

Marian Kachniarz

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

OSIĄGNIĘCIA SAMORZĄDU POWIATOWEGO W RESTRUKTURYZACJI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA (NA PRZYKŁADZIE DOLNEGO ŚLĄSKA)

Streszczenie: Artykuł jest próbą podsumowania efektów restrukturyzacji jednostek ochrony zdrowia podległych samorządom powiatowym. Przykładem są powiaty dolnośląskie, gdzie problemy związane z reformą systemu świadczeń zdrowotnych są szczególnie istotne. Stwierdzono, że zaawansowanie procesów przekształceń jest tu relatywnie wysokie, co skutkuje niestety poważnym zadłużeniem jednostek.

Słowa kluczowe: samorząd terytorialny, zdrowie publiczne, system ochrony zdrowia, restrukturyzacja.

1. Wstęp

Dziesięcioletni okres funkcjonowania powiatów skłania do podsumowania ich roli w kształtowaniu usług publicznych na poziomie lokalnym. Jedną z najważniejszych kompetencji w tym zakresie jest organizacja lokalnych świadczeń zdrowotnych. Z drugiej strony jest to podsumowanie efektów wprowadzonej również 10 lat temu reformy systemu ochrony zdrowia.

Wykonywanie zadań z zakresu ochrony zdrowia na poziomie lokalnym wplecione jest w wiele uwarunkowań krajowych i regionalnych, stąd wysoki stopień skomplikowania materii, z jaką samorzady miały do czynienia. Pod tym względem jest to najtrudniejsze zadanie, jakie przyszło samorządom powiatowym wykonywać. Jak sobie z tym poradziły? Czy z perspektywy dekady można uznać, że należycie spełniły pokładane w nich oczekiwania? Tak jak skomplikowana jest materia, tak trudno jednoznacznie na to pytanie odpowiedzieć. Niemniej jednak poniższe rozważania mają nam tę odpowiedź przybliżyć.

W artykule skupiono się na powiatach, pomijając rolę innych szczebli samorządów. W niewielkim stopniu także odniesiono się do uwarunkowań zewnętrznych (systemowych), determinujących bardzo często charakter problemów i kierunki rozwiązań. Zakres opracowania nie pozwala na rozwinięcie tych istotnych wątków. Należy jednak pamiętać, że obiektywna ocena działań samorządu musi być dokonana w kontekście tego właśnie otoczenia. Kontekst ten został szeroko przedstawiony m.in.

w opracowaniach J. Klicha¹ i C.W. Włodarczyka², a także w innym opracowaniu autora³.

2. Działania samorządu

Modelowa rola powiatów w ochronie zdrowia miała polegać na organizacji ambulatoryjnej specjalistyki oraz szpitalnych oddziałów ogólnych. W rzeczywistości jednak powiaty przejęły w 1999 r. bardzo niejednorodną grupę jednostek.

Wielospecjalistyczna struktura szpitali w Świdnicy, Zgorzelcu, Lubinie czy Kłodzku predysponowała je raczej do tzw. II stopnia referencji, właściwego szpitalom wojewódzkim. Profil szpitali w Oławie, Oleśnicy, Lubaniu, Głogowie, Miliczu i w Bolesławcu, oprócz podstawowych „powiatowych” oddziałów, wzbogacony był o pojedyncze oddziały specjalistyczne. Do typowych placówek powiatowych, bez rozwiniętej specjalistyki, należały placówki w Ząbkowicach Śląskich, Strzelinie, Środzie Śląskiej, Górze, Jaworze, Lwówku Śląskim i w Kamiennej Górze. Grupę tę uzupełniały szpitale o pełnym profilu, ale nie znajdujące się w stolicy powiatu i funkcjonujące zazwyczaj jako drugie szpitale w powiecie – należały do nich Nowa Ruda, Bystrzyca Kłodzka, Duszniki Zdrój, Kowary, Świebodzice i Bogatynia. W końcu istniała też grupa szpitali o niepełnym profilu, zazwyczaj funkcjonujących jako uzupełnienie wobec głównej jednostki w powiecie – Syców, Kamieniec Ząbkowicki, Gryfów Śląski. W dwóch przypadkach niepełnoprofilowe placówki, funkcjonując w jednym powiecie, wzajemnie się uzupełniały: Wołów – Brzeg Dolny oraz Dzierżoniów – Bielawa.

