

Uniwersytet Śląski
Wydział Nauk Społecznych
Instytut Nauk Politycznych i Dziennikarstwa

Henryk Kromołowski

**SPOŁECZNO – POLITYCZNE UWARUNKOWANIA REFORMY
SŁUŻBY ZDROWIA W ASPEKCIE PRZEPROWADZANEJ
RESTRUKTURYZACJI LECZNICTWA STACJONARNEGO
NA PRZYKŁADZIE MIASTA CZĘSTOCHOWY**

Rozprawa doktorska napisana na
Wydziale Nauk Społecznych UŚ
pod kierunkiem naukowym Prof. zw. dr hab. Janusza Sztumskiego

KATOWICE 2008

SPIS TREŚCI	str.
WSTĘP	9
Rozdział I: CEL I ZAKRES PRACY. METODY I TECHNIKI BADAWCZE. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA BADANYCH PLACÓWEK LECZNICTWA STACJONARNEGO NA TERENIE MIASTA CZĘSTOCHOWY	13
1.1. PRZEDMIOT I CEL BADAŃ	13
1.2. ZAŁOŻENIA BADAWCZE	17
1.3. METODY I TECHNIKI BADAWCZE	21
1.4. TEREN BADAŃ	23
Rozdział II: SYSTEMOWE SPOJRZENIE NA PROBLEMATYKĘ SŁUŻBY ZDROWIA	32
2.1. ZNACZENIE TERMINU SYSTEM SPOŁECZNY	32
2.2. POZNAWCZE I PRAKTYCZNE ASPEKTY SYSTEMOWEJ ANALIZY	39
2.3. POJĘCIE SYSTEMU ZDROWOTNEGO	40
2.4. MODELE USŁUG W OCHRONIE ZDROWIA	49

**Rozdział III: PROCES RESTRUKTURYZACJI SŁUŻBY ZDROWIA,
JEGO UWARUNKOWANIA
I SPOSOBY JEGO PRZEPROWADZANIA** 56

3.1. POJĘCIE I DEFINICJE RESTRUKTURYZACJI	56
3.2. PRZYCZYNY I RODZAJE RESTRUKTURYZACJI	61
3.3. ZASADY PRZEPROWADZANIA RESTRUKTURYZACJI	67
3.4. ETAPY PROCESU RESTRUKTURYZACJI	70
3.5. CZYNNIKI ZAPEWNIAJĄCE POWODZENIE RESTRUKTURYZACJI	72
3.6. OPÓR WOBEC ZMIAN I ZWIĄZANE Z NIM BARIERY WOBEC RESTRUKTURYZACJI	75

**Rozdział IV: ROZWÓJ SZPITALNICTWA CZĘSTOCHOWSKIEGO
OD ZAKOŃCZENIA II WOJNY ŚWIATOWEJ
DO CHWILI OBECNEJ** 82

4.1. UTWORZENIE SZPITALA PRZY UL. ŚW. BARBARY	83
4.2. SZPITAL MALTAŃSKI	86
4.3. SZPITAL GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY PRZY UL. A. KORDECKIEGO	88
4.4. ROZWÓJ SZPITALA IM. DR L. RYDYGIERA PO II WOJNIE ŚWIATOWEJ	89
4.5. SZPITAL HUTNICZY	92
4.6. KOLEJOWA SŁUŻBA ZDROWIA	94
4.7. SZPITAL IM. DR WEIGLA W BLACHOWNI	95
4.8. WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. PROF. W. ORŁOWSKIEGO	96

4.9. POWSTANIE ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA MIASTA CZĘSTOCHOWY I TERENOWEGO ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ	98
4.10.UTWORZENIE ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ NA BAZIE LECZNICTWA STACJONARNEGO	99
4.11.ZESPÓŁ LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO	101
4.12.UTWORZENIE ZESPOŁU SZPITALI MIEJSKICH	105
4.13.WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. NAJŚWIĘTSZEJ MARYI PANNY	108

Rozdział V: SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE OD 1918 ROKU DO CZASU ZAKOŃCZENIA TRANSFORMACJI USTROJOWEJ PAŃSTWA. LATA DZIEWIĘĆDZIESIĄTE XX WIEKU	112
5.1. OPIEKA ZDROWOTNA W LATACH 1918 – 1945	112
5.2. SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ W OKRESIE 1945 – 1989	117
5.3. SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ PO ROKU 1989	122
5.3.1. USTAWA Z 30 SIERPNIA 1991 ROKU O ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ	125
5.3.2. REJESTR USŁUG MEDYCZNYCH. CELE OPERACYJNE	127
5.3.3. USTAWA O POWSZECHNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM. POWSTANIE KAS CHORYCH	129
5.3.4. PROGRAM NARODOWEJ OCHRONY ZDROWIA NA LATA 2002 – 2003. UTWORZENIE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	142

Rozdział VI: PROPOZYCJE NAPRAWY POLSKIEJ OCHRONY ZDROWIA. KOLEJNE SCENARIUSZE	156
6.1. OCENA WSKAŹNIKÓW ZADOWOLENIA Z FUNKCJONOWANIA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE	156
6.2. ZAŁOŻENIA REGIONALNYCH PROGRAMÓW RESTRUKTURYZACYJNYCH. PROPOZYCJE MINISTERSTWA ZDROWIA	176
6.3. PROJEKT OGÓLNOPOLSKUEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO LEKARZY	187
6.4. RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH. PROPOZYCJE REFORM	201
6.5. ZIELONA KSIĘGA FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE. RAPORT	203
6.6. USTAWA O POMOCY PUBLICZNEJ I RESTRUKTURYZACJI PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	208
6.7. ROLA SAMORZĄDÓW W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA. UDZIAŁ JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO W PRZEKSZTAŁCENIACH WŁASNOŚCIOWYCH	211
6.8. KOMERCJALIZACJA I PRYWATYZACJA SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ. WADY I ZALETY	217
6.9. BUDŻETOWANIE JAKO METODA ZARZĄDZANIA PLACÓWKAMI OCHRONY ZDROWIA	229
6.10. NARODOWE PROGRAMY ZDROWIA	232
6.11. KONFEDERACJA PRACODAWCÓW POLSKICH. PROPOZYCJE NAPRAWY OCHRONY ZDROWIA	237

Rozdział VII: ANALIZA WYBRANYCH PROGRAMÓW RESTRUKTURYZACYJNYCH REALIZOWANYCH W BADANYCH SZPITALACH CZĘSTOCHOWY	241
7.1. PROGRAMY RESTRUKTURYZACYJNE WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO	241
7.2. PROGRAMY NAPRAWCZE MIEJSKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO	264
7.3. NAJWAŻNIEJSZE PROGRAMY NAPRAWCZE WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO	286
 Rozdział VIII: PROPONOWANE KIERUNKI ZMIAN I ROZWOJU STACJONARNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W REGIONIE CZĘSTOCHOWSKIM	 301
8.1. EKSPERTYZA CENTRUM ORGANIZACJI I EKONOMIKI OCHRONY ZDROWIA W WARSZAWIE. LIPIEC 1998 ROK	301
8.2. EKSPERTYZA CENTRUM ORGANIZACJI I EKONOMIKI OCHRONY ZDROWIA W WARSZAWIE. LISTOPAD 1999 ROK	307
8.3. PROPOZYCJA RESTRUKTURYZACJI LECZNICTWA STACJONARNEGO MIASTA CZĘSTOCHOWY OPRACOWANA PRZEZ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W CZĘSTOCHOWIE. ROK 2000	312

8.4. STANOWISKO ZESPOŁU PRZEDSTAWICIELI ORGANÓW ZAŁOŻYCIELSKICH DO SPRAW RESTRUKTURYZACJI PLACÓWEK LECZNICTWA STACJONARNEGO. MAJ 2003 ROKU	317
8.5. UTWORZENIE ZESPOŁU SZPITALI MIEJSKICH	322
8.6. STRATEGIA POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO NA LATA 2000 – 2015	329
Rozdział IX: PROPOZYCJE NAPRAWY OCHRONY ZDROWIA W WYMIARZE KRAJOWYM I LOKALNYM	340
9.1. PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ WEDŁUG „PRAWA I SPRAWIEDLIWOŚCI”	340
9.2. PROPONOWANE USTAWY PRZEZ „PLATFORMĘ OBYWATELSKĄ”	344
9.3. PROGRAM NAPRAWY OCHRONY ZDROWIA PROPONOWANY PRZEZ „LEWICĘ I DEMOKRATÓW”	354
9.4. PRZEKSZTAŁCENIE MIEJSKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO W CZĘSTOCHOWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z O. O. Z SIEDZIBĄ W CZĘSTOCHOWIE	360
9.5. PROJEKT ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO DOTYCZĄCY POŁĄCZENIA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO Z WOJEWÓDZKIM SZPITALEM ZESPOLONYM. SIERPIEŃ 2007 ROKU	365

WNIOSKI WYNIKAJĄCE Z BADAŃ	367
BIBLIOGRAFIA	403
SPIS TABEL I WYKRESÓW	410

WSTĘP

Restrukturyzacja w ochronie zdrowia jest przedmiotem zainteresowania głównie polityków i osób zajmujących się jej organizacją. Staje się ona także coraz częściej przedmiotem zainteresowania uczonych, np. ekonomistów, politologów i prawników.

Problematykę restrukturyzacji trzeba postrzegać w ramach prowadzonej przez państwo polityki zdrowotnej, która jest pojęciem znacznie bardziej pojemnym i szerszym niż ochrona zdrowia i obejmuje wiele innych zagadnień związanych m. in. z ochroną środowiska, stylem życia, jakością żywienia, tradycjami kulturowymi.

Polityka zdrowotna przesądza o celach i charakterze systemu, o jego sprawności, efektywności i kosztach funkcjonowania.

W decydującym stopniu wpływa na jakość i długość naszego życia i nasze poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego.

Natomiast system ochrony zdrowia będący odzwierciedleniem realizowanej przez państwo polityki zdrowotnej jest ukierunkowany na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych określonej populacji.

Od wielu lat w naszym kraju sektor ochrony zdrowia podlega przemianom nie zapewniającym pożądanego kierunku rozwoju.

Uprawianie polityki ochrony zdrowia jest niewątpliwie jedną z najtrudniejszych umiejętności zarządzania życiem publicznym, bowiem łączy się z potrzebą równoczesnego godzenia wielu rozmaitych uwarunkowań: ekonomicznych, politycznych, technologiczno-medycznych, prawnych, etyczno-moralnych, psychospołecznych, socjo-demograficznych i niemal każda decyzja jest w tym zakresie swoistym kompromisem, mimo świadomości, że niektóre z nich wzajemnie się wykluczają, jak na przykład postulat powszechnego, równego i pełnego dostępu do świadczeń medycznych z realiami ekonomicznymi.

Podejmowane w Polsce w ciągu ostatnich lat próby reformowania systemu, różnorakie restrukturyzacje przeprowadzane na różnych szczeblach organizacyjnych nie zakończyły się sukcesem, ponieważ były w większości ograniczane do sposobu finansowania systemu z pomijaniem rozwiązań kompleksowych uwzględniających uwarunkowania: społeczno-kulturowe, formalno-prawne, technologiczno-medyczne, ideologiczno-polityczne, czy też opinie pracowników sektora ochrony zdrowia.

Z prowadzeniem racjonalnej polityki zdrowotnej łączy się poszukiwanie odpowiedzi na pytania:

- ile *państwa*, a ile *rynku* w ochronie zdrowia i
- ile *centralizacji*, a ile *decentralizacji* w sektorze służby zdrowia.

Konsekwencją odpowiedzi na te pytania jest wielowymiarowy kompromis, który w efekcie przesądza o ustroju całego systemu, tj.: aby zachować jego zaopatrzeniowo-opiekuńczy charakter i uchronić go przed cywilizacyjną degradacją – ile powinno w nim być mechanizmów wolnorynkowych lub inaczej – jak połączyć ze sobą to, co *publiczne* (z założenia non profit), z tym co *komercyjne* (najczęściej prywatne, nastawione na generowanie zysku).

Uprawianie polityki zdrowotnej, w coraz większym stopniu, staje się elementem sterowania przeobrażeniami społecznymi. Ważnymi czynnikami wpływającymi na kierunek zmian systemu opieki zdrowotnej są:

- wzrost liczby osób zaawansowanych wiekowo (powyżej 75 lat) oraz
- stały rozwój technologii medycznych,

co doprowadza do tego, że medycyna jest w stanie podejmować leczenie osób do tej pory uznawanych za nieuleczalnie chore.

Im lepszy system ochrony zdrowia, tym dłużej żyją ludzie. Z kolei coraz starsza populacja wymaga większej, sprawniejszej i intensywniejszej opieki, co powoduje konieczność tworzenia oddziałów geriatrycznych i opieki długoterminowej – nastawionych na leczenie chorób przewlekłych.

Celem niniejszej rozprawy, jest próba zbadania zależności między procesami restrukturyzacyjnymi a uwarunkowaniami ekonomicznymi, społecznymi i politycznymi, w jakich funkcjonuje sektor służby zdrowia z uwzględnieniem prowadzonej przez państwo i samorządy polityki zdrowotnej wobec placówek zajmujących się ochroną zdrowia.

Przedmiotem badań i analiz będą programy reform ochrony zdrowia w skali ogólnopolskiej, regionalnej i lokalnej oraz ich wpływ na funkcjonowanie takich placówek lecznictwa stacjonarnego w Częstochowie, jak: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny, Wojewódzki Szpital Zespolony im. W. Orłowskiego oraz Miejski Szpital Zespolony.

Tak określonym celom pracy został podporządkowany jej układ.

Rozdział I poświęcony został omówieniu założeń badawczych, metod i technik badawczych zastosowanych w niniejszej pracy. Przedstawiona została także charakterystyka badanych placówek leczenia stacjonarnego.

W rozdziale II skupiono się na omówieniu zagadnień dotyczących systemu społecznego i elementów składowych systemu zdrowotnego.

Rozdział III został poświęcony problematyce restrukturyzacyjnej, jej uwarunkowaniom i sposobom jej przeprowadzania.

W rozdziale IV przedstawiono historię rozwoju częstochowskiej służby zdrowia od zakończenia II wojny światowej do chwili obecnej.

W rozdziałach V i VI omówiono systemy opieki zdrowotnej w Polsce od 1918 roku do chwili obecnej oraz dotychczasowe propozycje naprawy polskiej ochrony zdrowia.

W rozdziale VII skupiono się na przeglądzie i ocenie najważniejszych programów naprawczych w badanych szpitalach oraz efektach przeprowadzanych restrukturyzacji.

Rozdział VIII zawiera omówienie proponowanych kierunków zmian i rozwoju stacjonarnej opieki zdrowotnej w regionie częstochowskim oraz stopnia jej realizacji.

Rozdział IX poświęcony został omówieniu propozycji naprawy ochrony zdrowia w wymiarze krajowym i lokalnym z uwzględnieniem przedstawionych przez parlament i partie polityczne reform systemu, jak również perspektyw innej organizacji częstochowskiego leczenia stacjonarnego.

W oparciu o rozważania teoretyczne oraz ustalenia wynikające z badania różnorodnego rodzaju dokumentów, obserwację własną i opinie ekspertów z zakresu polityki zdrowotnej sformułowane zostały wnioski końcowe, w szczególności w zakresie problematyki restrukturyzacji częstochowskich szpitali oraz w szerszym ujęciu, naprawy ochrony zdrowia w wymiarze krajowym i regionalnym.

Po wstępnym przedstawieniu założeń pracy oraz jej układu, pozostaje do spełnienia miły obowiązek podziękowania osobom, których pomoc przy opracowywaniu przedstawionej rozprawy była dla mnie szczególnie cenna.

Przede wszystkim dziękuję Panu Profesorowi zw. dr hab. Januszowi Sztumskiemu, za ukierunkowanie moich zainteresowań w kierunku problematyki związanej z restrukturyzacją ochrony zdrowia. Wyrażam Panu Profesorowi wdzięczność także i za pomoc okazywaną w trakcie pisania rozprawy, za życzliwość i wyrozumiałość, które mi pomogły w pokonywaniu wielu, nie tylko naukowych, trudności.

Pozwalam sobie podziękować także innym osobom, które pomagały mi przy pracy nad rozprawą doktorską, a w szczególności żonie Annie i synowi Piotrowi, których pomoc, słowa otuchy i cierpliwości w znoszeniu wszelkich niedogodności związanych z moim poświęceniem się pracy badawczej, mobilizowały do kontynuacji podjętej pracy.

Częstochowa, 2008 r.

ROZDZIAŁ I

CEL I ZAKRES PRACY, METODY I TECHNIKI BADAWCZE. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA BADANYCH PLACÓWEK LECZNICTWA STACJONARNEGO NA TERENIE MIASTA CZĘSTOCHOWY

1.1. Przedmiot i cel badań

Przedmiotem mojego zainteresowania są placówki leczenia stacjonarnego funkcjonujące w Częstochowie, tj.: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny, Wojewódzki Szpital Zespolony im. W. Orłowskiego oraz Miejski Szpital Zespolony, w którego skład wchodzi: Szpital Miejski im. dr L. Rydygiera, Szpital Miejski im. Wł. Biegańskiego, Szpital Miejski im. dr T. Chałubińskiego.

Punktem wyjścia moich rozważań jest odpowiedź na pytanie:

Czym jest Szpital i jakie są jego podstawowe cele oraz zadania?

Podstawowe cele Szpitala, to udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Szpital również uczestniczy w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodów medycznych i kształcenia osób do wykonywania zawodów medycznych i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny w oparciu o obowiązujące w tym zakresie przepisy prawa. Szpital może uczestniczyć w realizacji programów zdrowotnych oraz naukowych zleconych przez instytucje naukowe, zakłady pracy, organizacje społeczne, komórki samorządu terytorialnego i inne podmioty.

Do zadań Szpitala należy w szczególności:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczeń specjalistycznych w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń wysoko specjalistycznych w ramach specjalności reprezentowanych przez komórki organizacyjne Szpitala,
- 2) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego oraz doskonaleniu zawodowym kadr lekarskich, pielęgniarских, słuchaczy szkół medycznych i innych zawodów w zakresie określonym w odrębnych umowach oraz przepisach prawa,

- 3) prowadzenie działalności mającej na celu promocję zdrowia,
- 4) prowadzenie działalności mającej na celu profilaktykę zdrowotną.

Szpital może podejmować współpracę z zagranicznymi instytucjami ochrony zdrowia, kształcenia i doskonalenia kadr medycznych oraz organizacjami międzynarodowymi realizującymi zadania należące do zakresu działalności Szpitala oraz może być członkiem takich organizacji za zgodą organu założycielskiego.

Szpital może tworzyć wydzielone komórki organizacyjne do prowadzenia działalności gospodarczej. Prowadzenie działalności gospodarczej przez wydzielone komórki nie może ograniczać dostępności i poziomu świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Celem moich badań jest przedstawienie i przeanalizowanie projektów i procesów restrukturyzacyjnych, jakie miały miejsce w tych szpitalach, jak również propozycji restrukturyzacyjnych ich organów założycielskich. Oprócz pokazania treści tych projektów będę starał się możliwie wnikliwie analizować, dlaczego w większości nie zostały zrealizowane, jakie były tego przyczyny, kto i jakie popełnił błędy.

Szczególnie chcę zwrócić uwagę na społeczne, ekonomiczne i polityczne skutki przeprowadzanych restrukturyzacji.

Mówiąc o skutkach społecznych, będę odnosić je głównie do ludzi, a więc do pacjentów. Będzie to wymagało badań zadowolenia pacjentów, tzn. poznania ich opinii na temat przeprowadzanych zmian, oraz oceny dostępności do oferowanych świadczeń medycznych.

Niezwykle istotne są reakcje samych pracowników na zmiany wprowadzane podczas procesów restrukturyzacyjnych. Należy wskazać też na to, że ze względu na zróżnicowanie pod względem zawodowym osób zatrudnionych w szpitalu, inne są reakcje personelu medycznego (tzw. białego), a inne administracyjno – technicznego (tzw. szarego). Wśród personelu medycznego inne są oczekiwania lekarzy, a inne np. pielęgniarek, czy salowych.

Częstochowa jest o tyle miejscem specyficznym, gdyż szpitale podległe są różnym organom samorządu terytorialnego, tj. Urzędowi Marszałkowskiemu (dwa szpitale wojewódzkie oraz Szpital Hutniczy) i Urzędowi Miasta (trzy miejskie szpitale funkcjonujące pod nazwą Miejskiego Szpitala Zespołowego). Nie należy przy tym zapominać o szpitalu powiatowym w Blachowni podległym starostwu częstochowskiemu.

Tego typu zróżnicowanie właścicieli może powodować brak współpracy między nimi nie tylko o charakterze organizacyjnym, ale przede wszystkim w sferze politycznej, co może

powodować utrudnienia w działaniach restrukturyzacyjnych przeprowadzanych przez każdy z wymienionych organów samorządu terytorialnego.

Kolejnym przejawem zbytniego upolitycznienia problematyki ochrony zdrowia jest skład Rad Nadzorczych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, jak również Rad Społecznych Szpitali. Otóż nie zawsze zasiadają w nich osoby z właściwymi uprawnieniami (np. po kursach dla członków rad nadzorczych i z doświadczeniem zawodowym). Ich skład odzwierciedla na ogół układ polityczny istniejący w danym samorządzie terytorialnym, tzn. każde z ugrupowań desygnuje swoich przedstawicieli według wcześniej ustalonego parytetu politycznego.

Skutki społeczne reform są więc ściśle powiązane ze skutkami politycznymi.

Podobnie, w wielu przypadkach, powołuje się na stanowiska Dyrektorów Szpitali osoby z określonego, zwycięskiego układu politycznego z pominięciem procedury konkursowej.

W przypadku organów założycielskich brak jest woli do przeprowadzania konkretnych działań restrukturyzacyjnych z obawy przed negatywną opinią pracowników, czy też pacjentów, a więc ewentualną utratą poparcia społecznego części elektoratu wyborczego.

I dlatego też, nie rynek, nie racjonalna konkurencja, a względy polityczne nacechowane koniunkturalizmem mogą decydować o kształcie np. „sieci szpitali” bez rzeczywistej troski o dobro pacjentów.

Dotychczas istotną rolę w reformowaniu systemu opieki zdrowotnej odgrywały i odgrywają związki zawodowe.

Najogólniej cechuje je postawa rewindykacyjna i konserwująca status quo, co w sposób oczywisty utrudnia przeprowadzanie reform w ochronie zdrowia.

Jest symptomatyczne, że związki zawodowe głównie w negocjacjach podnoszą kwestie płacowe, z reguły nie godząc się na żadne propozycje, które mogłyby doprowadzić do tzw. uszczelnienia systemu lub do takich przekształceń zakładów opieki zdrowotnej, gdzie większą rolę odgrywałby rynek i dbałość o obniżanie nieuzasadnionych kosztów. W efekcie ten korporacyjny opór blokuje próby wprowadzenia pożądanych zmian, a w konsekwencji prowadzi do zmian wymuszonych, czyli sprzyja np. „dzikiej” prywatyzacji, czy też komercjalizacji, związanej z redukcją zatrudnienia i niekiedy pogorszeniem jakości świadczonych usług medycznych.

Związki zawodowe często nie chcą dostrzec, że albo system będzie się zmieniał w sposób uregulowany i kontrolowany, albo będzie się żywiołowo dostosowywał do

rynkowych uwarunkowań z konsekwencjami przedstawionymi powyżej, co powoduje, że wiele samorządów akceptuje projekty przekształcania publicznych ZOZ -ów w niepubliczne, czyli doprowadzaniu do żywiłowej komercjalizacji.

Jedną z najważniejszych przyczyn przeprowadzania restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej są *względny ekonomiczne*.

Przypomnijmy, że polska ochrona zdrowia permanentnie jest niedofinansowana, a kontrakty szpitali są niedoszacowane, czego efekty dla funkcjonowania systemu są aż nadto widoczne.

Dyrektorzy szpitali częstochowskich zgodnie uważają, że kontrakty placówek, którymi kierują są zaniżone w porównaniu ze szpitalami dawnego województwa katowickiego, co oczywiście jeszcze bardziej powoduje przyrost ich zadłużania się, a w konsekwencji może doprowadzić do zaprzestania wykonywania działalności statutowej.

Uważam, że wnikliwa analiza dotychczasowych programów restrukturyzacyjnych leczenia stacjonarnego w Częstochowie, jak również reform, które miały miejsce w polskiej ochronie zdrowia od momentu transformacji ustrojowej, pozwoli na opracowanie takiego modelu jej funkcjonowania, który doprowadzi do poprawy świadczonych usług medycznych, a szpitalom pozwoli ustabilizować swoją sytuację finansową w taki sposób, aby nie generować następnych zobowiązań, a w niedalekiej perspektywie czasowej zniwelować do zera wszystkie zadłużenia finansowe.

1.2. Założenia badawcze

Badania socjologiczne służą do poszukiwania, formułowania i uogólniania praw zjawisk zachodzących pomiędzy ludźmi, badanie struktur, czyli praw wzajemnego przyporządkowania sobie ludzi w zbiorowościach, praw przyporządkowania elementów składowych zbiorowości jako całości, poszukiwanie sił społecznych, które przejawiają się we wszystkich dziedzinach życia społecznego, sił obiektywnych, działających zarówno w małych, jak i w wielkich zbiorowościach, tworzących się spontanicznie oraz obok wszystkich celowych i zamierzonych działań jednostek i instytucji.

Badania w socjologii mogą być inspirowane przez liczne i różnorodne potrzeby. Odkrywają one problemy ukryte, z których społeczeństwo dotychczas nie zdawało sobie sprawy. Jeśli problem społeczny ma charakter jawny, tj. społeczeństwo zdaje sobie sprawę z jego istnienia, badania socjologiczne mogą odgrywać istotną rolę w bliższym określeniu charakteru problemu.

Mogą także wskazać zasięg, lokalizację społeczną zjawiska, określić jakie grupy, kategorie społeczne, czy rejony kraju są nimi szczególnie dotknięte. Mogą również doprowadzić do bliższego określenia mechanizmów, na wskutek których to zjawisko zachodzi. Badania mogą być świadomie ukierunkowane na ujawnienie lub dokładniejsze poznanie problemu społecznego, czy też na znalezienie środków prowadzących do jego rozwiązania. Jednak często ważne jest nie tylko stwierdzenie problemu społecznego, ale także podanie jego diagnozy. Diagnozą problemu społecznego jest takie opisanie stanu rzeczy, które stanowiąc stwierdzenie dystansu między stanem pożądanym a rzeczywistym, pozwala zarazem na teoretyczną interpretację tego stanu rzeczy.

Prowadzone przeze mnie analizy i badania dotyczące funkcjonowaniu ochrony zdrowia oraz procesów restrukturyzacyjnych zachodzących w tej dziedzinie życia społecznego, pozwalają na dokonanie ocen tych zjawisk oraz poszukiwania skutecznych sposobów ich rozwiązywania.

W takim przypadku, kiedy rozważania dotyczą problematyki z zakresu polityki zdrowotnej, z jaką mamy do czynienia w naszym kraju, a charakteryzującej się niestabilnością, zmiennością itp., wydaje się być uzasadnionym przyjęcie jako jednym ze sposobów poznawania tej tak trudnej rzeczywistości społecznej metod badań społecznych: prognostycznej oraz scenariuszowej.

Sprowadzają się one do tego, że biegu zdarzeń w reformie ochrony zdrowia oraz jej naprawie, czy też restrukturyzacji nie da się w najbliższej przyszłości z całą pewnością przewidzieć, należy więc opracować różne „scenariusze” rozwoju obecnej sytuacji, a jednocześnie wybrać ten najbardziej prawdopodobny i racjonalnie uzasadniony.

Ten nowy model proponowanych rozwiązań w systemie ochrony zdrowia może się okazać w zasadniczy sposób różniący się od dotychczasowych propozycji, jeśli oczywiście w pełni będzie wdrożony.

Dla tak postawionych celów badawczych sformułowałem następujące *hipotezy ogólne*, które w toku dalszych analiz i badań postaram się zweryfikować:

Hipoteza I

Im w większym stopniu system ochrony zdrowia jest niedoszacowany finansowo, tym bardziej narażony jest na radykalne zmiany podczas przeprowadzania procesów restrukturyzacyjnych.

Hipoteza II

Im więcej społecznego niezadowolenia z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, tym większe prawdopodobieństwo wdrożenia programów restrukturyzacji podmiotowej, związanej ze zmianami w obrębie systemów zarządzania, organizacji, finansów oraz przekształceń prawno – własnościowych.

Hipoteza III

Im większa rozbieżność między sposobami finansowania szpitali a możliwościami realizowania kontraktów medycznych za obecnie posiadane środki finansowe, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia niezadowolenia ze strony pacjentów, jak i samych pracowników.

W celu uszczegółowienia hipotez ogólnych skonstruowałem *pytania szczegółowe*, które pomogą zweryfikować wyżej wymienione hipotezy.

Dla hipotezy I zostały sformułowane następujące pytania:

1. Czy były działania ze strony dyrekcji częstochowskich szpitali podwyższenia finansowania tych placówek przez płatnika, tj. przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a wcześniej Śląską Regionalną Kasę Chorych?
2. Czy dochodziło do współpracy między częstochowskimi szpitalami i ich organami założycielskimi celem doprowadzenia do zracjonalizowania ilości łóżek i likwidacji

niektórych oddziałów jednoimiennych, tak aby w wyniku przesunięć kadry medycznej i sprzętu można było lepiej wykorzystać ten potencjał?

3. Jakie są propozycje utworzenia nowych oddziałów i w których szpitalach po to, aby odciążyć tzw. oddziały ostre powodując likwidację kolejek i znacznie zmniejszając koszty leczenia?
4. Czy i w jakim stopniu przeprowadzane w szpitalach restrukturyzacje poprawiły ich sytuację finansową?
5. Czy i w jakim stopniu restrukturyzacja wpłynęła na strukturę organizacyjną i zatrudnienia w tych jednostkach szpitalnych?
6. Jakie czynności podjęto w szpitalach w ramach przeprowadzonych restrukturyzacji finansowych?
7. Czy można mówić o niepełnym wywiązywaniu się władz samorządowych z powierzonych im przez ustawę funkcji właścicielskich, a jeśli tak, jakie są tego konsekwencje dla szpitali?
8. Czy szpitale powinny przekształcać się z samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego i jakie z tego tytułu byłyby ewentualne korzyści dla pacjentów, a jakie dla pracowników tych placówek?
9. Czy remedium na poprawę sytuacji finansowej w ochronie zdrowia będzie podwyższenie składki zdrowotnej, czy też wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych połączonych z opracowaniem tzw. koszyka negatywnego?
10. Czy i w jaki sposób zmieniłby się status finansowy szpitali w wyniku decentralizacji NFZ i wprowadzeniu na rynek komercyjnych kas chorych?
11. Co należy zrobić, aby zmniejszyć wydatki budżetu państwa na leki refundowane bez szkody dla obniżenia jakości świadczonych usług medycznych?
12. Czy jest koniecznością wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego poza dotychczasową składką zdrowotną celem poprawienia opieki medycznej wobec ludzi starszych i niepełnosprawnych?
13. Który z trzech wymienionych zasobów opieki zdrowotnej (zasoby ludzkie, infrastruktura, zasoby finansowe) jest główną przyczyną słabości polskiego systemu ochrony zdrowia?
14. Czy organy założycielskie tych szpitali wspierały ich dyrekcje podczas negocjacji kontraktów z płatnikiem, tj. Narodowym Funduszem Zdrowia, a wcześniej z Kasami Chorych?
15. Jakie działania należy przedsięwziąć, aby uszczelnić system opieki zdrowotnej pod

względem racjonalizacji wydatkowania środków finansowych?

Dla hipotezy II zbudowałem następujące pytania szczegółowe:

1. Czy doszło, a jeśli tak to do jakiego, opracowania jednego, spójnego programu optymalizacji opieki stacjonarnej w mieście Częstochowa?
2. Czy w którejś z placówek leczenia stacjonarnego planowano wprowadzenie budżetowania jako metody zarządzania szpitalem, a jeśli tak, jakie były tego efekty?
3. Czy i w jakim stopniu organy założycielskie partycypowały w finansowaniu remontów i zakupu sprzętu medycznego, odciażając w ten sposób budżety szpitali?
4. Jak limitowanie świadczeń przez kasy chorych, a obecnie przez NFZ, wpłynęło na sytuację finansową szpitali?
5. Czy i jak zmieniła się sytuacja w częstochowskim leczeniu stacjonarnym w wyniku akcji strajkowych przeprowadzanych w ostatnich latach przez związki zawodowe?

Dla hipotezy III sformułowałem takie pytania szczegółowe, jak:

1. Czy i w jakim stopniu procesy restrukturyzacyjne poprawiły dostępność i jakość udzielanych świadczeń?
2. Czy związki zawodowe są sprzymierzeńcami dyrekcji podczas wdrażania programów restrukturyzacyjnych, czy raczej ich nastawienie jest typowe dla tzw. oporu korporacyjnego, bez względu na konsekwencje przyjętej postawy?
3. Czy utworzenie Zespołu Szpitali Miejskich poprawiło kondycję finansową trzech miejskich placówek oraz dostępność i jakość świadczonych usług medycznych dla pacjentów?
4. Czy pomysł łączenia dwóch szpitali wojewódzkich, tj. „Parkitki” i „Tysiąclecia”, jest w stanie doprowadzić do zniwelowania zobowiązań finansowych, a jednocześnie poszerzyć spektrum usług zdrowotnych dla mieszkańców subregionu częstochowskiego bez akceptacji pracowników tych placówek?
5. Jak można wyróżnić najważniejsze przyczyny nieskuteczności przeprowadzonych reform i czy musiało dojść do takiej sytuacji, że wszyscy, tj.: pacjenci, pracownicy ochrony zdrowia, „właściciele” placówek publicznych – oceniają obecny system zdrowotny negatywnie?

1.3. Metody i techniki badawcze

Koniecznym warunkiem trafnych i rzetelnych badań obok właściwie sformułowanych problemów i hipotez jest dobór odpowiednich metod, technik i narzędzi badawczych.

Badania naukowe, jako celowe poznanie rzeczywistości mogą być realizowane wieloma różnymi metodami, wzajemnie uzupełniającymi się po to, aby obraz badanej rzeczywistości był odpowiedni, dokładny i w miarę wyczerpujący.

Według Janusza Sztumskiego przez „metodę rozumie się system założeń i reguł pozwalających na takie uporządkowanie praktycznej lub teoretycznej działalności, aby można było osiągać cel do jakiego się świadomie zmierza”¹.

Metody, jakie zastosowałem podczas badań dotyczących restrukturyzacji leczenia stacjonarnego na terenie miasta Częstochowy i konsekwencji z tego wynikających, były przede wszystkim metodami jakościowymi, takimi jak: *badanie dokumentów, obserwacja, wywiad oraz studium przypadku (case study)*.

Dokumentami, które zostały wykorzystane przy pisaniu tej rozprawy były: programy naprawcze i restrukturyzacyjne opracowane przez dyrekcje szpitali lub też firmy konsultingowe pracujące na zlecenie zarządów szpitali, jak i organów założycielskich dla tych szpitali.

W mniejszym zakresie wykorzystane zostały takie dokumenty okolicznościowe, jak notatki i sprawozdania będące w dyspozycji dyrektorów niektórych częstochowskich szpitali. Kolejną ważną metodą zastosowaną podczas pisania niniejszej pracy była obserwacja uczestnicząca

Bowiem przez prawie dziesięć lat pracowałem w badanych szpitalach, pełniąc najpierw funkcję zastępcy dyrektora w szpitalach miejskich, a później dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny.

¹ J. Sztumski, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice 1995, s. 60.

Dzięki temu uzyskałem wiele spostrzeżeń, które uzupełnione danymi uzyskanymi w przeprowadzonych badaniach socjologicznych, przyczyniły się do bardziej „obiektywnego” poznania tej tak trudnej rzeczywistości społecznej, jaką jest system ochrony zdrowia funkcjonujący w naszym kraju, a zwłaszcza w subregionie częstochowskim.

Korzystałem zatem z *obserwacji*, która w zależności od okoliczności i kontekstu, przybierała postać obserwacji: uczestniczącej, ukrytej, jawnej, czy też niejawnej.

Kolejną ważną zastosowaną metodą były wywiady.

Były to *wywiady swobodne* dotyczące procesów restrukturyzacyjnych i ich skutków, przeprowadzane z pracownikami szpitali, jak i wybranymi osobami, które można nazwać ekspertami z zakresu szeroko rozumianej problematyki dotyczącej polityki zdrowotnej i ochrony zdrowia.

W tym gronie znaleźli się pracownicy naukowcy uczelni wyższych, parlamentarzyści, członkowie władz Urzędu Marszałkowskiego w Katowicach i Urzędu Miasta w Częstochowie, dyrekcji Śląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, Rad Społecznych szpitali oraz dyrekcji tych placówek zdrowotnych.

Pogłębione badania jakościowe (*case studies – analizy szczególnych przypadków*), pozwalają wchodzić w głąb „społecznych biografii” badanych obiektów, w tym przypadku – szpitali.

Metoda ta, umożliwiła mi uchwycenie całego bogactwa zamierzonych i niezamierzonych rezultatów procesów restrukturyzacji, które są zupełnie niedostrzegalne przy zastosowaniu metod i technik badawczych ilościowych. Ponadto stosując tę metodę, można wszechstronnie opisać problem lub zbiorowość bez wcześniejszego stawiania wstępnych hipotez.

Klamrą spinającą wyżej przedstawione metody jest metoda scenariuszowa, a to ze względu na swoistą próbę weryfikacji danych, jakie uzyskałem poprzez przeprowadzone badania i dokonane analizy, a tym samym przedstawienia możliwości przyszłych rozwiązań.

1.4. Teren badań

Badania nad problematyką restrukturyzacji lecznictwa stacjonarnego przeprowadzono w dwóch szpitalach wojewódzkich podległych marszałkowi województwa śląskiego, tj.: w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny („Parkitka”) i w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. W. Orłowskiego („Tysiąclecie”) oraz w trzech szpitalach miejskich, funkcjonujących pod jedną nazwą – Miejski Szpital Zespolony.

W czasie obecnym (początek 2008 roku), wymienione szpitale znajdują się w bardzo trudnej sytuacji organizacyjnej i finansowej, pogarszającej się z każdym tygodniem, m.in. z powodu braku podpisania umowy z NFZ na rok 2008, w ramach protestu wynikającego z niedoszacowania kontraktów na ten rok.

Ponadto Miejski Szpital Zespolony ma być przekształcony w niepubliczny szpital samorządowy, a dwa szpitale wojewódzkie poddane gruntownej restrukturyzacji (nawet z możliwością ich administracyjnego połączenia).

Jednocześnie w kraju mamy do czynienia z permanentnymi protestami lekarzy i pielęgniarek, wynikających z wprowadzenia od stycznia 2008 roku dyrektywy unijnej normującej czas pracy pracowników służby zdrowia, czego konsekwencją są żądania podwyżek płac i wzrostu wyceny za tzw. dyżury medyczne. Oczywiście, również w Częstochowie tego typu protesty z groźbą strajków miały miejsce, co niewątpliwie jeszcze bardziej utrudnia przeprowadzanie jakichkolwiek zmian w organizacji funkcjonowania szpitali i ich restrukturyzacji.

