ewelina Nojszewska , Economic determinants of rational functioning of healthcare system in Poland.....	37
Henryk Kromolowski , Sociopolitical and economic determinants of restructuring processes in health protection	45
Paulina Pieprzyk , Local government in healthcare system – threads and opportunities	57
Maria Węgrzyn , Actions of local authorities and active creation of changes on the market of medical services as it is done in Dolny Śląsk.....	71
Beata Zaleska , Selected changes in the principles of the operation of a hospital as an independent public healthcare centre in the light of the act on medical activity.....	83
Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska , Intersectoral partnerships: a panacea for current challenges of health and social care systems?	98
Ewa Książek , Public-Private Partnership in healthcare sector	108

Dorota Korenik , Financial law – rationale of the use of Public-Private Partnership in the Polish health sector	120
Izabela Witczak , Implementation of Public-Private Partnerships in health care in Poland and worldwide.....	132
Agnieszka Bem , Application of Alzira’s model in the health care sector.....	142
Paweł Prędkiewicz , Private insurers as primary healthcare financing agents in Europe.....	154
Monika Truszkowska-Kurstak , Financial and organizational effects of shaping chosen financial categories of local self-government’s independent public healthcare centre in the light of act on healing activity	180
Mariola Dwornikowska-Dąbrowska , Management of effectiveness in a hospital – multilevel nature of the evaluation system	193
Paulina Ucieklak-Jeż , Factors affecting functioning of health care system ...	208
Dariusz Kotarski , Improvement of service quality management in sanatoriums	218
Joanna Jończyk , Human resources as a critical component of health care change	228
Beata Buchelt , The influence of the legislative changes on a personnel function realization within the health care entities	245
Danuta Kunecka , Restructuring in the healthcare sector and human resource management (HR).....	258

Maria Węgrzyn

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

AKTYWNE DZIAŁANIA WŁADZ SAMORZĄDOWYCH A KREACJA ZMIAN NA RYNKU USŁUG MEDYCZNYCH (NA PRZYKŁADZIE DOLNEGO ŚLĄSKA)

Streszczenie: Dbłość o system ochrony zdrowia, jego organizację i jakość realizowanych świadczeń powinna stać się jednym z czołowych zadań podmiotów – uczestników systemu. W artykule przedstawiono więc zadania i kompetencje jednostek samorządu terytorialnego oraz kontrowersje z nimi związane. Szczególne miejsce przypisano tzw. organom tworzącym ZOZ i pokazano – na przykładzie Dolnego Śląska – jak skuteczne mogą być ukierunkowane i kompleksowe działania jednostek samorządu terytorialnego (JST) wobec podległych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SP ZOZ). W konkluzji wykazano jednak konieczność współdziałania samorządów z administracją rządową w celu realizacji jak najskuteczniejszej polityki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: zadania JST, nadzór nad SP ZOZ, zobowiązania, działania naprawcze, efekty zmian.

1. Wstęp

Realizacja potrzeb zdrowotnych określonych przez państwo wymaga dobrze zorganizowanego i sprawnie funkcjonującego systemu gospodarczego, politycznego i społecznego. Integralną jego częścią jest system ochrony zdrowia, który – będąc odzwierciedleniem polityki społecznej danego państwa – ma decydujący wpływ na stan zdrowia objętej nim populacji. Niezbędne jest więc ustawiczne korygowanie systemu w związku z wyraźnie widocznymi zmianami demograficznymi, silnym postępowaniem w naukach medycznych i technologii medycznej, rozwojem innowacji, przy równoczesnych wyraźnych ograniczeniach finansowych. Nie bez znaczenia pozostają odczucia potencjalnych pacjentów, ocena poziomu satysfakcji osiągnięta na skutek aktywnego uczestnictwa w procesie leczniczym, ale także wzrastająca roszczeniowość pacjentów będąca wynikiem wzrostu świadomości zdrowotnej. Z drugiej strony stawiane są wysokie wymagania wobec menedżerów podmiotów leczniczych dotyczące dużej skuteczności w zarządzaniu, nieosiągnięcia ujemnego wyniku finansowego, usatysfakcjonowania personelu medycznego. Wszystkie te i inne ele-

menty powodują, iż dbałość o system ochrony zdrowia, jego organizację i jakość realizowanych świadczeń powinna stać się jednym z czołowych zadań podmiotów – uczestników systemu. Szczególne miejsce przypisano jednostkom samorządu terytorialnego (JST) jako tzw. organom tworzącym wobec samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SP ZOZ).

2. Zadania i kompetencje jednostek samorządu terytorialnego – kontrowersje

System ochrony zdrowia jako struktura ogólnopopulacyjna, której zorganizowanie ma służyć zapewnieniu opieki zdrowotnej obywatelom, uwzględnia zespół regulacji zobowiązań formalnoprawnych, nałożonych na władzę publiczną w ramach obowiązku zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osobom uprawnionym, wynikającego z Konstytucji RP [Konstytucja RP..., art. 68]. Jednakże zadania i kompetencje jednostek samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia zostały sformułowane w wielu różnych dokumentach¹ i w sposób bardzo ogólny. Władze państwowe nie stworzyły precyzyjnych i jasnych regulacji w tej materii, co wpływa na sposób realizacji zadań przez samorządy. Zapisy ustawy zasadniczej nakładają tylko jeden warunek: równość w dostępie do usług zdrowotnych realizowanych w ramach publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Zadania i kompetencje JST, rozproszone w dużej liczbie dokumentów, skutkują rzetelną realizacją tylko części problemów. Przerzucanie odpowiedzialności na inny szczebel samorządu jest stosowane zbyt często.