W sumie powiaty przejęły w 1999 r. 34 szpitale. Wszystkie miały status samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SP ZOZ). Wspomniano już, że w niektórych powiatach funkcjonowało po kilka jednostek, były jednak i takie, które nie pełniły funkcji organu założycielskiego dla żadnego szpitala. Na terenie powiatów: wrocławskiego, wałbrzyskiego i polkowickiego nie było w ogóle placówek szpitalnych. Na obszarach powiatów grodzkich: wrocławskiego, legnickiego, jeleniogórskiego i wałbrzyskiego, takie placówki funkcjonowały, ale ich organem założycielskim był bądź samorząd województwa bądź też administracja państwowa (szpitale resortowe, kliniki, akademie medyczne).

Powiaty utworzone 1 stycznia 1999 r. były jak kiełkujące byliny wobec mocno zakorzenionych w lokalnym gruncie krzewów, jakimi były szpitale. To porównanie znakomicie oddaje początkowe relacje między zakładami opieki zdrowotnej a ich

¹ J. Klich, *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.

² C.W. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.

³ M. Kachniarz, *Komercjalizacja samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008.

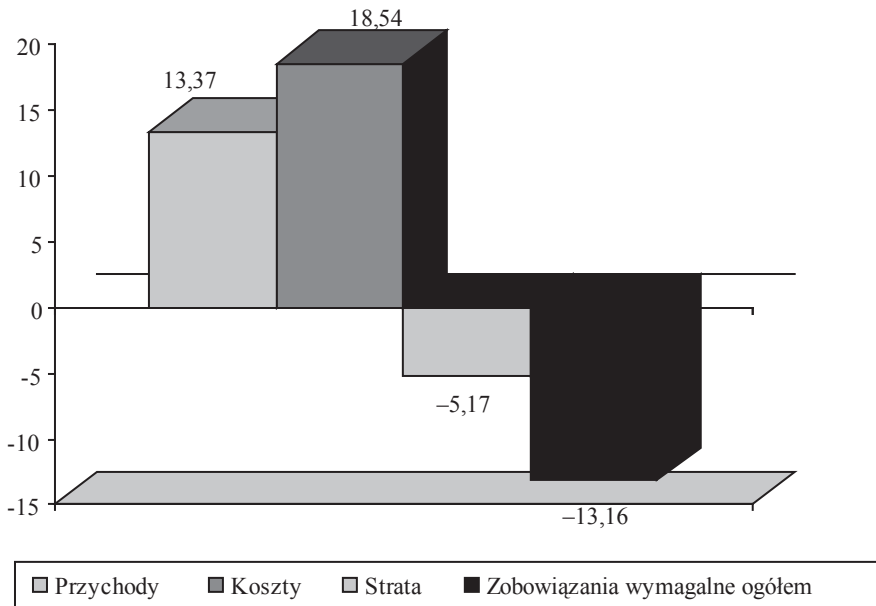
organami założycielskimi. Utrudniały one szybką reakcję zmierzającą do racjonalizacji funkcjonowania zakładów w nowych warunkach systemowych.

W pierwszym etapie restrukturyzacji skupiono się głównie na redukcji zatrudnienia, zmniejszaniu liczby łóżek oraz na racjonalizacji sieci szpitali. Już po pierwszym roku funkcjonowania (1999) zmniejszono liczbę zatrudnionych o niemalże o 15%, a łóżek o 4,4%. Na koniec roku 2002, a więc po trzech latach funkcjonowania, wartości te przedstawiały się odpowiednio na poziomie 41 i 25%. Oznacza to, że w ciągu trzech lat w powiatowych placówkach zlikwidowano 1/4 bazy łóżkowej oraz zwolniono z pracy ponad 2/5 zatrudnionych.