Szpitale, które zostały poddane badaniom na użytek niniejszych rozważań działają w strukturze organizacyjnej przedstawionych w poniższych tabelach:

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY im. NMP

TABELA 1. Wykaz oddziałów

Lp.	NAZWA ODDZIAŁU	Liczba łóżek
1	Anestezjologii i Intensywnej Terapii	9
2	Nefrologii	26
3	Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałem Patologii Ciąży i Pododdziałem Noworodków i Wcześnieńców	80 49 łóżeczek
4	Kardiologii ze Stanowiskami Intensywnego Nadzoru	33
5	Neurologii z Pododdziałem Udarowym	40
6	Neurochirurgii z Pododdziałem Chirurgii szczękowo - twarzowej	32
7	Okulistyki	30
8	Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii	40
9	Ortopedii i Chirurgii Urazowej	43
10	Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi	16
11	Reumatologii	39
12	Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych	22
13	Chorób Płuc	38
14	Intensywnej Terapii dla Dzieci	6
15	Pediatrici z Pododdziałem Dziennym Pediatricznym, Nefrologii Dziecięcej, Hematologii	32
16	Chirurgii Dzieci	35
17	Chirurgii Ogólnej i Naczyń z Pododdziałem Urazów Wielonarządowych	42
18	Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka	12
19	Rehabilitacji	28
20	Szpitalny Oddział Ratunkowy	4

Razem: 658 łóżek

Źródło: Opr. własne

TABELA 2. Wykaz poradni dla dorosłych

Lp.	NAZWA PORADNI
1	Kardiologii
2	Chirurgii Naczyń
3	Proktologii
4	Chorób Tarczycy
5	Gastrologii
6	Schorzeń Metabolicznych
7	Neurologii
8	Okulistyki
9	Pulmonologii
10	Ortopedii i Chirurgii Urazowej
11	Chirurgii Ogólnej /OLUW/
12	Nefrologii
13	Rehabilitacji
14	Neurochirurgii
15	Hematologii
16	Schorzeń Piersi
17	Chirurgii Onkologicznej
18	Logopedii
19	Reumatologii
20	Onkologii
21	Dermatologii

Źródło: Opr. własne

TABELA 3. Wykaz poradni dla dzieci

Lp.	NAZWA PORADNI
1	Alergologii dla Dzieci
2	Chirurgii Dzieci
3	Endokrynologii dla Dzieci
4	Gastroenterologii dla Dzieci
5	Hematologii dla Dzieci
6	Kardiologii dla Dzieci
7	Nefrologii dla Dzieci
8	Neurologii dla Dzieci
9	Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej dla Dzieci

Źródło: Opr. własne

ZAKŁADY i PRACOWNIE

- *Zakład Diagnostyki Obrazowej z Pracowniami:*

-TK

-Rtg

-Angiografii

- *Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej z Pracowniami:*

-Hematologii

-Koagulologii

-Biochemii

-Płynów ustrojowych

-Immunologii

-Serologii grup krwi i prób krzyżowych

-Elektroforezy białek

- *Zakład Anatomii Patologicznej*
- *Zakład Rehabilitacji*
- *Zakład Mikrobiologii Klinicznej*
- *Pracownia Izotopowa*

Zatrudnienie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym przedstawia się następująco:

(koniec grudnia 2007 r.):

Lekarze – 201

Personel wyższy medyczny – 40

Pielęgniarki i położne – 510

Średni personel medyczny – 75

Personel niższy medyczny – 171

Personel administracyjny – 71

Pracownicy gospodarczy i obsługi technicznej – 95

Razem zatrudnionych – 1163 osoby

WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY im. W. ORŁOWSKIEGO**TABELA 4. Wykaz oddziałów**

Lp.	Nazwa Oddziału	Liczba łóżek
1	Chirurgiczny Ogólny	50
2	Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej	40
3	Chorób Wewnętrznych	64
4	Ginekologiczno – Położniczy	50
5	Intensywnej Terapii i Anestezjologii	4
6	Nefrologiczny	18
7	Neonatologiczny	30
8	Neurologii	50
9	Obserwacyjno - Zakaźny	30
10	Okulistyczny	30
11	Opieki Paliatywnej	15
12	Otolaryngologiczny	21
13	Pediatryczny	30
14	Psychiatryczny	25
15	Urologiczny	30

Razem : 487 łóżek

TABELA 5. Wykaz poradni

Lp.	NAZWA PORADNI
1	Alergologiczna
2	Chirurgii Ogólnej
3	Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej
4	Proktologiczna
5	Chorób Piersi
6	Chorób Zakaźnych
7	Diabetologiczna
8	Endokrynologiczna
9	Gastrologiczna
10	Ginekologiczno – Położnicza
11	Gruźlicy i Chorób Płuc
12	Hepatologiczna
13	Kardiologiczna
14	Leczenia Nabytych Zaburzeń Odporności – AIDS
15	Leczenia Niepłodności
16	Nefrologiczna
17	Neurologiczna
18	Okulistyczna
19	Otolaryngologiczna
20	Padaczki
21	Rehabilitacyjna
22	Reumatologiczna
23	Schorzeń Tarczycy
24	Urologiczna

TABELA 6. Zakłady i pracownie

Lp.	NAZWA PRACOWNI
1	Pracownia Badań Nieinwazyjnych Układu Krążenia
2	Bakteriologii
3	EEG – Diagnostyczna i Terapeutyczna
4	EMG – Diagnostyczna i Terapeutyczna
5	Endoskopii
6	Histopatologii
7	Prosektorium
	NAZWA ZAKŁADU
1	Diagnostyki Biochemicznej i Analitycznej
2	Fizykoterapii
3	Rentgenowski z Pracownią USG i Mammograficzną
4	Stacja Dializ
5	Szkoła Rodzenia

Źródło: Opracowania własne

Kadrę Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego stanowią 772 osoby, w tym:

- 169 lekarzy
- 323 pielęgniarek
- 46 położnych
- 76 inny personel medyczny
- 158 personel pozostały

Jest to stan na koniec grudnia 2007 roku

MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY

SZPITAL PRZY UL. MIROWSKIEJ 15

TABELA 7. Wykaz oddziałów

Lp.	Nazwa Oddziału	Liczba łóżek
1	Chorób Wewnętrznych	40
2	Chirurgii Ogólnej	45
3	Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej	43
4	Urologiczny	34
5	Anestezjologii i Intensywnej Terapii	6
6	Gruźlicy i Chorób Płuc	69
7	Szpitalny Oddział Ratunkowy	4
8	Neurologiczny	50

Razem : 291 łóżek

Źródło: Opr. własne

TABELA 8. Wykaz poradni i zakładów

Lp.	NAZWA PORADNI i ZAKŁADÓW
1	Kardiologiczna
2	Gastroenterologiczna
3	Leczenia Bólu
4	Chirurgii Ręki
5	Proktologiczna
6	Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej
7	Chirurgii Ogólnej
8	Preluksacyjna
9	Schorzeń Tarczycy
10	Urologiczna
11	Gruźlicy i Chorób Płuc
12	Antynikotynowa
13	Neurologiczna
14	Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii
15	Ośrodek Domowego Leczenia Tlenem

Źródło: Opr. własne

SZPITAL PRZY UL. MICKIEWICZA 12

TABELA 9. Wykaz oddziałów

Lp.	Nazwa Oddziału	Liczba łóżek
1	Chorób Wewnętrznych	50
2	Ginekologiczno - Położniczy	40
3	Neonatologiczny	20
4	Rehabilitacyjny	26

Razem: 136 łóżek

Źródło: Opr. własne

TABELA 10. Wykaz poradni

Lp.	NAZWA PORADNI
1	Kardiologiczna
2	Diabetologiczna
3	Gastrologiczna
4	Ginekologiczna
5	Rehabilitacyjna

Źródło: Opr. własne

SZPITAL PRZY UL. BONY 1/3

TABELA 11. Wykaz oddziałów

Lp.	Nazwa Oddziału	Liczba łóżek
1	Pododdział Chorób Wewnętrznych	65
2	Dermatologiczny	32
3	Pediatryczny	33
4	Geriatryczny	20
5	Dzienny Psychiatryczny	30 miejsc
6	Zakład Opiekuńczo - Lecznicy	60

Razem: 210 + 30 miejsc dziennych

Źródło: Opr. własne

TABELA 12. Wykaz poradni

Lp.	NAZWA PORADNI
1	Diabetologiczna
2	Dermatologiczna
3	Zdrowia Psychicznego
4	Centrum Leczenia Łuszczycy

Źródło: Opr. własne

Ogółem w Miejskim Szpitalu Zespolonym jest: *637 łóżek + 30 miejsc dziennych*

ZATRUDNIENIE W ETATACH:

Stan na koniec grudnia 2007

- lekarze – 131,95
- Pielęgniarki i położne – 453,00
- Inny wyższy personel medyczny – 13,52
- Pozostały średni personel medyczny – 43,25
- Technicy – 32,50
- Obsługa i inny niższy – 159,00
- Administracja – 75,46

Razem: 908,68

ROZDZIAŁ II

SYSTEMOWE SPOJRZENIE NA PROBLEMATYKĘ SŁUŻBY ZDROWIA

2.1. Znaczenie terminu system społeczny

Pojęcie „system” pojawia się we wszystkich naukach społecznych i przyrodniczych... Systemem jest każdy schemat relacji między elementami. Uważa się, że system ma pewne cechy własne niesprowadzalne do cech elementów i że ma on wewnętrzną tendencję do równowagi, a analiza systemów to analiza mechanizmów, które utrzymują równowagę zarówno wewnętrzną, jak i zewnętrzną w stosunku do innych systemów².

System, to mówiąc najprościej, „zbiór elementów wzajemnie powiązanych ze sobą i z otoczeniem.

„System stanowi względnie izolowaną, wyodrębniającą się z otoczenia całość, która jest skoordynowanym wewnątrz i posiadającym w miarę trwałą strukturę układów elementów”...³.

W tym sensie podział czegoś na system jest względny, a elementy jednego systemu mogą stanowić składniki innych systemów.

System społeczny z punktu widzenia jego organizacji jest pewną całością bądź „funkcjonalną jednością”, a w jego ramach można wyodrębnić podsystemy – czyli jest on wewnątrz wyspecjalizowany. System, którego elementami są inne systemy jest nadsystemem. System jako całość ma inne właściwości, niż poszczególne jego elementy.

I tak: całość wywiera większy wpływ na funkcjonowanie swoich elementów niż odwrotnie, a oddziaływanie na jeden z elementów systemu powoduje wpływ na inne elementy (podsystemy).

Z kolei suboptymalizacja, czyli usprawnienie funkcjonowania podsystemów tworzących całość, nie musi prowadzić bezpośrednio i bardzo często właśnie nie prowadzi do polepszenia funkcjonowania całego systemu, czyli jego optymalizacji.

² Oxford – Słownik socjologii i nauk społecznych, pod red. G. Marshalla, Warszawa 2004, s. 373.

³ M. Ziółkowski, Teorie systemu i funkcjonalizm, [w:] Współczesne teorie socjologiczne, pod red. A. Jasińska-Kania, Warszawa 2006, s. 363.

Szczególnym przykładem systemu społecznego jest zakład pracy.

Janusz Sztumski pisze⁴:

... „każdy spośród wymienionych zakładów pracy (np. szpital, szkoła, fabryka itp.) jest konglomeratem wielu różnych systemów, w zależności od jego charakteru. Możemy wyróżnić w ich obrębie np. następujące systemy:

- a) system techniczny, obejmujący urządzenia produkcyjne i narzędzia, czyli zespół środków umożliwiających działalność produkcyjną, usługową itp.;
- b) system ekonomiczny, zapewniający maksimum efektów przy minimum nakładów, określonych aktualnie przyjętymi miernikami;
- c) system organizacyjny, zapewniający maksimum dyspozycyjności poszczególnych elementów zakładu pracy oraz
- d) system społeczny, obejmujący całokształt stosunków, jakie powstają w procesie pracy pomiędzy pracownikami danego zakładu.

... z socjologicznego punktu widzenia – najistotniejszym jest system społeczny, ponieważ w nim załamują się pozostałe, jak w zwierciadle”...

Definiując system społeczny na gruncie ogólnej teorii systemów, Janusz Sztumski stwierdza⁵:

... „do właściwości wspólnych wszystkim systemom zaliczam:

- 1) *morfologię*, czyli budowę wewnętrzną owego tworu;
- 2) *strukturę*, jaką współtworzą jego części składowe, pozostające w różnorodnych stosunkach wzajemnych;
- 3) swoisty *układ funkcji i pozycji*, realizowanych przez poszczególne części;
- 4) właściwą danemu systemowi *hierarchię* oraz
- 5) zdolność *adaptacji*.

Natomiast jedną z istotnych właściwości, jaka jest charakterystyczna dla systemów społecznych jest występujący w ich obrębie *układ wartości*. Godną odnotowania jest też taka ich właściwość, jak zdolność do *czynnej adaptacji*, związana z praktyką społeczną”...

Ad. 1.

Placówki leczenia stacjonarnego z punktu widzenia analizy socjologicznej posiadają dość złożoną budowę. Można zauważyć, że występują w nich różne zbiory i zbiorowości społeczne. Najogólniej składają się z personelu medycznego i administracyjno –

⁴ J. Sztumski, Socjologia pracy, Katowice 1999, s. 93.

⁵ Ibid., s. 95.

technicznego. W każdej z tych zbiorowości wytworzyła się pewna więź społeczna, mająca charakter psychospołeczny, powodująca powstanie podziałów („my”- personel biały i „oni”- pozostały pomocniczy, czyli administracyjno-techniczny).

W ramach tych zbiorowości można wyróżnić różnego rodzaju kategorie społeczne: płci, wieku, wykształcenia, zawodu, stażu pracy itp.

Oprócz grup formalnych powstałych w oparciu o schemat organizacyjny placówek, można wyróżnić pracowników pełniących różne funkcje w samorządzie zakładowym, związkach zawodowych oraz tzw. „nieformalnych” przywódców, pracowników społecznie aktywnych, których znaczenie jest szczególnie duże, np. podczas różnego rodzaju akcji protestacyjnych i strajkowych.

Ad. 2.

System społeczny każdego zakładu pracy, aby mógł prawidłowo funkcjonować, powinien być właściwie zorganizowany, gdzie współdziałanie członków w jego obrębie pozwala na niezakłócone realizowanie zadań i celów tegoż systemu.

Służą temu dwa istotne układy: komunikacyjny i informacyjny.

Utrzymywanie stosunków społecznych w płaszczyźnie poziomej (międzysobnych) łączymy z istnieniem układu komunikacyjnego, typowego dla tzw. organizacji nieformalnych. Natomiast utrzymywanie stosunków służbowych w płaszczyźnie pionowej- łączymy z układem informacyjnym, występującym w każdej organizacji formalnej. Oba te układy dopełniają się wzajemnie, podobnie jak dopełnia się też organizacja formalna i nieformalna w każdym systemie społecznym. Na tej zasadzie można mówić o komplementarności układu komunikacji i informacji w systemach społecznych⁶.

Mówiąc o strukturze systemu należy odróżniać endostrukturę (strukturę wewnętrzną lub architekturę systemu) od egzozstruktury (struktury zewnętrznej). Na endostrukturę składają się relacje wewnętrzne wiążące składniki systemu.

Egzozstrukturę tworzą relacje zachodzące między składnikami systemu i obiektami należącymi do jego środowiska (w przypadku szpitali są to np.: NFZ, organ założycielski, samorząd lekarski, pielęgniarz itp.).

Całkowita struktura systemu obejmuje wszystkie relacje, w jakich jego składniki pozostają do siebie oraz do obiektów tworzących środowisko systemu.

⁶ Ibid., s. 97.

Strukturę systemu społecznego szpitali należy więc rozpatrywać w ujęciu holistycznym, a nie na podstawie wiedzy o prawidłowościach rządzących się składnikami.

Ad. 3.

Budowa i organizacja danego systemu społecznego, powiązana z jego charakterem i celami dotyczy przede wszystkim wpływu na integrację systemu społecznego, jego sprawność działania, czy też użyteczność; determinuje pewien podział obowiązków dla poszczególnych części składowych – tworząc swoisty układ funkcyjny.

W przypadku placówek ochrony zdrowia jest to podział na oddziały, pracownie, poradnie, których działania są nakierowane na ochronę zdrowia i życia pacjentów.

Z punktu widzenia realizacji celów można mówić o dysfunkcjach (pojawiające się zachowania negatywne), jak i o eufunkcjach (zachowania pozytywne – np. przywracanie zdrowia pacjentom).

„Funkcje realizowane przez poszczególne elementy dowolnego systemu społecznego są nie tylko zróżnicowane ze względu na swoją treść, ale także ze względu na swoje znaczenie dla istnienia systemu. Mamy do czynienia nie tylko z różnymi funkcjami, ale również z funkcjami o pierwszorzędym, drugorzędym, trzeciorzędym... i n-torzędym znaczeniu dla danego systemu, czyli z funkcjami szczególnie ważnymi, wyspecjalizowanymi i tym samym niełatwymi do zastąpienia oraz z funkcjami mniej istotnymi, czy nawet podrzędnymi dla istnienia konkretnego systemu i łatwymi do zastąpienia”⁷.

Wykonywane funkcje określają pozycję danego elementu w systemie. Z kolei pozycja danego elementu w systemie zależy od:

- miejsca w układzie funkcjonalnym,
- wykonywanych zadań w danym systemie,
- stopnia złożoności elementu,
- od prestiżu wynikającego z powyższych zmiennych.

Inaczej mówiąc: im bardziej wyspecjalizowane, złożone czy unikalne są funkcje wykonywane przez jakiś element w systemie społecznym, do którego on przynależy – tym większa jest jego pozycja w danym systemie, czyli zespół uprawnień⁸.

⁷ Ibid., s. 98.

⁸ Ibid., s. 99.

Ad. 4.

W systemie społecznym hierarchiczną jest taka struktura, w której osoby jednej z podgrup (dominujące) wywierają wpływ na zachowania osób innej podgrupy (zdominowanej); występują określone stopnie nadrzędności i podrzędności (np. ordynator i lekarz, kierownik działu i referent).

Ten układ sytuuje jednostkę w grupie społecznej według kryterium pozycji społecznej.

Hierarchia społeczna może być wyznaczona przez czynniki obiektywne, takie jak zawód, wykształcenie, wysokość dochodu, czy zakres posiadanej władzy lub czynniki subiektywne wyrażane miarą prestiżu społecznego okazywanego jednostkom, czy też grupom społecznym. Na podstawie istniejącej hierarchii ustalamy stosunki i zależności, jakie istnieją pomiędzy poszczególnymi elementami. Wyróżniamy stosunki nadrzędności, podrzędności oraz równorzędności⁹.

Hierarchia określa liczbę stanowisk organizacyjnych i kierowniczych oraz sposób ich powiązania w układzie pionowym, czyli takie uporządkowanie struktury organizacyjnej, które ustala stosunki nadrzędności i podporządkowania, wprowadzając podział na przełożonych i podwładnych.

Hierarchia w systemie społecznym wpływa na formalizację organizacji, a więc:

- zapewnia ład wewnętrzny poprzez skodyfikowanie podziału zadań i odpowiedzialności między członków organizacji,
- zapewnia pożądaną poziom pewności wyniku i powtarzalności sposobu działania poszczególnych części składowych,
- zmniejsza poziom napięć między członkami organizacji, mogących powstać w wyniku zrodzenia się konfliktów na tle kompetencyjnym.

Ważne jest osiągnięcie właściwego stopnia sformalizowania poszczególnych części systemu, aby nie doszło do jego przeformalizowania (zbyt wiele szczegółowych, rygorystycznych przepisów nie pozwalających na działania elastyczne) lub niedoformalizowania (zbyt dużo swobody w wyborze zadań i sposobów realizacji powodujących dokonywanie niewłaściwych wyborów z punktu widzenia celów systemu lub jego elementów).

Są to zagadnienia ważne z punktu widzenia właściwej organizacji pracy placówek medycznych.

⁹ Ibid., s. 99.

Ad. 5.

Systemy społeczne posiadają określone zdolności adaptacyjne do otaczającej ich rzeczywistości społecznej. Adaptacja jest związana z zapewnieniem ze strony środowiska wystarczających środków ułatwiających systemowi funkcjonowanie, a następnie rozdzielanie tych środków pomiędzy poszczególne segmenty systemu.

Zakres możliwości kształtowania systemu społecznego zależy od stanu rozwoju sił wytwórczych i od odpowiadających im stosunków społecznych.

W systemach społecznych ścierają się dwie tendencje:

- adaptacyjna, która w efekcie zmierza ku zmianom oraz
- konserwatywna, która dąży do utrzymania istniejącego stanu rzeczy.

Ponieważ systemy muszą przystosować się do zmian w otoczeniu, należy wykorzystać obydwie tendencje, gdyż w równomiernym stopniu są potrzebne temuż systemowi:

- pierwsza tendencja umożliwia zmiany,
- druga zaś zapewnia systemowi stabilność.

Najtrudniejszym problemem przed jakim stoi ochrona zdrowia w Polsce to adaptacja poprzez możliwie głęboką i wszechstronną transformację systemu opieki zdrowotnej do zmieniających się relacji z otoczeniem zewnętrznym (np. coraz większą roszczeniowością pacjentów), jak i dokonanych zmianach wewnątrzsystemowych (np. niewspółmiernie wysoki przyrost wynagrodzeń personelu medycznego, głównie lekarskiego, w stosunku do uzyskiwanych przychodów z NFZ za realizację procedur medycznych).

Specyficzną właściwością systemu społecznego jest występujący w nim *układ wartości*. Wartości społeczne są to przekonania uznawane w określonych zbiorowościach i dotyczą norm zachowania społecznego oraz hierarchii wartości. Wyznaczają kierunek aktywności zarówno jednostki, jak i społeczności.

Układ wartości ... „obejmuje szereg przeróżnych wartości, jakie dotyczą jego naczelných celów, oceny własnej i innych systemów, oceny poszczególnych własnych elementów ze względu na realizowane role i konkretne zadania, wynikające z naczelnego celu danego systemu i tym podobnego zjawiska.

Na istniejącym układzie wartości opiera się ideologia systemu, która sankcjonuje jego hierarchię, uzasadnia funkcjonowanie istniejących w nim instytucji, zwyczajów i obyczajów

oraz określa myślenie, postawy i zachowania poszczególnych jego elementów, tzn. zarówno jednostek jak i zbiorów ludzi. Układ ten jest więc także podstawą, na której opiera się *morale systemu*, czyli obowiązujące wzory etyczne, a nawet estetyczne, bez których żaden system społeczny nie mógłby istnieć”¹⁰...

Niezmiernie ważną z punktu widzenia prawidłowego funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, jest funkcja zabezpieczająca układ wartości systemu opieki zdrowotnej. Jest to funkcja, która wskazuje, co w systemie jest dobre, a co złe, co wolno, a czego nie wolno czynić; tym samym określa tzw. morale każdego, kto w ten system wchodzi i jest jego uczestnikiem. Pozwala zarządzającym na wprowadzenie takich czynników, które przyniosą wymierne korzyści firmie, a samym pracownikom zadowolenie z wykonywanej pracy.

¹⁰ Ibid., s. 100-101.

2.2. Poznawcze i praktyczne aspekty systemowej analizy

Analiza systemowa spełnia nie tylko doniosłą funkcję poznawczą, pozwalając na wszechstronne i wielowątkowe ujęcie zjawisk i procesów społecznych, ale ma także nie mniej ważne znaczenie dla praktyki społecznej.

Analiza systemowa charakteryzuje się:

1. ujmowaniem systemu jako całości złożonego z elementów od siebie wzajemnie zależnych, jak i od całości systemu,
2. uwzględnieniem ogółu warunków, w jakich owa całość (system) działa,
3. szukaniem źródła przekształceń systemu w samym systemie, w jego zdolności samosterowania własnym działaniem i oddziaływaniem na otoczenie¹¹.

Analiza systemowa ma na celu określenie pożądanego działania lub linii (strategii) postępowania przez rozpoznanie i rozważenie dostępnych wariantów oraz porównanie przewidywanych ich bliższych i dalszych następstw i skutków.

Analiza systemowa pozwala na wyważone podejmowanie decyzji rozwojowych, finansowych, kierowniczych, jak również politycznych. Służy do podejmowania doraźnych działań społecznych, jak również prognozowania i planowania określonych procesów i zjawisk społecznych.

Jest metodą bardzo pożyteczną przy przeprowadzaniu analiz dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, gdzie wyróżnia się trzech uczestników systemu: pacjentów (jako podmiotu korzystającego ze świadczeń zdrowotnych), lekarzy wraz z pozostałymi wytwórcami usług zdrowotnych oraz płatnika publicznego (Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia).

¹¹ J. Kowalski, W. Lamentowicz, P. Winczorek, Teoria państwa, Warszawa 1978, s. 32.

2.3. Pojęcie systemu zdrowotnego

System opieki zdrowotnej jest jednym z najbardziej skomplikowanych systemów społeczno-gospodarczych. Potwierdzeniem tej tezy są permanentnie przeprowadzane reformy systemów ochrony zdrowia w różnych krajach na przestrzeni ostatnich lat.

System zdrowotny można zdefiniować jako ... „zawierający wszystkie aktywności, których pierwotnym celem jest promowanie, odtwarzanie i utrzymywanie zdrowia...”¹²

Podobnie pojęcie *systemu zdrowotnego* definiuje G. Jasiński, który stwierdza, że: ... „system ochrony zdrowia to całość działań, których podstawowym celem jest promowanie, poprawa i zachowanie dobrego stanu zdrowia członków populacji.

Cele, jakie stawia się zwykle przed współczesnym systemem ochrony zdrowia można przedstawić następująco:

- poprawa stanu zdrowia populacji i promowanie społecznego dobrostanu,
- zapewnienie powszechności i równości w dostępie do opieki zdrowotnej,
- zapewnienie mikro- i makroekonomicznej efektywności wykorzystywania zasobów (zakładów opieki zdrowotnej, pracowników, aparatury itd.),
- dbałość o skuteczność kliniczną dostarczanej opieki,
- poprawa jakości opieki zdrowotnej i satysfakcji pacjentów,
- zapewnienie długookresowej stabilności finansowej systemu...”¹³

W innym sformułowaniu celem każdego systemu medycznego jest ... „organizowanie, produkowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych tym, którzy tych świadczeń potrzebują oraz używanie dostępnych zasobów wiedzy i technologii po to, by zapobiegać i przynosić ulgę w chorobie, niesprawności i cierpieniu w zakresie możliwym w istniejących warunkach ...”¹⁴

¹² B.M. Kleczkowski, M.I. Roemer, A. Van Der Werff, *National health systems and their reorientation towards health for all. Guidance for policy-making*. WHO, Genewa 1984, s. 5.

¹³ G. Jasiński, *Wybrane aspekty organizacji i metod finansowania systemów ochrony zdrowia w państwach europejskich*, Biuletyn Kas Chorych, nr 3/4, marzec/kwiecień 2001, s. 16.

¹⁴ D. Mechanic, *Medical Sociology*, The Free Press, NY, London 1978, s. 315.

W potocznym słowa rozumieniu *system opieki zdrowotnej* jest zorganizowanym i skoordynowanym zespołem działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych, mających na celu zabezpieczenie i poprawę stanu zdrowia jednostki i zbiorowości.

”System” to pojęcie definiujące stan pożądany. Należy w związku z tym odróżnić system od funkcjonowania systemu.

Dla zrozumienia zadań, które stoją przed systemem zdrowotnym ważne jest ustalenie nie tylko dokąd system zmierza, ale także jakie są cele realizowane w procesie jego funkcjonowania. System opieki zdrowotnej ma służyć realizacji misji polityki zdrowotnej, jest więc narzędziem do wykonywania tejże polityki.

Należy zadać również pytanie, jakie są funkcje systemu ochrony zdrowia?

W sferze działań związanych ze zdrowiem można wyróżnić dwa obszary odpowiedzialności władz publicznych:

- zdrowie publiczne,
- ochrona zdrowia.

Podział pomiędzy tymi obszarami, zwłaszcza na poziomie instytucji zajmujących się opieką zdrowotną nie zawsze jest ostry, ale dla porządku warto te obszary zdefiniować.

Podstawowe funkcje zdrowia publicznego są przedmiotem dyskusji toczącej się w ostatnich latach w Światowej Organizacji Zdrowia.

Za funkcję podstawową uznaje się całokształt działań mających na celu¹⁵:

- zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób,
- zapewnienie właściwych dla zdrowia warunków środowiskowych,
- zapobieganie wypadkom i urazom oraz zapewnienie szybkiej pomocy w przypadku katastrof i kataklizmów,
- promowanie zdrowego stylu życia,
- zapewnienie dostępu do właściwej jakościowo opieki medycznej,

¹⁵ J. Leowski, *Polityka zdrowotna-dylematy i wyzwania reformy ochrony zdrowia w Polsce i na świecie*, „Prawo i Medycyna”, nr 2, vol. 1. 1999, s. 5-15.

- zapewnienie poparcia dla rozwoju nowoczesnego systemu ochrony zdrowia z uwzględnieniem rozwoju kadr, nowych technologii i odpowiednich zasad finansowania.

Ochrona zdrowia to system, który w każdym państwie zajmuje się organizacją i finansowaniem medycyny naprawczej, a ponadto pełni również inne dodatkowe funkcje:

- pracodawcy, które są podobne do funkcji innych zakładów pracy i stanowią istotną część istniejącego w każdym kraju rynku pracy,
- podmiotu kreującego zapotrzebowanie na dobra konsumpcyjne, a także współtwórcy tych dóbr,
- edukacyjno-wychowawcze, które obejmują kształcenie i ustawiczne doksztalcanie personelu medycznego, opiekuńczego i rosnącej liczby zawodów technicznych, a w stosunku do ogółu ludności obejmują takie zadania, jak generowanie zmian zachowań zdrowotnych,
- zarządzania, które są identyczne z zarządzaniem innymi dziedzinami działań społeczno-gospodarczych,
- polityczne, gdyż jakość systemu ochrony zdrowia jest w każdym kraju istotnym elementem gry politycznej oraz źródłem poparcia lub sprzeciwu dla działań władz zarówno lokalnych, regionalnych, jak i centralnych.

Funkcjonowanie systemu opiera się na zdefiniowanych:

- celach,
- mechanizmach organizacyjnych i finansowych,
- priorytetach.

Pamiętać także należy o czynnikach silnie wpływających na system opieki zdrowotnej, a bardziej szczegółowo na rynek usług zdrowotnych, tj.: demograficznych, kulturowych, strukturalnych, popytowych.

Poza celami zdrowotnymi, współczesne systemy zdrowotne przynajmniej te funkcjonujące w kręgu europejskim, mają cele w szerokim zakresie podobne i wspólne¹⁶.

Na ich liście można odnaleźć cele następujące:

- odpowiedniość i sprawiedliwość w dostępie do opieki zdrowotnej: *wszyscy obywatele*

¹⁶ Y.W. van Kemenade, Health Care In Europe 1997. The finance and reimbursement systems of 18 European countries, Elsevier, de Tijdstroom, Maarsen 1997.

powinni mieć dostęp do co najmniej podstawowego zakresu świadczeń zdrowotnych oraz powinny istnieć gwarancje, że w zakresie usług finansowanych publicznie, osoby o tych samych potrzebach powinny być traktowane w ten sam sposób,

- ochronę dochodów: pacjenci nie mogą być narażeni na wydatki, których wielkość stanowiłaby bezpośrednie zagrożenie dla poziomu ich życia, a sposób ochrony powinien uwzględniać indywidualną zdolność do płacenia,
- makroekonomiczną efektywność, która polega na przeznaczaniu jedynie odpowiedniej wielkości środków na opiekę zdrowotną w dzielonym produkcie krajowym brutto,
- mikroekonomiczną efektywność: efekty zdrowotne i satysfakcja pacjentów powinny być możliwie największe, biorąc pod uwagę dostępne środki. Oznacza to także, że właściwy zestaw świadczeń powinien być produkowany za możliwie najniższą cenę,
- swobodę wyboru konsumentów, którzy powinni mieć możliwość decydowania z czyich usług chcieliby skorzystać na poziomie podstawowym, a także- w pewnym zakresie- na poziomie specjalistycznym. Swoboda wyboru powinna być rozszerzana również na wybór płatników (także prywatne ubezpieczenie),
- odpowiedni zakres swobody dla świadczeniodawców, *co dotyczy głównie* medycznych i organizacyjnych innowacji, lecz przy zachowaniu zasady maksymalizowania efektu w skali ponadindywidualnej.

Można więc przyjąć, że większość systemów zdrowotnych realizuje wskazane wyżej cele, związane z zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych społeczeństw. Każdy jednak system opieki zdrowotnej cechuje w mniejszym lub większym stopniu ograniczoność posiadanych zasobów, a to wymusza dokonywanie wyborów, bo nie jest możliwe, spełnienie wszystkich oczekiwań w tym samym czasie. Wybór rozstrzyga o tym co będzie realizowane, a co realizowane nie będzie.

Rezygnacja z zaspokojenia jakiejś potrzeby lub realizacji celu jest traktowana jako nieuchronna i całkowicie naturalna cecha rzeczywistości. Konieczne jest ustalenie priorytetów- co i w jakiej kolejności będzie realizowane.

Dlatego też kluczem do podejmowania decyzji powinna być efektywność.

Truizmem jest stwierdzenie, że wielkość wydatków na ochronę zdrowia rośnie wraz z zasobnością kraju. Daje to podstawę do sformułowania tezy o istnieniu „żelaznego prawa

alokacji”, zgodnie z którym swoboda decydentów w przeznaczaniu środków na zdrowie jest limitowana poziomem rozwoju gospodarczego kraju¹⁷.

Alokacja zasobów, które mają być rozdysponowane, powinna odbywać się w sposób optymalny. Dlatego zaleca się, by traktować tego typu działania jako efektywne, w których relacja wyników użytecznych do kosztów ich uzyskania byłaby najbardziej korzystna¹⁸.

*Według A. Williamsa zasady efektywności działań są następujące*¹⁹

- żadna aktywność nie powinna być podejmowana, jeśli nie ma wystarczającego prawdopodobieństwa, że suma korzyści osiągniętych dzięki działaniu będzie większa, niż suma korzyści utraconych,
- korzyści utracone w związku z podjęciem aktywności są możliwie najmniejsze,
- sposób dobrania różnych form aktywności i ich wzajemne proporcje są takie, by zapewnić możliwie największą nadwyżkę korzyści osiągniętych, nad korzyściami utraconymi.

W tradycyjnym podejściu definiującym system opieki zdrowotnej, którego wybitnym przedstawicielem był D. Mechanic, jego najważniejszym elementem składowym tożsamym z trzema szczeblami opieki są: *opieka pierwszego, drugiego i trzeciego szczebla, albo opieka podstawowa, specjalistyczna i wysokospecjalistyczna*²⁰.

Należy zwrócić uwagę, że na szczeblu najniższym mamy do czynienia z lekarzem „pierwszego kontaktu” jako „przewodnikiem pacjenta po systemie”, a szczebel wysokospecjalistyczny to leczenie kliniczne.

Innym, bardzo znaczącym teoretykiem, definiującym pojęcie systemów zdrowotnych był M.I. Roemer, który wymienił siedem czynników składowych systemów²¹.

¹⁷ A.J.Culyer, Cost containment in Europe, Health Care Financing, Annual Supplement, 1989, s. 24.

¹⁸ J.Zieleniewski, Organizacja zespołów ludzkich, PWN, Warszawa 1964, s. 209.

¹⁹ A.Williams, Equity in Health Care: the Role of the Ideology, [w:] Equity in the Finance and Delivery of Health Care. An international Perspective, edited by E.Van Doorslaer, A.E.Wagstaff & F.Ruttrn, Oxford University Press, Oxford. NY. Tokyo 1993.

²⁰ D.Mechanic, op. cit., s. 350.

²¹ M.I.Roemer, Comparative National Policies on Health Care, Marcel Dekler, Inc., NY & Basel, 1997.

Elementy te są przedstawione w poniższej tabeli nr 13.

TABELA 13. SIEDEM ELEMENTÓW SKŁADOWYCH SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA WEDŁUG M. I. ROEMERA

Element	Problemy
źródła finansowania	proporcje między opłatami bezpośrednimi, dobroczynnością, opłatami przez pracodawców, dobrowolnym ubezpieczeniem, ubezpieczeniem społecznym, podatkami
zasoby ludzkie	proporcje lekarzy i personelu innych kategorii, trendy, zakres specjalizacji, rola szkół medycznych i towarzystw zawodowych
zasoby materialne	szpitale i ich rodzaje, organizacja i finansowanie, innego rodzaju instytucje
udzielanie świadczeń	dostęp do POZ, opieka specjalistyczna, hospitalizacja, zasady płacenia świadczeniodawcom, opieka na terenach wiejskich, świadczenia specjalne (np. opieka psychiatryczna)
świadczenia zapobiegawcze	problemy środowiska, choroby zakaźne, opieka nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny
regulacja	sprawy personelu medycznego, rozwój zasobów materialnych, kontrola leków, normowanie działań
administracja i planowanie	struktury administracyjne, mechanizmy planowania, formułowanie priorytetów i działania na rzecz równości

Źródło : M.I.Roemer, Comparative National Policies on Health Care ...

Powyższe wymienione elementy systemów zdrowotnych będą kanwą do rozważań nad restrukturyzacją ochrony zdrowia, co zostanie przedstawione w kolejnych rozdziałach pracy. Jednak w najbardziej współcześnie rozpowszechnionym podejściu do problemu wyróżnia się trzech uczestników systemu zdrowotnego: pacjentów, jako podmiotu

korzystającego, lekarzy wraz z pozostałymi wytwórcami świadczeń oraz różnego rodzaju płatników²².

Jest to tzw. „*koncepcja trójkąta*”, uwzględniająca współistnienie tych trzech grup podmiotów, a podmiot dysponujący środkami płatniczymi, określany jest płatnikiem „trzeciej strony”.

W każdym systemie zdrowotnym szeroko rozumiany płatnik, jako współistniejący z pozostałymi elementami wymienianego „trójkąta” stanowi istotny problem, od którego w dużym stopniu zależy prawidłowe funkcjonowanie systemu, przejawiające się we właściwych mechanizmach finansowania.

Takimi płatnikami są podmioty ubezpieczenia społecznego.

Jedną z ich naczelnych misji jest realizacji *zasady solidarności* (czyli ponoszenie przez społeczeństwo odpowiedzialności za ryzyko związane z chorobą poszczególnych obywateli), a inną, niemniej ważną- równoważenie wydatków z przychodami.

Mechanizmy finansowania lub źródła finansowania opieki zdrowotnej są następujące:

- podatki,
- obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne,
- dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne,
- opłaty bezpośrednio od pacjentów.

Wybór źródeł finansowania systemów opieki zdrowotnej zależy od wyborów politycznych dokonanych przez przedstawicieli danego społeczeństwa.