Jednostki samorządu terytorialnego w obszarze ochrony zdrowia mają przede wszystkim przyporządkowane funkcje właścicielskie [Karski 2009, s. 39 i n.] w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej (polegające m.in. na tworzeniu i likwidacji, nadzorze i kontroli oraz finansowaniu inwestycji, podejmowaniu decyzji dotyczących zakresu działalności oraz przekształceń) oraz obowiązek tworzenia realnej polityki zdrowotnej obejmującej organizację lokalnego/regionalnego systemu ochrony zdrowia. Natomiast zadania samorządu wojewódzkiego, w przeciwieństwie do samorządu gminnego (domniemanie kompetencji), samorząd województwa wykonuje zgodnie ze wskazaniem ustawowymi. Najistotniejszy zapis znajduje się w ustawie o samorządzie województwa, gdzie jako wydzielone zadanie wskazuje się promocję

¹ Poczynając od ustawy o samorządzie gminnym, poprzez ustawę o samorządzie powiatowym i samorządzie wojewódzkim aż po przepisy szczegółowe, np. ustawę o chorobach zakaźnych i zakażeniach, ustawę o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, o inspekcji sanitarnej, o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym gminy oraz planach miejscowych, o utrzymaniu czystości i porządku w gminach, o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, o zapobieganiu narkomanii, o ustawę prawo ochrony środowiska, ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, ustawę o państwowym ratownictwie medycznym, o pomocy społecznej w tym o sposobie i trybie kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, ustawę o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, a nawet ustawę prawo farmaceutyczne i wiele innych.

i ochronę zdrowia [Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r.]. Pozostałe zostały sprecyzowane w innych ustawach, np. o wychowaniu w trzeźwości, o służbie medycyny pracy, o ochronie zdrowia psychicznego, o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, o zawodach lekarza i lekarza dentystry, o zawodach pielęgniarki i położnej.

Pomimo wyznaczenia zakresu zadań problemem jest brak precyzyjnego ich podziału oraz brak podziału kompetencji pomiędzy administrację rządową i samorządy terytorialne, a także pomiędzy poszczególne szczeble samorządu [Ustawa z dnia 8 marca 1990 r.; Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym; Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa]. Sytuacja taka powoduje, że samorządy nie podejmują działań w sferach, w których ich aktywność byłaby celowa i zasadna. Równocześnie nienależyte rozpoznanie prawnych instrumentów regionalnej polityki zdrowotnej prowadzi zwykle do opierania się w realizacji zadań i kompetencji z zakresu ochrony zdrowia na zasadzie prób i błędów [Szpor 2005, s. 90 i n.]. Niemożliwą także staje się koordynacja działań podejmowanych przez poszczególne samorządy terytorialne i administrację rządową.

3. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej – nadzór i kontrola JST

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest osobą prawną, która uzyskuje ten przymiot z chwilą wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego. Samodzielność zakładu opieki zdrowotnej należy rozpatrywać co najmniej w trzech głównych obszarach [Zemke-Górecka 2010, s. 110 i n.]:

- organizacyjnym – rozumianym jako zdolność do bycia podmiotem stosunków cywilnoprawnych, co oznacza, że SP ZOZ może samodzielnie występować w obrocie prawnym, będąc zarówno podmiotem praw o charakterze cywilnoprawnym (np. prawo własności), jak i obowiązków wynikających ze sfery cywilnoprawnej, za których wykonanie ponosi odpowiedzialność cywilną;
- finansowym – objawiającym się normatywną cechą wynikającą z art. 52 ustawy o działalności leczniczej [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r.], stanowiącego, iż SP ZOZ pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i reguluje zobowiązania, oraz ustawową delegacją do samodzielnego decydowania o podziale zysku (art. 58 cyt. ustawy);
- majątkowym – SP ZOZ gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego oraz majątkiem własnym (otrzymanym lub zakupionym) [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r., art. 54, ust. 1].

Institucja nadzoru występuje w każdej organizacji. Jak podkreśla się w literaturze przedmiotu [Jędrzejewski, Nowacki 1995, s. 18 i n.], nadzór może być ustanawiany w różnych celach, zarówno w interesie nadzorowanego, jak i wbrew jego interesowi, za lub bez jego zgody. Zawsze jednak na nadzorującym spoczywa obowiązek czuwania, by nadzorowany podmiot postępował zgodnie z ustalonym wzorcem.

Nadzór nad funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia należy rozumieć dynamicznie, nie tylko przez pryzmat wypełnienia ustawowych warunków, ale w kontekście realizacji zasady zapewniania równego dostępu. Dynamizm ten oznacza m.in. konieczność regularnej ewaluacji istniejących rozwiązań prawnych i zgodności skutków ich obowiązywania z założonymi celami, aby możliwe było bieżące wprowadzanie niezbędnych korekt i tym samym optymalizowanie systemu [Lach 2011]. Pamiętać należy, że nadzór podmiotu tworzącego nad SP ZOZ ma charakter wewnątrzadministracyjny [Ochendowski 2009, s. 350 i n.]. Relacje formalnoprawne, jakie łączą podmiot tworzący i samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, cechują się funkcjonalną nadrzędnością. Korzystanie z własności publicznej, państwowej czy samorządowej, w którą wyposażono podmiot leczniczy, obliguje administrację do nadzoru nad prawidłowością jej wykorzystania przez zakład. Władze publiczne zostały konstytucyjnie zobowiązane do zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a w związku z tym kontrola dostępności i poziomu wykonywanych świadczeń byłaby niczym, gdyby nie możliwość władczego oddziaływania na działalność zakładu [Zemke-Górecka 2010, s. 67 i n.].