Kolejnym etapem były zmiany organizacyjne polegające z jednej strony na konsolidacji placówek, a z drugiej na zmianach organów założycielskich. Powiat legnicki jako pierwszy na Dolnym Śląsku przeprowadził całkowitą likwidację SP ZOZ-u w Chojnowie, przejmując w całości jego zadłużenie (ok. 6 mln zł). Szpital w Świebodzicach został przyłączony do świdnickiego „Latawca”, szpital w Bielawie połączono z Dzierżoniowem, połączono także szpitale w Brzegu Dolnym i Wołowie. Podobnie, lecz nieco później (w 2004 r.) postąpiono w powiecie oleśnickim, gdzie połączono szpitale w Oleśnicy i Sycowie, oraz w powiecie lwóweckim, przyłączając do Lwówka szpital w Gryfowie. Szpitale w Bogatyni i Bystrzycy Kłodzkiej, wobec groźby ich zamknięcia, zostały przejęte przez samorządy gminne. Podobne rozwiązanie zastosowano w przypadku Świebodzic. Po przyłączeniu tej placówki do świdnickiego „Latawca” podejmowano próby ograniczenia zakresu jej działalności. Spowodowało to protest samorządu miejskiego, który w konsekwencji stał się organem prowadzącym dla tego szpitala.

Pomimo podjętych zmian, sytuacja finansowa placówek ulegała dalszemu pogorszeniu. Większość z nich stała się niewypłacalna. Wykorzystał to wtórny rynek obrotu wierzytelnościami, który spodziewając się systemowego oddłużenia szpitali, przejmował ich długi (głównie wobec dostawców dóbr i usług). Ten proceder paradoksalnie podtrzymywał przekonanie zarządzających szpitalami, że to nie oni będą odpowiadać za swoje długi. To dobre samopoczucie musiało ulec rewizji wobec egzekucji komorniczych, które wkrótce zaczęły odcinać dopływ środków do placówek. Działalność komorników została uruchomiona natychmiast po tym, jak oczekiwania wtórnego rynku finansowego spotkały się z twardym sprzeciwem kolejnych rządów wobec systemowego oddłużenia.

Poważny kryzys w placówkach zaczął się, gdy w kasach zaczęło brakować środków na wypłaty. Spowodowało to z jednej strony wybuch niezadowolenia pracowników, którzy masowo składali pozwy sądowe o wypłacenie należności, z drugiej unaocznilo zarządzającym (zarówno bezpośrednim kierownikom, jak i organom założycielskim) konieczność radykalnych działań zmierzających do zbilansowania działalności placówek.



* Średnia arytmetyczna.

Rys. 1. Wyniki finansowe przeciętnego powiatowego SP ZOZ w województwie dolnośląskim w 2002 r. (w mln zł)*

Źródło: opracowanie własne.

Wytworzyła się paradoksalna sytuacja systemowa. Wobec ograniczonej ilości środków na działalność bieżącą placówek ochrony zdrowia (w powszechnym mniemaniu tych środków w systemie było za mało) poważna ich część kierowana była nie na finansowanie świadczeń, lecz na koszty obsługi zadłużenia. Szacuje się np., że w roku 2003 ok. 17% środków przekazanych z systemu na ochronę zdrowia przeznaczone zostało na koszty i prowizje wtórnego rynku obrotu wierzytelnościami⁴. Z drugiej strony, gdyby nie ów wtórny rynek, wiele placówek wstrzymywałoby działalność wobec braku dostawców. By obsłużyć te koszty, jednostki nie tylko musiałyby zbilansować swoją działalność, ale dodatkowo wypracować zysk w wysokości co najmniej rzeczonych 17% dochodów. I to w sytuacji, gdy już samo zbilansowanie się oznaczało niebywały sukces!