W większości państw podstawowa część środków finansowych w systemie pochodzi ze źródeł publicznych, do których zalicza się podatki ogólne i składki na ubezpieczenia powszechne.

Mniejsza część środków pochodzi z opłat bezpośrednich pacjentów lub ubezpieczeń dodatkowych, do których przystępują pacjenci na zasadzie dobrowolności.

Dużą rolę do odegrania w funkcjonowaniu systemów opieki zdrowotnej mają samorządy terytorialne. W większości są organami założycielskimi dla placówek ochrony zdrowia. Od stopnia ich zaangażowania w finansowanie tych placówek (m.in. remonty, naprawy i zakup sprzętu medycznego itp.) zależy ich kondycja ekonomiczna.

W krajach skandynawskich samorządy tradycyjnie są zaangażowane w organizowanie i finansowanie opieki zdrowotnej, a od lat siedemdziesiątych XX wieku z tym zjawiskiem, chociaż w mniejszym stopniu, mamy do czynienia np. we Włoszech.

²² U.E. Reinhardt, *Commentary. Health Care Financing Review*, Annual Supplement, 1989, s. 97-104.

Rekapituluując powyższe rozważania teoretyczne można uznać, że system ochrony zdrowia obejmuje następujące sfery działania:

- opieka zdrowotna - medycyna lecznicza,
- ochrona zdrowia - zespół działań na rzecz zdrowia publicznego realizowany przez różne sektory życia społeczno-gospodarczego,
- struktury zarządzania opieką zdrowotną i ochroną zdrowia,
- źródła i drogi finansowania całokształtu działań na rzecz zdrowia.

Cele szczegółowe systemu ochrony zdrowia są następujące:

1. Zaspokajanie indywidualnych potrzeb zdrowotnych, z których najważniejsze są potrzeby wynikające z chorób, niedomagań, wypadków czyli tzw. wyrażone potrzeby zdrowotne, choć system powinien brać pod uwagę istnienie również tzw. rzeczywistych potrzeb zdrowotnych, nie zawsze ujawniających się dostatecznie wcześniej i zaspakając je z własnej inicjatywy.
2. Zapewnienie zbiorowych potrzeb zdrowotnych, tj. takich warunków życia, pracy, mieszkania, odżywiania, wypoczynku, a nawet chorowania i wszelkich innych aspektów życia zbiorowego, które minimalizują, jeśli nie eliminują, jakiekolwiek ryzyko utraty zdrowia.

Wskazuje to z kolei na konieczność funkcjonowania w ramach systemu ochrony zdrowia dwóch działów:

- indywidualnej opieki zdrowotnej, czyli służb medycznych,
- zbiorowej ochrony zdrowia, czyli służb zdrowia publicznego.

Tak więc zespół działań składający się na zdrowie publiczne jest jednoznacznie osadzony w systemie ochrony zdrowia i stanowi jego podstawę.

Pojęcie *ochrona zdrowia* zawiera następujące podstawowe składowe:

- ochrona przed chorobami,
- zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych, chorób niezakaźnych o dużym znaczeniu społecznym i innych chorób oraz,
- niepełnosprawności w ramach systemu opieki medycznej,
- ochrona przed zagrożeniami środowiska przyrodniczego i środowiska pracy,
- ochrona przed zagrożeniami wynikającymi z niekorzystnych warunków społecznych (ubóstwo, patologie społeczne, bezrobocie i inne) w ramach polityki społecznej i świadczeń w zakresie pomocy społecznej.

WYMIENIONYM POWYŻEJ ZAŁOŻENIOM TOWARZYSZĄ NASTĘPUJĄCE ZASADY²³:

-zasada solidaryzmu

Wysokość składki zależy od zdolności finansowych ubezpieczonego, świadczenia są natomiast niezależne od zdolności finansowej świadczeniobiorcy. Konieczne jest więc zastosowanie systemu wyrównawczego działającego w oparciu o zasadę solidaryzmu. Oznacza to, że chorzy są wspomagani przez chorych, ubodzy przez bogatych itp.

-zasada subsydialności

Oznacza ona, że ubezpieczonego broni prawo, które stoi na straży jego interesów, pozwala dochodzić mu swoich roszczeń.

-zasada udzielania świadczeń rzeczowych

Wyrazem stosowania tej zasady jest przekazywanie świadczeń, przeważnie w formie usług. Świadczeniobiorcą osoba staje się dopiero wtedy, kiedy korzysta z usługi medycznej i nie może nie korzystając z niej zamienić ją na inną.

-zasada samorządności

Odrębność od państwa instytucji ubezpieczeniowych jest zagwarantowana przez obligatoryjność istnienia samorządów wewnętrznych tych instytucji.

W ramach samorządów reprezentowane są interesy wszystkich zainteresowanych stron: pracodawców, ubezpieczonych i ubezpieczycieli.

We wszystkich systemach, niezależnie od sposobu jego organizacji widoczne jest oddzielenie strategii i polityki zdrowotnej od bezpośredniego administrowania i zarządzania systemem.

Administracja centralna ogranicza się do formułowania strategii, kształtowania centralnego ustawodawstwa, jednolitych standardów i norm, polityki kształcenia personelu medycznego i badań medycznych, rozwijania współpracy międzynarodowej.

Każdy kraj w zależności od tradycji, kultury, potrzeb, możliwości finansowych i wielu innych czynników musi sam wypracować swój model ochrony zdrowia. Przy budowie tego modelu należy korzystać z doświadczeń i rozwiązań stosowanych w innych krajach. Należy je jednak adaptować do swoich warunków.

²³ K. Piotrowska-Marczak, *Reforma ochrony zdrowia w Polsce- implikacje międzynarodowe*, [w:] red. naukowa D. Walczak -Duraj, Społeczne aspekty reformowania służby zdrowia, Łódź 1999, s. 57.

2.4. Modele usług w ochronie zdrowia

Modele służby zdrowia pełnią w polityce zdrowotnej podwójną rolę. Z jednej strony służą za narzędzie opisu systemów zdrowotnych. Z drugiej strony były i są traktowane jako wzorce opisujące idealny kształt systemu, które stanowią wskazówki do praktycznego stosowania. W typologiach systemów zdrowotnych spotykanych w literaturze najczęściej wyróżnia się cztery modele, zwane dalej tradycyjnymi. Są to:

1. *model Bismarckowski*,
2. *model Beveridge'a*,
3. *model rezydualny*,
4. *model Siemaszki* ²⁴.

Ad.1. MODEL BISMARCKOWSKI

Model Bismarckowski jest najstarszym modelem ubezpieczeń zdrowotnych na świecie, a charakterystyczne jego cechy przedstawiono w tabeli nr 14:

TABELA 14. SYSTEM UBEZPIECZEŃ CHOROBOWYCH

CECHY CHARAKTERYSTYCZNE
Finansowanie przez obowiązkowe składki płacone przez pracownika i pracodawcę (lub specjalny podatek)
Fundusze statutowe pod kontrolą instytucji samorządowych (nie państwowych) - fundusze mają osobowość prawną
Fundusze zasilają szpitale (budżet globalny), system lekarzy domowych (kontrakty lub honorarium za świadczenia)

Źródło: A. Przybyłka, Modele usług w ochronie zdrowia [w:] A. Frąckiewicz- Wronka i W. Koczura, Reforma systemu ochrony zdrowia. Szanse i bariery, Katowice 1999, s. 63.

Model ten opiera się na założeniu, że na zasadzie solidarności ubezpieczonych, każdy płaci składkę wedle zarobku do określonego górnego limitu, świadczenia zaś przysługują wedle indywidualnej potrzeby.

W modelu tym punktem wyjścia tworzenia całego systemu jest idea ochrony przed nie zawinionymi skutkami nieprzewidzianych zdarzeń losowych, które prowadzą do utraty dochodów z pracy i zagrażają bytowi materialnemu rodziny. Model ten oparty jest na

²⁴ C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius", Łódź- Kraków-Warszawa 1996, s. 315-323.

tworzeniu wspólnot ubezpieczeniowych, obejmujących ludzi, których łączy jakiś naturalny czynnik spajający. Kiedy dochodzi do wprowadzenia przymusu ubezpieczenia, obejmuje ono przede wszystkim tych, których dochód nie pozwala na normalną egzystencję w razie utraty zdolności do pracy. To dla takich osób przeznaczony jest system ubezpieczeń społecznych. Osoby, które osiągają dochód na wysokim poziomie są zwolnione z obowiązku ubezpieczenia, chociaż mogą do niego przystępować dobrowolnie lub zawierać ubezpieczenia prywatne. W modelu tym powstaje tendencja do tworzenia kas i zakładów ubezpieczeniowych dużej liczby instytucji, które działają w ramach szerokiej, zagwarantowanej prawem autonomii. Jednym z podstawowych uprawnień instytucji jest swobodne zawieranie umów z wytwórcami usług medycznych (lekarzami i szpitalami) na udzielanie świadczeń ubezpieczonym należącym do danej kasy.

Pacjent z kolei uzyskuje prawo swobodnego wyboru wytwórcy spośród tych, którzy podpisali stosowną umowę. Proces podejmowania decyzji w tym modelu ma charakter zdecentralizowany, rola państwa jest ograniczona i sprowadza się do ogólnego nadzoru i tworzenia ram prawnych funkcjonowania systemu.

Ad.2. MODEL BEVERIDGE’A

W modelu Beveridge’a naczelną zasadą jest zagwarantowanie bezpieczeństwa socjalnego wszystkim obywatelom przez odwołanie się do pojęcia zaspokojenia elementarnych potrzeb. Ponieważ potrzeby zdrowotne potraktowano jako jedną z elementarnych potrzeb, prawo do świadczeń zdrowotnych zostało uznane za uniwersalne uprawnienie wszystkich obywateli.

Cechy charakterystyczne tego modelu przedstawia tabela nr 15.

TABELA 15. SYSTEM NARODOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA

CECHY CHARAKTERYSTYCZNE	
PAŃSTWO	OBYWATEL
Finansowanie przez podatki	Wolny dostęp dla wszystkich obywateli
Kontrola państwa	Zarządzanie przez państwo kierujące się „dobrem ogólnym”
Budżet państwa	Lekarze wynagradzani na zasadzie pensji lub kapitulacji
Sektor prywatny (ma niewielki udział)	Niewielki udział własny pacjenta w partycypacji kosztów

Źródło: Ibid., s. 66.

Jedynym kryterium stosowanym przy udziale świadczeń jest potrzeba zdrowotna, która definiowana jest przez fachowego pracownika służby zdrowia. Integralną częścią modelu są dobrowolne ubezpieczenia uzupełniające. Podmiotem odpowiedzialnym za realizację zasady uniwersalnego dostępu jest państwo i wyspecjalizowany organ: Państwowa Służba Zdrowia.

Oznacza to, że cała realizacja polityki zdrowotnej odbywa się za pośrednictwem organów administracyjnych. Państwo jest podmiotem i w znacznym stopniu monopolistą zatrudniającym pracowników służby zdrowia poprzez zawieranie umowy o pracę, co oznacza silne podporządkowanie służbowe.

Ad.3. MODEL REZYDUALNY

Model rezydualny w zasadniczy sposób różni się od poprzednich, a charakterystyczne jego cechy przedstawia tabela nr 16.

TABELA 16. CECHY CHARAKTERYSTYCZNE MODELU REZYDUALNEGO

CECHY CHARAKTERYSTYCZNE
Dominująca rola sektora prywatnego
Swobodna odpowiedzialność indywidualna za stan zdrowia
Finansowanie z dobrowolnych składek indywidualnych
Sektor zdrowia, traktowany jako pole działalności ekonomicznej
Kontrola rynku usług przez organizacje profesjonalne

Źródło: Ibid., s. 67.

W modelu tym odróżnia się obszar zdrowia publicznego i obszar zdrowia indywidualnego. W obszarze pierwszym zostaje zachowana odpowiedzialność organów publicznych, w tym rządu centralnego, co znajduje wyraz w akceptacji powszechnej dostępności do świadczeń zapobiegawczych. W obszarze drugim są respektowane wszelkie ograniczenia, a niekiedy wyłączenia publicznej odpowiedzialności, co sprawia, że na pierwszy plan wysuwa się zasada odpowiedzialności indywidualnej.

Wraz z odpowiedzialnością jednostce zostawia się swobodę w ponoszeniu ryzyka zdrowotnego. Każdy ma prawo decydować o przeznaczeniu swoich dochodów, o bieżących wydatkach, a także o przyszłych uprawnieniach. Cechą charakterystyczną modelu

rezydualnego jest jego pluralizm - oznacza to, że występują bardzo zróżnicowane formy zarówno produkcji, jak i finansowania usług zdrowotnych. W modelu rezydualnym dominującą rolę w ideologii systemu przypisuje się prywatnemu sektorowi służby zdrowia. W sektorze tym przyjmuje się, że dostępność wynika z możliwości i chęci płacenia, a brak środków eliminuje z rynku. Sektor publiczny natomiast obejmuje wyłącznie osoby znajdujące się w szczególnej potrzebie, a więc osoby bardzo biedne i niezdolne do pracy, osoby starsze, matki i dzieci znajdujące się w trudnej sytuacji.

Ad.4. MODEL SIEMASZKI

Model Siemaszki był realizowany we wszystkich krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Określany jako socjalistyczna służba zdrowia, oparta na zasadach sformułowanych jeszcze w latach trzydziestych przez Mikołaja Siemaszkę.

Cechy charakterystyczne tego modelu przedstawia tabela nr 17.

TABELA 17. CECHY CHARAKTERYSTYCZNE MODELU SIEMASZKI

CECHY CHARAKTERYSTYCZNE
Finansowanie przez budżet centralny (państwo)
Kontrola przez instytucje rządowe w systemie centralnego planowania
Wolny dostęp dla wszystkich (wszyscy pracujący są pracownikami zarobkowymi)
Brak sektora prywatnego
Sektor zdrowia jest nieprodukcyjnym działem gospodarki narodowej (słabe priorytety ekonomiczne)

Źródło: Ibid., s. 69.

Model ten zakładał odpowiedzialność państwa i rządu za zdrowie i opiekę zdrowotną. W rzeczywistości jednak koncepcja socjalistycznej służby zdrowia nie gwarantowała powszechnego dostępu do świadczeń, ułatwiała natomiast uprzywilejowany dostęp dla elit politycznych. W modelu tym wbrew hasłom o traktowaniu klasy robotniczej jako wiodącej siły zalecano rygorystyczne traktowanie dyscypliny pracy, szczególnie w związku z absencją chorobową. Lekarze, ale także kierownicy zakładów przemysłowych i osoby odpowiedzialne za finanse ubezpieczeniowe byli oskarżani o niezrozumienie powagi problemu ograniczania absencji. Dążono do podporządkowania sobie wszystkich instytucji. Jednak w stosunku do medycyny, dążenie takie nigdy się nie powiodło i jakiś zakres swobody działania lekarzy był przez władze tolerowany.

Żaden z tradycyjnych modeli służby zdrowia nie jest już traktowany jako wzorcowe rozwiązanie dzisiejszych problemów organizacji ochrony zdrowia. Nie istnieje jedna, uniwersalna recepta, dzięki której można byłoby rozwiązywać wszelkie problemy występujące w systemie opieki zdrowotnej. Dzisiejsze zmiany- dzięki reformom służby zdrowia- dokonują się bardzo szybko i dlatego trudno jest znaleźć uniwersalne rozwiązanie na wszystkie problemy z jakimi się ona spotyka.

Z kolei, ze względu na sposób finansowania, możemy wyróżnić w Europie pięć kategorii systemów ochrony zdrowia:

- 1) systemy ochrony zdrowia bazujące na modelu Bismarcka z ustabilizowanym systemem finansowym,
- 2) systemy ochrony zdrowia bazujące na modelu Bismarcka – obecnie będące w trakcie transformacji,
- 3) systemy ochrony zdrowia bazujące na modelu Beveridge’a z ustabilizowanym systemem finansowym,
- 4) systemy ochrony zdrowia bazujące na modelu Beveridge’a w państwach, w których jeszcze niedawno obowiązywał system ubezpieczeniowy i w związku z tym będące w trakcie transformacji,
- 5) systemy ochrony zdrowia, które bazowały na modelu Siemaszki, a które ulegają transformacji wprowadzając system ubezpieczeniowy (lub jego elementy)²⁵.

²⁵ Tamże, s. 17.

TABELA 18. FINANSOWANIE SYSTEMÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W EUROPIE

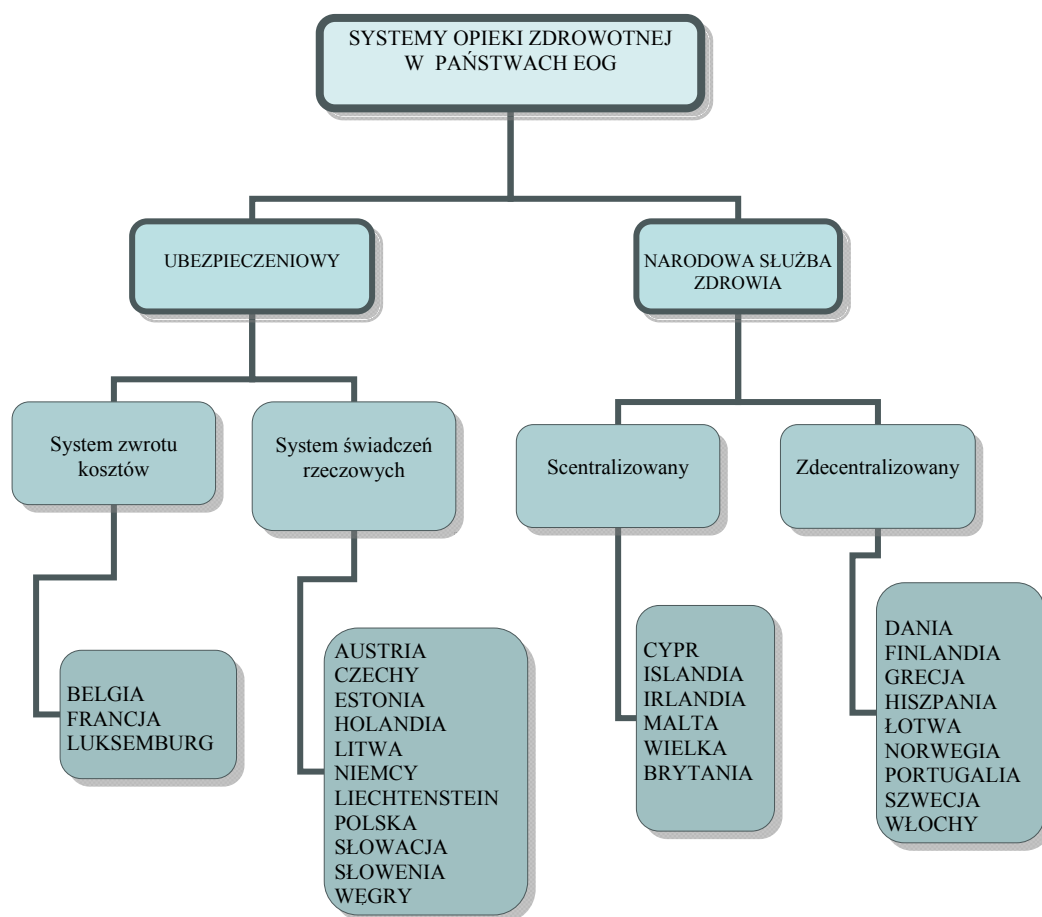
Systemy ubezpieczeniowe	Systemy oparte na podatkach-narodowe systemy zdrowia	Systemy w trakcie transformacji z modelu Siemaszki na model ubezpieczeniowy(5)	
		Państwa Europy Środkowej i Wschodniej	Państwa powstałe w wyniku rozpadu ZSRR
Stabilne finansowo(1) Austria Belgia Francja Luksemburg Holandia Szwajcaria W trakcie transformacji(2) Izrael Turcja	Stabilne finansowo(3) Dania Finlandia Islandia Irlandia Norwegia Szwecja Wielka Brytania W trakcie transformacji(4) Grecja Włochy Portugalia Hiszpania	Albania Bośnia i Hercegowina Bułgaria Chorwacja Czechy Estonia Węgry Litwa Łotwa Polska Rumunia Słowacja Słowenia Macedonia	Armenia Azerbejdżan Gruzja Kazachstan Kirgizja Mołdawia Rosja Tadżykistan Turkmenia Ukraina Uzbekistan

Źródło: G. Jasiński, Wybrane aspekty organizacji i metod finansowania systemów ochrony zdrowia w państwach europejskich, Biuletyn Kas Chorych nr 3/4 (33/34), marzec/kwiecień 2001, s. 18.

W państwach należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego-EOG (porozumienie do którego należą wszystkie państwa członkowskie Wspólnot Europejskich i stowarzyszonych w układzie EFTA, czyli Norwegia, Islandia i Liechtenstein- podpisane w 1992)- system opieki zdrowotnej można ująć w następujących sposób, co przedstawia poniższy wykres.

Wykres 1

Systemy opieki zdrowotnej w państwach EOG



Źródło: opr. własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia

ROZDZIAŁ III

PROCES RESTRUKTURYZACJI SŁUŻBY ZDROWIA, JEGO UWARUNKOWANIA I SPOSOBY JEGO PRZEPROWADZANIA

3.1. Pojęcie i definicje restrukturyzacji

W okresie przemian społeczno – gospodarczych i politycznych jakie dokonywały się w naszym kraju przez ostatnich kilkanaście lat, szczególnie popularny stał się termin *restrukturyzacja*, który wcześniej nie był używany, zwłaszcza w odniesieniu do ochrony zdrowia.

Słowo to może być stosowane w co najmniej trzech znaczeniach i oznaczać:

- taką przebudowę danej struktury, która nie zmienia relacji, jakie istnieją pomiędzy tworzącymi ją elementami,
- zmianę dotychczasowych relacji pomiędzy poszczególnymi elementami bez przebudowy danej struktury,
- przebudowę danej struktury wraz ze zmianą dotychczasowych relacji między jej częściami składowymi.

Każde z wymienionych znaczeń restrukturyzacji wskazuje oprócz pewnych różnic w charakterze tego procesu na inne warunki, które powinny być spełnione, aby określona restrukturyzacja mogła być realizowana.

Spośród wyróżnionych znaczeń restrukturyzacji najbardziej trafne jest to, które wskazuje na przebudowę danej struktury wraz ze zmianą dotychczasowych relacji między poszczególnymi jej częściami składowymi.

„Restrukturyzacja” nie jest więc wcale jednoznacznym słowem, którym można się posługiwać bez wyraźnego wskazania znaczenia, w jakim je stosujemy.

I jeśli bywa ono używane nie tylko po to, aby robić wrażenie swoim naukowym brzmieniem, lecz w celach autentycznie poznawczych, to trzeba możliwie dokładnie określić jego sens²⁶.

²⁶J. Sztumski, *Společno – gospodarcze i polityczne konsekwencje restrukturyzacji*. Praca naukowa Uniwersytetu Śląskiego nr 1603, Katowice 1996.

Restrukturyzacja przedsiębiorstwa jest więc zmianą o charakterze radykalnym jego struktury organizacyjnej, a więc jego elementów składowych i zachodzących w nim procesów. Celem tego procesu jest przywrócenie równowagi wewnętrznej przedsiębiorstwa oraz równowagi z otoczeniem²⁷.

Zmiany te mają charakter gwałtowny, poważny i nieciągły i obejmują wiele różnych transakcji, które prowadzą do rozszerzania lub ograniczenia działalności przedsiębiorstwa pod względem zakresu lub zmiany struktury własnościowej (najczęściej prywatyzacji). Restrukturyzacja może dotyczyć trzech wymiarów przedsiębiorstwa: aktywów, struktury kapitałowej i zarządzania²⁸.

Biorąc to pod uwagę można sformułować następującą definicję tego terminu:

Restrukturyzacja jest to radykalna zmiana w co najmniej jednym z trzech wymiarów przedsiębiorstwa: zakresie działania, strukturze kapitałowej lub jego organizacji wewnętrznej. Jak już wcześniej wspomniano celem tej zmiany jest przywrócenie przedsiębiorstwu równowagi wewnętrznej lub równowagi z otoczeniem.

W efekcie tak rozumiana restrukturyzacja prowadzi do wzrostu wartości przedsiębiorstwa. Jest to proces przywrócenia dobrej kondycji słabemu przedsiębiorstwu lub podwyższenia wartości silnego przedsiębiorstwa. Wartość przedsiębiorstwa może być rozumiana jako wartość aktywów albo też jako wartość możliwości stworzonych przez te aktywa²⁹.

Szczególny nacisk należy położyć na zmiany przeprowadzane w sposób świadomy zgodnie z wolą restrukturyzującego, a nie na zmiany zachodzące pod wpływem czynników zewnętrznych wymuszonych okolicznościami niezależnymi od osób kierujących przedsiębiorstwem.

Najczęściej strukturę przedsiębiorstwa podlegającą restrukturyzacji tworzą:

- osoby składające się na personel przedsiębiorstwa,
- składniki posiadanego przez nie majątku,
- przyjęty podział organizacyjny majątku i personelu.

Restrukturyzacja struktury przedsiębiorstwa spowodowana jest tym, że poszczególne składniki majątku oraz osoby będące personelem stają się zdolne do skutecznego i

²⁷ Z. Sapijaszka, *Restrukturyzacja przedsiębiorstwa. Szanse i ograniczenia*, Warszawa 1997, s. 8.

²⁸ Z. Sapijaszka, *Restrukturyzacja...*, op. cit., s. 28.

²⁹ Z.J. Penc, *Strategie zarządzania organizacją*, Łódź 1999, s. 372.

efektywnego współdziałania, prowadzącego do osiągnięcia celów i zadań stawianych przed przedsiębiorstwem i jego komórkami organizacyjnymi³⁰.

W tym celu konieczne jest zarówno dobranie odpowiednich składników majątku oraz personelu, tak aby osiągnąć zamierzone cele i zadania.

Kiedy w przedsiębiorstwie dochodzi do pogorszenia standardów majątku, czy też personelu, tym samym pogorszeniu ulega jakość jego struktury. Przykładami tego mogą być: zastępowanie odchodzących z przedsiębiorstwa osób ludźmi o niedostatecznych kwalifikacjach, niskie tempo odnawiania starzejących się składników majątku trwałego, znaczny przyrost należności nieściągalnych przeterminowanych³¹.

Restrukturyzacja – jest to ogół działań zmierzających do najbardziej efektywnego dostosowania organizacyjnego, ekonomicznego i technicznego przedsiębiorstwa odpowiadającym celom postawionym przed tym przedsiębiorstwem³².

Restrukturyzacja przedsiębiorstwa ma więc zawsze na celu utrwalenie lub powiększenie jego zdolności do generowania zysków oraz przetrwania, bądź też przywrócenie tej zdolności do przetrwania i działania z zyskiem, jeśli została ona zachwiana lub utracona.

Jeszcze inaczej można powiedzieć, że są to wszelkiego rodzaju zmiany strukturalne w przedsiębiorstwie, dokonywane na różnych etapach cyklu życia przedsiębiorstwa, nakierowane na podniesienie efektywności, optymalne wykorzystanie zasobów, poprawę konkurencyjności.

Konieczność podjęcia restrukturyzacji może pojawić się w następujących sytuacjach:

Po pierwsze, gdy wyniki działania przedsiębiorstwa pogarszają się, proces ten ma charakter utrwalaony, a doraźne zabiegi nie dają rezultatu.

Po drugie, gdy kadra zarządzająca zamierza poprawić znacznie warunki rozwoju firmy.

Po trzecie, aby przedsiębiorstwo mogło dostosować się do nowych potrzeb, wymagań i preferencji nabywców oraz miało zdolność ich efektywnego zaspokajania.

Bez względu jednak na bezpośrednią przyczynę restrukturyzacji proces ten musi w efekcie doprowadzić do zmiany kształtu przedsiębiorstwa, tak aby odpowiadał nakreślonej wcześniej wizji pożądanego stanu. Co więcej, w trakcie procesu restrukturyzacji powinny

³⁰ K. Obłój, *Zarządzanie. Ujęcie praktyczne*, Warszawa 1996, s. 81.

³¹ K. Rosłanowska – Plichcińska, *Metodyka restrukturyzacji*, Bydgoszcz 1999, s. 8.

³² A. Parkoła, *Leksykon prywatyzacji*, Warszawa 1996, s. 119.

nastąpić w przedsiębiorstwie takie przekształcenia, które zapewniają możliwość rozwoju zgodnie z tendencjami zmian zachodzących w otoczeniu w odległym horyzoncie czasu.

Proces restrukturyzacji powinien więc polegać na sformułowaniu celów działania organizacji, określeniu sposobów ich realizacji i takim ukształtowaniu zasobów, aby organizacja była w stanie reagować na bardzo trudne, czasem nawet wręcz niemożliwe do przewidzenia zmiany w otoczeniu³³.

U podłoża wiedzy o restrukturyzacji leży praca A.D. Chandlera „Strategy and Structure”. Główną tezą tej pracy jest stwierdzenie, że strategia określa kształt struktury organizacyjnej, zaś obie zmienne są determinowane stanem otoczenia. Niedostosowanie strategii do struktury może zagrażać jej przetrwaniu. Dlatego *istota restrukturyzacji przedsiębiorstwa* sprowadza się głównie do dokonywania korzystnych zmian w dotychczasowym systemie jego funkcjonowania, które przyczyniłyby się do jego rozwoju³⁴.

Podsumowując tę część rozważań przytoczę definicję H.Singha, która jest uporządkowaną wersją definicji zawartej w pracy E.H.Bowmana i H.Singha, a która jak się wydaje, najbardziej precyzyjnie oddaje istotę zjawiska.

Zdaniem H.Singha „*restrukturyzacja* jest gwałtowną zmianą w aktywach firmy, strukturze kapitałowej czy strukturze organizacyjnej. Obejmuje szeroki zakres transakcji, takich jak sprzedaż części firmy, czy pozyskania nowych dziedzin działalności, zmianę struktury kapitałowej poprzez zmniejszenie poziomu zadłużenia, prywatyzację, czy wreszcie zmianę wewnętrznej organizacji firmy”³⁵.

Według A. Kameli – Sowińskiej i A.B. Mareckiego *restrukturyzacja* to proces takiego dostosowania organizacyjnego, ekonomicznego, finansowego i technicznego, który najlepiej odpowiada celowi postawionemu przed przedsiębiorstwem. Jest to także zespół działań nastawionych na podniesienie efektywności wykorzystania zasobów w prowadzonej działalności gospodarczej w celu zapewnienia konkurencyjności rynkowej³⁶.

Powyższa definicja restrukturyzacji najbardziej trafnie oddaje zakres i zasięg procesów restrukturyzacyjnych oraz kształt i charakter zmian wprowadzanych w placówkach ochrony zdrowia.

³³ J. Jeżak, *Strategiczne zarządzanie przedsiębiorstwem*, Łódź 1990, s. 32.

³⁴ A.D. Chandler, *Strategy and Structure* MIT Press, Cambridge 1962 [w:] C. Suszyński: *Restrukturyzacja przedsiębiorstw*, Warszawa 1999.

³⁵ E.H. Bowman, H. Singh, *Corporate Restructuring. Reconfiguring The Firm. Strategic Management Journal*, 1993.

³⁶ A. Kamela – Sowińska, A.B. Marecki, *Niezbędne indywidualne podejście*. Rzeczpospolita z 19.08.1992.

Innym podejściem do restrukturyzacji jest definicja Z. Jasińskiego, której autor interpretuje ten proces jako przemyślaną wobec zmian zachodzących w otoczeniu reorientację celów przedsiębiorstw i dostosowanie do nich technik, organizacji, ekonomii i kadr³⁷.

Z kolei Z. Pierścionek definiuje restrukturyzację jako „istotne zmiany struktur różnych systemów przedsiębiorstwa w celu dostosowania ich do otoczenia”. Zauważa on, że *restrukturyzacja* to podstawowy element rozwoju, stanowiący pierwszy etap działań strategicznych, polegających na opracowaniu i wdrożeniu strategii rozwoju i wzrostu firmy³⁸.

Z opisanych prezentacji wynika, że większość autorów jest zgodna co do tego, że restrukturyzacja jest zmianą.

Projektowanie i realizacja tych zmian wymaga ingerencji przede wszystkim w sferę strategii działania organizacji, bardzo często wymaga także zmiany celów, a nawet misji organizacji.

Przedsięwzięcie to składa się z szeregu skoordynowanych w czasie zmian stopniowych, ma więc charakter złożony i wymaga silnej koordynacji.

Proces restrukturyzacji nazywany procesem wprowadzania zmian w sposobach funkcjonowania przedsiębiorstwa wówczas, gdy jego działalność nie zapewnia powodzenia i stwarza zagrożenie dla dalszej egzystencji na rynku, ze względu na zaobserwowany i ujawniony stan jego kryzysu.

Restrukturyzacja potrzebna jest przedsiębiorstwu, aby potrafiło poznawać nowe potrzeby, wymagania i preferencje nabywców, miało zdolność ich efektywnego zaspokajania wykorzystując w praktyce wiedzę marketingu, nowoczesną technikę i technologię oraz stosować właściwe metody organizacji i zarządzania.

Należy jednak pamiętać, że żadne działania podejmowane podczas procesu restrukturyzacji nie mogą występować w izolacji od pozostałych, gdyż jest to warunek konieczny powodzenia przedsięwzięcia.

³⁷ Z. Jasiński, *Restrukturyzacja systemu zarządzania przedsiębiorstwem*. Ekonomika i organizacja przedsiębiorstwa. Nr 8, 1992.

³⁸ Z. Pierścionek, *Strategie rozwoju firm*, Warszawa 1996, s. 16.

3.2. Przyczyny i rodzaje restrukturyzacji

Główne przyczyny w podejmowaniu działań restrukturyzacyjnych należy upatrywać w zagrożeniu upadłości, likwidacji lub przejęciu przez inny podmiot przedsiębiorstwa. Należy podkreślić, że bezpośrednim sygnałem do restrukturyzacji są przeważnie złe wyniki lub ogólny kryzys przedsiębiorstwa, które najczęściej są rezultatem nieefektywnego zarządzania, a szczególnie błędów w zarządzaniu zasobami finansowymi³⁹.

Ponadto przyczyn restrukturyzacji należy upatrywać również w jego otoczeniu.

Zmiany zachodzące w otoczeniu, a szczególnie zmiany występujące w dużym nasileniu są bezpośrednią przyczyną podejmowania restrukturyzacji w przedsiębiorstwach.

Podsumowując występowanie przyczyn restrukturyzacji, należy stwierdzić, że wszystkie zjawiska wywołujące radykalne zmiany w przedsiębiorstwach, można ująć w dwie grupy:

- wewnętrzne (w skali mikro) – wynikające z procesów zachodzących w firmie,
- zewnętrzne (w skali makro) – tkwiące w otoczeniu przedsiębiorstwa.

Współwystępowanie zjawisk zachodzących w przedsiębiorstwie i zmian zachodzących w jego otoczeniu powoduje, że spadają wyniki działania przedsiębiorstwa, spada jego wartość rynkowa, maleje konkurencja i w rezultacie może nastąpić realne zagrożenie jego likwidacji, upadłości lub przejęcia.

W takiej sytuacji procesy adaptacyjne nie są wystarczające dla przywrócenia przedsiębiorstwu stanu równowagi z otoczeniem.

Konieczne staje się podjęcie radykalnych działań, które nie tylko zapewnią osiągnięcie tego stanu, ale też wyposażą przedsiębiorstwo w nowe skuteczne mechanizmy dostosowawcze⁴⁰.

Restrukturyzacja każdego przedsiębiorstwa jest inna i wymaga odrębnych działań i nakładów, ale zawsze jest procesem. Trwa w czasie i zawsze można wyróżnić jej etapy.

Proces restrukturyzacji rozpoczyna się etapem przygotowawczym w wyniku którego powinien powstać program restrukturyzacji, możliwy do przeprowadzenia i dający w efekcie zamierzone osiągnięcia wytyczonych celów.

Etap przygotowawczy jest niezwykle ważny dla przeprowadzenia całego procesu restrukturyzacji. Proces przygotowawczy może zaważyć na jakości tworzonego programu, a w konsekwencji na dalszych losach przedsiębiorstwa⁴¹.

³⁹ J. Stoner, H. Wankel, *Kierowanie*, Warszawa 1994, s. 118.

⁴⁰ K. Rosłanowska – Plichcińska, op.cit., s. 54.

⁴¹ tamże, s. 65.

Jest tak dlatego, że wstępny etap, jakim jest przygotowanie programu restrukturyzacji, wymaga z jednej strony umiejętności twórczych związanych z tworzeniem nowej wizji przedsiębiorstwa, a z drugiej natomiast umiejętności analitycznych służących do odpowiedniej oceny przedsiębiorstwa, jego otoczenia, przewidzenia kierunków zmiany tego otoczenia oraz samego przedsiębiorstwa w planowanej przyszłości.

Jedno z pierwszoplanowych zadań to stworzenie nowej wizji przedsiębiorstwa – jest to zadanie dla liderów przemian restrukturyzacyjnych. Wizja przedsiębiorstwa powinna być zbudowana z trzech składników, to jest: misji, wyodrębnionych jednostek strategicznych i polityki tej organizacji. Misja powinna ujmować w ogólnych zarysach zasady działalności przedsiębiorstwa, ujmować postawy i oczekiwania celów, jakie chce przedsiębiorstwo osiągnąć oraz jego kształt organizacyjny.

W misji powinny być również zawarte ogólne informacje o profilu usług, odbiorcach tych usług, technologiach oraz przedstawione główne cele strategiczne i sposoby osiągania pozycji lidera w branży.

Inaczej można stwierdzić, że misja przedsiębiorstwa to lapidarne wyrażenie sensu jego istnienia, gdyż określa ona tożsamość przedsiębiorstwa oraz jego wizerunek.

Polityka przedsiębiorstwa powinna określać relacje zachodzące pomiędzy jego głównymi partnerami a przedsiębiorstwem, pracownikami, władzami lokalnymi, a także dostawcami. Dotyczy również przyjęcia głównych kierunków rozwoju przedsiębiorstwa.

Wizja definiuje najważniejsze zasady określające styl zarządzania, politykę kadrową, reguły organizacyjne, politykę finansową przedsiębiorstwa.

Coraz częściej wizja zawiera podstawowy system wartości obowiązujący w przedsiębiorstwie, a więc elementy przyjętej i akceptowanej przez ogół pracowników kultury przedsiębiorstwa.

Należy podkreślić, że realizacja trudnych zamierzonych celów restrukturyzacyjnych jest wtedy możliwa, gdy pracownicy wykazują chęć współdziałania i przynależności do przedsiębiorstwa.

Ma to miejsce, gdy potrafimy odróżnić co jest w przedsiębiorstwie ważne, od tego co może być szkodliwe lub mało ważne.

W następnej kolejności należy przeanalizować *szanse i słabości, a także możliwości przedsiębiorstwa* oraz mogące wystąpić zagrożenia.