W przypadku SP ZOZ pojęcie nadzoru sprawowanego przez podmiot tworzący oddaje definicja, zgodnie z którą nadzór jest aktywną możliwością władczego wkroczenia w działalność jednostki nadzorowanej, związaną ze współodpowiedzialnością za jej pracę, a powiększenie kryteriów nadzoru, obok legalności, o inne elementy (np. celowości) prowadzi do współadministrowania w sferze objętej nadzorem [Dawidowicz 1970].

Wprawdzie ustawa o działalności leczniczej nie posługuje się w jakimkolwiek wymiarze pojęciem właściciela podmiotu leczniczego, ale dla poniższych rozważań celowe będzie uznanie, że funkcje właścicielskie sprawuje podmiot tworzący SP ZOZ, któremu ustawa o działalności leczniczej przydziela liczne atrybuty, w tym zwłaszcza uprawnienie do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

Nadzór ten sprawowany jest zwłaszcza nad zgodnością działań podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym, a w jego ramach podmiot tworzący może żądać informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od organów podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą oraz dokonywać kontroli i oceny działalności tego podmiotu, obejmujących:

- realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie;
- dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi;
- gospodarkę finansową.

W razie stwierdzenia niezgodnych z prawem działań kierownika SP ZOZ podmiotowi tworzącemu przysługuje uprawnienie do wstrzymania ich wykonania oraz zobowiązania kierownika do ich zmiany lub cofnięcia. Sankcją z tytułu niedokonania, w wyznaczonym terminie, zmiany lub cofnięcia działań niezgodnych z prawem

jest uprawnienie podmiotu tworzącego do rozwiązania z kierownikiem SP ZOZ stosunku pracy albo umowy cywilnoprawnej.

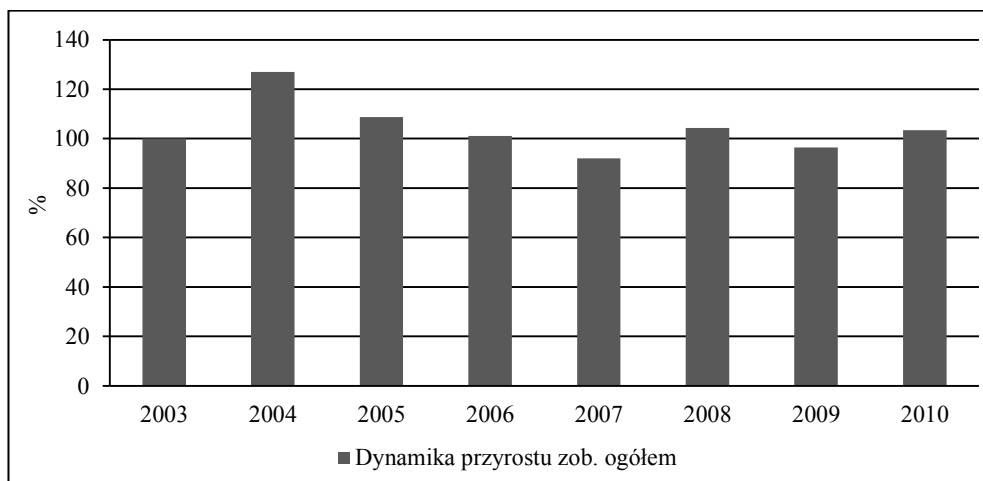
Poza opisanym powyżej obszarem uprawnień nadzorczych należy podkreślić istotność, dla relacji właściciel–podmiot leczniczy, przesłanki zbieżności strategii rozwoju podmiotu leczniczego z polityką podmiotu tworzącego realizowaną na obszarze jego ustawowej działalności. Oznacza to, że strategię rozwoju jednostki samorządu terytorialnego oraz rozwoju podmiotu leczniczego, dla którego pełni ona funkcję podmiotu tworzącego, nie mogą być rozbieżne. W szczególności [Paszko 2011] znajduje to wyraz w konieczności doprowadzenia do stanu, w którym interesy podmiotu tworzącego oraz podmiotu leczniczego nie będą sprzeczne. Zakres udzielanych świadczeń medycznych powinien bowiem pozostawać w zgodności ze strategią jednostki samorządu terytorialnego, determinowaną zarówno obowiązkiem wykonania zadań określonych przepisami prawa, jak i aktualną sytuacją demograficzno-epidemiologiczną. Powyższe stanowi istotną przesłankę różnicującą w zakresie orientacji na zysk, który w przypadku SP ZOZ ma znaczenie wtórne wobec obowiązku realizacji zadań publicznych w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej.