W efekcie więc większość szpitali wpadła w tzw. spiralę zadłużenia, czyli znalazła się w sytuacji, z której samodzielnie, bez pomocy zewnętrznej, nie mogła wyjść. Rysunek 1 ukazuje, że już w 2002 r. przeciętna jednostka powiatowa miała dług w wysokości równej rocznym przychodom. Dodatkowo dług ten był ustawicznie

⁴ Por. J. Klich, wyd. cyt., s. 180.

powiększany z tytułu strat na działalności sięgających 39% przychodów! Relacja wielkości zadłużenia tych jednostek do dochodów ich organów założycielskich była jednak na tyle duża, że wykluczała proste rozwiązania finansowe. Przejęcie zobowiązań przez samorząd groziło z reguły przekroczeniem dopuszczalnych limitów zadłużenia.

Zarówno zarządzający zakładami, jak i organy założycielskie stopniowo nabierali świadomości, że formuła prawno-finansowa SP ZOZ-u ma poważne dysfunkcje. Wobec braku rozwiązań systemowych na szczeblu krajowym usiłowano dokonywać przekształceń formalnych na bazie dotychczasowych przepisów. Rodziło to problemy, głównie związane z określeniem następstwa prawnego i ciągłości świadczeń. Dodatkowo część komentatorów uważała, że skoro ustawodawca nie przewidział takiej procedury, to znaczy, że jest ona nielegalna.

W takiej to atmosferze rozpoczął się kolejny etap polegający na zmianach formuły prawnej szpitali, czyli na ich komercjalizacji. Pierwszym szpitalem powiatowym na Dolnym Śląsku, który zaczął funkcjonować od 1 sierpnia 2003 r. w formule spółki prawa handlowego, był szpital w Kamiennej Górze.

Z dniem 1 stycznia 2004 r., w miejsce dotychczasowych SP ZOZ-ów, świadczenia przejęły dwie kolejne spółki szpitalne – w Lubaniu i w Kowarach. W obu przypadkach schemat komercjalizacji był podobny do tego w Kamiennej Górze, gdzie w miejsce postawionego w stan likwidacji SP ZOZ powołano spółki ze 100-procentowym udziałem powiatu.

Jak już wspomniano, logistykę tych przekształceń prowadzono w warunkach niedostosowanych do tego przepisów prawnych. Sytuacja ta powodowała wiele wątpliwości interpretacyjnych, które rozstrzygane były na płaszczyźnie orzecznictwa sądów administracyjnych i cywilnych. Kompleksowe audyty tych przekształceń przeprowadzał także NIK. Oba te źródła nie zakwestionowały legalności tego kierunku przekształceń. W niektórych przypadkach kontrole NIK stanowiły doskonały audyt zewnętrzny pozytywnie oceniający ekonomiczne efekty podjętych działań.

Zapowiedź programów rządowych wspierających oddłużenie jednostek wstrzymała zapoczątkowane już procesy przekształceń. Na finalizację kolejnych takich projektów trzeba było czekać 4 lata.

Kolejnymi spółkami, które przejmowały świadczenia szpitalne po SP ZOZ-ach, były Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Dzierżoniowie (1 lutego 2008 r.), Strzelińskie Centrum Medyczne sp. z o.o. w Strzelinie (1 marca 2008 r.), Powiatowe Centrum Medyczne sp. z o.o. w Wołowie (1 listopada 2008 r.), Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Lwówku Śląskim (1 stycznia 2009 r.) i Średzkie Centrum Medyczne sp. z o.o. (27 listopada 2009 r.). Według stanu na dzień 31 grudnia 2009 r. na Dolnym Śląsku funkcjonowało 7 skomercjalizowanych szpitali powiatowych. We wszystkich niemalże przypadkach spółki prowadzące szpitale były w 100% własnością odpowiednich samorządów powiatowych. Jedynie w przypadku Wołowa udziałowcami nowej spółki są powiat wołowski oraz gminy Wołów, Brzeg Dolny (po 32% udziałów) i Wińsko (4% udziałów).