Z powyższego wynika, że program restrukturyzacyjny przedsiębiorstwa ma wszelkie cechy biznes planu, ukierunkowanego na przeprowadzenie w przedsiębiorstwie radykalnych zmian

tworzących nowe jakościowo przedsiębiorstwo, zachowując to wszystko z przeszłości, co może służyć polepszeniu jego przyszłej pozycji ekonomicznej⁴².

W zależności od sfery działalności przedsiębiorstwa wyróżnić można następujące rodzaje restrukturyzacji:

1. Restrukturyzacja zakresu działania
2. Restrukturyzacja organizacyjna
3. Restrukturyzacja finansowa
4. Restrukturyzacja zatrudnienia

AD.1) Podstawowymi przyczynami restrukturyzacji zakresu działania są zagrożenia przejęcia przedsiębiorstwa i wadliwa struktura zarządzania, a także zmiany zachodzące w otoczeniu oraz chęć poprawy jego kondycji. Celem restrukturyzacji zakresu działania jest poprawa efektywności działania przedsiębiorstwa poprzez zmianę konfiguracji dziedzin wchodzących w jego skład. Najczęściej polega to na powrocie do rdzenia działalności, czyli obszaru będącego specjalnością firmy i pozbywaniu się dziedzin, które nie są z nim związane oraz na selektywnym poszukiwaniu dziedzin z nim powiązanych. Wyróżniającymi cechami restrukturyzacji zakresu działania jest pozbywanie się aktywów i zmniejszenie zakresu dywersyfikacji.

AD.2) Cel restrukturyzacji organizacyjnej to poprawa sprawności i efektywności działania kadry zarządzającej polegająca na wprowadzeniu istotnych zmian w strukturze organizacyjnej przedsiębiorstwa. Stosunkowo rzadko występuje jako wyizolowane zjawisko, natomiast często towarzyszy restrukturyzacji zakresu działania czy restrukturyzacji finansowej⁴³.

Restrukturyzacja organizacyjna obejmuje bardzo wiele działań, począwszy od zmniejszania zatrudnienia w ogóle lub kadry kierowniczej w szczególności, poprzez zmiany procesów i systemów organizacji, aż do zmian w kulturze organizacyjnej⁴⁴.

Rola restrukturyzacji organizacyjnej jest dość szczególna, musi ona bowiem niejako „wchłonać” zmiany w zakresie restrukturyzacji zakresu działania, czy w strukturze finansowej, wprowadzić firmę na inny poziom funkcjonowania i sprawić, aby jej działalność była prawidłowa i przebiegała bez zakłóceń. Bez restrukturyzacji organizacyjnej bardzo

⁴² E. Filar, J. Skrzypek, *Biznes Plan*, Warszawa 1989, s. 68.

⁴³ H. Singh: Challenges in Researching Corporate Restructuring. *Journal of Management Studies* 1993, [w:] Z. Sapijaszka, *Restrukturyzacja przedsiębiorstwa*, Warszawa 1996, s. 149.

⁴⁴ E.H. Bowman, H. Singh, Overview of Corporate Restructuring. Trends and Cosequences. Mc Graw- Hill, New York 1990, [w:] Z. Sapijaszka, *Restrukturyzacja przedsiębiorstwa*, Warszawa 1996, s. 18-19.

często niemożliwe jest przeprowadzenie restrukturyzacji w zakresie działania czy w strukturze kapitałowej.

Restrukturyzacja organizacyjna jako samodzielny proces wywoływana jest przeważnie spadkiem wyników przedsiębiorstwa i ograniczeniem możliwości ich poprawy na skutek zmniejszenia udziału w rynku, wzrostu konkurencji, wzrostu kosztów siły roboczej, przestarzałej technologii itp. W takiej sytuacji proces ten bardzo często sprowadza się do redukcji zatrudnienia, która bardzo często towarzyszy także innym zmianom w organizacji przedsiębiorstwa⁴⁵. Obszar restrukturyzacji organizacyjnej przysparza najwięcej problemów i w tym przypadku najtrudniej jest osiągnąć powodzenie. Restrukturyzacja organizacyjna niesie ze sobą spore ryzyko, ale jeśli się powiedzie, to zapowiada sukces i znaczne korzyści.

Można zatem stwierdzić, że korzyści wynikające ze zmian organizacyjnych są poważniejsze i bardziej trwałe niż rezultaty zmian w innych obszarach działalności przedsiębiorstwa. Komplikacje i trudności we wdrażaniu restrukturyzacji organizacyjnej wynikają ze złożoności samego problemu, gdyż obejmuje on bowiem całość zagadnień związanych z przedsiębiorstwem w sensie rzeczowym oraz z procesem zarządzania⁴⁶.

Powodzenie restrukturyzacji organizacyjnej w dużym stopniu zależy od spójnego i właściwie przygotowanego programu restrukturyzacji. Wobec narastającego tempa zmian w otoczeniu, restrukturyzacja, zwłaszcza w sferze organizacyjnej, stała się ważnym elementem działania kadry zarządzającej i poważnym wyzwaniem.

AD.3) Restrukturyzacja finansowa przedsiębiorstwa to aktualne zagadnienie w całym okresie funkcjonowania każdego przedsiębiorstwa nawet wtedy, gdy kondycja ekonomiczna przedsiębiorstwa jest bardzo dobra. W przypadku przedsiębiorstw znajdujących się w trudnej sytuacji ekonomicznej jest ona jedyną możliwą drogą działania, która może uchronić je od likwidacji, czy upadłości.

Głównym jej celem jest poprawa płynności finansowej przedsiębiorstwa, a w konsekwencji trwała poprawa wskaźników ekonomiczno-finansowych odzwierciedlających jego działalność.

Brak płynności finansowej hamuje lub całkowicie uniemożliwia podejmowanie jakichkolwiek przedsięwzięć naprawczych, dlatego odzyskanie płynności powinno stać się w przedsiębiorstwie restrukturyzowanym zadaniem priorytetowym.

W zakresie szybkiego odzyskiwania płynności finansowej proponuje się podjęcie w przedsiębiorstwie następujących kroków:

⁴⁵ K. Obłój, op. cit., s. 97.

⁴⁶ L. Krzyżanowski, *Podstawy nauki zarządzania*, Warszawa 1998, s. 104.

- redukcja wydatków,
- poszukiwanie źródeł generowania gotówki dla przedsiębiorstwa,
- poprawa jakości zarządzania finansami przedsiębiorstwa.

W Polsce restrukturyzacja finansowa jest potrzebna przedsiębiorstwom głównie do obniżenia ich poziomu zadłużenia, którego wielkość w wielu przypadkach nie pozwala im samodzielnie wydzwignąć się z kłopotów finansowych.

Restrukturyzacja finansowa przedsiębiorstw jest to zmiana struktury kapitałowej lub własnościowej. Główne przyczyny restrukturyzacji finansowej to:

- nadmiar gotówki,
- zagrożenie przejęciem,
- niewłaściwy system zarządzania przedsiębiorstwem⁴⁷.

Również restrukturyzacja finansowa obejmuje umorzenia i rozłożenia w czasie spłaty długu, zamianę wierzytelności na akcje, emisję nowych akcji lub obligacji z przeznaczeniem na spłatę długu.

AD.4) Restrukturyzacja zatrudnienia w pierwszym rzędzie ma na celu obniżenie poziomu kosztów osobowych. Wiąże się ze zmianą struktury i przekwalifikowaniem części pracowników, ze zmianą kadry zarządzającej lub ze zwolnieniami. Restrukturyzacja zatrudnienia wymaga nie tylko rezygnacji z nie spełniających oczekiwań dotychczasowych pracowników, ale także często zatrudnienia nowych o wyższych kwalifikacjach i lepszym przygotowaniu zawodowym.

Celem restrukturyzacji zatrudnienia jest maksymalne dostosowanie przedsiębiorstwa do potrzeb wynikających z funkcjonowania w zmiennym, wysoko konkurencyjnym otoczeniu.

W ochronie zdrowia restrukturyzacja zazwyczaj kojarzy się z drastyczną redukcją zatrudnienia, aczkolwiek mają także miejsce przypadki wzrostu zatrudnienia, połączone z jego racjonalizacją. Taka zmiana struktury zatrudnienia może być wynikiem przemieszczeń dotychczasowych pracowników oraz nowo zatrudnionych.

W takim przypadku należy uruchomić szeroko rozbudowany program działań adaptacyjnych, nazywany mianem *rekonwersji społecznej*, której celem jest adaptacja pracowników do nowych warunków panujących w firmie.

⁴⁷ J. Czekaj, Z. Dresler, *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa*, Warszawa 1998, s. 93.

Restrukturyzacja zatrudnienia powinna być poprzedzona analizą otoczenia, w której trzeba uwzględnić następujące kwestie:

- ustalenia wymagań rynku, a więc zmiany, jakie należy wprowadzić w odniesieniu do personelu, który tym wymogom ma sprostać,
- porównanie z konkurencyjnymi firmami (benchmarking). Jest to poszukiwanie bardziej skutecznych form struktury zatrudnionych lub bardziej efektywnych procedur pracy,
- możliwość tzw. przebranżowienia zwalnianych pracowników.

Jednak najbardziej kluczowym problemem podczas przeprowadzania restrukturyzacji zatrudnienia pozostaje uzyskanie akceptacji pracowników przedsiębiorstwa do jego realizacji. To zadanie jest często trudniejsze, niż sama realizacja zmian w zatrudnieniu w odniesieniu do pracowników pozostających w firmie obawiających się zmiany swej dotychczasowej sytuacji zawodowej.

3.3. Zasady przeprowadzania restrukturyzacji

Restrukturyzacja przedsiębiorstwa będzie skuteczna, jeśli zostanie dokładnie zaplanowana, przygotowana, przeprowadzona zgodnie z opracowanym programem i skontrolowana. Powinna ona nosić znamiona procesu rozwiązywania problemów i obejmować zgromadzenie informacji o sytuacji przedsiębiorstwa, opracowanie na tej podstawie dopuszczalnych możliwości rozwiązania problemu, wybór właściwej, z punktu widzenia przyjętych kryteriów opcji zmian oraz jej wdrożenia.

Podjęając działania restrukturyzacyjne, należy również określić, w jakim systemie będą one przeprowadzane, bowiem wszelkie struktury funkcjonują w obrębie danego systemu i stanowią jedną z jego części. Konieczne jest też ustalenie, czy i w jakim stopniu poszczególne elementy danego systemu (takie jak: jego morfologia, struktura, układ funkcji i pozycji, hierarchia i zdolności adaptacyjne) będą sprzyjały tego rodzaju działaniom, czy też je utrudniały⁴⁸.

Decyzje restrukturyzacyjne w przedsiębiorstwie mogą być podejmowane przez zarząd lub dyrektora.

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń praktycznych można wymienić następujące zasady restrukturyzacji⁴⁹:

- 1) restrukturyzacja nie jest celem samym w sobie, lecz środkiem do osiągnięcia celu, jakim jest wzrost konkurencyjności przedsiębiorstwa, poprzez poprawę wyników gospodarowania,
- 2) restrukturyzacja jest procesem rozciągniętym w czasie i niejednorodnym, obejmuje wiele celów, obszarów zadań i technik,
- 3) restrukturyzacja może mieć charakter naprawczy (ratunkowy) lub rozwojowy,
- 4) restrukturyzacja wymaga w każdym przypadku indywidualnego podejścia, ponieważ każde przedsiębiorstwo posiada własne cechy specyficzne (wewnętrzne i zewnętrzne), różniące go od innych,
- 5) restrukturyzacja obejmuje nie tylko sferę działalności materialnej przedsiębiorstwa, ale także sferę świadomości pracowników, wymaga nowego spojrzenia na przedsiębiorstwo z punktu widzenia rynkowych uwarunkowań jego rozwoju,
- 6) narzędziem przebudowy przedsiębiorstwa jest program restrukturyzacji, spełniający rolę przewodnika merytorycznego, musi on być osadzony w realiach gospodarczych i

⁴⁸ J. Sztumski, *Metodologiczne problemy restrukturyzacji*, [w:] Społeczno-gospodarcze i polityczne konsekwencje restrukturyzacji Górnego Śląska, Katowice 1996, s. 11.

⁴⁹ A. Nalepka, *Restrukturyzacja przedsiębiorstwa. Zarys problematyki*, Warszawa 1999, s. 188.

spełniać kryterium faktycznej przydatności w przedsiębiorstwie, dla którego został opracowany.

Analiza podejść zastosowanych do konkretnych przypadków restrukturyzacji przedsiębiorstwa prowadzi do stwierdzenia, że inna procedura charakterystyczna jest dla restrukturyzacji zakresu działania, a inna dla restrukturyzacji zatrudnienia, a jeszcze inna do restrukturyzacji organizacyjnej. Nie ma więc jednego, uniwersalnego modelu procesu restrukturyzacji, użytecznego dla wszystkich przedsiębiorstw i we wszystkich sytuacjach.

W zależności od charakteru firmy, a także jej sytuacji wewnętrznej i zewnętrznej, proponuje się rozmaite warianty rozwiązań. Na początku należy podjąć decyzje w następujących kwestiach:

- jaka jest wstępna prezentacja firmy i jakie istnieją zagrożenia teraz i w przyszłości,
- czy teraz właśnie jest odpowiedni moment na przystąpienie do restrukturyzacji,
- jaką drogę należy obrać, aby podjąć najsluszniejsze decyzje.

Prezentacja firmy jest zwykle konieczna w procesie przygotowawczym do restrukturyzacji i składa się z następujących informacji:

- identyfikacja firmy,
- określenie charakteru firmy,
- przedstawienie sytuacji technicznej i organizacyjnej,
- przedstawienie struktury zarządzania,
- sformułowanie wniosków dotyczących strategii i kierunków restrukturyzacji wraz z harmonogramem dalszych prac i kosztorysem.

Ekspertyza restrukturyzacyjna zawiera takie ustalenia, jak:

- cel i zakres restrukturyzacji techniczno- organizacyjnej,
- propozycja nowej strategii zarządzania jako przesłanka do dalszych prac,
- harmonogram wdrożenia oraz kosztorys,
- analiza finansowa przedsięwzięcia i efektywność,
- zasady finansowania i źródła pozyskania kapitału.

Programy restrukturyzacji przedsiębiorstw mogą opierać się na następujących zasadach strategicznych⁵⁰:

- *scrap and build*, jej istota sprowadza się do postulatu zburzenia tego, co poprzednicy zrobili źle i zbudowaniu od podstaw czegoś nowego, lepszego;
- *step by step*, polega na systematycznym wprowadzeniu nowych elementów do

⁵⁰ J. Penc, *Strategiczna transformacja firmy* [w:] Organizacja i kierowanie, 1995, Nr 4.

starego systemu aż do uzyskania stanu pożądanego;

- *jiu jitsu*, polegającej na skierowaniu, przy wykorzystaniu nieznacznych środków, posiadanego potencjału na nowe, efektywne zastosowanie, bez niszczenia jego substancji.

Przy opracowywaniu programu restrukturyzacji przedsiębiorstwa zespół projektowy może, stosownie do wyników diagnozy stanu przedsiębiorstwa, dobierać następujące szczegółowe przedsięwzięcia usprawniające:

- kooperacja z partnerami na rynku dysponującymi wysokimi umiejętnościami w zakresie produkcji i usług,
- dostatecznie wczesne wprowadzanie nowych konkurencyjnych produktów i usług,
- zaniechanie wytwarzania usług nie dających odpowiedniego zysku,
- zmniejszenie zakresu działania przedsiębiorstwa (specjalizacja),
- podjęcie aktywności w nowych zakresach działania,
- wprowadzenie zmian w technologii wytwarzania produktów i usług,
- zamknięcie nierentownych odcinków produkcji usług,
- prawne i (lub) ekonomiczne usamodzielnienie niektórych części przedsiębiorstwa,
- sprzedaż niepotrzebnych nieruchomości, maszyn i urządzeń,
- zmiana formy organizacyjno- prawnej,
- założenie, z odpowiednio dobranymi partnerami, wspólnych przedsięwzięć,
- zmniejszenie liczby zatrudnionych.

Przy tak zaplanowanej i przeprowadzonej restrukturyzacji wzrasta prawdopodobieństwo jej skutecznej realizacji i wdrożenia.

3.4. Etapy procesu restrukturyzacji

Powszechnie wskazuje się na następujące etapy procesu restrukturyzacji przedsiębiorstwa⁵¹:

- 1) *opracowanie planu strategicznego restrukturyzacji*. W etapie tym powinny być realizowane następujące działania:
 - analiza strategiczna przedsiębiorstwa,
 - opracowanie opcji strategii przedsiębiorstwa, ich ocena i wstępny wybór strategii do konsultacji z partnerami restrukturyzacji,
 - informowanie, wyjaśnianie i konsultowanie projektu strategii z partnerami restrukturyzacji,
 - wybór najlepszej opcji strategii w danych warunkach działania i jej konkretyzacja.

- 2) *opracowanie planu społecznego restrukturyzacji i jego negocjowanie z partnerami restrukturyzacji*. Na etap ten powinny składać się następujące działania:
 - identyfikacja i analiza podstawowych czynników determinujących program społeczny restrukturyzacji przedsiębiorstwa,
 - poszukiwanie i konsultowanie rozwiązań ułatwiających adaptację pracowników w nowych warunkach ekonomiczno- organizacyjnych,
 - wybór najlepszych rozwiązań i zestawienie społecznego programu restrukturyzacji,
 - realizacja społecznego programu restrukturyzacji przedsiębiorstwa.

- 3) *realizacja procesu restrukturyzacji*. W tym etapie winny się znaleźć następujące działania:
 - opracowanie i wdrożenie systemu wzajemnego komunikowania się partnerów restrukturyzacji przedsiębiorstwa w zakresie:
 - a) przyczyn, etapów, warunków i środków realizacji programu restrukturyzacji,
 - b) okresowego zaawansowania realizacji restrukturyzacji w płaszczyźnie ekonomicznej, organizacyjnej i społecznej,

⁵¹ M. Egeman, *Zarządzanie i restrukturyzacja przedsiębiorstwa*, Centrum Prywatyzacji, Warszawa 1998, s. 13.

- wspieranie adaptacji pracowników przedsiębiorstwa do nowych warunków,
- wspieranie przekształceń i rozwoju przedsiębiorstwa,
- koordynacja i kontrola realizacji przyjętego programu restrukturyzacji oraz ewentualne jego modyfikacje.

4) *ocena skutków- efektów restrukturyzacji w zakresie:*

- realizacji strategii w sferze ekonomicznej,
- realizacji planu społecznego, dotyczącego przede wszystkim adaptacji pracowników do nowych warunków funkcjonowania przedsiębiorstwa.

3.5. Czynniki zapewniające powodzenie restrukturyzacji

Restrukturyzacja przedsiębiorstwa jest bardzo specyficznym wyjątkowym przedsięwzięciem organizatorskim, które:

- dotyczy nieznanej dotąd skali zmian w przedsiębiorstwie,
- najczęściej przebiega w sytuacji silnego kryzysu wewnątrz przedsiębiorstwa,
- musi być realizowane przy oczekiwaniu szybkich, pozytywnie ocenianych skutków,
- nie posiada wcześniejszych doświadczeń ułatwiających planowanie prac i przewidywanie skutków ich realizacji⁵².

Powszechnie panuje przekonanie, że bezkonfliktowa i sprawna realizacja przedsięwzięcia restrukturyzacyjnego jest niemożliwa. Jeżeli jednak spełniona jest nierówność:

$$\text{szanse} + \text{silne strony} > \text{zagrożenia} + \text{słabe strony},$$

to istnieje duże prawdopodobieństwo odniesienia sukcesu w procesie restrukturyzacji przedsiębiorstwa⁵³.

Wprowadzanie wszelkich zmian w przedsiębiorstwie nie jest łatwe, zmiany te jednak powinny charakteryzować się:

- *proaktywnością* zakładającą, że przyszłością można sterować i planowanie rozwoju przedsiębiorstwa winno być nastawione na opanowywanie przyszłości, a nie na jej przewidywanie i przygotowywanie się do niej,
- *sensytywnością*, czyli nastawieniem się na poszukiwanie nowego spojrzenia na sytuację przedsiębiorstwa, zapewniającego dostrzeżenia tego, czego inni nie mogą dostrzec,
- *kompleksowością*, polegającą na zapewnieniu sprawności całego przedsiębiorstwa, a nie konkretnego stanowiska, czy jednostki organizacyjnej,
- *ekonomicznością*, postulującą konieczność unikania wszelkiego marnotrawstwa i maksymalnego wykorzystania wszystkich możliwych zasobów.

Można wskazać pewien zestaw warunków, które mogą zapewnić sprawny przebieg restrukturyzacji przedsiębiorstwa. Do warunków tych należą:

- posiadanie jasnego planu strategicznego,
- rzeczywiste włączenie się całej kadry kierowniczej przedsiębiorstwa w proces jego restrukturyzacji,
- aktywna działalność informacyjna, współdziałanie i negocjowanie z partnerami

⁵² J. Jamroga, *Barьеры кадровые процесса реструктуризации* [w:] Organizacja i kierowanie, Nr 2, 1999.

⁵³ A. Nalepka, op. cit., s. 211.

- społecznymi, ze związkami zawodowymi,
- uzyskanie akceptacji przez załogę właściwie przygotowanego programu restrukturyzacji,
- prowadzenie i wspieranie przez kierownictwo przedsiębiorstwa, w przypadku konieczności redukcji zatrudnienia, adaptacji zawodowej jego pracowników,
- właściwe zarządzanie kosztami restrukturyzacji.

Obserwacje poczynione podczas procesów restrukturyzacji w przedsiębiorstwach pozwalają stwierdzić, że pojęcie tego procesu otwiera przedsiębiorstwom wiele możliwości, a mianowicie:

- umożliwia całościowe i systemowe spojrzenie na problemy w przedsiębiorstwie (zapewnia uwzględnienie wszystkich elementów we wzajemnych uwarunkowaniach),
- zapewnia dokładne zbadanie bieżącej pozycji firmy i postawienia diagnozy,
- skupia zainteresowanie kadry kierowniczej najważniejszego szczebla wokół formułowania misji, celów i strategii działania przedsiębiorstwa,
- aktywizuje znaczną część załogi wokół wspólnego celu- poprawy kondycji firmy,
- przyczynia się do stworzenia nowej kultury organizacyjnej,
- rozbudza świadomość organizacyjną pracowników,
- zapewnia podwyższenie kwalifikacji fachowych i umiejętności menedżerskich.

Przyczynia się do zwiększenia elastyczności w działaniu poprzez:

- o decentralizację,
- o oddzielenie decyzji strategicznych od pozostałych,
- o podwyższenie rangi działalności marketingowej,
- o wprowadzenie komercyjnych zasad zachowania zarówno wewnątrz organizacji, jak i w kontaktach z otoczeniem,
- o stworzenie powiązań poziomych w strukturze,
- o wyzwolenie umiejętności samodzielnego decydowania i ponoszenia odpowiedzialności za decyzje i działania.

Stwarza możliwości powstania bazy informacyjnej do podejmowania decyzji (zwłaszcza finansowych) poprzez:

- o reorganizację sfery finansów,
- o wprowadzenie nowych zasad rejestracji i oceny zjawisk w organizacji,
- o komputeryzację podstawowych funkcji w przedsiębiorstwie.

Przyczynia się do poprawy kondycji finansowej przedsiębiorstwa poprzez:

- o poprawę gospodarowania zapasami (sprzedaż zbędnych zapasów, przyspieszenie rotacji),
- o skrócenie okresu odzyskiwania należności,
- o bieżące regulowanie zobowiązań,
- o odzyskanie płynności finansowej.

Ponadto podjęcie tego procesu zapewnia uporządkowanie stanu prawnego przedsiębiorstwa.

Niespełnienie powyższych warunków, nieuwzględnienie specyfiki przedsiębiorstwa oraz uwarunkowań otoczenia we wdrażanym programie restrukturyzacji, prowadzi bardzo często do niepowodzenia.

3.6. Opór wobec zmian i związane z nim bariery wobec restrukturyzacji

Przedstawione wcześniej szanse wskazują korzyści, jakich mogą oczekiwać przedsiębiorstwa, które zdecydowały się przystąpić do realizacji procesu restrukturyzacji. Niemniej ważnym dla skuteczności procesu problemem jest rozpoznanie przeszkód, jakie będą utrudniały realizację procesu. Znajomość barier pozwoli określić sposoby ich usunięcia, ominięcia lub załagodzenia skutków, co w rezultacie wpłynie na poprawność warunków wprowadzenia zmian w organizacji, poprawi ogólną efektywność procesu.

Wśród najczęściej wymienianych zagrożeń dla powodzenia restrukturyzacji przedsiębiorstwa najczęściej wymienia się takie okoliczności, jak:

- dekapitalizacja majątku,
- konkurencja wewnętrzna,
- wchłanianie najbardziej atrakcyjnych obszarów przez obcych,
- nieprzystosowalność kadry kierowniczej do nowych sytuacji⁵⁴.

Ponadto do bezpośrednich lub pośrednich czynników utrudniających osiąganie celów restrukturyzacji należą:

- rozbieżności poglądów, działań politycznych i społecznych ośrodków decyzyjnych, dotyczących działań restrukturyzacyjnych,
- opory załogi przedsiębiorstwa, prowadzące często do konfliktów i zachowań emocjonalnych,
- presja coraz liczniejszych grup społecznych na szybkie efekty w postaci wzrostu poziomu materialnego, bezpieczeństwa pracy, perspektyw, itp.,
- niestabilność otoczenia,
- niski poziom świadomości i wiedzy ekonomicznej pracowników, utrudniający pełne uczestnictwo w procesie restrukturyzacji⁵⁵.

Innymi ograniczeniami są:

- niska wydajność pracy oraz niedostosowanie wielkości i struktury zatrudnienia do wymogów rynkowego otoczenia (przerosty zatrudnienia),
- brak mechanizmów uelastycznienia organizacji, pod kątem efektywnego

⁵⁴ B. Nogalski, Z. Kreft, *Szanse i zagrożenia w procesie restrukturyzacji przedsiębiorstwa* [w:] Przegląd organizacji, Nr 11, 1994.

⁵⁵ J. Jamroga, *Bariery kadrowe procesu restrukturyzacji*, [w:] Organizacja i kierowanie, Nr 2, 1994.

skorelowania wymagań stawianych przedsiębiorstwom przez rynek i działania konkurencji.

Zdaniem Zofii Sapijaszki wszystkie bariery występujące w procesie restrukturyzacji można podzielić na dwie zasadnicze grupy⁵⁶:

- wewnętrzne, związane z procesami i zjawiskami zachodzącymi wewnątrz przedsiębiorstwa (przedsiębiorstwo ma wpływ na ich zmiany),
- zewnętrzne związane z procesami i zjawiskami, które zachodzą w otoczeniu przedsiębiorstwa i mają wpływ na przebieg procesów zachodzących wewnątrz organizacji; przedsiębiorstwo praktycznie nie ma wpływu na zmianę tych elementów (lub wpływ ten jest bardzo niewielki).

Do pierwszej z wymienionych grup autorka zaliczyła:

BARIERY PSYCHOSPOŁECZNE

1. Mentalność osób przyzwyczajonych do działania w dawnych warunkach, zwłaszcza kadry kierowniczej (brak samodzielności w działaniu, w podejmowaniu decyzji-samodzielnie i zbiorowo, brak dbałości o jakość pracy, brak poczucia odpowiedzialności za decyzje i działania, niechęć do zachowań aktywnych). Podkreślić należy, że zachowania te występują nawet w organizacjach, w których wiele zrobiono, aby poprawić sytuację w tej dziedzinie. Nie oznacza to oczywiście, że zabiegi są nieskuteczne, ale że efekty takich działań są odległe w czasie.
2. Opór przeciwko zmianom (źródła tego oporu tkwią w naturalnych cechach osobowości, w obawie przed utratą pracy, z tym bowiem często kojarzy się restrukturyzacja, a także w obawie przed zmianą oczekiwań dotyczących umiejętności pracowników).
3. Brak motywacji do lepszej pracy (kadrze kierowniczej wytracono najważniejszy argument motywacyjny w postaci płacy- istniały bowiem tylko niewielkie możliwości oddziaływania na pracowników w tej sferze), trudna sytuacja przedsiębiorstw nie pozwalała na stworzenie skutecznego systemu motywacyjnego.
4. Brak kreatywnej postawy kadry kierowniczej wobec problemów firmy, oczekiwanie na rozwiązanie kryzysowej sytuacji z zewnątrz (roszczeniowa postawa niektórych

⁵⁶ Z. Sapijaszka, Restrukturyzacja..., op. cit., s. 290-294.

dyrekcji przedsiębiorstw wobec rządu- oczekiwano na całkowite oddłużenie, przejęcie zbędnego majątku i umożliwienie dostępu do kredytu na dogodnych warunkach).

5. Brak woli zmiany *status quo* u części kadry kierowniczej, wynikający z braku przekonania o tym, że zmiany organizacyjne są w stanie pomóc w pokonaniu kryzysu, to zaś wynika z przekonania o skuteczności tzw. szybkich rozwiązań, np. że wymiana parku maszynowego rozwiąże wszystkie problemy przedsiębiorstwa.
6. Brak poczucia stabilizacji i kontynuacji:
 - wynikający ze złej kondycji firmy i obawy przed jej upadkiem, a w konsekwencji- utratą pracy,
 - związany z procesem restrukturyzacji, w wyniku którego także można utracić pracę,
 - związany z brakiem celów długofalowych w firmach, co powoduje, że działania są niespójne, mają charakter doraźny,
 - wynikający z poczucia braku pewności co do przyszłości.
7. Zła atmosfera w przedsiębiorstwie, złe warunki psychospołeczne wśród pracowników, apatia, niechęć do pracy.

BARIERY ORGANIZACYJNO - FORMALNE

1. niewłaściwie sformułowany cel restrukturyzacji (niewłaściwie ukierunkowany projekt zmian),
2. nieuwzględnienie w programie restrukturyzacji problemów związanych z zarządzaniem zmianami i sposobami przełamywania oporu wobec zmian,
3. brak świadomości wspólnoty celów wszystkich działów przedsiębiorstwa (np. dbałość o klienta) i roli komórki w całej organizacji. Komórki organizacyjne nadal starają się realizować swoje partykularne interesy, nie biorąc pod uwagę interesu całości,
4. brak celów długofalowych, który prowadzi do chaosu w przedsiębiorstwie, te bowiem działania, które są skuteczne i efektywne w bieżącym działaniu, mogą się okazać nieefektywne w długim horyzoncie czasu,
5. częste zmiany na szczycie hierarchii organizacyjnej powodują brak stabilizacji i kontynuacji. Każdy nowy dyrektor czy prezes próbuje wprowadzić nowy pakiet zmian, pozostających czasem w sprzeczności z poprzednimi dokonaniem, nie dba o

wykorzystanie walorów poprzednich rozwiązań, przeważnie nie dąży do ich kontynuacji,

6. niedostateczny poziom edukacji organizacyjnej, ekonomicznej, fachowej i menedżerskiej, brak świadomości organizacyjnej i procesów zachodzących w organizacji (brak dobrze wyszkolonej kadry średniego szczebla),
7. dążenie do utrzymania przez sferę produkcji dominującej pozycji nad marketingiem; stanowi to bardzo poważną przeszkodę w zmianie orientacji firmy z produkcyjnej na rynkową,
8. ograniczenie możliwości pozyskania specjalistów. Trudności finansowe i sztywne ramy przepisów w przedsiębiorstwach państwowych powodują, że nie można odpowiednio wynagrodzić osób mających wysokie kwalifikacje i zapewnić im rozwój,
9. wolne tempo zmian w sferze marketingowej, opóźniające wystąpienie efektów realizacji programu. Efekty te bowiem ujawniają się na rynku, do którego przedsiębiorstwo ma dostęp głównie poprzez realizację funkcji marketingowych,
10. niesprawny system informacyjny, dostarczający nieprecyzyjne, spóźnione, nie dość różnorodne informacje, jest poważnym utrudnieniem w działaniu w nowych warunkach, a cóż dopiero w sytuacji kryzysowej, gdy szybkość i trafność decyduje o możliwości uratowania firmy,
11. postawa związków zawodowych, blokująca zarówno możliwości racjonalizacji zatrudnienia, jak i redukcji zbędnego majątku, wydatki ponoszone na promocję itp.

BARIERY EKONOMICZNO-FINANSOWE

1. brak środków finansowych na komputeryzację. Blokuje to możliwości poprawy jakości, terminowości i liczby dostarczanych informacji do podejmowania decyzji,
2. zła kondycja finansowa przed restrukturyzacją, brak płynności i brak możliwości szybkiego przeprowadzenia restrukturyzacji finansowej. Powodowało to pogłębienie kryzysu finansowego i niweczyło, przynajmniej częściowo, dokonania w innych sferach funkcjonowania firmy,
3. utrzymująca się, mimo realizacji programu, zła kondycja firmy. Pogłębia ona trudności w realizacji programu restrukturyzacji,
4. brak środków na podwyższenie jakości, atrakcyjności i nowoczesności wyrobów,

5. niepodjęcie prac nad doskonaleniem systemu rejestracji zjawisk i oceny działań. Od precyzyjnej oceny stanu firmy zależy jakość podejmowanych decyzji i działań,
6. brak funduszy na inwestycje i rozwój, a także ograniczony dostęp do kredytów,
7. brak możliwości rozwiązania problemu nadwyżek majątkowych,
8. przestarzały sprzęt i urządzenia, drogie naprawy obciążające znacznie koszty.

Do drugiej grupy można zaliczyć:

BARIERY FORMALNOPRAWNE

1. brak stabilnych warunków określających zasady funkcjonowania przedsiębiorstw (niespójność i zawilość przepisów, przede wszystkim finansowych),
2. niechętna postawa władz lokalnych wobec zbędnego mienia przedsiębiorstw,
3. brak zainteresowania losem przedsiębiorstw ze strony ich właścicieli.

BARIERY RYNKOWE

1. nierówne warunki konkurowania,
2. wzrost cen (głównie surowców, źródeł i nośników energii),
3. zachowania przedsiębiorstw będących w stanie likwidacji,
4. brak dostępu do informacji o rynku.

BARIERY FINANSOWE

1. ograniczony dostęp do kredytów,
2. zła kondycja odbiorców (wywołująca kłopoty z odzyskiwaniem należności),
3. niejednakowe obciążenia firm prywatnych i państwowych,
4. monopolistyczne zachowania służb komunalnych, podatek od nieruchomości.

Lista barier jest długa i z pewnością nie wyczerpuje wszystkich możliwych przeszkód, jakie może napotkać konkretne przedsiębiorstwo w procesie restrukturyzacji: wskazuje jednak obszary, na które należy zwrócić szczególną uwagę i gdzie można się spodziewać ewentualnie zjawisk, które mogłyby blokować sprawny przebieg tego procesu.

MOŻLIWOŚCI PRZEWYCIĘŻENIA OPORU WOBEC ZMIAN

Opór wobec propozycji zmian jest dla kierowników sygnałem, że tkwi w niej jakiś błąd lub popełniono błędy w jej przedstawianiu. Kierownicy muszą zatem ustalić rzeczywiste przyczyny oporu i następnie z dostateczną elastycznością przewyciężyć je.

Proponuje się sześć sposobów przewyciężania oporu wobec zmian. Metody te w znacznym stopniu są uzależnione od sytuacji. W danej sytuacji można wykorzystywać więcej, niż jedną z tych metod. Oto one:

1. *Wyjaśnienie i komunikowanie.* Jeśli wcześniej wyjaśni się potrzebę i logikę zmiany poszczególnym podwładnym, grupom, całej organizacji-droga do skutecznej zmiany może być ułatwiona.
2. *Uczestnictwo i zaangażowanie.* Opór wobec zmian można zmniejszyć lub wyeliminować przez uczestnictwo zainteresowanych w projektowaniu zmiany. Dla uniknięcia oporu kierownicy powinni uwzględniać społeczne skutki zmian.
3. *Ułatwienie i poparcie.* Łagodzenie procesu zmiany i zapewnienie wsparcia tym, którzy się w nim uwikłają, jest kolejnym sposobem radzenia sobie z oporem. Pomocne mogą być programy szkolenia, udzielanie zwolnień po trudnym okresie oraz zapewnienie emocjonalnego wsparcia i zrozumienie.
4. *Negocjacje i uzgodnienia.* Niekiedy kierownik musi negocjować z zaprzysiężonymi lub potencjalnymi przeciwnikami zmiany, a nawet uzyskać pisemne potwierdzenie uzgodnień od kierowników innych działów organizacji, na które zmiana wywrze wpływ.
5. *Manipulacja i kooptacja.* Zdarza się, że kierownicy w ukryty sposób przeciągają poszczególne osoby lub grupy od oporu do poparcia dla zmiany lub kooptują daną osobę, odgrywającą główną rolę w danej grupie, powierzając jej odpowiedzialną funkcję w zaprojektowaniu lub w prowadzeniu zmiany.
6. *Wyraźne lub ukryte wymuszenie.* Kierownicy mogą zmusić innych do pogodzenia się ze zmianą za pomocą wyraźnych lub ukrytych gróźb zwolnienia z pracy, przeniesienia, nie awansowania itp. Metody takie, chociaż stosowane niezbyt często, wiążą się z ryzykiem utraty poparcia w przyszłych dążeniach do zmian⁵⁷.

⁵⁷ J. Stoner, H. Wankel, Kierowanie, op.cit., s. 312.

Nawiązując do istniejącej literatury na ten temat, metody przydatne do przewyższania oporu wobec zmian przedstawiam w poniższej tabeli:

TABELA 19. METODY POSTĘPOWANIA PRZY OPORZE WOBEC ZMIAN

Sposób postępowania	Zazwyczaj stosowany, gdy...	Zalety	Wady
Szkolenie i informowanie	Brakuje informacji albo informacja i analiza są niedokładne	Gdy się przekona ludzi, często pomagają wprowadzić zmianę	Może być bardzo pracochłonne, zwłaszcza gdy w grę wchodzi wielu ludzi
Uczestnictwo i wciąganie ludzi	Inicjatorzy nie mają wszystkich informacji potrzebnych do zaprojektowania zmiany, a inni mają znaczną siłę, by się jej przeciwstawić	Uczestnicy angażują się we wdrożenie zmiany, a posiadane przez nich istotne informacje zostaną ujęte w planie zmiany	Może być bardzo czasochłonne, jeśli uczestnicy zaprojektują niewłaściwą zmianę
Ułatwianie i poparcie	Ludzie opierają się gdyż występują problemy z dostosowaniem	Żadne inne podejście nie jest równie skuteczne przy problemach dostosowania	Może być czasochłonne, kosztowne, a i tak nie przyniesie powodzenia
Negocjacje i uzgodnienia	Jedna z osób lub grup, o znacznej sile oporu, wyraźnie straci w wyniku zmiany	Czasem w ten sposób wyjątkowo łatwo można uniknąć znacznego oporu	Może stworzyć problemy w przyszłości, jeśli ludzie będą czuli, że są manipulowani
Manipulacja i kooptacja	Inna taktyka jest nieskuteczna lub zbyt droga	Może to być względnie szybkie i niedrogi rozwiązanie problemów związanych z oporem	Może stworzyć problemy w przyszłości, jeśli ludzie będą czuli, że są manipulowani
Wyraźne lub ukryte wymuszenie	Pośpiech ma zasadnicze znaczenie, a inicjatorzy mają znaczną władzę	Jest szybkie i może przewyżczyć opór wszelkiego rodzaju	Może być ryzykowne jeśli ludzie będą w efekcie źli na inicjatorów

Źródło: J. Stoner, H. Wankel, Kierowanie...