4. Sytuacja finansowa SP ZOZ

W związku z powyższym realizacja zadań przez samorządy terytorialne w zakresie ochrony zdrowia jest niezmiernie trudna, tym bardziej że sytuacja ekonomiczno-finansowa polskich publicznych placówek ochrony zdrowia od wielu lat jest wysoce niepokojąca². Raporty o stanie finansów publicznych placówek ochrony zdrowia, formułowane m.in. na zamówienie Ministerstwa Zdrowia, corocznie wykazują utrzymywanie się strat finansowych, głównie w szpitalach [www.mz.gov.pl]. Wyznaczane tendencje ogólne nie sugerują, niestety, poprawy sytuacji w najbliższych latach.

Można zaobserwować brak skutecznych mechanizmów powstrzymania przyrostu zobowiązań publicznych placówek ochrony zdrowia. Po eskalacji w 2004 r. kolejne dwa lata to obniżenie ich poziomu. Jednak od 2007 r. przyrost zobowiązań ma ciągłą tendencję wzrostową, pomimo prób jej zatrzymania. Po każdym zahamowaniu (lata 2007 i 2009) następuje wyraźny skok poziomu zobowiązań w górę. Świadczy to o konieczności kreacji innych, bardziej skutecznych działań służących poprawie sytuacji finansowej polskich placówek ochrony zdrowia. Działania te nie muszą (choć mogą) odnosić się bezpośrednio do pracy zakładu opieki zdrowotnej, ale przedmiotem troski powinien być cały rynek usług medycznych i podmioty na nim funkcjonujące. Często słyszy się opinię, że SP ZOZ nie wykorzystywały możliwości, jakie niesie pragmatycznie zaplanowana i zrealizowana restrukturyzacja, i że zanie-

² Wnikliwą aktualną analizę przyszłości polskiego systemu ochrony zdrowia prowadzi m.in. E. Nojszewska [Nojszewska 2009].



Rys. 1. Dynamika przyrostu zobowiązań ogółem publicznych placówek ochrony zdrowia w latach 2003-2010 (2003 r. = 100)

Źródło opracowanie własne, na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

Tabela 1. Zmiany wielkości zadłużenia w podziale na województwa w latach 2004-2010 (w mln zł)

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dolnośląskie	1 421,5	1488,7	1416,9	1160,9	1023,5	904,2	831,1
Kujawsko-pomorskie	427,2	464,0	517,9	444,9	454,4	428,3	501,0
Lubelskie	532,1	531,7	562,4	510,5	636,6	699,1	766,2
Lubuskie	535,8	599,0	649,9	571,2	491,9	456,6	387,7
Łódzkie	877,4	978,8	1001,8	918,7	1029,2	770,1	674,3
Małopolskie	606,6	673,3	669,5	643,1	676,8	666,7	692,7
Mazowieckie	1037,4	1217,0	1204,2	1292,1	1484,5	1505,6	1637,6
Opolskie	169,2	165,8	120,6	107,0	129,8	116,9	114,1
Podkarpackie	301,3	340,7	340,2	318,4	361,0	374,3	432,3
Podlaskie	269,3	279,5	256,5	238,0	258,0	292,4	331,2
Pomorskie	688,2	836,7	955,2	860,8	827,2	709,5	668,1
Śląskie	947,0	993,7	1056,1	997,7	1064,0	1087,0	1 200,2
Świętokrzyskie	366,8	374,9	337,4	308,0	288,0	286,0	327,4
Warmińsko-mazurskie	226,0	220,6	194,6	178,4	182,2	187,7	182,0
Wielkopolskie	333,6	376,4	391,1	371,8	447,4	514,3	563,9
Zachodniopomorskie	202,8	318,1	323,6	284,9	236,9	244,1	264,5

Źródło: opracowanie własne, na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

chanie jest podstawową przyczyną popadania w zadłużenie [Krzywosiński 2002, s. 93]. Jak zwykle droga do prawdy nie jest prosta, ale z pewnością większości polskich szpitali potrzebna jest prawdziwa restrukturyzacja. Zmiany wielkości zadłużenia w podziale na województwa w latach 2004-2010 w mln zł przedstawia tabela 1.

W większości województw wielkość zadłużenia SP ZOZ w 2010 r. była wyższa niż w 2004 r., pomimo powszechnie wprowadzanych intensywnych działań oddłużeniowych. Świadczy to o słabej skuteczności dotychczasowych rozwiązań oraz zapewne o zbyt małym zaangażowaniu organów założycielskich w ten proces. Chlubnym wyjątkiem jest województwo dolnośląskie, gdzie wielkość zadłużenia spadła prawie o połowę: z 1421,1 mln zł w 2004 r. do 831,1 mln zł w 2010 r.