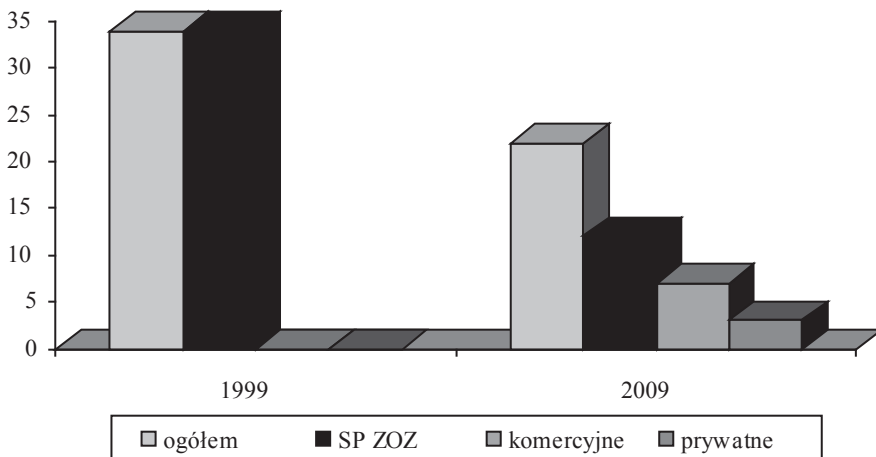
Procesy prywatyzacyjne, które były szeroko zakrojone przede wszystkim w podstawowej opiece zdrowotnej, nie ominęły także szczebla szpitali powiatowych. To kolejny specyficzny etap w przekształcaniu jednostek ochrony zdrowia. O ile przy komercjalizacji zachowywano własność publiczną spółek, o tyle w tym etapie świadczenia przejmowane były przez podmioty prywatne.

Pierwszym sprywatyzowanym szpitalem powiatowym na Dolnym Śląsku był szpital św. Antoniego w Ząbkowicach Śląskich. Z dniem 1 kwietnia 2004 r. świadczenia szpitalne przejęła spółka EMC Instytut Medyczny SA z Wrocławia, której strategia zakłada objęcie do 2015 r. swoją działalnością 5% populacji w Polsce.

Ta sama spółka przejęła większościowe pakiety udziałów we wcześniej skomercjalizowanych szpitalach w Świebodzicach i Kowarach. Świadczenia szpitala w Świebodzicach zostały przejęte 1 marca 2004 r. przez Mikulicz sp. z o.o., w której 100% udziałów należało pierwotnie do gminy Świebodzice. Po dwóch latach prowadzenia szpitala gmina Świebodzice zdecydowała się na sprzedaż 90% udziałów w spółce.

Podobnie postąpił powiat jeleniogórski, będąc jedynym właścicielem Powiatowego Centrum Zdrowia sp. z o.o. Spółka ta prowadziła od 1 stycznia 2004 r. szpital w Kowarach. W końcu 2008 r. władze powiatu ogłosiły przetarg na zbycie 90% udział w tej spółce.

Inną ścieżkę prywatyzacyjną wybrano w Jaworze. Świadczenia szpitalne zostały tu przejęte 1 października 2006 r. przez Jaworskie Centrum Medyczne sp. z o.o., udziały objęło 85 pracowników szpitala. Jest to zatem przykład prywatyzacji pracowniczej, który jak do tej pory jest jedynym takim przykładem w kraju.