ROZDZIAŁ IV

ROZWÓJ SZPITALNICTWA CZĘSTOCHOWSKIEGO OD ZAKOŃCZENIA II WOJNY ŚWIATOWEJ DO CHWILI OBECNEJ

W pierwszych latach po zakończeniu wojny w Częstochowie istniały następujące szpitale:

- *Ubezpieczalni Społecznej* przy ul. Mickiewicza.
- *Izraelicki* na Zawodziu.
- *Szpital Położniczo – Ginekologiczny* przy ul. Kordeckiego 2.
- *Szpital Maltański* przy ul. Waszyngtona 42.
- *Szpital Chorób Zakaźnych* przy ul. Dąbrowskiego 47.
- *Szpital Chorób Płucnych i Skórno – Wenerycznych* przy ul. Bony.
- *Szpital Chorób Wewnętrznych* przy ul. NMP nr 17, który później przeniesiono do budynku przy ul. Królowej Bony 1/3, przylegającego zarazem do ul. Św. Barbary 26.

W późniejszym okresie wybudowano dwa duże szpitale w dzielnicach: Tysiąclecie i Parkitka.

Wracając do czasów okresu II wojny światowej, na uwagę zasługuje fakt bez precedensu, a mianowicie *uruchomienie w mieście tajnych studiów lekarskich*. Inicjatorem otwarcia tej swoistej Akademii Medycznej, dla młodzieży częstochowskiej, był burmistrz miasta Stanisław Rybicki. Inauguracja zajęć nastąpiła w październiku 1943 roku w lokalu szkoły prywatnej „Nauka i Praca” przy ul. Katedralnej.

Te chlubne karty kształcenia uniwersyteckiego w Częstochowie na Wydziale Lekarskim i Farmaceutycznym nie trwały długo – zakończyły się w czerwcu 1945 roku. Profesorowie – „uchodźcy” głównie z Warszawy, Poznania i Wilna wrócili do odtwarzania rodzinnych uczelni akademickich.

4.1. Utworzenie Szpitala przy ul. św. Barbary

Można powiedzieć, że Szpital zwany potocznie szpitalem św. Barbary jest poniekąd spadkobiercą i kontynuatorem Szpitala NMP.

Budynek przy ul. św. Barbary 26 był swego czasu kamienicą czynszową z mieszkaniami lokatorskimi. Był niedostatecznie wyposażony w urządzenia sanitarno – higieniczne.

Doktor Wiktor Orzechowski (1895 – 1952), który przeniósł oddział wewnętrzny ze szpitala NMP do Szpitala św. Barbary, z wielką troską i niesłychanym nakładem sił rozpoczął remont zapuszczonego budynku, aby stworzyć pacjentom godziwe warunki leczenia.

Po jego śmierci w 1952 roku ordynatorem oddziału zostaje dr Edward Jerzy Szulc.

W tym czasie szpitalem kierował dr Edward Borkowski (1909 – 1986) – ordynator oddziału dermatologicznego, który zorganizował ten oddział w 1946 roku. Doktor Edward Borkowski był żarliwym propagatorem idei Władysława Biegańskiego, z jego inicjatywy plac przy Ratuszu w Częstochowie nazwano imieniem dr Władysława Biegańskiego.

Oddziałem dermatologicznym Edward Borkowski kierował do roku 1978, tj. do czasu przejścia na emeryturę. Jednocześnie w okresie od 1959 do 1965 był także kierownikiem Pogotowia Ratunkowego.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że do roku 1955 trzy szpitale, tj.:

- na Zawodziu, przy
- ul. Kordeckiego 2 i przy
- ul. Bony 1/3

funkcjonowały pod kierownictwem wspólnej dyrekcji. Funkcję dyrektora Szpitali Miejskich pełnił dr Bronisław Rozenowicz.

B. Rozenowicz w latach 1934 – 1936 pracował w Szpitalu Towarzystwa Dobroczynności dla Żydów (Zawodzie), a następnie do 1938 roku w Miejskim Szpitalu Powszechnym.

Przebywał w getcie (mieszkał przy ul. Katedralnej 7), z którego w roku 1943 udało mu się wydostać. W 1949 roku powierzono mu obowiązki ordynatora Miejskiego Szpitala Położniczo – Ginekologicznego przy ul. Kordeckiego 2.

Po dokonaniu przez władze miasta Częstochowy podziału dotychczasowej wspólnej dyrekcji szpitali miejskich, został w 1955 roku dyrektorem szpitala przy ul. Kordeckiego 2. Szpital przy ul. Królowej Bony 1/3 składał się w tamtym czasie (przełom lat 50/60 XX wieku) z dwóch pawilonów A i B.

W pawilonie A przy ul. św. Barbary 26 mieściły się oddziały wewnętrzny i dziecięcy.

W pawilonie B, mieszczącym się od strony parku szpitalnego, znajdowały się oddziały: dermatologiczny (przeniesiony ze Szpitala Maltańskiego) i chorób płuc (kobiety i mężczyźni).

Dyrektorem szpitala na „Zawodziu” został dr Jan Mierowski (1908 – 1967), który wcześniej od 1949 roku w Szpitalu NMP tworzył oddział laryngologiczny.

Oddział ten wraz z objęciem funkcji dyrektora przez J. Mierowskiego został przeniesiony do Szpitala Izraelickiego.

Natomiast dyrektorem Szpitala przy ul. św. Barbary zostaje dr Edward Jerzy Szulc.

W tym miejscu należy przypomnieć, że w okresie po II wojnie światowej, aż do reorganizacji prowadzonej przez Urząd Miasta *na początku lat pięćdziesiątych wszystkie szpitale podlegały pod jeden wspólny zarząd, tj. Wydziałowi Zdrowia miasta Częstochowy*, którego kierownikiem był dr Witold Siciarz.

W tym czasie kolejnym szpitalem, który się usamodzielniał jako jednostka budżetowa był Szpital Ubezpieczalni Społecznej przy ul. A. Mickiewicza. Jego dyrektorem został dr Artur Knapik (1915 – 1965), który jednocześnie był ordynatorem oddziału chirurgicznego. Szpital przy ul. Bony 1/3 w okresie dyrektorowania placówką przez dr E.J. Szulca *otrzymuje imię dr Tytusa Chałubińskiego (1820 – 1889).*

Tytus Chałubiński był człowiekiem o szerokich horyzontach i wszechstronnych zainteresowaniach. Z wyboru lekarz, z zamiłowania przyrodnik.

Piewca przyrody tatrzańskiej, odkrył walory zdrowotne Zakopanego i rozślawił je na cały kraj. Był pionierem klimatycznego leczenia gruźlicy płuc w Polsce.

Współzałożyciel Towarzystwa Tatrzańskiego i Muzeum Tatrzańskiego.

Placówki służby zdrowia borykały się z trudnościami finansowymi i dlatego powoływano komitety opiekuńcze, w skład których wchodził przedstawiciel zakładów przemysłowych objętych działaniem leczniczym danego szpitala⁵⁸.

Taki też komitet opiekuńczy powołano przy szpitalu im. T. Chałubińskiego.

W 1962 r. komitet pomagał w zakupie sprzętu medycznego, w wyposażeniu sal chorych, organizowaniu rozrywek kulturalnych dla pracowników i pacjentów szpitala.

Ponownie w 1962 roku dokonano reorganizacji szpitala – został on połączony ze szpitalem przy ul. Kordeckiego.

Na dyrektora połączonych placówek powołano dr Edwarda J. Szulca, który tę funkcję sprawował do 1969 r., a stanowisko ordynatora oddziału wewnętrznego do 1975 r., tj. do czasu przejścia na emeryturę.

Następnym dyrektorem Szpitala im. T. Chałubińskiego od 1969 r. był dr Janusz Grzybowski, który tę funkcję pełnił do stycznia 1997 r.

Szpital wymagał remontów i modernizacji wielu pomieszczeń, jego stan sanitarno – epidemiologiczny był niezadowalający.

W 1972 r. zaczęto modyfikować ogólną izbę przyjęć, którą wzbogacono o salę reanimacyjną z dwoma łózkami wyposażoną w aparaturę medyczną do stałego nadzoru nad pacjentem.

W 1975 r. zorganizowano od podstaw pododdział intensywnej terapii przez adaptację części pomieszczeń oddziału wewnętrznego.

⁵⁸ J. Grzybowski, *Wspomnienia*, [w:] Pamiętniki Lekarzy Częstochowskich pod red. M. Wyględowskiego, Częstochowa 2000, s. 74.

4.2. Szpital Maltański

Szpital Maltański został zorganizowany przez Kawalerów Zakonu Maltańskiego we wrześniu 1939 r. w Warszawie na potrzeby rannych obrońców stolicy.

Jego naczelnym lekarzem mianowano Juliana Szymańskiego, a po jego ustąpieniu funkcję tę przejął Jerzy Dreyza.

Po kapitulacji Warszawy w roku 1944 Szpital Maltański wraz z innymi warszawskimi placówkami lecznictwa zamkniętego został przeniesiony do Piastowa.

Dopiero po wyzwoleniu w marcu 1945 r. szpital zostaje przeniesiony do Częstochowy, jako wojskowa placówka pomocnicza dla garnizonu częstochowskiego.

Zostaje zlokalizowany w budynku przy ul. Waszyngtona 42.

Z Piastowa przybywa szczupła garstka personelu (24 osoby).

Szpitalowi patronował Polski Czerwony Krzyż, który w tym okresie miał poważne trudności finansowe i nie mógł szpitalowi znacząco pomóc.

Budynek, jaki otrzymał Szpital był obiektem prawie całkowicie zdewastowanym, ale dzięki pomocy finansowej miasta, jak również przydzieleniu do pomocy grupy Volksdeutschów i jeńców niemieckich, jak i przede wszystkim zaangażowaniu samego personelu już w marcu 1945 r. szpital zaczyna przyjmować pierwszych chorych.

W początkowym okresie personel pracuje bez poborów otrzymując jedynie wyżywienie z kuchni szpitalnej.

Sprzęt medyczny uzyskano dzięki wyprawie Komendanta Szpitala dr J. Dreyzy na Ziemię Zachodnie.

W sierpniu 1945 r. kończy się rola Szpitala Maltańskiego jako jednostki pomocniczej dla wojska. Powstał problem, czy likwidować placówkę, czy przestawić się na potrzeby ludności cywilnej.

Wybrano wariant drugi.

J. Dreyza zaproponował Zarządowi Miasta utworzenie w szpitalu oddziałów, których w Częstochowie nie było, tj. skórno – wenerycznego i neurologicznego.

W tym czasie funkcjonował jedynie oddział internistyczny oraz istniały załączki oddziału neurologicznego. Oddział chirurgiczny został zlikwidowany z powodu braku wyposażenia.

W grudniu 1945 r. zostaje uruchomiony gabinet okulistyczny, w którym przyjmuje dr Janina Żółkowska – Pacewicz (1905 – 1980). W październiku 1946 r. dr Janina Pacewicz uruchamia

w Szpitalu Maltańskim pierwszy w historii miasta oddział okulistyczny, którego zostaje ordynatorem.

Rok 1946 przynosi dalsze usprawnienia w pracy Szpitala, który otrzymuje samochód sanitarny, uruchamia się laboratorium analityczne i otwiera pracownię rentgenowską oraz salę przedoperacyjną i operacyjną.

Ponadto otwierane są dalsze gabinety specjalistyczne: laryngologiczny, pediatryczny i chirurgiczny.

W 1947 r. otwarto szpitalowi kredyt w wysokości 50.000 franków szwajcarskich na zakup aparatów i narzędzi lekarskich w Szwajcarii. W 1948 r. utworzono ekipę lekarsko – pielęgniarską, która wyjeżdżała do Olsztyna i Janowa, gdzie urządzono punkty PCK.

W Olsztynie planowano uruchomienie prewentorium dla dzieci zagrożonych gruźlicą, a w pałacu w Złotym Potoku oddział intensywnej rekonwalescencji.

Niestety, 1 lipca 1949 r., zgodnie z uchwałą Zarządu Głównego PCK z 10 lutego 1949 r. o przekazaniu szpitali Polskiego Czerwonego Krzyża samorządom terytorialnym, Szpital został komisyjnie przekazany na własność miasta Częstochowy.

Jerzy Dreyza napisał:

... „1 lipca 1949 r., po prawie 10 latach owocnej działalności w różnych miejscach i bardzo złożonych uwarunkowaniach, Szpital Maltański zakończył swój żywot. Część personelu pracowała w tym Szpitalu od momentu jego powstania, część przez szereg trudnych lat. Zasilili Oni kadre Szpitala Miejskiego oraz byli współorganizatorami Stacji Pogotowia Ratunkowego. Wartość wyposażenia Szpitala przekazana na własność miasta Częstochowa została obliczona szacunkowo na kwotę 14.485.844 złotych.

Przychodnia przyszpitalna z pełnym wyposażeniem bez wyceniania jej wartości została przejęta przez Ubezpieczalnię Społeczną. Budynek pozostał nadal w użytkowaniu Polskiego Czerwonego Krzyża...”⁵⁹.

W późniejszym okresie w budynku tym ulokowano Stację Krwiodawstwa i Pogotowie Ratunkowe PCK. Doktor Jerzy Dreyza po rozwiązaniu szpitala kierował Pogotowiem Ratunkowym.

Szpital Maltański mimo krótkiego, bo tylko czteroletniego istnienia w Częstochowie, bardzo przysłużył się odradzaniu ochrony zdrowia w mieście.

Dał podwaliny pod przyszły rozwój okulistyki i neurologii. *Na jego bazie tworzone Pogotowie Ratunkowe i Stację Krwiodawstwa.*

⁵⁹ J. Dreyza, *Szpital Maltański (1939 – 1949)*, Almanach Częstochowy – 1989, t. 2, s. 47.

4.3. Szpital Położniczo-Ginekologiczny przy ul. A. Kordeckiego

Innym szpitalem, który mimo tego, iż od wielu lat nie funkcjonuje, a wywarł pozytywny wpływ na rozwój leczenia stacjonarnego w Częstochowie, był Miejski Szpital Położniczo – Ginekologiczny przy ul. Kordeckiego 2, noszący imię Marii Curie – Skłodowskiej.

Szpital ten w 1945 r. został umieszczony w budynku, który przed II wojną światową pełnił funkcję Domu Pielgrzyma będąc własnością Klasztoru Jasnogórskiego.

W szpitalu, w okresie jego istnienia (1945 – 1991), odbyło się ok. 100 tys. porodów.

Szpital posiadał około 90 łóżek położniczo – ginekologicznych oraz 45 miejsc dla noworodków.

Pierwszym ordynatorem oddziału był dr Tadeusz Ferens, a od roku 1950 dr Bronisław Rozenowicz, który dał się poznać jako doskonały organizator rozbudowując i unowocześniając szpital.

Dr Rozenowicz jednocześnie do roku 1955 pełnił funkcję dyrektora naczelnego połączonych w jeden organizm administracyjny trzech szpitali, tj.: na Zawodziu, przy ul. Bony 1/3 i Położniczo – Ginekologicznego przy ul. Kordeckiego.

Taka sytuacja trwała do 1955 r., kiedy z powrotem dokonano podziału i dr Rozenowicz kierował już tylko Szpitalem przy ul. Kordeckiego.

Szpital, dzięki zaangażowaniu i dobrej pracy całego zespołu, posiadał doskonałą opinię, o czym świadczy liczba porodów i operacji tam przeprowadzonych.

W 1973 r. po odejściu na emeryturę dr B. Rozenowicza, ordynatorem i dyrektorem szpitala zostaje dr Jan Pieczyński.

W 1991 r. budynek zostaje zwrócony O.O. Paulinom, a część personelu lekarskiego i pielęgniarskiego przechodzi do nowego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego na Parkitkę.

4.4. Rozwój Szpitala im. dr L. Rydygiera po II wojnie światowej

Po zajęciu Częstochowy przez wojska niemieckie we wrześniu 1939 r. w trybie pilnym nakazano ewakuację Szpitala do budynku szkoły podstawowej przy ul. Sowińskiego. Większość sprzętu i aparatury medycznej została wywieziona do tworzonego szpitala niemieckiego przy ul. Mickiewicza.

Budynki i park na Zawodziu były w posiadaniu hitlerowców. Początkowo stacjonowała tam kompania Schutzpolizei (Policji Porządkowej Ochronnej), a później miały tam swoją siedzibę hitlerowskie organizacje młodzieżowe.

Wiosną 1940 r. Szpital Izraelicki ponownie musiał się przenieść tym razem do budynku przy ul. Przemysłowej.

Po wyzwoleniu Częstochowy w styczniu 1945 r. w doszczętnie ogołoconych przez hitlerowców murach szpitala na Zawodziu, utworzony został radziecki szpital polowy, który zakończył swoje funkcjonowanie w 1946 roku.

Szpital był zrujnowany, trzeba go było urządzać prawie od nowa.

Pierwszym powojennym kierownikiem szpitala został dr Władysław Karczewski, co w dużej mierze zaważyło, że placówka ta stała się szpitalem chirurgicznym.

Dla przypomnienia – wszystkie szpitale w Częstochowie po wojnie miały jedną wspólną dyрекcję – podlegały Wydziałowi Zdrowia Urzędu Miasta, którego naczelnikiem był od 1947 roku dr Witold Siciarz.

Po reorganizacji i rozpadzie „Miejskiego Szpitala Powszechnego”, w skład którego wchodził szpital na Zawodziu, jego dyrektorem został dr Jan Mierowski, znakomity krakowski laryngolog.

Po rezygnacji z funkcji dyrektora szpitala przez dr Jana Mierowskiego w marcu 1958 r., jego następcą został dr Janusz Miszerak, który tę funkcję pełnił do 1968 roku.

W owym roku dr J. Miszerak nie wrócił z urlopu wypoczynkowego i wyemigrował do Stanów Zjednoczonych.

W 1969 r. dyrektorem szpitala został dr Mieczysław Wyględowski, który ponadto w 1970 roku w wyniku konkursu objął ordynaturę oddziału chirurgii ogólnej.

W tym okresie szpital był intensywnie modernizowany – zbudowano pawilon dla oddziału laryngologii w 1972 roku.

W latach siedemdziesiątych wybudowano kolejny pawilon, do którego przeniesiono aptekę i kuchnię. W 1979 r. nadbudowano o jedną kondygnację przychodnię przyszpitalną.

W szpitalu utworzono na początku lat 50-tych oddział chirurgii dziecięcej, którego szczególny rozwój nastąpił w latach 80-tych, kiedy jego ordynatorem został dr Zdzisław Pawiak.

W roku 1960 utworzono oddział urologiczny, którego pierwszym ordynatorem był do 1968 r. dr Janusz Miszerak. Jego następcą w latach 1968 – 1987 był dr Jerzy Mierzyński, a następnie dr Andrzej Łodziński. Oddział chirurgii urazowej i ortopedii został otwarty w 1962 roku. Jego pierwszym ordynatorem był dr Ignacy Wojakowski, który funkcję tę pełnił do 1967 roku.

W latach 1967 – 1970 ordynatorem był dr Franciszek Swaton, a następnie dr Ryszard Bernat. Wcześniej, bo w 1953 r., jako pierwszy w Częstochowie został powołany do życia oddział chirurgii urazowej i ortopedii w Szpitalu im. dr W. Biegańskiego. W roku 1974 otwarto oddział anestezjologii, który po modernizacji pawilonu przekształcono w 1982 roku w Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Ordynatorem oddziału została dr Maria Marciniak.

Otwarty w 1983 r. oddział chorób wewnętrznych liczył 40 łóżek, a jego ordynatorem została dr Halina Szczerbak.

W grudniu 1960 roku odbyła się uroczystość nadania szpitalowi imienia dr Ludwika Rydygiera (1850 – 1920), jednego z najwybitniejszych ówczesnych chirurgów.

Należy nadmienić, że *dr L. Rydygier* w latach 1901/1902 był rektorem Uniwersytetu Lwowskiego, wychował wielu znakomitych chirurgów, przyszłych profesorów.

W czasie I wojny światowej kierował szpitalem wojskowym w Brnie.

Po zakończeniu wojny powrócił do Lwowa. Walczył w obronie Lwowa przed Ukraińcami w listopadzie 1918 roku. Został generałem Wojska Polskiego. W 1920 roku rozpoczął organizowanie szpitali wojskowych; 25 czerwca 1920 roku nagle zmarł. Został pochowany na Cmentarzu Łyczakowskim, a później w kwaterze dowódców na Cmentarzu Obrońców Lwowa.

Budowę pawilonu, w którym zlokalizowano oddział chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej zakończono w 1983 roku, a cała inwestycja została zrealizowana ze środków Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia.

Pod koniec lat 80-tych narodził się pomysł budowy na terenie szpitala 100-łóżkowego pawilonu położniczo – ginekologicznego, który jednak nigdy nie został zrealizowany.

Wychodząc z założenia, że szpital, który tylko operuje, a nie kończy leczenia rehabilitacją, nie do końca spełnia swoją rolę. Dyrektor M. Wyględowski zdecydował się na zorganizowanie w Szpitalu rehabilitacji, z salą gimnastyczną, fizykoterapią i wodolecznictwem. Ponadto utworzono Poradnię Leczenia Bólu Przewlekłego. Akupunktura, elektrostymulacja i psychoterapia to najważniejsze metody, przy pomocy których pacjenci pozbywali się swych dolegliwości.

Reasumując ten okres historii Szpitala im. dr L. Rydygiera należy stwierdzić, że to przede wszystkim dzięki uporowi i konsekwencji jego dyrektora – dr M. Wyględowskiego, szpital mógł się tak szybko rozwijać będąc w tamtym czasie placówką wzorcową- służącą rozwojowi całej częstochowskiej opiece stacjonarnej.

Funkcję dyrektora, dr M. Wyględowski pełnił do 1992 roku, a w latach 1991 – 1997 był Senatorem RP, pełniąc zaszczytną funkcję przewodniczącego Senackiej Komisji Zdrowia.

4.5. Szpital Hutniczy

Istotny rozwój przemysłowej ochrony zdrowia w Częstochowie miał miejsce pod koniec lat pięćdziesiątych XX wieku, co wiązało się z rozbudową huty na Rakowie, jak również rozporządzeniami Ministerstwa Zdrowia, mówiącymi właśnie o powołaniu do życia przemysłowej służby zdrowia (1953 r.), jako podsystemu opieki zdrowotnej.

W 1958 r. zaczął funkcjonować w dzielnicy Kucelin w zaadoptowanym budynku po byłym przedszkolu szpital hutniczy.

Początkowo ze względu na bardzo słabe wyposażenie w aparaturę diagnostyczną szpital funkcjonował jako oddział wewnętrzny podległy szpitalowi im. dr W. Biegańskiego.

Przez krótki okres czasu funkcję ordynatora oddziału wewnętrznego szpitala hutniczego pełniła dr Kornelia Pietrzykowska – Nanys, później aż do 1994 r. dr Ryszard Magnuszewski, a po Nim do chwili obecnej dr Barbara Magnuszewska – Pankiewicz.

W tym czasie oddział dysponował tylko pracownią RTG i słabo wyposażonym laboratorium. Intensywna rozbudowa Huty, coraz większa liczba pracowników, narastające potrzeby diagnostyczne, zrozumienie i życzliwość ze strony dyrekcji Huty doprowadziły w 1968 r. do generalnego remontu szpitala, nadbudowy piętra i rozbudowy laboratorium.

Przebudowa umożliwiła zorganizowanie izby przyjęć, którą później przekształcono na oddział intensywnego nadzoru.

Decyzja włączenia lecznictwa przemysłowego do Zespołów Opieki Zdrowotnej dla ogółu ludności, z perspektywy czasu ją oceniając, nie była do końca trafna. Przyrost liczby osób objętych opieką zdrowotną przez przemysłową służbę zdrowia był znacznie słabszy, niż kadr lekarskich, a to powodowało pogorszenie opieki lekarskiej w zakładach pracy.

Kolejna reorganizacja miała miejsce pod koniec 1975 r., kiedy powołano do życia *Specjalistyczny Przemysłowy Zespół Opieki Zdrowotnej*, którego pierwszym dyrektorem został dr Andrzej Jastrzębski. W chwili powstania SPZOZ objął opieką 72 tys. pracowników zatrudnionych na terenie miasta Częstochowy.

Ponadto w jego skład wchodziły przychodnie przyzakładowe i międzyzakładowe rozmieszczone na terenie województwa częstochowskiego.

Kolejny milowy krok w rozwój przemysłowej ochrony zdrowia, to uruchomienie Centralnej Przychodni Specjalistycznej (CPS) przy hucie Raków.

Prace rozpoczęto w 1983 r., które zakończono po dziewięciu latach.

Do CPS zaczęto przenosić poradnie rozrzucone po całej hucie.

Centralna Przychodnia zabezpieczała opiekę profilaktyczną – leczniczą nie tylko załódze huty, ale również dla zakładów z terenu Częstochowy i okolic.

4.6. Kolejowa Służba Zdrowia

Równie intensywnie rozwija się opieka zdrowotna na kolei.

Dnia 12 września 1969 r. przy Alei Wolności 46, w dniu Święta Kolejarza nastąpiło uroczyste otwarcie Przychodni Specjalistycznej.

Po 1975 r. następuje reorganizacja Kolejowej Służby Zdrowia i powstaje tzw. Obwód Lecznictwa Kolejowego w skład którego wchodzi kolejowe przychodnie lekarskie znajdujące się na terenie ówczesnego województwa częstochowskiego.

Z tego powodu, że na początku lat siedemdziesiątych odczuwało się w Częstochowie duży deficyt łóżek szpitalnych specjalistycznych, podjęto w 1974 r. na naradzie z udziałem władz śląskiej DOKP i władz centralnych PKP, decyzję o budowie Szpitala Kolejowego w dzielnicy Błeszno na 350 łóżek.

Powołano Społeczny Komitet na rzecz budowy szpitala, który zaczął zbierać pieniądze na ten cel, zdeponowane na specjalnym koncie.

Przy braku perspektyw na budowę szpitala Społeczny Komitet Budowy Szpitala postanowił zaniechać dalszej działalności, a zebrane środki finansowe przekazać nowoutworzonemu Stowarzyszeniu Promocji Zdrowia Kolejarzy w celu ich wykorzystania głównie na zakup aparatury medycznej dla kolejowej ochrony zdrowia.

W latach dziewięćdziesiątych znacznemu zmniejszeniu uległa liczba podopiecznych objętych opieką przemysłowej służby zdrowia, głównie z powodu likwidacji wielu zakładów pracy. W 1975 r. takich osób było ponad 72 tys., a w roku 1999 ok. 25 tys.

Tylko w latach 1992 – 1995 zlikwidowano 9 przychodni zakładowych, w tym 8 na terenie miasta Częstochowy. Sprzęt i aparaturę będącą własnością zakładów pracy tylko częściowo przejmowała służba zdrowia, gdyż w większości był to już sprzęt małowartościowy⁶⁰.

⁶⁰ A. Jastrzębski, *Wspomnienia lekarza fabrycznego*, [w:] Pamiętniki Lekarzy Częstochowskich pod red. M. Wyględowskiego, Towarzystwo Lekarskie Częstochowie, Częstochowa 2000, s. 113.

4.7. Szpital im. dr R. Weigla w Blachowni

Omawiając funkcjonowanie lecznictwa stacjonarnego na terenie Częstochowy po II wojnie światowej, należy wspomnieć o Szpitalu im. dr R. Weigla usytuowanego w Blachowni.

Stan lecznictwa w powiecie częstochowskim w okresie międzywojennym nie kształtował się najlepiej, a szczególnemu zaniedbaniu uległ podczas wojny.

W roku 1945 na terenie całego powiatu – obejmującego dzisiejsze powiaty – częstochowski i kłobucki – nieczynne były zakłady tak lecznictwa zamkniętego jak i otwartego, a praktykował tylko jeden lekarz.

Również niewiele lepsza była sytuacja w Częstochowie. Po wyzwoleniu w roku 1945 w Częstochowie praktykowało 51 lekarzy i 15 lekarzy dentystów, a łóżek szpitalnych było 733. Dla porównania – w roku 1938 w Częstochowie pracowało ogółem 41 lekarzy i 13 dentystów, a łóżek szpitalnych było 495⁶¹.

Toteż po zakończeniu wojny najpilniejszym zadaniem władz powiatowych w dziedzinie zdrowia było uruchomienie placówek lecznictwa zamkniętego.

Powstały szpitale:

w *Krzepicach* na 100 łóżek i w *Kłobucku* na 40 łóżek.

Dopiero w roku 1956 adaptowano Izbę Chorych w Blachowni na cele szpitalne, a w następnych latach utworzono ośrodek lecznictwa zamkniętego z dwoma oddziałami – internistycznym i zakaźnym, łącznie mającym 126 łóżek.

Obiekt ten nie zaspokajał potrzeb ludności powiatu, zwłaszcza w związku z rozwojem na tym terenie przemysłu i górnictwa rud żelaznych. Podjęto starania i w ich efekcie w roku 1963 oddano do użytku w Blachowni Szpital im. dr R. Weigla mający 7 oddziałów specjalistycznych: chirurgii ogólnej, urazowej, chorób: kobiecych i położnictwa, wewnętrznych, dziecięcych, płucnych, jak też oddziały noworodków i wcześniaków.

W chwili obecnej Szpital posiada również oddział anestezjologii i intensywnej terapii. Szpital w dużej mierze zaspokaja potrzeby zdrowotne w zakresie lecznictwa stacjonarnego dla mieszkańców powiatu częstochowskiego na poziomie tzw. I stopnia referencyjności i w znaczący sposób uzupełnia szpitale działające na terenie Częstochowy.

⁶¹ Dane statystyczne o placówkach służby zdrowia w Częstochowie i powiecie w latach 1938/39 do 1973 r., Materiały statystyczne Wydziału Zdrowia w Częstochowie i ZOZ w Częstochowie.

4.8. Wojewódzki Szpital Zespolony im. prof. W. Orłowskiego

Gdy w drugiej połowie lat pięćdziesiątych zastanawiano się nad lokalizacją szpitala, który obecnie nosi nazwę Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego, popularnie określanego „Tysiąclecie” były opinie, iż powinien znajdować się jak najbliżej huty „Bierut” – obecnie huty „Częstochowa”.

Dylemat rozstrzygnęło dopiero Ministerstwo Zdrowia i zaproponowano tereny w dzielnicy „Zawady” (obecnie „Tysiąclecie”). Z dala od zakładów przemysłowych, ale w miejscu, gdzie zaczęły się rozbudowywać dwie dzielnice: właśnie „Tysiąclecie” i „PCK”.

Dwa szpitale, tj. przy ul. Barbary i na Zawodziu, bardzo były odległe od obecnego wyglądu i wyposażenia.

Nieco lepiej prezentował się wtedy szpital przy u. Mickiewicza, będący w tamtym czasie największą i najlepiej wyposażoną placówką stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Otwarcia nowego szpitala miejskiego w dzielnicy „Tysiąclecie” dokonano 21 lipca 1961 r.

Było to o tyle ciekawe, że najpierw przecięto wstęgę, a dopiero później zaczęto budować drogę łączącą szpital ze śródmieściem (przedłużono ulicę Kilińskiego o wąski pas jezdni o szerokości zaledwie 6 metrów). Oddziały szpitala zaczęły normalnie funkcjonować od połowy lutego 1962 r.

Szpital na „Tysiącleciu” był zaprojektowany na 600 łóżek, z własną kotłownią, zapleczem technicznym i dużym parkiem. Pod budynkami szpitalnymi umieszczono w schronach drugi szpital, który miał być zapleczem na wypadek wybuchu kolejnej wojny.

W chwili otwarcia w skład szpitala wchodziło 5 oddziałów, tj.:

- wewnętrzny - ordynator dr Marian Ruszkarski,
- chirurgii ogólnej - ordynator dr Tomir Gajewski,
- okulistyki – ordynator dr Alina Burghardt,
- neurologii - ordynator dr Irena Opalska,
- chirurgii urazowej – ordynator dr Leszek Janicki, z ogólną liczbą łóżek – 354 w dzielnicy liczącej ok. 35 tys. mieszkańców.

W 1970 roku Szpital otrzymał imię Witolda Orłowskiego – wybitnego profesora chorób wewnętrznych, autora wielu prac naukowych.

W 1973 roku Szpital wszedł w skład Zespołu Opieki Zdrowotnej dla miasta Częstochowy.

Powstanie województwa zadecydowało o nadaniu Szpitalowi wyższej rangi.

Z dniem 1 stycznia 1976 roku stał się on Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym.

Liczba łóżek zwiększyła się do 748, liczba oddziałów do 16, liczba lekarzy do 241.

Szpitalowi w znaczący sposób pomagała działalność komitetu opiekuńczego, w którego skład wchodził przedstawiciel dwudziestu siedmiu przedsiębiorstw (był to rok 1985).

I tak np. Częstochowskie Zakłady Przemysłu Lniarskiego „Stradom” przekazały na konto dewizowe szpitala kilkanaście tysięcy dolarów na zakup aparatury, Zakłady Konfekcji Technicznej „Polnam” podjęły się produkcji materacy do łóżek szpitalnych, dzięki temu w tym zakresie pokryto zapotrzebowanie wszystkich oddziałów szpitala. Takich przykładów zaangażowania zakładów przemysłowych było dużo więcej, czego z różnych powodów nie spotyka się w czasach obecnych.

W 1978 roku Zespół Opieki Zdrowotnej dla miasta Częstochowy wraz z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym obejmował opieką ok. 203 tys. mieszkańców. W latach 80-tych szpital powiększył swój stan posiadania. W 1983 roku zyskał bardzo ładną i dobrze wyposażoną przychodnię stomatologiczną, nowe pomieszczenia dla przychodni gruźlicy i chorób płuc.

Do momentu wybudowania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w dzielnicy „Parkitka”, szpital „Tysiąclecie” był największą i najnowocześnie wyposażoną placówką lecznictwa zamkniętego w Częstochowie i regionie.

W dniu 30 listopada 1998 roku Wojewódzki Szpital Zespolony uzyskał status samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Jego organem założycielskim od 1 stycznia 1998 roku jest samorząd województwa śląskiego. Pierwszym dyrektorem szpitala był dr Tomir Gajewski.

Następnymi byli :

-dr Leszek Janicki,

-dr Rajmund Rozpędek,

-dr Jaromir Kalicki,

-dr Jerzy Przudzik,

-dr Zdzisław Pawiak,

-dr Marian Marchewka,

-dr Janusz Adamkiewicz. Od sierpnia 2007 roku funkcję tę pełni dr Andrzej Kubat.

4.9. Powstanie Zespołu Opieki Zdrowotnej dla miasta Częstochowy i Terenowego Zespołu Opieki Zdrowotnej

W 1973 roku połączono Wydziały Zdrowia Urzędów Miejskiego i Powiatowego w jedną organizacyjną jednostkę celem utworzenia Zespołu Opieki Zdrowotnej dla miasta Częstochowy i Terenowego Zespołu Opieki Zdrowotnej (w oparciu o szpital w Blachowni). Powołano również Zespół obejmujący Przemysłową Służbę Zdrowia, w którym Szpital Hutniczy odgrywał wiodącą rolę.

Zespołowi Opieki Zdrowotnej dla miasta Częstochowy przyporządkowano cztery szpitale, tj.:

- im. prof. Witolda Orłowskiego,
- im. dr Ludwika Rydygiera,
- im. dr Władysława Biegańskiego,
- im. dr Tytusa Chałubińskiego.

Pierwszym dyrektorem ZOZ dla miasta Częstochowy został dr Rajmund Rozpędek, a szpitalem wiodącym dla tegoż ZOZ- u był szpital im. prof. Witolda Orłowskiego.

Zgodnie z przyjętymi założeniami, każdy ze szpitali wchodzących w skład tego ZOZ- u miał zapewnić opiekę medyczną mieszkańcom dzielnic, które im zostały przyporządkowane, oczywiście przy wzajemnej korelacji zakresu wykonywanych funkcji i wzajemnym uzupełnianiu się, co w efekcie miało poprawić organizację częstochowskiej ochrony zdrowia w zakresie leczenia stacjonarnego, jak również pozytywnie wpłynąć na ich sytuację finansową.

Z początkiem 1976 roku z ZOZ- u dla miasta Częstochowy wyłączono szpital na Tysiącleciu, który stał się szpitalem wojewódzkim.

W roku 1986 nastąpiła zasadnicza zmiana w organizacji służby zdrowia na podstawie zarządzenia wojewody z dnia 7.11.1985 roku.

W ramach tej reorganizacji zlikwidowano Zespół Opieki Zdrowotnej dla miasta Częstochowy oraz Terenowy Zespół Opieki Zdrowotnej.

4.10. Utworzenie Zespołu Opieki Zdrowotnej na bazie lecznictwa stacjonarnego

W miejsce zlikwidowanych zespołów utworzono na bazie czterech szpitali 4 odrębne Zespoły Opieki Zdrowotnej.

W nowej strukturze organizacyjnej opieką zdrowotną nad mieszkańcami sprawowały:

- ZOZ nr 1 – na bazie szpitala im dr L. Rydygiera,
- ZOZ nr 2 – na bazie szpitala im dr W. Biegańskiego,
- ZOZ nr 3 – na bazie szpitala im. dr T. Chałubińskiego,
- ZOZ Blachownia na bazie szpitala im. dr R. Weigla w Blachowni,
- Wojewódzki Szpital Zespolony im. prof. W. Orłowskiego,
- Przemysłowy Zespół Opieki Zdrowotnej na bazie Szpitala Hutniczego,
- Wojewódzka Stacja Pomocy Doraźnej w Częstochowie.

W roku 1985 rozpoczęto budowę Szpitala Zakaźnego, a jego termin oddania w użytkowanie przewidziano na koniec 1989 roku. Jak wiadomo, szpital ten nigdy nie powstał, a w chwili obecnej w budynkach przy ul. J. Dąbrowskiego znajduje się Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

W skład ZOZ- u nr 1 oprócz szpitala na Zawodziu wchodziło 11 przychodni na terenie miasta oraz 4 ośrodki zdrowia w gminach powiatu częstochowskiego.

Zespół Opieki Zdrowotnej nr 2 oprócz szpitala im. dr W. Biegańskiego składał się z 5 przychodni rejonowych na terenie Częstochowy i 4 ośrodków zdrowia w gminach powiatu częstochowskiego.

Z kolei ZOZ nr 3 oprócz szpitala przy ul. Bony posiadał 7 przychodni na terenie Częstochowy oraz 13 ośrodków zdrowia w powiecie częstochowskim.

Łącznie trzy zespoły świadczyły usługi zdrowotne dla prawie 330.000 mieszkańców Częstochowy i okolicznych gmin.

Najwięcej (bo 40%) przypadało na ZOZ nr 1, następnie na ZOZ nr 3 (34%) i ZOZ nr 2 (26%).