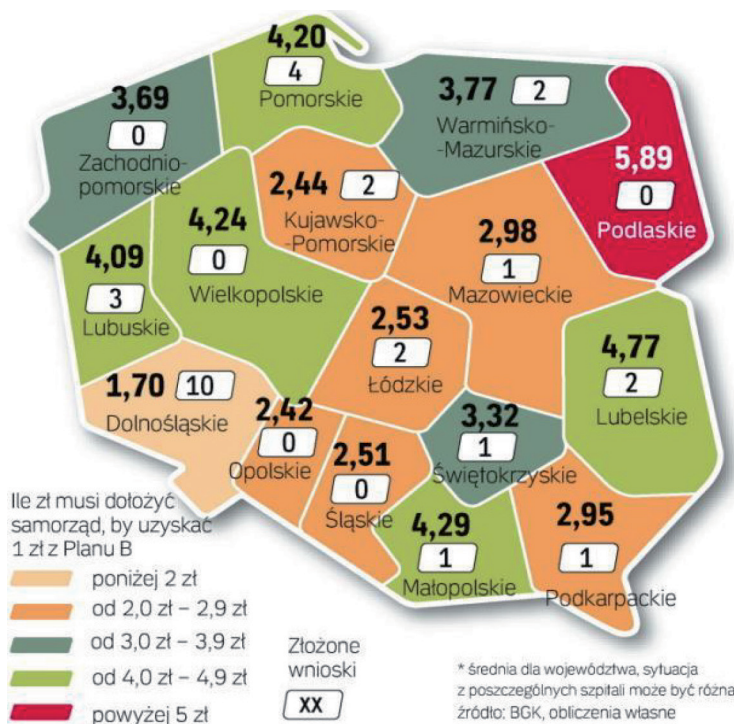
5. Działania naprawcze

Z uwagi na ogólnopolski charakter problemu Ministerstwo Zdrowia od kilku lat prowadzi intensywne działania informujące o potencjalnych scenariuszach wpływu na poprawę sytuacji placówek ochrony zdrowia. Niemniej jednak ich wykonanie wymaga często dodatkowego zaangażowania samorządów, inwencji zarządów szpitali, ale także odwagi poniesienia dodatkowych kosztów społecznych. Stąd też oddźwięk w wynikach ekonomicznych jest raczej słaby. Ważnym przyjętym i wdrożonym do realizacji programem stał się tzw. plan B – 27 kwietnia 2009 r. rząd podjął uchwałę nr 58/2009 w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.

Głównym jego założeniem była możliwość ubiegania się przez jednostki samorządu terytorialnego o dotację na zadania własne, w wysokości, m.in. zobowiązań publicznoprawnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przejętych przez samorząd na dzień zakończenia likwidacji, nie wyższych jednak od znanych na dzień 31 grudnia 2008 r. W założeniach chodziło m.in. o pomoc placówkom ochrony zdrowia w uzyskaniu stabilności finansowej poprzez pozbycie się „starych” zobowiązań i rozpoczęcie racjonalnego procesu restrukturyzacji. Do programu przystąpiło jednak zbyt mało jednostek, by stał się on ogólnopolskim stymulatorem sytuacji ekonomiczno-finansowej zakładów opieki zdrowotnej (rys. 2). Jednak jego wprowadzenie w kilku regionach w kraju znacząco wpłynęło na poprawę dostępności do opieki zdrowotnej.

Ostatecznie na realizację programu w latach 2009-2011 przewidziano środki finansowe w wysokości 1381 000 tys. zł, przy czym w roku 2009 – plan 41 123 tys. zł, wykonanie 41 045 tys. zł, w roku 2010 – plan 171 815 tys. zł, wykonanie na dzień 31.12.2010 r. według sprawozdania RB 28 – 169 780 tys. zł i w ostatnim roku, 2011 – plan 976 000 tys. zł.

Od dnia rozpoczęcia programu do Ministerstwa Zdrowia wpłynęły 72 wnioski o przydzielenie dotacji celowej z budżetu państwa na zadania własne JST; zrealizowano 69 na kwotę ok. 753 923,2 tys. zł (po uwzględnieniu zwrotów z 2010 r.) oraz



Rys. 2. Proces restrukturyzacji – plan B; terytorialne przyporządkowanie złożonych wniosków w latach 2009-2010

1217,75 tys. zł na ocenę BGK i NFZ; łącznie ok. 755 140,95 tys. zł, czyli prawie o 550 tys. zł mniej, niż przewidziano w momencie ustalania programu. Podczas podsumowania stwierdzono, że warunki brzegowe obowiązujące w programie były zbyt trudne do spełnienia dla wielu samorządów i podległych im jednostek.

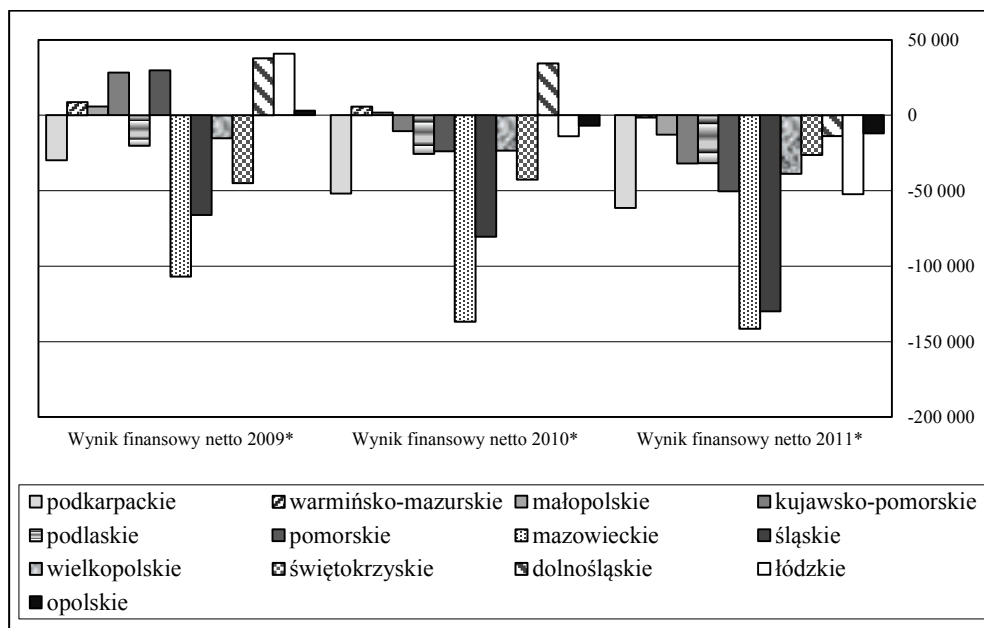
Kolejnym, istotnym aspektem naprawczym polskich placówek ochrony zdrowia wydaje się konieczność realizacji równolegle kilku innych celów. Obok wpływu na sytuację ekonomiczno-finansową powinno się także dążyć do:

1) poprawy efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym w szczególności do podniesienia jakości i dostępności świadczeń medycznych;

2) dostosowania opieki zdrowotnej do długookresowych tendencji demograficznych i epidemiologicznych, w tym zwłaszcza do rozwoju bazy opieki długoterminowej oraz rehabilitacji;

3) dostosowania zakładów opieki zdrowotnej do wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Aktualne dane finansowe dotyczące samodzielnych publicznych placówek ochrony zdrowia w podziale na województwa przedstawia rysunek 3.



Rys. 3. Wyniki analizy zagregowanych danych finansowych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa, w latach 2009-2011 (dla 13 województw)

Źródło: opracowanie własne, na podstawie danych: www.medicalnet.pl; badanie dotyczy tylko 13 województw, które przekazały swoje dane.

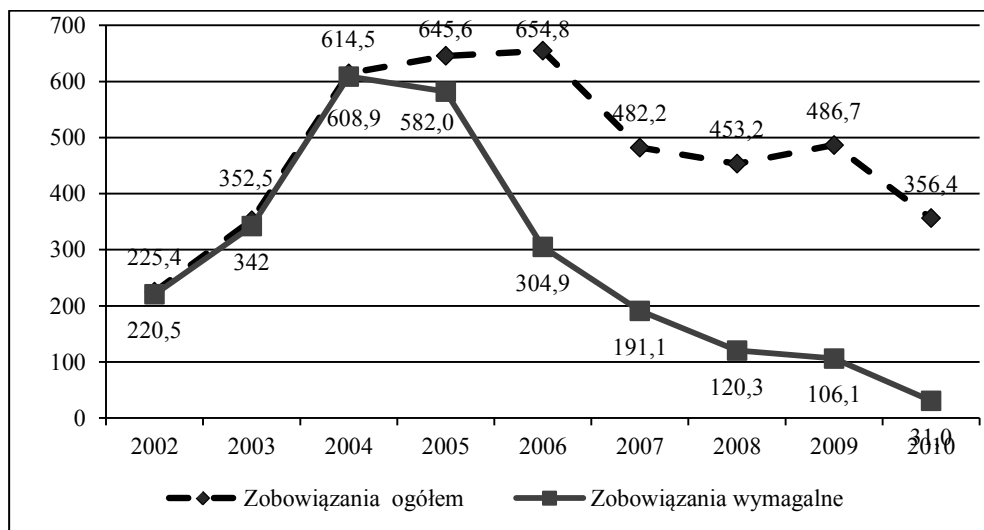
Przedstawione informacje finansowe potwierdzają ogólnopolskie tendencje pogarszania się sytuacji ekonomiczno-finansowej publicznych placówek ochrony zdrowia podległych JST. Gdy w 2009 r. aż 7 spośród 13 województw wykazywało dodatni wynik finansowy netto, to w roku 2010 już tylko 3 województwa (warmińsko-mazurskie, małopolskie oraz dolnośląskie), a w 2011 r. niestety żadne.

6. Dolny Śląsk – kierunki zmian w regionie

Nasilenie negatywnych zjawisk w systemie na Dolnym Śląsku było szczególnie duże na początku lat 90. Nieprawidłowa dyslokacja bardzo licznych placówek, duże zróżnicowanie w zakresie infrastruktury i wyposażenia, wieloletnie inwestycje centralne o dużym stopniu autonomii, odpływ personelu medycznego – wszystko to potęgowało występowanie problemów. Władze województwa dolnośląskiego, mając świadomość złej kondycji organizacyjnej i finansowej podległych im placówek medycznych, rozpoczęły w 2003 r. aktywną politykę zdrowotną.

Dzięki podjętym działaniom od 2006 r. SP ZOZ bilansują swoją działalność na poziomie wyniku finansowego netto. W latach 2004-2010 osiągnięty został najwyższy spadek wielkości zobowiązań wśród wszystkich województw w Polsce. W okre-

się tym nastąpiło obniżenie poziomu zobowiązań ogółem wszystkich SP ZOZ w regionie o 603,2 mln zł, w tym zobowiązań SP ZOZ podległych samorządowi województwa dolnośląskiego o 204,7 mln zł. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na spadek zobowiązań wymagalnych: ich udział w zobowiązaniach ogółem spadł z poziomu 99,1% w 2004 r. do 7,7% na koniec 2010 r.



Rys. 4. Zobowiązania 2011 SP ZOZ na Dolnym Śląsku, dla których samorząd województwa pełni funkcję organu tworzącego – tendencje zmian (w mln zł)

Źródło: opracowanie własne, na podstawie danych Wydziału Zdrowia UMWD we Wrocławiu.