Rys. 2. Liczba i struktura szpitali powiatowych w latach 1999-2009

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując wszystkie działania na szczeblu powiatowym, dostrzec można zasadnicze zmiany w liczbie i strukturze jednostek. Z 34 przejętych w 1999 r. szpitali pod jurysdykcją samorządu powiatowego pozostawało 10 lat później jedynie 22, co stanowi jedynie 65% stanu początkowego. O ile na początku dziesięciolecia wszystkie jednostki miały charakter SP ZOZ-ów, o tyle w roku 2009 sytuacja była już dużo bardziej zróżnicowana. Z tej liczby tylko 12 placówek (55%) zachowało status SP ZOZ, a 7 (32%) funkcjonowało w formie skomercjalizowanych spółek z większościami udziałem kapitału publicznego (samorządowego). Stan ten uzupełniają 3 placówki, które zostały sprywatyzowane (13% ogólnej liczby szpitali). Pozostała grupa szpitali powiatowych podległa konsolidacji, przekazaniu innym szczeblom samorządu (głównie gminom) bądź całkowitej likwidacji. Szczegółowo sytuacja ta została podsumowana na rys. 2.

Pod względem zaangażowania w procesy restrukturyzacyjne województwo dolnośląskie należy do najlepszych w Polsce⁵. Dość wspomnieć, że znajduje się tu 18% spośród wszystkich szpitali powiatowych funkcjonujących w kraju w formie NZOZ (skomercjalizowanych lub sprywatyzowanych).

Taki zakres działań restrukturyzacyjnych przy omówionych wcześniej problemach systemowych wymagał od powiatów bardzo dużego wysiłku organizacyjnego i finansowego. Pomijając olbrzymie trudności, jakie na poziomie lokalnym sprawiają zmiany w tak wrażliwym społecznie sektorze, powiaty musiały udźwignąć bardzo duży ciężar zadłużenia szpitali. W wielu z nich powoduje to ograniczenie prawidłowego wykonywania innych funkcji i zadań publicznych, do których szczebel ten został powołany. Syntetycznie sytuację tę przedstawia rys. 3.

Syntetyczna miara efektywności w ochronie zdrowia (*SKzdr*) przedstawiona została w formie kartogramu. Im barwa poszczególnego powiatu jest intensywniejsza, tym efektywność ta jest wyższa. Miara została zbudowana na bazie trzech elementów składowych⁶:

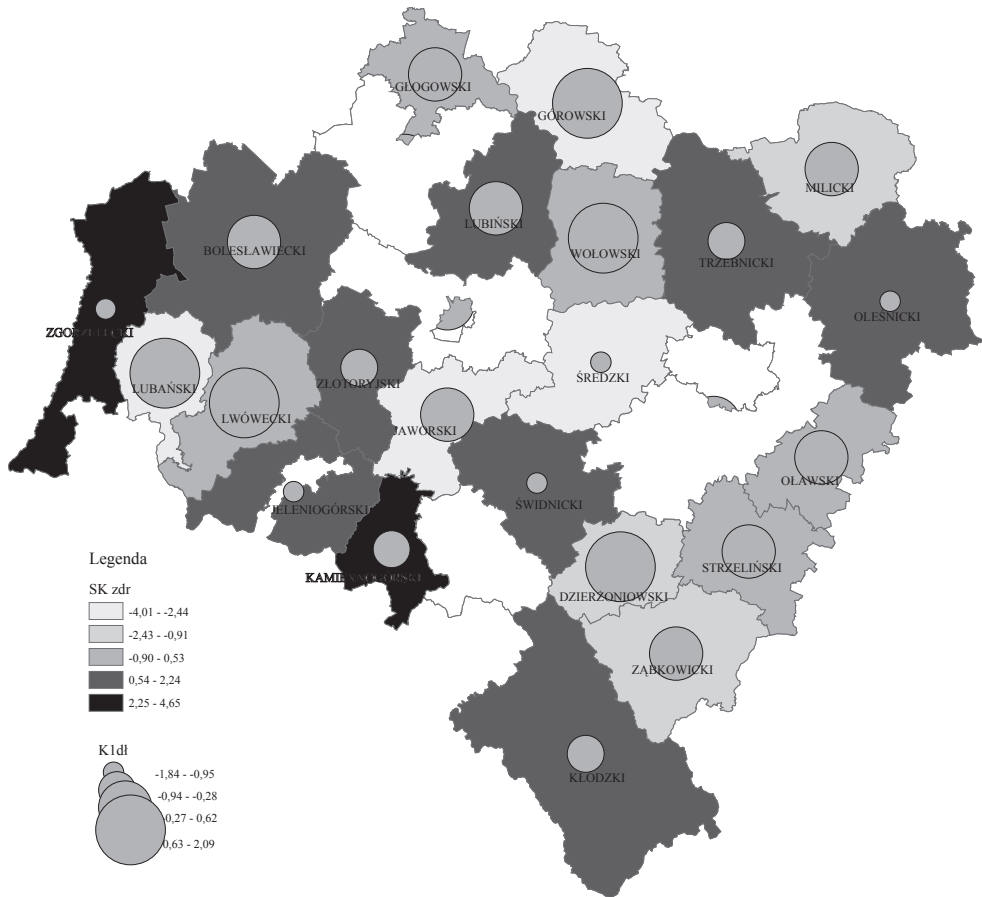
- zadłużenia szpitala (relacja zobowiązań do przychodów operacyjnych szpitala),
- zadłużenia szpitala względem powiatu (relacja zobowiązań szpitala do dochodów powiatu),
- wyniku finansowego z działalności operacyjnej szpitala (relacji przychodów do kosztów operacyjnych w danym roku bilansowym).