Jeżeli chodzi o mieszkańców samej Częstochowy, to ZOZ nr 1 świadczył usługi zapobiegawczo – lecznicze dla 47% mieszkańców, ZOZ nr 3 dla 27%, a ZOZ nr 2 dla 26%.

W tamtym okresie (dokładnie w 1998 roku) *szpital im. dr L. Rydygiera* miał następujące oddziały:

- Wewnętrzny – 40 łóżek,
- Chirurgiczny – 62 łóżka,
- Urazowo – ortopedyczny – 50 łóżek,
- Chirurgii dziecięcej – 46 łóżek,
- Laryngologiczny – 38 łóżek,
- Urologiczny – 50 łóżek,
- Intensywnej opieki medycznej – 7 łóżek.

Łącznie 293 łóżka.

Szpital im. dr W. Biegańskiego posiadał 259 łóżek w następujących oddziałach:

- Internistyczny – 58 łóżek,
- Chirurgii ogólnej – 40 łóżek,
- Chirurgii urazowo – ortopedycznej – 53 łóżka,
- Neurologiczny – 39 łóżek,
- Ginekologiczno – położniczy – 69 łóżek.

Szpital im. dr T. Chałubińskiego posiadał 319 łóżek w następujących oddziałach:

- Internistyczny – 76 łóżek,
- Dziecięcy – 60 łóżek,
- Dermatologiczny – 62 łóżka,
- Chorób płuc – 61 łóżek,
- Chorób płuc w Pławnie – 60 łóżek.

4.11. Zespół Lecznictwa Ambulatoryjnego

Uchwałą Nr 433 /LV/ 98 Rady Miasta Częstochowy z dnia 18 maja 1998 roku doszło do reorganizacji i zmiany nazwy Zespołu Opieki Zdrowotnej Nr 2 i Zespołu Opieki Zdrowotnej Nr 3 oraz utworzenia Zespołu Lecznictwa Ambulatoryjnego.

Dokonano wyłączenia ze struktur ZOZ- u Nr 2 i 3 przychodni: rejonowych, medycyny szkolnej, specjalistycznych oraz gminnych i wiejskich ośrodków zdrowia i utworzenia na tej bazie publicznego zakładu opieki zdrowotnej pod nazwą Zespołu Lecznictwa Ambulatoryjnego (ZLA) z siedzibą przy ul. Ks. Kubiny 15/21 w Częstochowie.

Obszarem działania ZLA były następujące dzielnice z terenu miasta: Trzech Wieszcz, Dźbów, Stradom, Wrzosowiak, Ostatni Grosz, Raków Zachód, Śródmieście, Podjasnogórska, Lisiniec, Gnaszyn – Kawodrza, Grabówka, Zachodnia część Tysiąclecia, Częstochowa – Parkitka oraz gminy: Janów, Olsztyn, Mstów, Rędziny, Mykanów, Kłomnice, Kruszyna, Żytno.

Łącznie na terenie miasta w skład ZLA wchodziło 17 przychodni, 8 gminnych ośrodków zdrowia i 9 wiejskich ośrodków zdrowia.

Przeprowadzono zmiany nazwy Zespołu Opieki Zdrowotnej Nr 2 i Zespołu Opieki Zdrowotnej Nr 3 w ten sposób, że *ZOZ Nr 2 otrzymał nazwę Miejski Szpital im. dr W. Biegańskiego, a ZOZ Nr 3 otrzymał nazwę Miejski Szpital im. dr T. Chałubińskiego.*

Reorganizacja ta miała zostać przeprowadzona do dnia 31 grudnia 1998 roku.

Dalej funkcjonował Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1, który został rozwiązany 30 czerwca 1999 roku uchwałą Rady Miasta Częstochowy z dnia 1 marca 1999 roku. Dokonano wyłączenia ze struktur ZOZ- u Nr 1 siedmiu przychodni miejskich (przejęte przez ZLA) oraz pięciu przychodni na terenie gmin powiatu częstochowskiego (przejęte przez miejscowe samorządy).

Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1 przyjął nazwę Miejski Szpital im. dr L. Rydygiera z siedzibą przy ul. Mirowskiej 15.

Dlaczego zostały rozwiązane Zespoły Opieki Zdrowotnej?

Ministerstwo Zdrowia w tamtym okresie doszło do wniosku, że struktury organizacyjne w formie zespołów opieki zdrowotnej utrudniają sprawne zarządzanie i funkcjonowanie służby zdrowia.

Stwierdzono, że pierwszą i najważniejszą rolę w systemie opieki zdrowotnej powinna spełniać podstawowa opieka zdrowotna. Natomiast dotychczasowa forma organizacyjna powodowała, że lecznictwo szpitalne stało się pierwszym ogniwem w systemie leczenia, a rola podstawowej opieki zdrowotnej straciła na ważności. Uznano, że wobec ogólnego niedostatku środków finansowych, na każdym szczeblu dysponentów środków publicznych, zaznaczają się preferencje dla szpitali kosztem leczenia otwartego, ambulatoryjnego.

Z tego też powodu najbardziej zasadnym i właściwym wydawało się oddzielenie leczenia otwartego od zamkniętego – szpitalnego.

Dalej obowiązywała zasada rejonizacji świadczeń zdrowotnych dla pacjentów.

Bardzo ważną uchwałą podjęła Rada Miasta Częstochowy w dniu 16 czerwca 1998 roku, a mianowicie – przygotowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej (działających w formie jednostek budżetowych) do przekształcenia w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Działania te były zgodne z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia i Wojewody Częstochowskiego, w których polecono usamodzielniającym się zakładom opieki zdrowotnej opracować programy naprawcze.

Najważniejszym było przygotowanie planów rzeczowo – finansowych w oparciu o programy strategiczne i operacyjne.

Plan strategiczny winien wskazywać cele i kierunki działań, natomiast plan operacyjny zadania i metody realizacji, a także harmonogram działań w oparciu o zasoby jednostki.

Stwierdzono, że każdy samodzielny publiczny zakład ma osobowość prawną, a jego rachunkowość powinna rzetelnie przedstawiać sytuację majątkową i finansową zakładu.

Za rentowność jednostki i wynik finansowy bezpośrednią odpowiedzialność ponosi dyrektor zakładu. Zgodnie z ustawą każda jednostka miała sporządzać sprawozdanie finansowe, czego nie musiały robić wcześniej szpitale będące jednostkami budżetowymi.

Działania te miały wymusić na dyrektorach należytą dbałość o kondycję finansową podległej jednostki, ze szczególnym uwzględnieniem rachunku kosztów przy realizacji procedur medycznych.

Kolejną zmianą reorganizacyjną dotyczącą leczenia otwartego była uchwała Rady Miasta Częstochowy z dnia 20 marca 2000 roku, w której stwierdzono, że na bazie wydzielonych jednostek organizacyjnych Zespołu Lecznictwa Ambulatoryjnego zostaną utworzone samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

W ten sposób doszło do pełnego usamodzielniania się przychodni w sensie organizacyjnym i finansowym.

Organem założycielskim dla tych przychodni stała się Rada Miasta Częstochowy. W uchwale wyznaczono termin zakończenia procesu reorganizacyjnego Zespołu Lecznictwa Ambulatoryjnego do dnia 31 grudnia 2000 roku.

Wracając do lecznictwa zamkniętego, na początku 2000 roku, *na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w porozumieniu z Urzędami Marszałkowskimi opracowano programy naprawcze dla poszczególnych województw.*

Jak takie programy tworzone?

1. W województwach powstały regionalne grupy wsparcia, którymi były firmy konsultingowe wyłonione w przetargu przez Ministerstwo Zdrowia.
2. Firma konsultingowa zbierała informacje o systemie służby zdrowia w danym województwie. Przeprowadzono własne ankiety wśród pacjentów.
3. Regionalna Grupa Wsparcia analizowała dane i przygotowywała projekt Regionalnego Programu Restrukturyzacyjnego.
4. Powołano Regionalne Komitety Sterujące, w skład których wchodził przedstawiciel sejmiku, powiatów, gmin, związków zawodowych, kasy chorych, wojewody. Regionalny Komitet Sterujący zatwierdzał projekt programu przygotowany przez Regionalną Grupę Wsparcia. Organizował go Zarząd Województwa. RKS musiał uwzględnić zmiany wniesione przez Zarząd.
5. Marszałek województwa prowadził negocjacje z samorządami w sprawie zaakceptowania wersji Regionalnego Programu Restrukturyzacji.
6. Program zatwierdzony przez samorząd trafiał do Ministerstwa Zdrowia.
7. Wojewoda przysyłał do Ministerstwa Zdrowia swoją opinię na temat programu.
8. Zespół ekspertów w Ministerstwie Zdrowia analizował i oceniał nadesłany program. Zajmował się tym Krajowy Komitet Sterujący. Proponował on, ile pieniędzy dać na konkretny pakiet programu.
9. Minister Zdrowia podejmował decyzję o przyznaniu pieniędzy i przysyłaniu informacji do Regionalnych Komitetów Sterujących.
10. Po ostatecznym zaakceptowaniu przyznanych kwot na poszczególne pakiety programu Minister Zdrowia przysyłał do Ministra Finansów wnioski o zwiększenie budżetu poszczególnych wojewódów z przeznaczeniem dla samorządów terytorialnych będących organami założycielskimi jednostek służby zdrowia.

Opracowanie programu restrukturyzacyjnego dla województwa śląskiego zlecono gdyńskiemu Konsorcjum Doradca/Nexux. Pracownicy Konsorcjum na podstawie dokonanych analiz wysnuli wnioski, że z 33 tys. łóżek w szpitalach województwa śląskiego niewykorzystanych jest prawie 5 tys. Dlatego zaproponowali, żeby zlikwidować 12 ze 123 śląskich szpitali.

W Częstochowie wskazano aż 2 szpitale: im. dr Ludwika Rydygiera na Zawodziu i im. dr Władysława Biegańskiego przy ul. Mickiewicza. Razem w obydwu szpitalach było 489 łóżek, a zatrudnionych prawie 900 osób. Autorzy propozycji brali pod uwagę tzw. obłożenie łóżek, sytuację finansową oraz strukturę oddziałów, tzn. badano na ile dublują się w sąsiednich szpitalach. Brano też pod uwagę stan techniczny budynków.

W przypadku Częstochowy proponowano pozostawić dwa silne szpitale, tj.: Parkitkę i Tysiąclecie.

Pozostałyby jeszcze trzy mniejsze, typowo specjalistyczne, tj.: szpital przy ul. Bony z oddziałami dermatologicznym i chorób płuc; Hutniczy – z oddziałem wewnętrznym oraz szpital w Blachowni.

W tym ostatnim proponowano zlikwidować położnictwo, ginekologię i oddział noworodków, a pozostawić ortopedię i chirurgię.

Z taką propozycją nie zgodziły się władze miasta, które stwierdziły, że nie chcą likwidować tych placówek, a raczej zmniejszyć liczbę łóżek tzw. ostrych, jednocześnie zwiększając liczbę łóżek opieki długoterminowej.

Wyrażono również opinię związaną z chęcią przejęcia Szpitala na Tysiącleciu będącego w gestii władz samorządowych województwa.

Rada Miasta Częstochowy w dniu 21 sierpnia 2000 roku przedstawiła swoje stanowisko w tej kwestii stwierdzając, że na terenie miasta Częstochowy placówką, która mogłaby uzupełnić bazę leczenia zamkniętego o drugi stopień referencyjności jest Wojewódzki Szpital Zespolony przy ul. PCK 1.

Rada Miasta potwierdziła, że restrukturyzacja szpitalnictwa na terenie miasta Częstochowy, wymuszona nadmiarem łóżek ostrych w poszczególnych oddziałach leczenia szpitalnego jest możliwa tylko przy uwzględnieniu i przyjęciu przez samorząd częstochowski Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego.

Jednocześnie Rada Miasta nie wyraziła zgody na przejęcie placówki ze zobowiązaniami.

Mimo wszystko propozycja firmy Nexus doprowadziła do przyspieszenia prac związanych z reorganizacją leczenia stacjonarnego na terenie miasta Częstochowy.

4.12. Utworzenie Zespołu Szpitali Miejskich

Uchwałą z dnia 21 sierpnia 2000 roku Rada Miasta utworzono samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pod nazwą Zespół Szpitali Miejskich, w którego skład weszły jako jednostki organizacyjne: Miejski Szpital im. dr L. Rydygiera, Miejski Szpital im. dr W. Biegańskiego i Miejski Szpital im. dr T. Chałubińskiego z siedzibą dyrekcji przy ul. Mirowskiej 15.

Za datę graniczną utworzenia Zespołu Szpitali Miejskich uznano 31 grudnia 2000 roku.

Zespół Szpitali Miejskich miał udzielać stacjonarnych całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- Chorób wewnętrznych,
- Chirurgii ogólnej i onkologicznej,
- Chirurgii urazowo – ortopedycznej,
- Chirurgii dzieci,
- Neurologii,
- Urologii,
- Otolaryngologii,
- Gruźlicy i chorób płuc,
- Dermatologii i wenerologii,
- Pediatrii,
- Położnictwa i ginekologii,
- Noworodków i wcześniaków,
- Opieki długoterminowej,
- Rehabilitacji leczniczej,
- Intensywnej opieki medycznej,
- Usług w zakresie kompetencji lekarza rodzinnego,
- Ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- Podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie medycyny ogólnej i pediatrii.

Zespół Szpitali Miejskich rozpoczął funkcjonowanie z dniem 1 stycznia 2001 roku w trudnej sytuacji finansowej wynikającej z:

- przejęcia straty finansowej na dzień 31.12.2000 roku Miejskiego Szpitala im. dr W. Biegańskiego w kwocie 1.131.000 złotych,

- przejścia straty finansowej wykazanej na dzień 31.12.2000 roku w Miejskim Szpitalu im. dr T. Chałubińskiego w kwocie 468.000 złotych.

Jedynie Szpital im. dr L. Rydygiera wykazał zysk w wysokości 848.000 złotych.

Uzasadnienie dla łączenia trzech placówek w jeden organizm administracyjny ze strony władz miasta było następujące: dublowanie się oddziałów szpitalnych, niewykorzystanie łóżek, zadłużenie placówek, obniżenie kosztów administracyjnych oraz możliwość przeprofilowania oddziałów których brakuje na rynku usług medycznych, tj.: kardiologii, geriatrici, psychiatrii, opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej.

Ponadto łączenie dawało możliwość wyposażenia oddziałów w lepszy sprzęt medyczny oraz koncentrację kadry medycznej w oddziałach po ich przeprofilowaniu – w ten sposób zamiast np. dwóch słabo wyposażonych w sprzęt i kadrę oddziałów mógł powstać jeden, ale jakościowo lepszy, z korzyścią dla pacjentów.

Łączenie, według radnych miasta, dawało również szansę, aby być silnym partnerem w negocjacjach z kasą chorych.

Planowano, że szpitalne kuchnie, pralnie i warsztaty oraz inne służby nie związane bezpośrednio z lecnictwem oddzieli się jako samodzielne przedsiębiorstwa. Osoby przy tych pracach zatrudnione przestaną być pracownikami ochrony zdrowia.

Argumentem, który miał przekonać samorządy terytorialne do zaakceptowania propozycji Regionalnych Komitetów Sterujących miały być środki finansowe, jakie otrzymałyby szpitale za wdrażanie restrukturyzacji.

Postanowiono dawać je tym szpitalom, w których zwolnienia obejmowałyby 7 % załogi.

Na jedną osobę przypadałoby średnio 2 tys. złotych, zaś odprawa musiałaby być sześciomiesięczna.

Jeśli jakieś województwo nie zaakceptowałoby programu, to nie otrzymałoby w ogóle żadnych pieniędzy, zaś jeśli przyjąłoby go z zastrzeżeniami, to mogłoby dostać jedynie 70% kwoty planowanej.

Takie były argumenty za podjęciem decyzji o łączeniu 3 szpitali. Były też głosy sprzeciwu, szczególnie ze strony niektórych związków zawodowych, że może dojść do drastycznych zwolnień z pracy w niektórych grupach zawodowych, szczególnie wśród administracji i

pionu technicznego. Władze miasta uspokajały, że nie zamierzają likwidować, a jedynie przekształcać.

W efekcie od 1 stycznia 2001 roku dyrektorem Zespołu Szpitali Miejskich został dr Bernard Rajczyk (były zastępca dyrektora szpitala klinicznego Wojskowej Akademii Medycznej z Łodzi), a jego zastępcami: ds. medycznych dr Waldemar Tyrek (poprzednio dyrektor Szpitala im. dr L. Rydygiera), ds. ekonomicznych mgr Henryk Kromołowski (poprzednio w Szpitalu im. dr L. Rydygiera dyrektor ds. ekonomiczno – administracyjnych), ds. technicznych mgr inż. Marek Zielonka (poprzednio p.o. dyrektora Szpitala im. dr W. Biegańskiego), ds. administracyjnych mgr inż. Michał Grabałowski (poprzednio dyrektor Szpitala im. dr T. Chałubinskiego). Kolejnymi dyrektorami szpitala byli:

Michał Grabałowski, Tomasz Grottel (zmienił nazwę Zespołu Szpitali Miejskich na Miejski Szpital Zespolony, w którego skład dalej wchodziły wcześniej trzy wymienione szpitale), Grzegorz Sztolcman, Małgorzata Baran (tylko przez okres kilku miesięcy), Jerzy Szubstarski (przez 4 miesiące) i od połowy września 2007 roku do lutego 2008 roku Marcin Pakulski. Na okres kilku miesięcy (do momentu przekształcenia Szpitala w spółkę prawa handlowego) pełnienie obowiązków dyrektora otrzymała Małgorzata Witkowska- pracownik Wydziału Zdrowia częstochowskiego magistratu.

Od momentu utworzenia Zespołu Szpitali Miejskich funkcję dyrektora piastowało aż 8 osób, co na pewno nie przyczyniało się do stabilizacji organizacyjnej placówki, wywołując zrozumiałe w takich sytuacjach niezadowolenie ze strony pracowników Szpitali.

4.13. Wojewódzki Szpital im. Najświętszej Maryi Panny

Pomysł budowy nowego szpitala w dzielnicy „Parkitka” narodził się już pod koniec lat dwudziestych XX wieku.

Z przyczyn, o których wspomniałem wcześniej, nie został zrealizowany.

Ponownie do zamysłu budowy szpitala powrócono w 1975 roku, kiedy to w wyniku reformy administracji państwowej Częstochowa stała się stolicą nowego województwa.

Od momentu zrodzenia się pomysłu i ostatecznej decyzji budowy, jaka zapadła po czterech latach, inwestycja ta stała się najbardziej prestiżowa i cieszyła się dużym zainteresowaniem mieszkańców całego regionu.

Trudno się dziwić, biorąc pod uwagę kłopoty nękającą częstochowską służbę zdrowia, a przede wszystkim ciągły brak łóżek w oddziałach specjalistycznych.

W 1981 roku zniwelowano teren pod przyszły szpital, a w 1982 roku rozpoczęto pierwsze prace. Realizacja budowy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, jak i jego program użytkowy przechodziły wiele ewolucji. Były okresy ożywienia i stagnacji.

W celu uniknięcia zupełnego wstrzymania budowy, w 1990 roku powołano Społeczną Radę Budowy Szpitala, której członkami oprócz władz wojewódzkich byli dyrektorzy przedsiębiorstw kooperujących z głównym wykonawcą budowy Szpitala, czyli Częstochowskim Przedsiębiorstwem Budownictwa Przemysłowego.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny został powołany przez Wojewodę Częstochowskiego jako jednostka organizacyjna w styczniu 1988 roku.

Również Wojewoda Częstochowski zatwierdził „Program Użytkowy Szpitala” – zawierający wykaz oddziałów, które winny w Szpitalu funkcjonować. Program ten był dostosowany do aktualnych potrzeb zdrowotnych mieszkańców regionu częstochowskiego.

Zdecydowano o lokalizacji w Szpitalu oddziałów nieobecnych dotychczas w ówczesnym województwie, tj.: Neurochirurgii, Kardiologii, Schorzeń Metabolicznych, Szybkiej Diagnostyki Chorób Płuc, Chirurgii Naczyń oraz oddziałów wspomagających inne szpitale, w których odczuwało się niedobór łóżek, a to: Neurologia, Chirurgia Urazowa, Intensywna Terapia dla dorosłych i dzieci, Ośrodek Dializ, jak również oddziałów, które przeniesiono ze względu na złe warunki lokalowe z innych szpitali, jak np. Położnictwo i Ginekologia, Okulistyka, Onkologia.

Pierwszym dyrektorem Szpitala był dr hab. Piotr Korzekwa.

W październiku 1988 roku przeprowadzono konkurs na stanowiska pierwszych ordynatorów w Szpitalu. Zostali nimi: dr hab. Piotr Korzekwa w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyń i dr Jan Żelechowski w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

W tym samym czasie, tj. w 1988 roku rozpoczęły pracę pierwsze poradnie przyszpitalne.

Były to poradnie: Okulistyczna, Kardiologiczna, Chorób Tarczycy.

Drugim dyrektorem Szpitala, w wyniku konkursu w dniu 17 grudnia 1990 roku został dr Zbigniew Świderek.

W roku 1990 Szpital liczył 235 pracowników, w tym 31 lekarzy.

W 1990 roku rozpoczęto przeprowadzanie konkursów na stanowiska ordynatorów następujących oddziałów:

- położnictwa i ginekologii (ordynator dr Marek Kruk),
- reumatologii (ordynator dr Roman Zajdel),
- kardiologii (ordynator dr Piotr Kardaszewicz),
- chorób wewnętrznych (ordynator dr Zofia Jamrozik – Kruk),
- ortopedii i chirurgii urazowej (ordynator dr hab. Janusz Kubacki),
- neurologii (ordynator dr Maciej Jackowski).

ROK 1991

- w kwietniu tego roku odbył się konkurs na stanowisko ordynatora oddziału noworodkowego (został nim dr Janusz Kulczyński),
- w październiku na stanowisko ordynatora oddziału szybkiej diagnostyki chorób płuc (została nim dr Wanda Terlecka),
- w listopadzie rozstrzygnięto konkursy na ordynatorów oddziałów:
neurochirurgii – prof. dr hab. Zbigniew Polis,
chorób dziecięcych – dr Jerzy Dera.
- w czerwcu uruchomiono Zakład Anatomii Patologicznej – kier. dr Andrzej Bernaczyk

W listopadzie rozpoczął pracę 40 – łóżkowy oddział onkologii, przeniesiony ze Szpitala im. dr W. Biegańskiego. Ordynatorem pozostał nadal dr Ryszard Koźlik.

Pod koniec grudnia 1991 roku Wojewódzki Szpital Specjalistyczny zatrudniał już 590 osób, w tym 67 lekarzy i posiadał 302 łóżka.

Funkcjonowało już całe zaplecze obsługi, a jedynie problemy stwarzał brak pawilonu diagnostycznego, który uniemożliwiał zapewnienie pełnego procesu diagnostycznego.

ROK 1992

- w styczniu uruchomiono trakt operacyjny, składający się z sześciu sal operacyjnych,
- w marcu uruchomiono centralną sterylizatornię,
- w czerwcu rozpoczęła działalność pracownia diagnostyki obrazowej,
- w październiku uruchomiono 33 – łóżkowy Oddział Okulistyki przeniesiony ze Szpitala im. W. Biegańskiego. Ordynatorem był dr Stefan Miłkowski,
- w listopadzie uruchomiono pierwszą w ówczesnym województwie pracownię tomografii komputerowej,
- w grudniu stałe miejsce otrzymało laboratorium analiz lekarskich oraz badań bakteriologicznych. Kierownikiem została mgr Teresa Wieczorek – Przybyłek.

W końcu 1992 roku Szpital liczył 334 łóżka, zatrudniał 610 osób, w tym 72 lekarzy.

ROK 1993

- lipcu przeprowadzono konkurs na stanowisko ordynatora Ośrodka Dializoterapii. Został nim dr Michał Szurkowski,
- we wrześniu przeprowadzono pierwszą w Częstochowie operację wszczepienia rozrusznika serca i wykonano pierwszą koronarografię.

ROK 1997

- uruchomiono Oddział Intensywnej Opieki Medycznej dla Dzieci (ordynator dr Marian Halkiewicz),
- we wrześniu rozpoczął pracę Oddział Schorzeń Piersi (ordynator dr Jarosław Krzemiński).

ROK 1998

- otwarcie Oddziału Patologii Noworodka (ordynator dr Grzegorz Zieliński),
- rozpoczyna działalność Oddział Leczenia Urazów Wielonarządowych (ordynator dr Sławomir Strzelczyk),
- uruchomiono pracę jedyne w regionie rezonansu magnetycznego.

ROK 2002

- w kwietniu uruchomiono Oddział Rehabilitacji (ordynator dr Jacek Serwan).

ROK 2005

- w lutym zostaje uruchomiony Szpitalny Oddział Ratunkowy (ordynator dr Piotr Stryjewski),
- w sierpniu zostaje otwarta Pracownia Hemodynamiki, a tym samym powstaje Częstochowskie Centrum Kardiologiczne.

ROK 2006

- we wrześniu powstaje Bank Krwi, najpierw działający w ramach Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej, a następnie jako samodzielna jednostka organizacyjna,
- w grudniu zostaje oddany do użytku Zakład Radioterapii. Powstaje Częstochowskie Centrum Onkologii w skład którego wchodzi: oddział onkologii, oddział chirurgii onkologicznej z pododdziałem chorób piersi, zakład radioterapii, poradnia onkologii, poradnia chirurgii onkologicznej, poradnia chorób piersi, poradnia radioterapii, pracownia tomografii komputerowej.

W lipcu 2001 roku, trzecim dyrektorem Szpitala zostaje mgr Grażyna Drewniak, pełniąc swoją funkcję do listopada 2003 roku.

Od grudnia 2003 roku do końca kwietnia 2007 roku dyrektorem Szpitala jest mgr Henryk Kromołowski.

Od maja 2007 roku do maja 2008 roku dyrektorem Szpitala był dr Zbigniew Strzelczak.

Obowiązki dyrektora Szpitala do czasu powołania nowego dyrektora w wyniku konkursu pełni lek. med. Kazimierz Pankiewicz (dotychczasowy z-ca dyrektora ds. medycznych).

Wielkim wydarzeniem w życiu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego było nadanie w dniu 8 grudnia 1993 roku imienia Najświętszej Maryi Panny. Przez to wydarzenie Szpital stał się kontynuatorem istniejącego przez ponad 100 lat w Częstochowie Szpitala o tym imieniu, którym kierował wielki lekarz, społecznik i filozof doktor Władysław Biegański.

Obecnie Szpital posiada 20 oddziałów, 30 poradni, 5 zakładów diagnostycznych. Posiada 656 łóżek, zatrudnia 1 163 osoby.

ROZDZIAŁ V

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE OD 1918 ROKU DO CZASU ZAKOŃCZENIA TRANSFORMACJI USTROJOWEJ PAŃSTWA. LATA DZIEWIĘCDZIESIĄTE XX WIEKU

5.1. Opieka zdrowotna w latach 1918 - 1945

Sprawy związane z ochroną zdrowia społeczeństwa niepodległego Państwa Polskiego, były jednymi z najważniejszych obszarów, którymi rozpoczął działanie rząd Jędrzeja Moraczewskiego.

W styczniu 1919 roku wydano dekret o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, co miało być wyrazem troski państwa o zdrowie obywateli⁶². Sytuacja społeczna, gospodarcza i zdrowotna mieszkańców ziem polskich była krytyczna. Widoczne były skutki zaniedbań okresu niewoli i zniszczeń spowodowanych przez I wojnę światową. Kraj ogarnięty był epidemiami chorób zakaźnych, a olbrzymie zniszczenia wojenne nadal pogłębiały się w wyniku trwającej jeszcze wojny polsko-bolszewickiej. Na obraz służby zdrowia w ówczesnej Polsce składała się niska sieć placówek medycznych, nieliczna kadra fachowych pracowników, skromne szkolnictwo medyczne (wyższe, a zwłaszcza średnie), powszechne niedożywienie, anty-sanitarne warunki bytowania, brak leków i środków dezynfekcyjnych.

Wszystko to stwarzało bardzo ograniczone możliwości działania w stosunku do ogromnych potrzeb. Reakcją władz państwowych na tak złożoną sytuację zdrowotną kraju było wprowadzenie ubezpieczenia zdrowotnego i Kas Chorych, co uregulowała ustawa z 19 maja 1920 roku⁶³.

Całkowicie od podstaw Kasy Chorych tworzone w byłym zaborze rosyjskim (a więc i w Warszawie). Na pozostałym terytorium państwa Kasy Chorych już istniały, więc budowa polskiego systemu kas polegała tam na reorganizacji istniejącej struktury. Pewną odrębność zachowały jednak Kasy Chorych istniejące na obszarze przyłączonej do Polski części Górnego Śląska. Te kasy funkcjonowały nadal na podstawie przepisów niemieckich jeszcze

⁶² Dziennik Praw Państwa Polskiego Nr 9 z 29 stycznia 1919 r., poz. 122.

⁶³ Dz.U. RP. nr 44, poz. 272.

sprzed I wojny światowej. Ubezpieczenia te dotyczyły głównie robotników przemysłowych i pracowników administracji państwowej i do 1938 roku zdolano objąć nimi blisko 20% ludności.

Jak wynika z części IV Ustawy z 1920 roku „o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby” ubezpieczeni mieli prawo do:

1. w razie choroby:
 - do bezpłatnej pomocy lekarskiej oraz zasiłku pieniężnego;
2. w razie połogu:
 - do bezpłatnej pomocy lekarskiej i położniczej, zasiłku połogowego oraz zasiłku dla matek karmiących;
3. w razie śmierci:
 - do zasiłku na koszty pogrzebu.

W przypadku osób ubezpieczonych, bezpłatna pomoc lekarska rozpoczynała się od pierwszego dnia choroby i o ile wcześniej choroba się nie skończyła, przysługiwała do 39 tygodnia choroby. Pomoc ta obejmowała również dostarczenie lekarstw, środków leczniczych, służących do przywrócenia zdrowia i zdolności zarobkowania.

Zamiast świadczeń w chorobie, bezpłatnej pomocy lekarskiej oraz zasiłków pieniężnych, chory, jeżeli wyraził na to zgodę, mógł być leczony w warunkach szpitalnych. Pobyt ubezpieczonego w szpitalu obejmował także jego utrzymanie. Jednakże taki wybór był pełen niebezpieczeństw. Podczas leczenia w domu chory często zarażał całą swoją rodzinę, jednak mógł liczyć na wizyty domowe personelu medycznego.

W szpitalu ubezpieczony był pod opieką lekarską przez całą dobę, jednak należy wiedzieć, iż sale w szpitalach były 10-15 osobowe, a zdarzało się nieraz, iż chorzy leżeli nie dość, że na korytarzach, to nawet we dwóch na jednym łóżku.

Ustawa z 19 maja 1920 roku przewidywała jednolity system Kas Chorych oparty na zasadzie terytorialnej. Kasy Chorych miały powstać w każdym powiecie po jednej. W miastach powyżej 50 000 mieszkańców ustawa dopuszczała tworzenie odrębnych kas miejskich⁶⁴.

Kasy Chorych były instytucją samorządową, posiadającą osobowość prawną. Jej zadaniem była opieka lekarska nad chorymi, a co za tym idzie zdolność do pracy ubezpieczonych. W celu zapewnienia opieki lekarskiej swoim członkom Kasy zatrudniały pracowników medycznych (lekarzy, felczerów, akuszerki, farmaceutów). Mogły i tworzyły

⁶⁴ R. Michalska-Badziak, *Status prawny Kas Chorych. Zagadnienia wybrane*, [w:] Prawo i medycyna Nr 3, ABACUS Biuro Promocji Medycznej Sp. z o.o., Warszawa 1999, s. 159.

własne zakłady lecznicze (szpitale, ambulatoria, sanatoria, apteki). Do dziś w wielu dawnych budynkach Kas Chorych mieszczą się przychodnie lekarskie lub szpitale. Do 1931 roku istniały łącznie 243 Kasy Chorych. Były to Kasy różnego rodzaju (gminne, fabryczne, powszechne, cechowe, budowlane, stowarzyszeniowe). Różnorodność Kas spowodowała, iż były one małe. Stwarzało to duże trudności w utrzymaniu leczenia na odpowiednim poziomie. W Poznaniu np. istniała Kasa licząca 27 członków. W byłej Galicji przeciętnie liczba członków w kasach wszystkich typów w roku 1911 wynosiła 959 osób⁶⁵. Te drobne Kasy Chorych nie były w stanie dać ubezpieczonym takich świadczeń na jakie mogły sobie pozwolić kasy średnie i duże.

Dawna organizacja Kas Chorych oparta na ustawie z 19 maja 1920 r. została na podstawie dziesięcioletnich doświadczeń gruntownie zmieniona w 1931 roku⁶⁶.

Scalono dotychczas istniejące Kasy Chorych i zamiast 243 powiatowych Kas Chorych utworzono 61 Kas Okręgowych. Kasy miały przy tym ustawowo zagwarantowaną niezależność od administracji państwowej. I tak jak gminy, czy powiaty, tak samo kasy chorych posiadały ustrój samorządowy. Były zarządzane przez samych zainteresowanych, tzn. przez pracowników i pracodawców, którzy w przeprowadzanych co 3 lata powszechnych wyborach wybierali swoich przedstawicieli do rady kasy. Rady Kasy, w której 2/3 miejsc mieli zapewnione przedstawiciele pracowników, a resztę przedstawiciele pracodawców, podejmowała najważniejsze decyzje dotyczące funkcjonowania kasy, w tym również powoływała organy bezpośrednio zarządzające kasą oraz organy rozstrzygające spory między członkami a kasą.

Na początku lat trzydziestych drastycznie ograniczono samorządność Kas Chorych. Powszechną praktyką stało się rozwiązywanie rad, których funkcje przejmowali komisarze mianowani przez władze państwowe.

Kasy Chorych organizując opiekę lekarską dla ubezpieczonych i członków ich rodzin, tworzyły w tym celu zakłady specjalne, których były właścicielami. W roku 1924 na terenie całej Polski Kasy posiadały:

- ambulatoriów- 312 (z czego 689 gabinetów lekarskich),
- szpitali- 55 (łóżek- 5.780),
- zakładów położniczych- 1 (25 łóżek),

⁶⁵ *Przewodnik po pierwszej wystawie Kas Chorych w Polsce w Warszawie od 12-20 lipca 1925 r.*, Warszawa 1925, s. 18.

⁶⁶ Dz. U. RP. Nr 94, poz. 724.

- sanatoriów- 7 (309 łóżek),
- uzdrowisk- 14,
- domów odpoczynku- 14 (62 łóżka),
- gabinetów roentgena- 39.

Działalność Kas Chorych była poddawana szerokiej krytyce. Zarzucano im nie wypełnianie nałożonych nań zadań ustawowych. Także pogarszająca się sytuacja ekonomiczna kraju była poważnym zagrożeniem dla ich egzystencji. Uznano, że najlepszym sposobem zabezpieczenia się przed kryzysem będzie przekształcenie Kas w silne jednostki organizacyjne. Było to podstawą do scalenia istniejących Kas i utworzenia Kas Okręgowych. Radykalne zmiany nastąpiły w 1933 roku, co znalazło wyraz w Ustawie z 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniach społecznych⁶⁷. *Kasy Chorych zostały zniesione, a w ich miejsce powołano Ubezpieczalnie Społeczne*. Na kilkadziesiąt lat instytucja ta została wyeliminowana z systemu ochrony zdrowia.

Ubezpieczalnie Społeczne miały przede wszystkim zapewniać opiekę lekarską i środki utrzymania ubezpieczonym, którzy ze względów zdrowotnych nie mogli przez pewien czas świadczyć pracy. W tym względzie przejęły więc rolę, którą przed nimi pełniły kasy chorych.

Dokonana na przełomie lat 1933-1934 likwidacja Kas Chorych, nie objęła jednak całego terytorium Polski. Na cieszącym się autonomią Górnym Śląsku nie utworzono ubezpieczalni, lecz pozostawiono Kasy Chorych funkcjonujące na podstawie przepisów niemieckich.

Według ustawy z 1933 roku Ubezpieczalnie Społeczne miały funkcjonować na zasadach podobnych do kas chorych. Podobny był zakres świadczeń udzielany ubezpieczonym i ich rodzinom. Pewne zmiany dotyczyły sfery organizacyjnej. W porównaniu do kas nieco zmniejszono niezależność ubezpieczalni oraz ograniczono niektóre dotychczasowe kompetencje organów samorządowych. Formalnie jednak respektowano zasady samorządności, niezależności i organizacyjnej odrębności ubezpieczalni. Najwyższą władzą ubezpieczalni miały być rady, w tym część ich członków miało pochodzić z nominacji władz państwowych.

W praktyce do końca okresu międzywojennego samorząd w Ubezpieczalniach Społecznych nie został wprowadzony. Regułą było, że funkcje rad ubezpieczalni sprawowali mianowani komisarze rządowi. Ubezpieczalnie podlegały bezpośredniemu nadzorowi państwowemu.

⁶⁷ Dz. U. RP. Nr 51, poz. 396.

Od 1935 roku nadzór ten sprawował utworzony wtedy *Zakład Ubezpieczeń Społecznych* - centralna instytucja ubezpieczeniowa, która przejęła zadania kilkunastu wcześniej istniejących regionalnych i centralnych instytucji ubezpieczeń społecznych.

W czasie II wojny światowej Ubezpieczalnie Społeczne istniejące na terenie Generalnej Guberni kontynuowały swoją działalność. Władze okupacyjne wprowadziły jednak wiele przepisów ograniczających uprawnienia ubezpieczonych. Formalnie ubezpieczalnie zachowywały swój status przedwojenny, z tym że władze okupacyjne wymieniły mianowanych przed wojną komisarzy rządowych na komisarzy niemieckich.

Działania wojenne w 1939 roku spowodowały olbrzymie straty w całym kraju, a także w skromnym stanie posiadania służby zdrowia. Decydujące znaczenie dla stanu ochrony zdrowia miała wyniszczająca Polskę polityka okupanta, który przejął dla swoich celów wiele obiektów służby zdrowia, przede wszystkim szpitale, zagarnął sprzęt medyczny oraz zapasy leków, a także mordował pracowników medycznych. Warunki polskiej ochrony zdrowia gwałtownie się pogorszyły, zmniejszyła się liczba łóżek szpitalnych pozostających do dyspozycji ludności, szpitale zostały pozbawione możliwości należytego odżywiania chorych; zaopatrzenie w leki i sprzęt medyczny nie było wystarczające, a także wszystkie inwestycje były wstrzymane. Ubezpieczeniowa sieć leczenia pozornie została utrzymana, ale świadczenia zostały radykalnie ograniczone.

Szpitale wykorzystywały wszystkie swoje możliwości, by świadczyć usługi, lekarze i inni pracownicy sieci leczenia ubezpieczeniowego przeciwstawiali się polityce okupanta chroniąc w miarę możliwości zdrowie społeczeństwa. Ta postawa w okresie najcięższej niewoli miała ogromne znaczenie dla rozwoju służby zdrowia w momencie wyzwolenia kraju.