Tabela 2. Liczebność szpitali i ich struktura w latach 1999-2011 SP ZOZ na Dolnym Śląsku, dla których samorząd województwa pełni funkcję organu tworzącego

Grupa zakładów	Liczba zakładów		
	1999	2006	2010
Szpitale wielospecjalistyczne	24	13	7
Szpitale psychiatryczne i odwykowe	8	9	6
Szpitale jednospecjalistyczne	6	7	5
Sanatoria i uzdrowiska	6	4	1
Przychodnie wielospecjalistyczne	11	5	3
Stacje pogotowia ratunkowego	4	4	4
Pozostali świadczeniodawcy	6	2	1
OGÓLEM	65	44	27

Źródło: opracowanie własne, na podstawie danych Wydziału Zdrowia UMWD we Wrocławiu.

Podjęte liczne działania racjonalizujące pracę SP ZOZ spowodowały osiągnięcie zadowalających wyników również w innych obszarach.

Na przestrzeni lat 1999-2011 liczba placówek medycznych uległa obniżeniu aż o 38, bez ograniczenia dostępności do świadczeń medycznych (co wykazano w tab. 4).

Tabela 3. Liczba zakładów i łóżek na Dolnym Śląsku w latach 2004-2011

Rok	OGÓLEM		PODLEGŁE SWD	
	Liczba zakładów	Liczba łóżek	Liczba zakładów	Liczba łóżek
2004	1087	31 188	46	10 208
2005	1147	30 991	45	9853
2006	1190	31 091	44	9428
2007	1215	30 591	43	8932
2008	1205	31 960	32	8315
2009	1241	31 931	30	8101
2010	1285	32 041	27	7527
2011	1335	33 438	27	7211
ZMIANY	+248	+2250	-19	-2997

Źródło: opracowanie własne, na podstawie danych statystycznych CSIOZ.

Zestawienie to jest szczególnie interesujące. Warto zauważyć, że wraz ze zmniejszaniem się liczby placówek podległych JST (-19), przy równoczesnym spadku liczby łóżek oddawanych do dyspozycji potencjalnym pacjentom (-2997), wzrasta liczba zakładów innych właścicieli (+248) oraz liczba ich łóżek (+2250). Nowo powstałe zakłady są więc znacznie mniejsze, choć oferują podobną liczbę łóżek. Świadczy to o ogromnym rozdrobieniu podmiotów medycznych, ale równocześnie podaje w wątpliwość sens działań JST. Wątpliwości znikają, gdy podejmiemy się analizy innych parametrów efektywności pracy placówek podległych JST. Efekty te zawarto w tabeli 4.

Tabela 4. Efekty medyczne i organizacyjne procesów restrukturyzacyjnych SP ZOZ na Dolnym Śląsku dla jednostek, dla których SWD pełni funkcję organu tworzącego

Rok	Liczba łóżek rzeczywistych	Liczba pacjentów	Liczba wykonanych zabiegów specjalistycznych	Obłożenie łóżek (w %)	Średni pobyt chorego	Liczba chorych na jedno łóżko
2004	10 208	338 449	369 188	74,93%	7,74	37
2010	7527	480 710	488 322	87,78%	4,60	70
ZMIANY	-681	+142 261	+199 134	+12,85	-2,87	+ 33

Źródło: opracowanie własne, na podstawie danych Wydziału Zdrowia UMWD we Wrocławiu.

Pomimo zmniejszenia liczby łóżek w szpitalach podległych JST liczba przyjętych pacjentów wzrosła, zwiększyło się więc obłożenie łóżek oraz skrócony został średni czas pobytu chorego w szpitalu – zatem cel zmian, formułowany jako dążenie do poprawy dostępności do usług, został osiągnięty. Działania te, wyraźnie słuszne i skuteczne, nie pozwoliły jednak trwale utrzymać stabilności ekonomiczno-finansowej dolnośląskich placówek medycznych (rys. 2). Można więc sformułować tezę o konieczności wprowadzenia innych, dodatkowych zmian o charakterze systemowym, gdyż działania JST nie nadążają za potrzebami placówek medycznych. Obecnie istnieje silna potrzeba racjonalnych wspólnych działań JST oraz administracji rządowej.

Niemniej jednak na Dolnym Śląsku znów sformułowano kilka kolejnych celów, będących wynikiem obserwacji rynku oraz potrzeb społeczeństwa; zostaną one skierowane do realizacji w najbliższym czasie:

1) tworzenie centrów medycznych o kompletnym zapleczu diagnostyczno-lecznym, współpracujących z siecią placówek typu „emergency”, położonych w promieniu do 40-50 km, dysponujących dobrze rozwiniętym zapleczem logistycznym (karetki „R”, karetki przewozowe);

2) tworzenie małych (o małej liczbie łóżek) oddziałów w centrach medycznych posiadających dobrze wyposażoną bazę diagnostyczną i terapeutyczną;

3) intensywne wykorzystanie zaplecza diagnostycznego i zabiegowego (bloki operacyjne) z systemem pracy dwuzmianowej czy ciągłej;

4) skracanie czasu pobytu pacjenta w szpitalu, zwłaszcza w placówkach typu zabiegowego, interwencyjnego;

5) kontynuowanie wczesnej, intensywnej rehabilitacji poszpitalnej (pozabiegowej) w domu pacjenta lub w placówkach typu sanatoryjnego;

6) rozwój usług ambulatoryjnych i typu „zabiegów” jednego dnia, z ograniczeniem do minimum kosztów hotelowych; zjawisko szczególnie wyraźnie widoczne w dyscyplinach tzw. małej chirurgii (okulistyka, laryngologia, urologia);

7) ograniczenie liczby personelu wysokospecjalistycznego stale zatrudnionego w placówce (stacjonarne dyżury) na rzecz tworzenia mobilnych zespołów zabiegowych „na żądanie”;

8) wykorzystanie nowoczesnych technik teleinformatycznych w procesie diagnostycznym w celu ograniczenia kosztów stałych personelu (ocena preparatów histopatologicznych i wyników badań obrazowych na odległość).