Relację zadłużenia szpitala względem dochodów powiatu (*KIdł*), czyli drugą z elementów poprzedniego wskaźnika, przedstawiono jednocześnie w postaci kartodiagramu (kół). Im większe pole koła, tym relacja długu szpitala do dochodów powiatu jest większa (innymi słowy – tym bardziej obciąża on funkcjonowanie powiatu)⁷.

⁵ Por. www.szpitalesamorzadowe.pl.

⁶ Szczegółowe informacje o konstrukcji składników w: M. Kachniarz, *Efektywność usług publicznych na przykładzie powiatów dolnośląskich*, UE, Wrocław (w druku).

⁷ Przedstawione na mapie wartości są miarami znormalizowanymi na podstawie średniej i odchylenia standardowego.



Rys. 3. Syntetyczna miara efektywności w ochronie zdrowia *SKzdr* oraz wskaźnik zadłużenia szpitali względem budżetu powiatu *K1d*

Źródło: M. Kachniarz, *Efektywność usług publicznych na przykładzie powiatów dolnośląskich*, UE, Wrocław (w druku).

3. Podsumowanie

Dolny Śląsk był regionem cechującym się sporym rozdrobnieniem infrastruktury związanej z ochroną zdrowia. Wynikało to ze specyfiki sieci osadniczej, wysokiego stopnia urbanizacji, barier środowiskowych czy w końcu funkcji militarnych w czasach Układu Warszawskiego. Reforma z 1999 r. wprowadziła zasady finansowania systemu regionalnego, nie uwzględniając tych właśnie uwarunkowań. Samorządy dolnośląskie zostały więc obciążone niedopasowanym do nowych realiów systemem świadczeń zdrowotnych. Rozdźwięk między starymi strukturami a nowymi

zasadami finansowania był w tym regionie najpoważniejszy w Polsce. Zaowocowało to w krótkim czasie największymi w Polsce zobowiązaniami.

Ta sytuacja warunkuje rzetelną ocenę działalności samorządów w zakresie restrukturyzacji swoich jednostek. Zróżnicowanie uwarunkowań międzyregionalnych jest tak duże, że trudno sprowadzać efekty do prostych porównań wyników finansowych. Gdyby się oprzeć jedynie na wielkości zobowiązań, to ocena samorządów dolnośląskich nie byłaby zbyt wysoka. Uwzględniając jednak ten szerszy kontekst, można zauważyć, że w wielu przypadkach dolnośląskie samorzady wypracowywały innowacyjne projekty, które stały się wzorem dla pozostałych regionów.