5.2. System opieki zdrowotnej w okresie 1945 – 1989

Zmiana ustroju społecznego Polski po II wojnie światowej doprowadziła do przebudowy wielu dziedzin życia społecznego, a w szczególności do stworzenia nowej organizacji służby zdrowia, obejmującej swym zasięgiem najszerze masy społeczeństwa.

Po wyzwoleniu kraju w 1945 roku organizacja zakładów leczniczych napotykała na bardzo duże trudności, spowodowane olbrzymimi zniszczeniami wojennymi. Zniszczenia wojenne lat 1939 - 1945 były wyjątkowo duże. Majątek narodowy Polski w wyniku zniszczeń wojennych był mniejszy o 38% w porównaniu z 1939 r. (we Francji o 1,5%, w Wielkiej Brytanii o 0,8%).

Sytuacja lecznictwa w kraju tak zniszczonym działaniami wojennymi była również alarmująca. Do 1948 roku nadal dominującą formą świadczeń leczniczych były usługi lekarzy i felczerów wolnopraktykujących, a szpitale funkcjonowały na zasadach obowiązujących w 1939 roku. Po wojnie ubezpieczalnie wznowiły działanie w pełnym zakresie. Poza dawnymi ubezpieczalniami, które znalazły się w nowych granicach, utworzono nowe na byłych ziemiach niemieckich. W ubezpieczalnie społeczne przekształcono też ostatecznie Kasy Chorych, które funkcjonowały na Górnym Śląsku.

Co ciekawe, nowa władza zdecydowała się wprowadzić samorząd w Ubezpieczalniach Społecznych. Powołano tymczasowe rady ubezpieczalni. Bardzo szybko jednak władza ludowa najpierw ograniczyła reaktywowany samorząd, a potem go definitywnie zlikwidowała razem z ubezpieczalniami ustawą z 20 lipca 1950 roku o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. *Jej mocą powołano do życia nowy ZUS z oddziałami wojewódzkimi i obwodowymi. Oddziały obwodowe ZUS przejęły od ubezpieczalni zadania związane ze świadczeniami pieniężnymi.*

Z kolei opieka lekarska została wtedy wyodrębniona z ubezpieczeń społecznych i po krótkim okresie przejściowym zorganizowana w postaci państwowej służby zdrowia finansowanej z budżetu, a nie z ubezpieczenia. *System nakazowo-rozdzielczy w ochronie zdrowia trwał w zasadzie do 1952 roku, kiedy to państwo przejęło w pełni obowiązki organizowania opieki zdrowotnej w kraju.*

Proces wprowadzania do Polski tzw. *systemu Siemaszki* zapoczątkowano ustawą z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia (Dz. U. Nr 55, poz. 434, z 1950 r.).

Ustawą o radach narodowych z 1950 roku, sprawy zarządzania placówkami służby zdrowia przekazano w ręce terenowych organów władzy państwowej. Model centralnego planowania, przyjęty dla całości gospodarki, z pełną konsekwencją zastosowano w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Zakłady opieki zdrowotnej były finansowane centralnie z budżetu państwa. Składkami ubezpieczeniowymi obciążono jedynie podmiot zatrudniający. Wydatki na świadczenia ubezpieczeniowe włączone zostały w ogólny system finansowy państwa, co gwarantowało otrzymywanie świadczeń wszystkim uprawnionym, niezależnie od wysokości wpływów pochodzących ze składek.

Ochrona zdrowia i bezpłatny dostęp do niej dla obywateli polskich były zagwarantowane zapisem konstytucyjnym z 1952 roku, który mówił, że „obywatele Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej mają prawo do ochrony zdrowia oraz do pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy”⁶⁸.

Nie znaczy to jednak, że wszystkie grupy społeczne miały w istocie zapewnione bezpłatne świadczenia zdrowotne, bo np. rolnicy indywidualni i ich rodziny dopiero po reformach uzyskali prawo do bezpłatnego leczenia, co nastąpiło w 1972 roku.

Specyfika kulturowa i gospodarcza Polski (np. indywidualne rolnictwo) oraz kolejna „odwilż” polityczna zapoczątkowana przemianami 1956 r. spowodowały, że system Siemaszki nie został nigdy w pełni wprowadzony w naszym kraju. Przez cały okres PRL funkcjonowały w Polsce, obok tzw. społecznej służby zdrowia, spółdzielnie lekarskie oraz praktyka prywatna.

I tak np. zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza z października 1950 r. mogli oni wykonywać indywidualną praktykę prywatną pod warunkiem zatrudnienia w ustalonym wymiarze godzin w uspołecznionym zakładzie pracy.

Po 1956 roku wielu polskich lekarzy miało możliwość wyjazdu do krajów zachodnich na staże i stypendia, a to pozwoliło na wprowadzenie takich zmian w modelu Siemaszki, że

⁶⁸ Art. 60., pkt 1. Konstytucji z 22 lipca 1952 roku.

był on akceptowany przez społeczeństwo i funkcjonował na częściowo podobnych zasadach co system Beveridge'a w Wielkiej Brytanii.

Skonstruowano *polską odmianę systemu Siemaszki* zbliżoną do tej, jaką realizowały tzw. państwa opiekuńcze Europy Zachodniej. W tym okresie, a więc w latach 1945-1989 można mówić o trzech głównych sferach reform sektora opieki zdrowotnej.

Pierwszy pakiet reform miał na celu rozwinięcie bezpłatnej powszechnej opieki zdrowotnej.

W latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku zaczęły powstawać branżowe zakłady opieki zdrowotnej w miejscach pracy.

Jak już wspomniano, w 1972 roku ubezpieczenie rozszerzono na rolników. Niestety, nie zwiększono równocześnie nakładów na państwową służbę zdrowia, co pogorszyło jakość i dostępność oferowanych usług medycznych.

Drugi pakiet reform dotyczył świadczeń zdrowotnych. W 1972 roku utworzono zintegrowane zespoły opieki zdrowotnej, które składały się ze szpitala, przychodni, podstawowej specjalistycznej opieki zdrowotnej, jak również częściowo i opieki społecznej. Należy pamiętać, że opieka świadczona przez ZOZ zapewniała opiekę podstawową i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz zasadniczą opiekę szpitalną, podczas gdy opieka drugiego stopnia w przychodniach i szpitalach specjalistycznych była zapewniana na szczeblu wojewódzkim. Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej podlegały natomiast niektóre placówki zapewniające opiekę zdrowotną stopnia trzeciego.

Trzeci pakiet reform dotyczył decentralizacji administracji publicznej. Reformy sektora opieki zdrowotnej w latach osiemdziesiątych XX wieku były połączone z próbami zdecentralizowania struktury administracyjnej kraju przez wzmocnienie pozycji województw, a następnie gmin.

W 1983 roku uprawnienia Ministerstwa Zdrowia zostały ograniczone, zaś rozszerzono kompetencje polityczne i administracyjne województw i ZOZ-ów.

Główne cechy polskiej odmiany systemu Siemaszki, będące mieszaniną radzieckiego i brytyjskiego systemu ochrony zdrowia można określić następująco - *ochrona zdrowia w PRL była*⁶⁹:

- państwowa, tj., zarządzana przez struktury administracyjne państwa oraz finansowana przez budżet centralny, z możliwością udziału sektora spółdzielczego i prywatnego,
- społeczna, tj. działająca na rzecz zdrowia społeczeństwa jako całości i wykorzystująca metody i środki natury medycznej i socjalnej,
- powszechna, tj. zapewniająca całej ludności bezpłatny dostęp do świadczeń profilaktyczno- leczniczych,
- profilaktycznie ukierunkowana, tj. preferująca wczesne działanie zapobiegawcze przed naprawczymi,
- planowana, tj. kształtowana zgodnie z rozwojem społeczno- ekonomicznym, postępem naukowo- technicznym i rozwojem potrzeb zdrowotnych społeczeństwa,
- oparta na podstawach naukowych, tj. wykorzystująca postęp naukowy w działaniach poznawczych (gnozeologia zdrowia i choroby) i działalności praktycznej (prakseologia ochrony zdrowia).

Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w omawianym okresie było poddawane narastającej krytyce, tak ze strony pacjentów, jak również samych pracowników placówek ochrony zdrowia. Pacjenci narzekali na ograniczenia w dostępie do świadczeń i ich niską jakość, a pracownicy odczuwali brak satysfakcji z pracy wynikający z niewydolności organizacyjnej systemu i z niskich zarobków.

Tak więc już w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku wśród przyczyn uzasadniających konieczność reformy funkcjonującego w Polsce systemu ochrony zdrowia, za najważniejsze uznano⁷⁰:

- nadmierną centralizację decyzji i ich zbiurokratyzowanie,
- niedostateczne w stosunku do potrzeb finansowanie opieki zdrowotnej oraz pomijanie narzędzi ekonomicznych, w tym prostego rachunku kosztów, jako

⁶⁹ J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, Warszawa 2004, s. 163-164.

⁷⁰ tamże s. 164-165.

mechanizmów racjonalizacji działań medycznych i wykorzystywania istniejących w systemie rezerw,

- niedostateczne wykorzystywanie instrumentów motywacyjnych mogących pozytywnie oddziaływać na efektywność pracy personelu zatrudnionego w systemie,
- niedostatek wiedzy kierowniczej kadry zarządzającej w dziedzinie zdrowia publicznego, w szczególności w odniesieniu do tzw. zagadnień menedżerskich, tj. organizacji, zarządzania i ekonomiki systemu,
- niedostosowanie w praktyce struktur organizacyjnych systemu do lokalnych warunków i potrzeb,
- formalne traktowanie udziału społeczeństwa w procesie funkcjonowania systemu i w procesach kontroli nad pracą systemu,
- niedocenianie praw i obowiązków społeczeństwa oraz pacjentów do współdecydowania w sprawach związanych z ich zdrowiem.

Dopiero okres transformacji ustrojowej oraz prowadzone negocjacje podczas obrad Okrągłego Stołu w 1989 roku, dały podwaliny do poszukiwania nowych rozwiązań systemowych celem zreformowania niewydolnego systemu ochrony zdrowia.

5.3. System opieki zdrowotnej po roku 1989

Okres przemian ustrojowych w jaskrawy sposób uwidoczniał negatywne strony systemu w zakresie funkcjonowania publicznej służby zdrowia. Negatywne opinie dotyczyły głównie organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu. Szczególnej krytyce poddawano, co jeszcze bardziej ujawniło się w pierwszych latach transformacji, następujące inne wady systemu, tj.⁷¹:

- nadmierne i nieracjonalne inwestycje budowlane w ochronie zdrowia,
- brak koordynacji w polityce inwestycyjnej na poziomie kraju i regionu,
- nierównomierne rozmieszczenie zasobów ochrony zdrowia znacznie odbiegające od zapotrzebowania na opiekę zdrowotną na danym terenie,
- nieracjonalne i niekontrolowane zakupy sprzętu i materiałów medycznych przy nieprzestrzeganiu trybu zamówień publicznych,
- sposób finansowania struktury, od lat nastawionej na rozbudowę, zakupy sprzętu i wzrost zatrudnienia przy braku analizy efektywności kosztów,
- niska efektywność zarządzania,
- narastające zadłużenie ZOZ-ów,
- stale rosnące zadłużenie budżetu państwa z tytułu dopłat do leków refundowanych, nadużywanie uprawnień do bezpłatnych leków, słaba kontrola wystawianych recept,
- powiększająca się „szara strefa”, wymuszony udział pacjenta w finansowaniu leczenia,
- łamanie praw pacjenta, np. w zakresie nie respektowania prawa do wyrażania zgody na świadczenia medyczne.

Wobec takiej sytuacji i konieczności dokonania zmian w systemie ochrony zdrowia, w wielu środowiskach rozpoczęły się prace nad projektem jego zmiany. Głównie negowano rolę państwa na rzecz roli mechanizmów rynkowych w rozwiązywaniu problemów społeczno-ekonomicznych w ochronie zdrowie. Jednak największą bolączką w początkowym okresie wprowadzania zmian był brak „wizji” reformy, tj. docelowego kształtu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ilustracją tego problemu było przedstawienie na początku 1990 roku dwóch różnych projektów reformy ochrony zdrowia.

⁷¹ Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego przesłane do Marszałka Sejmu RP Macieja Płażyńskiego, Druk nr 2413, Warszawa, 17 XI 2000 r.

*Projekt pierwszy, zwany społecznym, przygotował zespół powołany w wyniku ustaleń Okrągłego Stołu*⁷².

*Drugi, zwany autorskim, został stworzony przez zespół ekspertów, działający jednak bez formalnego umocowania*⁷³.

W trakcie "okrągłostołowych" obrad mówiono o zagrożeniu „biologiczną katastrofą narodu”, o „tragicznym niedoinwestowaniu szpitali i przychodni”, o „lekceważącym stosunku władzy do spraw zdrowia społeczeństwa”. Krytykowano ZOZ- y jako przykłady zbędnego biurokratyzowania opieki zdrowotnej.

Najważniejszym dokumentem, jaki wypracowano podczas obrad Okrągłego Stołu było potwierdzenie konieczności „radikalnej reformy systemu”⁷⁴. Stwierdzono, że ochrona zdrowia ma być finansowana poprzez system ubezpieczeniowy, natomiast udział państwa powinien być uzupełnieniem tego finansowania. Powtórzono, za wcześniejszymi ekspertyzami, że kluczem do poprawy działania systemu powinno być szerokie stosowanie zasady elastyczności organizacyjnej, tj. uczynienie z regionu podstawowej struktury planowania i zarządzania, a co za tym idzie ograniczenie roli centrum, a zwiększenie znaczenia samorządów terytorialnych.

Znaczącą rolę w reformowanym systemie postulowano przypisać podstawowej opiece zdrowotnej, a w tym lekarzom rejonowym i rodzinnym. Zrezygnowano z koncepcji wprowadzenia podstawowego „pakietu” czy „koszyka” świadczeń zdrowotnych oraz systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Uznano, że opinia publiczna nie jest na tyle przygotowana do podjęcia merytorycznej dyskusji o koszyku świadczeń podstawowych i mogłaby z wrogością zareagować na pomysł „ograniczenia” świadczeń oraz ocenić, że jest to próba zamachu na prawa obywateli.

W zamian „koszyk” zastąpiono pojęciem *standardu medycznego* (określonego jakościowo zracjonalizowanego optimum), odwołującego się do „obiektywnych przesłanek aktualnej wiedzy medycznej”.

⁷² Z. Kuratowska, *Przemówienie wstępne* [w:] „Solidarność” przy Stole, Oficyna Wydawnicza „Nasze Zdrowie i Życie”, Łódź 1989, s. 1-10.

⁷³ C. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce*, Kraków 1998, s. 151-153.

⁷⁴ Okrągły Stół, Podzespół do spraw zdrowia, protokół końcowy wraz z załącznikami, maszynopis powielony, Warszawa, 14 marca 1989.

Rzeczywista reforma opieki zdrowotnej stała się możliwa w chwili, gdy państwo odzyskało suwerenność. Wyniki czerwcowych wyborów 1989 roku zaskoczyły wszystkich: strona rządowa była porażona rozmiarami swojej klęski, a strona solidarnościowa zaskoczona ogromem swojego zwycięstwa. Postanowienia Okrągłego Stołu dotyczące problematyki zdrowotnej nie były na tyle satysfakcjonujące, aby stanowić podstawę dalszych prac reformatorskich. Z tego powodu na jednym z pierwszych posiedzeń w Ministerstwie Zdrowia przyjęto, że wspólny rządowo- solidarnościowy zespół opracuje projekt, który będzie oparty na uzgodnionych w czasie rozmów założeniach.

I tak dla zagwarantowania finansowania systemu zaproponowano powołanie *Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych (FUZ)*, który byłby oddzielony od budżetu państwowego.

Fundusz byłby oparty na składce ubezpieczenia zdrowotnego płaconej zarówno przez pracodawcę, jak i pracownika.

Finansowa forma udziału państwa w kosztach opieki zdrowotnej miała przybrać kształt subsydiów na inwestycje, kształcenie, badania, konkretne programy zdrowotne i zakup kosztownych urządzeń medycznych. Udział w systemie ubezpieczeń miał być obowiązkowy. Uznano, że pacjenci powinni uczestniczyć w finansowaniu opieki zdrowotnej, aby być motywowanymi do korzystania z tańszych alternatywnych form opieki, co z kolei gwarantowałoby przywrócenie zachwianej równowagi w dostępie do usług medycznych wszystkich obywateli.

Brak równowagi wynikał z pełnego zakresu zobowiązań państwa w odniesieniu do zabezpieczenia opieki zdrowotnej, a możliwościami organizacyjnymi i finansowymi ich realizacji oraz oczekiwaniami pacjentów w zakresie wyspecjalizowanych i intensywnych usług medycznych a wydolnościami zakładów medycznych.

W związku z tym, *oprócz powszechnego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego organizowanego przez państwo, proponowano dobrowolne, alternatywne ubezpieczenia oraz ubezpieczenia uzupełniające.*

W ten sposób pacjent stawał się „nośnikiem” środków przeznaczanych na jego leczenie i stawał się podmiotem w systemie opieki zdrowotnej. Pacjent miał mieć również prawo wolnego wyboru lekarza POZ, specjalisty i szpitala, ale świadczenia tych dwóch ostatnich pozostawałyby bezpłatne, tylko przy posiadaniu skierowania od lekarza POZ. *Świadczenia na tzw. życzenie* byłyby opłacane całkowicie przez pacjenta, który mógłby wykupić dodatkowe ubezpieczenie, pokrywające część lub całość tych usług.

Wybierając świadczeniodawcę, pacjent byłby „nośnikiem” swojego ubezpieczenia zdrowotnego, co oznaczałoby, że pieniądze z FUZ płynęłyby do placówki medycznej świadczącej usługę. Dużą uwagę poświęcono sprawom odpowiedzialności państwa. Państwo powinno być traktowane jako jeden z wielu podmiotów i to taki, który stopniowo ogranicza swoją aktywność w zakresie bezpośredniego zarządzania, ale dalej jest odpowiedzialne za politykę zdrowotną.

5.3.1. Ustawa z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej

Pierwszą formalno-prawną zapowiedzią dla nowego systemu ochrony zdrowia w Polsce była ustawa z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.1991 nr 91, poz.408).

W ustawie tej założono możliwość oparcia funkcjonowania publicznej ochrony zdrowia na mechanizmach rynkowych. Miał to być regulowany rynek obrotu środkami publicznymi przeznaczonymi na zdrowie, co powinno przynieść korzyści, jakie daje konkurencja między świadczeniodawcami usług medycznych, co z kolei miało doprowadzić do racjonalizacji wydatków na opiekę specjalistyczną i szpitalną.

Ta nowatorska wówczas koncepcja była wzorowana na rozwiązaniach niemal równolegle wprowadzanych w Wielkiej Brytanii. O ile jednak w Wielkiej Brytanii już w pierwszych latach reformy, szpitale masowo przekształcały się w samodzielne trusty, w Polsce- z różnych względów tylko nieliczne zakłady uzyskały status SP ZOZ (samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej). Dopiero w latach 1997-99, wprowadzając Kasy Chorych (zmiana płatnika) i system kontraktowania świadczeń zdrowotnych; ustawodawca wprowadził przymus przekształcania się publicznych zakładów opieki zdrowotnej w SP ZOZ.

Koncepcja samodzielności ZOZ-ów miała się dokonać dzięki oddzieleniu funkcji administracyjnego zarządzania od wytwarzania świadczeń oraz uzyskaniu znacznej swobody gospodarowania środkami w ramach jednostek wytwarzających świadczenia medyczne.

Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej mogą być utworzone przez jeden z poniższych podmiotów:

- ministra lub centralny organ administracji rządowej,
- wojewodę,

- jednostkę samorządu terytorialnego,
- państwową uczelnię medyczną lub państwową uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

Samodzielność ZOZ-ów doprowadziła do odejścia od gospodarki finansowej typowej dla jednostki budżetowej, na rzecz samofinansowania oraz miała ograniczyć zjawisko tak zwanego *miękkiego budżetowania* (przekraczania planów finansowych i generowania długu). Cechą zakładu samodzielnego jest ponadto możliwość pokrywania z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów kosztów działalności i zobowiązań, posiadanie osobowości prawnej oraz samodzielne decydowanie o podziale zysku.

W związku z faktem, że publiczne zakłady opieki zdrowotnej były powoływane do realizacji zadań państwa, w ustawie o ZOZ-ach ograniczono możliwość dysponowania przez nie majątkiem trwałym. Chodziło o ochronę przed niekontrolowaną sprzedażą majątku, bądź wykorzystywaniem go na inne cele, niż udzielanie świadczeń zdrowotnych. Wraz z powstaniem samorządu terytorialnego zmieniło się przyporządkowanie właścicielskie zakładów opieki zdrowotnej.

W efekcie, na mocy ustawy z 10 maja 1990 roku⁷⁵ „usamorządowiono” pierwsze ZOZ-y. Były to jednak przypadki jednostkowe.

Dopiero druga reforma samorządowa (1999 r.) doprowadziła do przejmowania od wojewodów zakładów opieki zdrowotnej, jako tzw. zadań własnych samorządów terytorialnych.

Samorządy terytorialne w obszarze ochrony zdrowia mają ustawowo przyporządkowaną wspomnianą funkcję właścicielską (polegającą m.in. na tworzeniu i likwidacji, nadzorze oraz kontroli i finansowaniu inwestycji, podejmowaniu decyzji dotyczących zakresu działalności oraz przekształceń) oraz – wynikający raczej nie z litery prawa, lecz jego rozszerzającej interpretacji - obowiązek tworzenia realnej polityki zdrowotnej w szeroko rozumianej opiece zdrowotnej, obejmującej organizację lokalnego systemu ochrony zdrowia.

⁷⁵Ustawa z 10 maja 1990 roku - przepisy wprowadzające ustawę o samorządzie terytorialnym i ustawę o pracownikach samorządowych, Dz.U. 1990, nr 32, poz. 191.

5.3.2. Rejestr Usług Medycznych. Cele operacyjne

Następny krok normatywny mający na celu wprowadzenie regulowanego rynku w opiece zdrowotnej, to ogłoszenie rozporządzeń dotyczących Rejestru Usług Medycznych (1994 r.).

Głównymi celami operacyjnymi wprowadzenia Rejestru Usług Medycznych były między innymi⁷⁶:

- zapewnienie możliwości nadzoru nad wykorzystaniem środków przeznaczonych na opiekę medyczną;
- zapewnienie możliwości jednoznacznych i wiarygodnych rozliczeń usług medycznych i leków pomiędzy różnymi dysponentami a zakładami opieki zdrowotnej oraz aptekami;
- generowanie i udostępnianie bieżących i użytecznych informacji, aby było możliwe optymalizowanie procesu diagnozowania i leczenia.

Główne założenia Rejestru Usług Medycznych to:

- tworzenie podstaw merytorycznych, organizacyjnych i technicznych do wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych,
- umożliwienie obywatelom posiadania kompletnej dokumentacji swoich kontaktów z instytucjami świadczącymi usługi medyczne,
- zmniejszenie obciążenia administracyjnego personelu medycznego,
- możliwość obliczenia rzeczywistych kosztów usług medycznych ponoszonych przez państwo i obywateli,
- poznanie faktycznego zapotrzebowania zdrowotnego obywateli i ułatwienie prognozowania zapotrzebowania na usługi medyczne,
- uświadomienie personelowi medycznemu i obywatelom wielkości kosztów związanych z opieką zdrowotną,
- przyczynienie się do prawidłowego kontrolowania rozliczeń finansowych za wykonane usługi medyczne,
- umożliwienie szybkiego przetwarzania danych i przekazywania danych informacyjnych w postaci użytecznych analiz i raportów osobom

⁷⁶ W. Ratyński, *Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce*, Warszawa 2003, s. 271.

zarządzającym ochroną zdrowia na poziomie lokalnym, regionalnym i centralnym,

- zapewnienie powiązania ze sobą danych medycznych, statystycznych i finansowych.

Podstawowym elementem systemu miała być książeczka RUM, będąca w posiadaniu pacjentów.

Książeczka RUM składała się z dwóch części:

- 1) części stałej- w której rejestrowano względnie stałe fakty medyczne, takie jak: grupa krwi, uczulenia, trwałe kalectwa, stale przyjmowane leki itp.,
- 2) części wymiennej z kuponami- w której rejestrowano wszystkie kontakty z instytucjami świadczącymi usługi medyczne, służące także do rozliczeń finansowych.

Kuponami z „Książeczki RUM” obywatele mieli „płacić” w instytucjach świadczących usługi medyczne. Informacje z RUM dalej miały być przekazywane do instytucji zajmujących się organizacją opieki medycznej, a tym samym na podstawie tam przetworzonych danych byłoby możliwe ustalenie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych obywateli i kształtowanie polityki zdrowotnej państwa.

Na Śląsku, zamiast *systemu RUM*, funkcjonuje tzw. START (system STAndardów Rozliczania Transakcji medycznych). Wprowadzono go po wymianie „książeczek rumowskich” na karty ubezpieczenia zdrowotnego- podobne do kart bankomatowych. Wykorzystywana w systemie START mikrochipowa karta z pamięcią elektroniczną w pełni identyfikuje posiadacza jako osobę ubezpieczoną. Zapisane są na niej m.in. informacje o liczbie wydanych danemu pacjentowi recept i skierowań do specjalisty.

Reasumując, RUM miał umożliwić ocenę, jak wydawane są pieniądze w systemie ochrony zdrowia: m.in., gdzie leczą się pacjenci, jakie leki kupują i ile na to wydają. Rejestr miał się przyczynić do znacznego ograniczenia nieprawidłowości, czyli zidentyfikowania „wirtualnych” recept, pacjentów, czy wizyt lekarskich.

Niestety, systemu RUM nie wprowadzono, a mógłby on rocznie według szacunków przynosić oszczędności w wysokości 10 proc. wydatków na ochronę zdrowia (ok. 5 mld

rocznie). Narodowy Fundusz Zdrowia ocenia, że stworzenie i wprowadzenie w całym kraju rejestru kosztowałoby ok. 500 mln złotych.

5.3.3. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Powstanie Kas Chorych

W kwietniu 1996 roku został zapoczątkowany przez Ministerstwo Zdrowia program pilotażowo- wdrożeniowy „Zakład Samodzielny”, a jego najważniejszym zamiarem było przyspieszenie procesu rozwoju samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SP ZOZ), poprzez przekazanie na ten cel specjalnych środków finansowych. Od tego też czasu był realizowany program restrukturyzacji szpitali w celu podniesienia efektywności opieki szpitalnej i osiągnięcia w tym zakresie wskaźników występujących w Unii Europejskiej. Program ten miał doprowadzić do zwiększenia liczby łóżek długoterminowej opieki szpitalnej kosztem zmniejszenia liczby łóżek opieki krótkoterminowej, zwiększenia szpitalnej bazy opieki termalnej i dostosowania klasyfikacji szpitali w Polsce do podziałów, które panują we Wspólnocie Europejskiej⁷⁷.

W dniu 6 lutego 1997 roku przyjęto ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która oznaczała wprowadzenie w Polsce od 01.01.1999 roku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego obowiązkowego dla wszystkich obywateli Polski. Zgodnie z ustawą składka ubezpieczeniowa zaczęła być zbierana proporcjonalnie do wysokości indywidualnych dochodów ubezpieczeniowych, w celu zachowania ich równości w dostępie do standardowych świadczeń.

W rezultacie ustawa ta doprowadziła do istnienia od 01.01.1999 roku, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (puz), regulowanego rynku w opiece zdrowotnej, na którym rolę publicznych płatników usług zaczęły pełnić kasy regionalne i branżowe, natomiast rola niezależnych wytwórców świadczeń została przypisana samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej (SP ZOZ) oraz prywatnym dostawcom⁷⁸.

Fundamentalnymi zasadami, na których opierało się powszechne ubezpieczenie zdrowotne w Polsce, zgodnie z ustawą o puz (Dz. U. Nr 28, poz. 153, ze zm.) to:

- zasada solidarności społecznej,
- samorządności i samofinansowania,

⁷⁷ E. Aksman, *Przekształcenie sektora publicznego i prywatnego w brytyjskiej i polskiej opiece zdrowotnej*, Warszawa 2000, s. 143.

⁷⁸ Ibid., s. 143.

- prawa wolnego wyboru lekarza i Kasy Chorych,
- zapewnienia równego dostępu do świadczeń,
- działalności Kas nie dla zysku,
- gospodarności i celowości działania.

Podstawowymi cechami powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego są:

- rozdzielnosc funkcji płatnika i świadczeniodawcy. Płatnikiem stały się Kasy Chorych zrzeszające ubezpieczonych, podlegających ubezpieczeniu obowiązkowemu bądź dobrowolnemu,
- obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego objęci zostali prawie wszyscy obywatele (zasada powszechności). Osoby, które nie były ubezpieczone z mocy prawa, mogły ubezpieczać się dobrowolnie. Koszty leczenia osób nie objętych ubezpieczeniem, których nie stać na ich ponowne ponoszenie, były finansowane ze środków pomocy społecznej,
- formalnie zapewniono ubezpieczonym bezpłatny dostęp do prawie wszystkich rodzajów usług zdrowotnych,
- część kosztów leczenia biedniejszych lub bardziej chorych, w myśl zasady solidaryzmu społecznego, pokrywana była ze składek pozostałych ubezpieczonych,
- wszystkie zakłady opieki zdrowotnej, które chciały uczestniczyć w systemie musiały zmienić swój status z jednostek i zakładów budżetowych w posiadające osobowość prawną samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SP ZOZ). Jako jednostki samodzielne, posiadające osobowość prawną, mogły prowadzić własną politykę kadrową i płacową, samodzielną gospodarkę finansową i być zdolne do podejmowania czynności prawnych,
- zabezpieczenie ubezpieczonym usług medycznych odbywało się na zasadzie kontraktowania świadczeń. W umowach zawieranych przez Kasy Chorych ze świadczeniodawcami, określano prawa, obowiązki i odpowiedzialność podmiotów udzielających świadczeń,
- rolę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza pierwszego kontaktu), lekarza rodzinnego - określano mianem przewodnika pacjenta po systemie ochrony zdrowia. Zadaniem lekarza pierwszego kontaktu było sprawowanie opieki nad pacjentami zapisanymi na jego liście. Zgodnie z założeniem lekarz miał kierować leczeniem swoich pacjentów,
- w wyniku reformy ochrony zdrowia została zniesiona rejonizacja. Ubezpieczeni na podstawie tzw. „promes” zyskali możliwość korzystania ze świadczeń wybranego

przez siebie szpitala, przychodni, lekarza spośród posiadających umowę z Kasą Chorych ubezpieczonego. Jednakże system promes nie zdał egzaminu,
- ubezpieczeni mieli prawo wyboru Kasy Chorych, której chcieli być członkami.

Ponadto ustawa z 6 lutego 1997 roku o *powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* miała na celu uzdrowienie sektora służby zdrowia między innymi poprzez:

- wyodrębnienie środków na ochronę zdrowia ze środków budżetowych poprzez wprowadzenie składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- oddzielenie nabywców świadczeń (Kas Chorych) od świadczeniodawców (zakładów opieki zdrowotnej),
- rynkowe negocjacje Kas Chorych ze świadczeniodawcami,
- zmianę systemu finansowania, która wymusić miała racjonalizację działań świadczeniodawców - zamiast metody historycznej metoda prospektywna oraz odejście od dotacji na rzecz umów, w oparciu o które finansowane są jedynie udzielone świadczenia,
- wolny wybór świadczeniodawcy - poprzez pojawienie się konkurencji między świadczeniodawcami miała się zwiększyć efektywność zakładów opieki zdrowotnej,
- restrukturyzację, dopasowanie do struktury udzielanych świadczeń,
- powstrzymanie zadłużania się sektora służby zdrowia,
- decentralizację- przekazanie własności zakładów opieki zdrowotnej samorządom.

Podczas wdrażania systemu o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym ujawniły się zagrożenia, tkwiące zarówno w nim samym, jak i problemy związane z innymi, równoległe wdrażanymi reformami, np.⁷⁹:

1. Restrukturyzacja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Jej opóźnienie powodowało brak danych umożliwiających identyfikację ubezpieczonych opłacających składki, z wszelkimi tego konsekwencjami, jak np. niemożność wydania karty ubezpieczenia zdrowotnego, niemożność rzetelnego planowania finansów kas itp.
2. Nie dokończona transformacja pewnych działów gospodarki (wielcy płatnicy zalegający z płaceniem składek).
3. Nie zamknięty proces rozliczeń budżetu z niektórymi usamodzielnionymi publicznymi ZOZ- ami (brak oddłużenia, obietnice podwyżek płac, „trzynastki”).

⁷⁹ Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzania Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, Warszawa, czerwiec 2000 r.

4. Nie w pełni podjęta i realizowana przez samorządy terytorialne rola właściciela zakładów opieki zdrowotnej oraz powiązania samorządu z kasami:
 - zahamowanie zmian systemowych poprzez polityczne oddziaływanie sejmików wojewódzkich na kasy chorych,
 - rozmycie funkcji kasy jako reprezentanta interesów ubezpieczonych- kasy mogłyby zacząć reprezentować interesy sejmiku, a co za tym idzie- podległych sejmikowi szpitali,
 - niepodjęcie przez samorządy działań mających na celu likwidację placówek zbędnych na danym terenie lub placówek nieefektywnych; obserwowane były działania wręcz odwrotne- presja samorządów na dalszą budowę rozpoczętych inwestycji i rozbudowę istniejących szpitali.
5. Brak zintegrowanych systemów ewidencji i rozliczania świadczeń zdrowotnych.
6. Brak dostatecznie wykształconej kadry zarządzającej zakładami opieki zdrowotnej.
7. Niepełna akceptacja systemu przez pracowników służby zdrowia.

POWSTANIE KAS CHORYCH

Podstawowym kierunkiem działań przekształceniowych w ochronie zdrowia była zmiana systemu finansowania z budżetowego na ubezpieczeniowo- budżetowy.

Z funduszu pochodzącego ze składek finansowana byłaby większość świadczeń zdrowotnych, w tym między innymi zadań podstawowych, takich jak bezpośrednia opieka nad pacjentem w celu leczniczym i profilaktycznym w ośrodkach zdrowia, badania specjalistyczne, zaopatrzenie w leki i inne środki medyczne.

Aby zrealizować zadania podstawowe planowano utworzyć regionalne Kasy Chorych, których zadaniem byłaby między innymi bezpośrednia opieka nad członkami tych kas, pobór i rozliczanie składek, współpraca z samorządem oraz zawieranie umów z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych⁸⁰.

Kasy Chorych ponownie zaczęły funkcjonować w Polsce 6 lutego 1997 roku, kiedy została przyjęta ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Koncepcja ubezpieczenia w kasach chorych przywędrowała do Polski z Niemiec i została uregulowana ustawą z 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Kasy Chorych zostały zlikwidowane mocą ustawy z 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym.

⁸⁰ W. Ratyński, *op. cit.*, s. 269.

W przeciwieństwie do Kas Chorych z roku 1920 utworzone kasy nie mogły działać dla zysku, a więc nie mogły świadczyć usług zdrowotnych, ani być właścicielami zakładów opieki zdrowotnej. Rozdzielono funkcje płatnika i świadczeniodawcy. Kasy Chorych zrzeszające ubezpieczonych obowiązkowo lub dobrowolnie stały się płatnikiem. Zgodnie z zasadą powszechności, obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegali prawie wszyscy obywatele, a osoby, które nie były ubezpieczone z mocy prawa, mogły ubezpieczać się dobrowolnie. Wszyscy nie ubezpieczeni musieli sami płacić za usługi medyczne lub w razie nie posiadania odpowiednich środków, leczenie było finansowane ze środków pomocy społecznej. Formalnie wszyscy ubezpieczeni mieli bezpłatny dostęp do prawie wszystkich rodzajów usług zdrowotnych. Osobom biedniejszym i poważniej chorym koszty leczenia pokrywały składki pozostałych ubezpieczonych.

Zapewnienie ubezpieczonym usług medycznych odbywało się na zasadzie kontraktowania świadczeń. Kasy Chorych zawierały za świadczeniodawcami umowy, w których określano prawa, obowiązki i odpowiedzialność podmiotów udzielających świadczeń. Świadczenia były kontraktowane przez Kasy Chorych od świadczeniodawców na podstawie konkursu ofert (przy zawieszeniu w tym wypadku ustawy o zamówieniach publicznych).

Opiekę nad każdym pacjentem miał sprawować jego osobisty lekarz zwany lekarzem pierwszego kontaktu lub lekarzem rodzinnym.

Jego zadaniem było sprawowanie opieki nad pacjentami zapisanymi na jego liście. Zgodnie z założeniem lekarz podstawowej opieki zdrowotnej miał sprawować pieczę nad pacjentem kierując go na odpowiednie badania i do lekarzy specjalistów, kiedy następowała taka potrzeba. Pacjent, po otrzymaniu skierowania od lekarza rodzinnego, mógł sam decydować o wyborze lekarza specjalisty, czy szpitala. Jedynym wymogiem była umowa podpisana z Kasą Chorych, w jakiej był ubezpieczony pacjent, przez wybranego lekarza lub szpital.

Zniesiona została rejonizacja. Ubezpieczeni na podstawie tzw. „promes” zyskali możliwość korzystania ze świadczeń wybranego przez siebie szpitala, przychodni i lekarza spośród wszystkich posiadających umowę z Kasą Chorych, do której należał ubezpieczony. Jak głosiło hasło reformy; pieniądze miały iść za pacjentem, co miało doprowadzić do zwiększenia poziomu świadczonych usług dzięki konkurencji, jaka pojawiła się na rynku. Ubezpieczeni mieli również prawo wyboru Kas Chorych, której chcieli być członkami, niezależnie od miejsca zameldowania.

WADY FUNKCJONOWANIA KAS CHORYCH

Kasy Chorych nie spełniły oczekiwań ich twórców i nie zwiększyły jakości oferowanych usług ani efektywności wydawania środków. Poniżej przedstawiono wady, które są zarzucane Kasom Chorych.

Podstawową wadą reformy było niedostateczne rozumienie mechanizmu rynkowego,⁸¹ a zwłaszcza jego ograniczonych możliwości oraz zawodności w systemie ochrony zdrowia. Przez braki szczegółowych rozwiązań i koordynacji działań, jak to miało miejsce przy zarządzaniu scentralizowanym, szybko pojawiły się trudności i system stracił sterowność.

Krytykowano przede wszystkim Kasy Chorych, które nie zgłaszały dostatecznego popytu na usługi⁸² i twardo negocjowały swoje „ceny”, żądając spełnienia dodatkowych warunków.

Jednocześnie planowanie i przekazywanie środków do Kas Chorych, nie było konfrontowane, ani co do wysokości, ani co do struktury z tzw. potrzebami zdrowotnymi.

Drugą wadą było niedoskonałość samej ustawy. Posiadała wiele luk i wadliwych rozwiązań. Zaowocowało to dużym bałaganem kompetencyjnym i problemami na przykład z opracowaniem planów zabezpieczenia opieki ambulatoryjnej, czy ustaleniem poziomów referencyjnych jednostek. Z tego faktu wynikało ciągle nowelizowane ustawy - aż ponad 40 razy. Dokonywane pod presją różnych problemów, które się na bieżąco ujawniły, często też pod wpływem bardzo powierzchownych, populistycznych ocen, zwłaszcza z okresu najtrudniejszego, czyli wprowadzania systemu podstawowych usług zdrowotnych.