Realizacja większości powyższych celów będzie się wiązać z koniecznością konsolidacji placówek opieki zdrowotnej, polegającej na gromadzeniu zasobów jednostek w obrębie jednej lokalizacji, tworzeniu silnych ośrodków (subwojewódzkich okręgów medycznych), koncentracji kadry specjalistycznej oraz sprzętu i aparatury medycznej. Takie centra medyczne, o szerokim zakresie świadczeń, powinny dysponować właściwym poziomem środków na modernizację i rozwój. Zakłada się, że w procesie dochodzenia do wyznaczonych celów równocześnie wykorzystywane będą sprawdzone wcześniej metody zarządcze:

1) konsolidacja produktowa, realizowana poprzez:

- łączenie szpitali (oddziałów) o podobnym zakresie świadczeń, działających na danym obszarze;
- zmiany profilów szpitali (oddziałów);
- likwidację szpitali (oddziałów) nieodpowiadających wymogom i standardom oraz przejmowanie ich usług przez innych świadczeniodawców z danego obszaru;

2) konsolidacja zarządzania, realizowana poprzez:

- łączenie SPZOZ w drodze porozumień zawieranych przez organy tworzące różnych szczebli (np. gmina – powiat; powiat – powiat; powiat – województwo)
- tworzenie samorządowych osób prawnych o statusie spółek prawa handlowego;
- łączenie spółek samorządowych.

7. Podsumowanie

Tylko prężne i konsekwentne działania i monitoring pomogą poprawić sytuację polskich placówek ochrony zdrowia. Przykład Dolnego Śląska dowodzi, jak wiele można zrobić i jakie osiągać wyniki. Niemniej jednak bez wsparcia o charakterze systemowym uzyskiwanie i utrzymanie dobrych efektów ekonomiczno-finansowych oraz zdrowotnych jest chyba obecnie niemożliwe. Równocześnie trzeba mieć świadomość, że rola samorządu wojewódzkiego powinna polegać przede wszystkim na wykreowaniu polityki zdrowotnej w wymiarze regionalnym, a następnie na jej implementacji poprzez koordynację działań poszczególnych samorządów, płatnika, instytucji kontrolnych i monitorujących, a nie na bezpośredniej kreacji zmian. Z zaangażowanie finansowe samorządów województw również powinno ulec zasadniczej zmianie – jego istotą, zamiast bieżącego finansowania placówek, musi być program inwestycyjny spójny z polityką zdrowotną. W istocie szybkie wprowadzenie kompleksowych działań naprawczych nie tylko spowoduje istotną poprawę w funkcjonowaniu systemu, ale prowadzi będzie do systematycznego zmniejszania bieżącego zaangażowania finansowego samorządu wojewódzkiego.

Literatura

- Dawidowicz W., *Zagadnienia ustroju administracji państwowej w Polsce*, PWN, Warszawa 1970.
- Jędrzejewski S., Nowacki H., *Kontrola administracji publicznej*, Biblioteka Jurysty, Toruń 1995.
- Karski J., *Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego*, CeDeWu Wydawnictwo Fachowe, Warszawa 2009.
- Krzywosiński Z., *Procesy przekształceń w ochronie zdrowia – bariery i możliwości*, red. J. Putz, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2002.
- Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Lex, Warszawa 2011.
- Nojszewska E., *Kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2009.

- Ochendowski E., *Prawo administracyjne*, TNOiK, Toruń 2009.
- Paszko M., *Strategie szpitala i samorządu muszą być zbieżne*, 2011, www.medicalnet.pl.
- Szpor G., *Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne*, red. A. Frączkiewicz-Wronka, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2005.
- Zemke-Górecka A., *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
- www.medicalnet.pl.
- www.mz.gov.pl.

Akty prawne

- Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r., DzU nr 78, poz. 483, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, DzU 2001, nr 142, poz. 1591, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, DzU 2001, nr 142, poz. 1592, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, DzU 2001, nr 164, poz. 1590.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, DzU 2011, nr 112, poz. 654.

ACTIONS OF LOCAL AUTHORITIES AND ACTIVE CREATION OF CHANGES ON THE MARKET OF MEDICAL SERVICES AS IT IS DONE IN DOLNY ŚLĄSK

Summary: Proper care for the health protection system, its organization and quality of provided services should be one of the leading tasks of entities- system participants. The article presents tasks and competencies of local government bodies and controversies connected with these. A special position was assigned to the so called creative bodies of health care entities and it was demonstrated how effective may be the goal oriented and comprehensive actions of the local authorities, which are directed toward the subordinate health care entities, as is done in Dolny Śląsk. In conclusion, it was however demonstrated that the joint action of the local authorities and the government administration is necessary in order to achieve the most effective health policy.

Keywords: tasks of the bodies of territorial authorities, supervision of health care entities, obligations, due obligations, corrective actions.