Województwo dolnośląskie należy do najlepszych regionów w zakresie komercjalizacji i prywatyzacji zarówno lecznictwa otwartego, jak i placówek szpitalnych. Według stanu na koniec 2008 r., Dolny Śląsk miał największy udział w strukturze placówek niepublicznych. Warto także zwrócić uwagę, że jedynie w tym regionie zrealizowano projekty pełnej prywatyzacji szpitali, polegające nie tylko na wyłonieniu niepublicznego operatora świadczeń, realizowanych na wdzierżawionym mieniu, ale także na sprzedaży owego mienia. Tu wdrożono w życie jedyny w Polsce projekt sekurytyzacji zadłużenia za pomocą spółki celowej. Tu także realizuje się śmiało projekty restrukturyzacji sieci szpitali, polegające nie tylko na prostej likwidacji placówek, ale także na budowie nowych placówek.

Można przyjąć założenie, że tak zaawansowane i innowacyjne projekty wynikały w dużej mierze z fatalnej sytuacji finansowej, zmuszającej samorzady do konkretnych działań. Warto jednak zwrócić uwagę, że poniosły one relatywnie większe koszty owych przekształceń. Dotyczy to przede wszystkim poziomu powiatowego, gdzie relacja kosztów działań restrukturyzacyjnych do możliwości finansowych samorządów jest najgorsza. W wielu przypadkach bez pomocy zewnętrznej trudno nakreślić realne perspektywy rozwiązania sytuacji. Bez względu na stopień zaawansowania projektów restrukturyzacyjnych w poszczególnych powiatach dolnośląskich zadłużenie jednostek ochrony zdrowia bardzo poważnie ogranicza wykonywanie przez nie innych zadań publicznych. Podobna sytuacja, choć w mniejszym zakresie, dotyczy także samorządu wojewódzkiego.

Można zatem sformułować tezę generalną, że samorzady dolnośląskie, zmuszone nadzwyczaj niedogodnymi okolicznościami, z pozycji outsidera powoli przekształcają się w regionalnego lidera restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia. Okupiły to jednak bardzo poważnymi obciążeniami finansowymi. Każą one stawiać pytanie, czy w tak ważnej społecznie sferze usług publicznych obarczenie niemalże całkowitą odpowiedzialnością za funkcjonowanie systemu, bez wyposażenia samorządów w stosowne do tej skali problemów instrumenty, kształtuje właściwy ład instytucjonalny państwa. W dobrze ukształtowanych relacjach instytucjonalnych czytelny staje się obraz odpowiedzialności państwa za system, a samorządów za regionalną i lokalną organizację świadczeń. W prezentowanym tu dziesięcioleciu podstawowa trudność w formułowaniu ocen działania samorządu w zakresie ochrony zdrowia polega na wyizolowaniu skutków wadliwego systemu od działalności *sensu stricto*

samorządów. Takie wydzielenie problemu w debacie publicznej jest rzadkością, stąd nadzwyczaj często ferowane są zdecydowane wyroki, obarczające samorzady za czyny przez nie niepopołnione. Tak jest na pewno najprościej, niekoniecznie jednak najrzetelniej.

Literatura

Kachniarz M., *Komercjalizacja samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008.

Kachniarz M., *Efektywność usług publicznych na przykładzie powiatów dolnośląskich*, UE, Wrocław (w druku).

Klich J., *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.

Włodarczyk C.W., *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.

Źródła internetowe

www.szpitalesamorzadowe.pl

www.umwd.pl

www.csoz.gov.pl

www.dczp.wroc.pl

www.stat.gov.pl/bdr

ACHIEVEMENTS OF SELF-GOVERNMENT IN RESTRUCTURING THE HEALTH-CARE SYSTEM (ON THE EXAMPLE OF LOWER SILESIA)

Summary: The article is an attempt to summarize the effects of restructuring health-care units reporting to county self-governments. Examples are the counties of Lower Silesia, where the problems of health care reform are particularly important. It was found that the transition process advanced here is relatively high. Unfortunately, this results in serious debt of county units.