Kolejnym błędem były zbyt optymistyczne założenia dotyczące wzrostu gospodarczego, a tym samym wysokości wpłacanych składek.

Wysokość składki na ubezpieczenie została powiązana z podatkiem dochodowym (PIT). W 1999 r. bezrobocie zaczęło rosnąć, a przez to wzrastała znacząco grupa ludności nie posiadająca oficjalnych dochodów oraz uboga, nie płacąca podatków, a tym samym składki. Źródłem finansowania ich potrzeb zdrowotnych był Fundusz Pracy oraz pomoc społeczna. Ilość środków, które wpływały do systemu ochrony zdrowia była niewystarczająca, aby pokryć wzrastające potrzeby.

Dodatkowo decyzja z 1998 r. o obniżeniu składki pogarszała stan systemu (z 10 % do 7,5 % od dochodu).

⁸¹ S. Golinowska, *System Ochrony Zdrowia w Polsce po dotychczasowych reformach*, Forum Ochrony Zdrowia. Wyzwania i możliwości rozwiązań, Warszawa, 16.03.2004 r.

⁸² Mechanizm rynkowy w ochronie zdrowia tworzy odczuwalne ograniczenia popytowe.

Innym ważnym elementem była organizacja samych kas. Pierwotnie miało być ich tyle, ile akademii medycznych, tak aby na terenie każdej kasy był zagwarantowany poziom usług wysokospecjalistycznych, jakie zapewniają instytuty naukowe i kliniki.

Zaważyła jednak decyzja o podziale terytorialnym kraju. Organizacja wewnętrzna poszczególnych Kas podlegała w 2000 r. licznym zmianom. Struktura organizacyjna wewnętrzna poszczególnych jednostek było zróżnicowane. Nie została bowiem wypracowana, w skali kraju, modelowa i ujednolicona struktura organizacyjna, umożliwiająca dokonanie porównania i oceny rozwiązań z tego zakresu.

Następny problem wynikał z faktu, że Kasy Chorych miały pełną dowolność w planowaniu zatrudnienia, jego wielkość nie była regulowana przez prawo. Dodatkowo zatrudniano pracowników nie spełniających wymogów kwalifikacyjnych określonych w taryfikatorach⁸³.

Dotyczyło to zwłaszcza Kierowników Kas Chorych. W 1999 r. 13 spośród 16 z nich nie legitymowało się odpowiednim wykształceniem⁸⁴.

Niektóre Kasy nie przestrzegały regulaminu wynagradzania. Wprowadziły dodatkowe świadczenia dla pracowników, wypłacały nagrody, bez uzasadnienia ich przyznania. Członkowie Rad Kas Chorych otrzymywali za udział w każdym posiedzeniu diety w wysokości 2/3 przeciętnego wynagrodzenia, zwrot kosztów przejazdów oraz noclegów - w przypadku osób zamiejscowych.

Wciąż występował też „problem sanatoryjny”, polegający na wielomiesięcznym oczekiwaniu na rozpatrzenie wniosków o przyznanie skierowania na leczenie uzdrowiskowe.

Do pogorszenia wizerunku Kas Chorych przyczyniał się również brak odpowiedzi na kierowane do nich skargi i uwagi. Powodowało to atmosferę lekceważenia działań niezgodnego z prawem (korupcji).

Dane i rachunki ekonomiczne wskazują, że kasa, by mogła być organizmem wydolnym, powinna mieć co najmniej cztery miliony, a nawet pięć milionów ubezpieczonych. W 2000 roku kilka kas już było niewydolnych ekonomicznie, a 17-sta, Kasa

⁸³O zatrudnienie na stanowisku Dyrektora Kasy mogła ubiegać się osoba legitymująca się wykształceniem ekonomicznym lub uniwersyteckim o profilu: organizacja i zarządzanie, prawo, administracja lub ukończonymi studiami podyplomowymi (o kierunku organizacja i zarządzanie, zarządzanie w jednostkach służby zdrowia) lub ukończonymi kursami i szkoleniami (w obszarach organizacja i zarządzanie, administracja, prawo, finanse). Osoba ta powinna była posiadać doświadczenie zawodowe, tj. staż pracy na stanowiskach naczelnego kierownictwa, związane z kierowaniem większymi zespołami ludzi.

⁸⁴Przykładowo jeden z kierowników posiadał wykształcenie wyższe w zakresie rybactwa morskiego i technologii żywności, trzech - wyższe z kierunku mechanicznego lub elektrycznego, a jeden - średnie techniczne.

Branżowa, która – choć ekonomicznie wydolna, bo miała duże dochody- miała olbrzymie koszty organizacyjne i administracyjne, bo działała na terenie całego kraju.

Kwestia zadłużenia jest zmorą polskiej ochrony zdrowia. Z chwilą wprowadzenia kas chorych wynosiło ono około 7 mld złotych. Jedynym pocieszeniem jest fakt, że podczas funkcjonowania kas chorych szpitale nauczyły się liczyć koszty, a prywatyzacja rachitycznych przychodni w niektórych miastach, np. w Poznaniu czy w Krakowie zaczęła satysfakcjonować pacjentów.

Proces ten, określany jako załazek rynku usług medycznych został jednak zahamowany. Natomiast projekt ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie został przyjęty przez Sejm.

W ustawie z dnia 9 listopada 1998 roku ustalono zasady dotyczące prawa wyboru płatnika, gdzie osoby objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego stawały się z mocy prawa członkami Regionalnej Kasy Chorych właściwej dla ich miejsca zamieszkania. Ten sam przepis wprowadził też w życie normy umożliwiające procedurę rejestrowania Kas Chorych, co było warunkiem uzyskania przez kasy osobowości prawnej.

Celem pełnienia funkcji płatnika powołano do życia 16 Regionalnych Kas Chorych, działających na terenie województw oraz Kasę Branżową, której członkami zostali zawodowi żołnierze i policjanci oraz ich rodziny. Kasy miały dysponować środkami pochodzącymi ze składek, zgromadzonymi na ich terytorium przez ZUS.

W tym samym roku przygotowano oficjalny dokument „Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucję lekarza rodzinnego”. Za punkt wyjścia określenia funkcji podstawowej opieki zdrowotnej przyjęto listę kompetentnych świadczeniodawców, za których uznano między innymi lekarzy rodzinnych, lekarzy stomatologów oraz pielęgniarki i położne. Suma umiejętności reprezentowanych przez tych pracowników stanowiła o zakresie świadczeń dostępnych w podstawowej opiece zdrowotnej⁸⁵.

Zreformowany w 1999 roku system opieki zdrowotnej odziedziczył ukształtowane w toku ewolucji *dwa typy świadczeniodawców: praktyki medyczne oraz zakłady opieki zdrowotnej*. Praktyki zostały powołane do życia jako narzędzie umożliwiające uprawianie wolnego zawodu, co oznaczało osłabienie wewnętrznej kontroli instytucjonalnej.

Obejmowały formalnie działania lekarzy, pielęgniarek i położnych. Praktyki te mogły być lokowane na szczeblu podstawowej opieki zdrowotnej- praktyka lekarza rodzinnego, albo na szczeblu referencyjnym- praktyka specjalistyczna.

⁸⁵ C. Włodarczyk, Reformy zdrowotne- uniwersalny kłopot, Kraków 2003, s. 178-179.

Działalność praktyk była ograniczona do udzielania świadczeń zdrowotnych, a w praktykach grupowych świadczenia lekarzy mogły być udzielane przez tych, którzy byli współnikami i mieli stosowne uprawnienia.

Natomiast przykładem zakładu opieki zdrowotnej był szpital, ale mógł być nim także zakład udzielający świadczeń w formie ambulatoryjnej, a także świadczeń diagnostycznych. Zakład mógł być publiczny lub niepubliczny, w zależności od cech podmiotu, który utworzył zakład⁸⁶.

Wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz Kas Chorych wraz z reformą administracji publicznej stało się realizacją postulatu decentralizacji państwa, w tym decentralizacji systemu ochrony zdrowia. Decentralizacja w zakresie ochrony zdrowia dotyczyła⁸⁷:

- zakładów opieki zdrowotnej- uzyskały one samodzielność od 1999 roku. Na mocy znowelizowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zyskały możliwość niezależnego podejmowania decyzji, w tym decyzji finansowych, kadrowych i organizacyjnych,
- samorządu terytorialnego- od 1999 r. wprowadzono kolejne dwa szczeble samorządu terytorialnego- powiaty i tak zwane „duże” województwa, przystosowane do prowadzenia polityki regionalnej; uzyskały one prawo własności majątku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i uprawnienia organów tworzących SP ZOZ –y,
- kompetencji Ministra Zdrowia- Franciszka Cegielska, jako pierwszy minister zdrowia, wprowadziła już w 1999 r. elementy regionalizacji do swojej polityki, które dotyczyły w szczególności wprowadzenia regionalnych programów restrukturyzacji (odpowiednia ustawa o zasadach wspierania rozwoju regionalnego zaczęła obowiązywać od 2001 r.).

Kierunek decentralizacji zarządzania w systemie ochrony zdrowia nie jest polskim wynalazkiem. Na ten kierunek koniecznych zmian wskazują przedstawiciele niemal wszystkich krajów Unii Europejskiej. Zdecentralizowany system zarządzania ma także swoje wady. Cechy decentralizacji zestawiono w poniższej tabeli.

⁸⁶ Ibid., s.185.

⁸⁷ K. Czarniecka, A. Ryś, *Wpływ decentralizacji w latach 1999-2001 w Polsce na system ochrony zdrowia*. Raport Banku Światowego, Warszawa 2003 r.

TABELA 20. ZALETY I WADY DECENTRALIZACJI ZARZĄDZANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Zakres	Zalety	Wady
Planowanie strategiczne	Jego rola jest znacznie większa	Wpływy lokalne mogą prowadzić do konfliktu z władzami centralnymi
Podjęmowanie decyzji	Są podejmowane szybciej bez zbędnej biurokracji zgodnie z lokalnymi potrzebami	Mogą nie wspierać programów centralnych
Koordinacja działań	Lokalna koordynacja jest wydajniejsza, szybsza i lepiej zorganizowana	Duża liczba lokalnych organizacji może czynić koordynację trudną. Lokalna koordynacja może pomijać współpracę międzysektorową
Udział lokalnych świadczeniodawców	Pomogą realizować programy szybciej i wydajniej	Mogą nieco zmienić idee centralnych programów
Planowanie usług	Lepsze, bo oparte na znajomości lokalnych oczekiwań	Mogą być niezgodne z centralnymi programami
Finanse	Centralne władze mogą ograniczać subsydia na lokalne programy	Mniej środków centralnych może być przekazanych, co pogorszy dostępność i jakość programów
Zarządzanie finansami	Programy mogą otrzymywać lokalne subsydia i pomoc	Lokalne władze mogą nieumiejętnie zarządzać finansami, co spowoduje ich utratę
Wykorzystanie zasobów	Zarówno usługi zdrowotne, jak też logistyczne, nadzór, informacje i edukacja mogą być wykorzystane efektywniej	Centralne władze mogą nie akceptować lokalnych priorytetów i nie finansować programów

Kadra	Wybór kadry na poziomie lokalnym może być lepszy	Lokalne powiązania i lobbingi mogą doprowadzić do wyboru krewnych i znajomych, zamiast najlepszych i najbardziej kompetentnych
Nadzór	Nadzór lokalny może być efektywniejszy i skuteczniejszy	Słaby nadzór i błędy mogą doprowadzić np. do złego ustalenia standardów opieki
Standardy usług	Centralnym władzom jest wygodniej ustalać standardy usług, bo mają lepszy ogłód całości kraju	Ustalane przez władze centralne standardy mogą okazać się niewykonalne na poziomach lokalnych
Satysfakcja pacjentów/klientów	Usługi mogą być lepiej skoordynowane z potrzebami i oczekiwaniami pacjentów	Władzom lokalnym może zabraknąć funduszy na wysyłanie pacjentów do usługodawców poza regionem
Nowe usługi	Władze lokalne mają lepsze możliwości wspierania rozwoju i innowacji nowych usług	Nieadekwatne do potrzeb i błędne planowanie może doprowadzić do rozwoju zbędnych usług
Współpraca z organizacjami pozarządowymi	Organizacje pozarządowe lepiej znają lokalne potrzeby, rezultaty ich pracy są łatwiejsze do oceny	Trudna współpraca i wybór priorytetów. Silnie upolitycznione decyzje o przydziale środków. Trudny monitoring efektów.

Źródło: R.L. Kolehmainen- Aitken , Myths and Realities about Decentralization of Health Systems, Management Sciences for Health INC., Boston 1999.

Nadzór nad realizacją ustawy o puz sprawował *Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych*.

Był to centralny organ administracji rządowej i jego zadaniem najważniejszym była ochrona interesów ubezpieczonych.

Urząd Nadzoru sprawował nadzór stosując kryterium legalności nad działalnością:

1. Kas Chorych i Krajowego Związku Kas Chorych.
2. Świadczeniodawców w zakresie realizacji umów z Kasami Chorych.
3. Instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie realizacji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Urząd sprawował nadzór nad gospodarką finansową kas i współpracujących z nimi zakładów opieki zdrowotnej. Gdyby kasa naruszyła fundusz rezerwowy i nie przedstawiła urzędowi

planu przywrócenia równowagi finansowej, wtedy urząd mógł ustanowić Zarząd Komisaryczny Kasy Chorych. Ponadto Urząd Nadzoru mógł ustanowić Zarząd Komisaryczny Kasy Chorych w każdym przypadku rażącego naruszenia przepisów prawa i nie usunięcia nieprawidłowości w wyznaczonym terminie oraz nie wywiązywania się z zadań ustawowych w zakresie zapewnienia ubezpieczonym należnych świadczeń. Zarząd Komisaryczny mógł sprawować swe funkcje do roku. W tym czasie musiał opracować plan przywrócenia płynności finansowej i wypłacalności Kasy. Pracownicy Urzędu Nadzoru nie mogli być członkami organów lub pracownikami Kas Chorych i Krajowego Związku Kas Chorych, świadczeniodawcami mającymi umowę z Kasami Chorych ani pracownikami lub osobami współpracującymi z zakładami opieki zdrowotnej, które zawarły umowę z Kasami Chorych na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

W tym miejscu trzeba zaznaczyć, że ustawodawca przyjmując model finansowania świadczeń zdrowotnych przez kasy chorych, ostatecznie odrzucił lansowany w wielu środowiskach przed 1998 rokiem (głównie przez Unię Wolności) „model samorządowy”⁸⁸. Zwolennicy „modelu samorządowego” uważali, że zarówno instytucja Kas Chorych, jak i powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego z 1997 roku, są sprzeczne z koncepcją ustrojową państwa. Obie te instytucje- to specjalna administracja zdrowotna wyłączona z systemu lokalnych wyborów, w których uczestnikami są partie polityczne pozyskujące głosy wyborców i przed nimi odpowiedzialne w zakresie realizacji zadań państwa. Proponowano w przedstawionym projekcie konkurencję jakości świadczeń głównie poprzez wybory dokonywane przez pacjentów, których dysponentem środków finansowych jest samorząd terytorialny, a nie instytucja Kas Chorych.

Celem wypracowania i oszacowania należności w umowach z dostawcami optymalnego wyposażenia, zatrudnienia i postępowania medycznego dla zakładów opieki zdrowotnej, powołania *tzw. instytucji regulacyjnej*, która te standardy opracuje przy współudziale samorządów zawodowych, towarzystw medycznych, konsultantów regionalnych i krajowych oraz innych właściwych zespołów profesjonalistów z dziedziny zarządzania opieką zdrowotną.

Według projektodawców tego modelu *samorząd (powiatowy lub wojewódzki - odpowiednio do pakietu świadczeń) ma finansować opiekę medyczną, a nie prowadzić i utrzymywać szpitale i przychodnie.*

⁸⁸ Projekt ustawy „O samorządowej opiece zdrowotnej”, Druk Sejmowy 414, z dnia 5.05.1998 r. Projekt był przygotowany przez zespół pracujący pod kierownictwem Katarzyny Tymowskiej, w skład którego wchodził: D. Dudarewicz, F. Gajek, P. Poznański, M. Piróg.

I tak np. gdyby pacjenci wybrali prywatnie praktykującego lekarza, czy prywatną przychodnię zamiast komunalnej, to do tych wybranych popłyną środki publiczne trybem ustalonym w umowie i z uwzględnieniem obowiązujących taryf ustalonych przez instytucję regulacyjną.

W projekcie zwracano też uwagę na konieczność wdrożenia instrumentów nadzoru nad kosztami po to, aby ograniczać niezasadne wydatki i stworzyć taki system finansowania, który motywowałby lekarzy do stosowania alternatywnych z uwagi na skuteczność, ale tańszych metod leczenia. Wygospodarowane środki pozostawałyby w zakładzie i mogłyby być wykorzystane na podniesienie jakości świadczonych usług medycznych.

Autorzy projektu byli przekonani, że to co proponują, jest korzystniejsze dla pacjentów, oczekujących lepszej opieki i większego bezpieczeństwa w sytuacji choroby oraz dla pracowników ochrony zdrowia, liczących na bardziej godziwe wynagrodzenia i na takie warunki pracy, aby było możliwe wypełnianie powinności zawodowych zgodnie z postępem medycyny.

Jednocześnie można stwierdzić, że ustawodawca przyjmując rozwiązania charakterystyczne dla systemu ubezpieczeniowego, pozostawił jednak pewne, niejasno określone zadania (i przede wszystkim odpowiedzialność) jednostek samorządu terytorialnego w dziedzinie zapewnienia funkcjonowania instytucji ochrony zdrowia w pewnym stopniu właściwe dla „modelu samorządowego”. Brak konsekwencji ustawodawcy w wyborze modelu finansowania świadczeń zdrowotnych jest jedną z przyczyn utrzymującej się dysfunkcjonalności systemu w wyniku rozwiązań wprowadzonych w życie 1 stycznia 1999 roku⁸⁹.

Samorządy terytorialne, dysponujące jedynie ograniczonymi prawnymi instrumentami i niewielkimi środkami finansowymi, spełniają co najwyżej te zadania z zakresu ochrony zdrowia, które wyraźnie nakładają na nie akty prawne. Podejmowanie zadań fakultatywnych zależy wyłącznie od ich dobrej woli, co powoduje zróżnicowanie terytorialne aktywności samorządów w tym zakresie.

Na przełomie lat 2001 i 2002 niektóre Kasy Chorych zaczęły mieć kłopoty w postaci wzrostu zadłużenia i utraty płynności finansowej. Szczególnie widoczne było to w regionach dotkniętych wysokim bezrobociem, które przełożyło się na niższą ściągalskość składek.

⁸⁹ M. Dercz, H. Izdebski, *Zmiany w ochronie zdrowia: permanentna reforma systemu* [w:] M. Rymśza (red.), *Reformy społeczne. Bilans dekady*, Warszawa 2004 r., s. 114-153.

Problemy te były odczuwalne zarówno przez pacjentów - w formie limitowania świadczeń i kłopotów w dostępie do specjalistów - jak i przez pracowników ochrony zdrowia (ograniczenia nakładów). *Zarysowały się dysproporcje pomiędzy zakresem świadczeń udzielanych pacjentom należącym do różnych kas chorych.*

Krytycy Kas Chorych za przyczynę takiej sytuacji uznawali m.in. powołanie zbyt dużej liczby podmiotów administrujących składkami ubezpieczonych, co prowadziło do ponoszenia niepotrzebnych wydatków na niewydolną sferę biurokratyczną (opracowywanie niespójnych planów polityki zdrowotnej i standardów opieki medycznej, przerost zatrudnienia, opracowywanie odrębnych i niezgodnych systemów informatycznych, itd.) oraz zbędną infrastrukturę.

5.3.4. Program Narodowej Ochrony Zdrowia na lata 2002 – 2003.

Utworzenie Narodowego Funduszu Zdrowia

Absurdalność stworzonego rozwiązania była szczególnie widoczna w 1999 roku w jednostkach wysokospecjalistycznych, które kontraktowały usługi medyczne ze wszystkimi Kasami Chorych, napotykając na 17 różnych wersji wymagań w konkursach na świadczenie usług i tyleż różnych systemów rozliczeń wykonanych świadczeń, w tym systemów informatycznych.

W kampanii wyborczej do Sejmu w roku 2001 koalicja wyborcza SLD-UP zapowiadała zastąpienie Kas Chorych jednolitą w skali kraju instytucją ubezpieczenia zdrowotnego.

W dniu 27 maja 2002 roku został przedstawiony przez Ministra Zdrowia, Mariusza Łapińskiego dokument na posiedzeniu Rady Ministrów - „*Narodowa Ochrona Zdrowia-strategiczne kierunki działań Ministra Zdrowia w latach 2002-2003*”.

Według ministra reforma opieki zdrowotnej przygotowana i wprowadzona przez poprzednią koalicję doprowadziła do szeregu niekorzystnych zjawisk w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Najpoważniejszym problemem to brak poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Właśnie, dlatego przywrócenie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego jest najważniejszym zadaniem Ministra Zdrowia.

Realizacja programu jest możliwa, jeśli:

- przywróci się konstytucyjną odpowiedzialność rządu za prowadzenie polityki zdrowotnej państwa;
- zlikwiduje się kasy chorych, natomiast system opieki zdrowotnej finansowany będzie przez jeden Narodowy Fundusz Zdrowia, z szesnastoma oddziałami wojewódzkimi;

- kontraktowanie świadczeń przez Fundusz odbywać się będzie w oparciu o wojewódzkie plany zdrowotne, plany zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych oraz oferty świadczeniodawców;
- zapewni się każdemu pacjentowi dostęp do pomocy medycznej o każdej porze dnia i nocy, w oparciu o pracę lekarzy POZ i nocną wyjazdową pomoc lekarską;
- dzięki zwiększeniu liczby lekarzy rodzinnych i zmianie zasad kontraktowania porad specjalistycznych zlikwiduje się kolejki w dostępie do lekarza opieki zdrowotnej i lekarzy specjalistów;
- zracjonalizuje się gospodarkę środkami publicznymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia, dzięki wprowadzeniu rejestru usług medycznych i prowadzeniu polityki lekowej państwa;
- zapewni się każdemu choremu równy dostęp do leków niezbędnych w trakcie leczenia, niezależnie od jego sytuacji materialnej;
- wprowadzi się jednakowe ogólnopolskie priorytety w polityce zdrowotnej, takie jak: opieka nad matką i dzieckiem, opieka profilaktyczna w miejscu nauki i wychowania, profilaktyka chorób układu krążenia i chorób nowotworowych;
- zostaną uporządkowane zasady i warunki wykonywania zawodów medycznych;
- będą wspierane i wyróżniane wzorowe postawy etyczne pracowników ochrony zdrowia, tak by przywrócić w społeczeństwie należną rangę zawodów medycznych;
- zapewni się każdemu obywatelowi pomoc w ramach ratownictwa medycznego.

Celem programu, jak napisał w jego założeniach minister Mariusz Łapiński jest wyrównanie dostępności do opieki medycznej podstawowej i specjalistycznej w całym kraju, a także zracjonalizowanie kosztów systemu opieki zdrowotnej. Minister zdrowia deklarował, że przy opracowywaniu szczegółowych rozwiązań będzie współdziałał ze środowiskami medycznymi. Zapowiedział, że zostaną przygotowane kryteria, według których *zostanie skonstruowana sieć szpitali publicznych, tj. takich, które nie będą podlegać prywatyzacji.*

Natomiast prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych zapowiedział, że od 2003 roku będą ujednolicone reguły kontraktowania usług medycznych i cen za świadczone usługi. Postulowano zastosowanie tzw. punktowej wyceny świadczeń. Działania te miały doprowadzić do jawności cen jednostkowych za poszczególne usługi i wyeliminować różnice cen na te świadczenia, które były oferowane w tamtym czasie przez różne placówki opieki medycznej. Różnice te, zdaniem szefa UNUZ były wręcz szokujące, nie tylko w obrębie działania jednej kasy, ale także w porównaniu z innymi kasami.

Według ministra zdrowia doszło do nadmiernej samodzielności Kas Chorych, na których politykę zdrowotną państwo nie miało bezpośredniego wpływu i w efekcie

realizowano siedemnaście niezależnych „polityk zdrowotnych” z mniejszym lub większym udziałem samorządów lokalnych.

Samodzielne, nie nadzorowane i nie koordynowane sporządzanie planów finansowych przez poszczególne kasy, spowodowało w sposób ewidentny zachwianie równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych obywateli w poszczególnych województwach.

Krytycy systemu Kas Chorych twierdzili, że politykę zdrowotną winny prowadzić władze publiczne, nie zaś płatnik systemu. Podkreślano, że *kluczowe kierunki polityki zdrowotnej państwa powinny znaleźć swe odzwierciedlenie w planach zdrowotnych samorządów wojewódzkich*. W okresie restrukturyzacji lecznictwa szpitalnego rząd proponował powołanie krajowej sieci szpitali publicznych. Sieć ta, określona i nadzorowana przez ministerstwo zdrowia w oparciu o ściśle ustalone kryteria, miała umożliwić praktyczną realizację zasady równego dostępu do świadczeń zdrowotnych na poziomie szpitalnym.

W kwestii restrukturyzacji szpitali zakładano docelowe wskaźniki optymalnej liczby łóżek w stacjonarnej opiece zdrowotnej (w przeliczeniu na 10.000 osób) na następującym poziomie:

- 35 łóżek na oddziałach opieki krótkoterminowej,
- 14 łóżek na oddziałach opieki długoterminowej,
- 7 łóżek na oddziałach psychiatrycznych.

Szczególną uwagę powinno poświęcić się rozwijaniu form opieki długoterminowej w związku ze znacznym wzrostem zachorowalności na schorzenia o charakterze przewlekłym. Jest to wynik zarówno postępujących procesów starzenia się ludności, jak i rozwoju technologii medycznych. Powoduje to konieczność zwiększenia udziału w lecznictwie szpitalnym świadczeń rehabilitacyjnych oraz opiekuńczych i pielęgnacyjnych. Proces restrukturyzacji placówek opieki zdrowotnej powinien mieć charakter ewolucyjny i być skorelowany z treścią planów zdrowotnych, sporządzanych przez samorządy województw.

W pierwszej kolejności szansę na znalezienie się w sieci miały mieć szpitale o znaczeniu ogólnokrajowym oraz większość szpitali wysokospecjalistycznych. Inne, mogły być do niej włączone, na podstawie ustaleń pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a samorządami województw.

Z umieszczeniem szpitala w sieci, w związku ze zwiększonym katalogiem zadań, miały się wiązać dodatkowe instrumenty finansowania.

Placówki będące w sieci miały otrzymywać dodatkowe środki finansowe za bycie w tzw. bazie dyspozycyjnej („płacenie za gotowość”).

Szpitala te miały dalej pozostawać w zarządzie dotychczasowych organów założycielskich, a zatem nadal miały one finansować inwestycje szpitali i udzielać bieżącego wsparcia finansowego na ogólnych zasadach zgodnie z obowiązującymi przepisami. Pomimo oddłużenia zakładów opieki zdrowotnej w 1999 roku na kwotę ok. 8 mld PLN, zadłużenie placówek służby zdrowia na koniec 2001 roku oceniano na ok. 5 mld PLN i dotyczyło blisko 90% publicznych zakładów ochrony zdrowia.

Dla wielu z nich konsekwencją była utrata płynności finansowej, a co za tym idzie, zatory płatnicze wobec dostawców sprzętu medycznego, leków i usługodawców. Ci ostatni często wstrzymują dostawy, co uniemożliwia normalne funkcjonowanie tych zakładów.

Przyczyny narastania zadłużenia nie wydawały się być skomplikowane: spóźniona i często powierzchowna restrukturyzacja w samych placówkach, brak decyzji o zamknięciu części szpitala, co skutkowało tym, że kasy chorych dzieliły niewielkie pieniądze między zbyt wiele placówek, a stawki za świadczenia ustalone w kontraktach były często niższe niż koszty.

Szpitala próbowały restrukturyzować długi za pomocą kredytów bankowych, co nie było takie proste, gdyż banki nie traktowały i nie traktują szpitali jako wiarygodnych klientów, a na poręczenie kredytu przez samorząd mogli liczyć tylko nieliczni.

Sytuację taką wykorzystują firmy zajmujące się handlem długami, których wysokie oprocentowanie wierzytelności oraz koszty sądowe i opłaty za egzekucję sprawiały, że niektóre szpitale płaciły od swoich zobowiązań nawet 45% odsetek rocznie.

Minister Zdrowia dostrzegając wagę tego problemu zainicjował działania zmierzające do jego rozwiązania opracowując *program tzw. sekurytyzacji istniejącego długu* samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

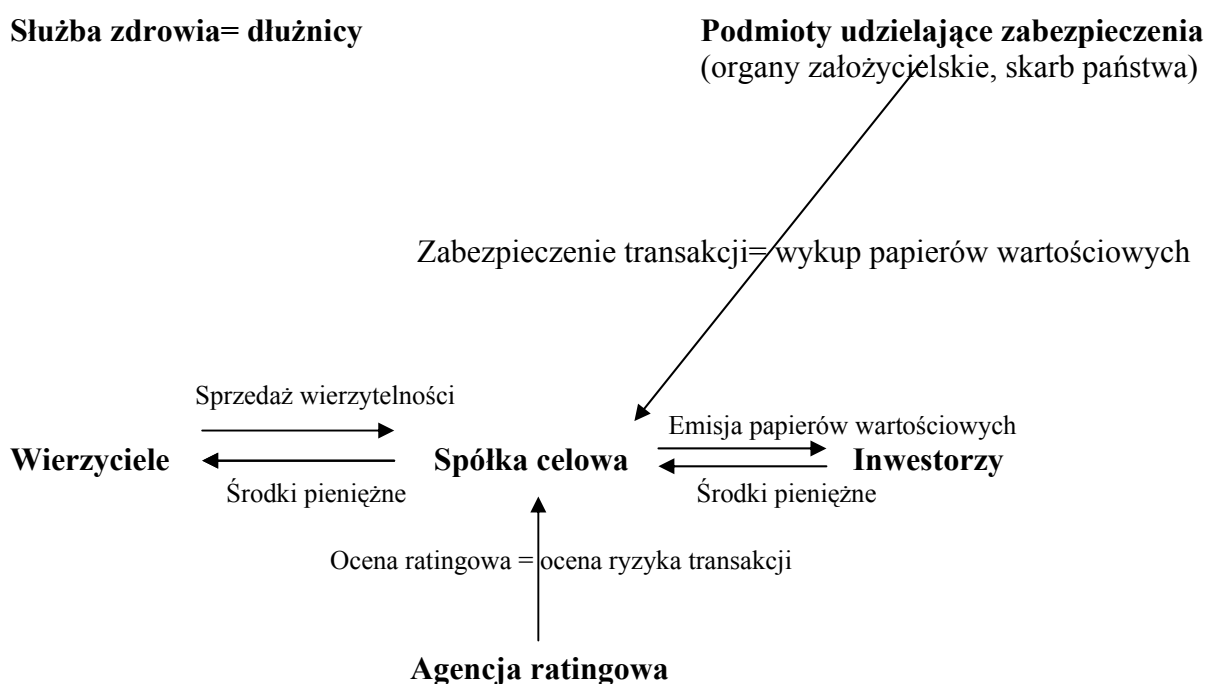
Powyższe rozwiązanie powinno:

- zagwarantować spłatę zobowiązań przez SP ZOZ- y;
- znacznie ograniczyć powstawanie nowej fali długów;
- zmniejszyć koszty finansowe, przywracając rentowność wielu placówek;

- spowodować dalszą racjonalizację polityki kosztowej zakładów;
- wyeliminować negatywne zjawiska pochodne, jak windykacja niezapłaconego długu lub „dzika prywatyzacja”.

PROCEDURA SEKURYTYZACJI ZADŁUŻENIA SŁUŻBY ZDROWIA

Schematycznie w sposób najbardziej zrozumiały i uproszczony procedurę tę przedstawia poniższy schemat, który wymaga kilku wyjaśnień i komentarzy.



Seminarium Finansowego Forum Zdrowia nt.: „Sekurytyzacja zadłużenia sektora ochrony zdrowia”, które odbyło się w dniach 7-8. 11. 2002 r. w Gdańsku, opr. własne.

Spółka celowa powoływana jest jedynie i wyłącznie w celu przeprowadzenia tego rodzaju działalności.

Jest „na stałe” wpisana w procedurę sekurytyzacji. W warunkach polskich emitowane przez nią papiery wartościowe to obligacje. Spółka ta najczęściej powoływana jest przez wierzycieli lub bank.

Służba zdrowia= dłużnicy; przedstawieni są na powyższym schemacie „z boku”, ponieważ tak naprawdę niewiele od nich zależy zwłaszcza, gdy ich wierzytelności nie mają zastrzeżenia, że nie można nimi handlować (przekazywać) bez zgody dłużnika.

Wierzyciele są stroną najbardziej zainteresowaną procesem sekurytyzacji zadłużenia, ponieważ proces ten pozwoliłby na zamianę nieściągalnych wierzytelności na konkretne środki pieniężne, co w przypadku firm, dla których służba zdrowia jest jedynym odbiorcą umożliwi dalszą działalność, a nierzadko ochroni przed widmem bankructwa.

Agencja ratingowa powinna być całkowicie niezależna od pozostałych „aktorów” procesu sekurytyzacji. Jej rola polega na ocenie ryzyka transakcji, co w 70% przekłada się na ocenę organu założycielskiego, zwłaszcza pod kątem możliwości przyszłego wykupu obligacji, a w pozostałych 30 % dotyczy oceny danego szpitala czy SP ZOZ –u.

Ocena ratingowa jest niezbędna z punktu widzenia ewentualnych inwestorów (uwaga- istota ratingu jest diametralnie różna od istoty narzędzi służących hierarchizowaniu szpitali według określonych kryteriów, np. rankingów).

Podmioty udzielające zabezpieczenia są obok inwestorów najważniejszymi aktorami na scenie sekurytyzacji zadłużenia służby zdrowia. W zależności od skali procesu sekurytyzacji mogą to być organy założycielskie lub skarb państwa

Inwestorzy. Mogą to być zarówno osoby fizyczne, jak i prawne. Zasoby rynku finansowego w Polsce w 2002 roku oceniane były na około 403 mld PLN. Wśród ewentualnych inwestorów można wymienić fundusze emerytalne, fundusze inwestycyjne, towarzystwa ubezpieczeniowe, podmioty gospodarcze itd. Oczywiście z punktu widzenia inwestorów najważniejsze jest bezpieczeństwo inwestycji i zysk. Należy pamiętać, że możliwi są także inwestorzy zagraniczni, zwłaszcza jeśli „końcowym” dłużnikiem jest państwo, a wyemitowane obligacje będą konkurencyjne dla obligacji skarbowych.

Sekurytyzacja istniejących należności pozwoliłaby zakładowi opieki zdrowotnej na przyspieszenie przepływów finansowych. Zostają wtedy uwolnione środki, które można zainwestować w działalność podstawową placówek zdrowotnych lub wykorzystać do restrukturyzacji zadłużenia.

Oczywiście, sekurytyzacji można poddać nie tylko długi zakładów opieki zdrowotnej, ale również finansować inwestycje w placówkach zdrowotnych poprzez przyspieszenie przepływów środków pieniężnych, w drodze sekurytyzacji należności z kontraktów zawartych z kasami chorych.

Program sekurytyzacji wierzytelności w ochronie zdrowia nigdy nie został wprowadzony w życie, m.in. z powodu odwołania z funkcji ministra Mariusza Łapińskiego, który ten pomysł forsował w rządzie i w parlamencie. W „Strategicznych kierunkach działań Ministra Zdrowia w latach 2002-2003” była również mowa o kwestiach związanych z przekształceniami własnościowymi. Stwierdzono, że powinny one podlegać nadzorowi ze

strony władz publicznych, aby nie dochodziło do niekontrolowanej „prywatyzacji” zakładów opieki zdrowotnej, prowadzących do uszczuplenia majątku publicznego i pogorszenia dostępności usług medycznych.

W ramach systemowej nowelizacji przepisów ustawy o ZOZ- ach miano przygotować ścieżkę przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki samorządowe lub inne podmioty niepubliczne. Jednocześnie podkreślono, że lecznictwo zamknięte musi opierać się na placówkach publicznych, dlatego z przekształceń własnościowych wyłączone powinny być placówki uwzględnione w sieci szpitali publicznych.

W celu obniżenia kosztów funkcjonowania systemu zaproponowano wprowadzenie Rejestru Usług Medycznych (też niestety nie został wdrożony) oraz kontynuowania dalszych prac nad racjonalizacją polityki lekowej państwa.

Kluczowe znaczenie miała mieć racjonalizacja wydatków systemu ubezpieczenia zdrowotnego na refundację leków polegająca na podjęciu działań zmierzających do takiej modyfikacji wykazu leków refundowanych, by pozostawić w nich jedynie preparaty, których refundacja znajduje uzasadnienie medyczne i jest istotna ze względów społecznych.

Ponadto przewidywano podjęcie działań w celu *stworzenia silnej grupy kapitałowej (holdingu) o charakterze narodowym, stanowiącej przeciwwagę dla podmiotów zagranicznych (w tym głównie importu) funkcjonujących na polskim rynku farmaceutycznym.*

USTAWA „203” I JEJ SKUTKI DLA ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Jednym z najbardziej negatywnych zjawisk po wprowadzeniu reform w ochronie zdrowia i utworzeniu kas chorych, była *ograniczona sterowność systemu*⁹⁰.

Inaczej można to zjawisko określić terminem „odpowiedzialności rozmytej”, przejawiającej się m.in. w słabej pozycji samorządów terytorialnych jako „właścicieli” zakładów opieki zdrowotnej w stosunku do płatnika (Kas Chorych), jak i „głównego” kreatora polityki zdrowotnej, czyli państwa. Nie było jednego ośrodka pełniącego rolę nadrzędną – koordynacyjną.

Po pierwsze, państwo próbowało się wycofać z różnych zobowiązań w dziedzinie organizowania i finansowania opieki zdrowotnej. Przyjęcie zasady, że za długi likwidowanego zakładu odpowiada jego organ założycielski było uzupełnieniem tego

⁹⁰ S. Golinowska, Z. Czepulis- Rutkowska, M. Sitek, A. Sowa, Ch. Sowada, C. Włodarczyk, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno- Ekonomicznych, Raporty CASE, Warszawa 2002, s. 281 i n.

dążenia. Z kolei wprowadzenie koncepcji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej było próbą uwolnienia organu administracji samorządowej z części jego odpowiedzialności i przerzucenia jej na zakład.

W efekcie, wycofywanie się państwa przerzucało koszty na słabszych partnerów - na pacjentów oraz słabsze grupy wewnątrz sektora zdrowotnego (zwalnianie z pracy pielęgniarek, pracowników administracyjno- technicznych, personelu niższego-salowych).

Ten transfer odpowiedzialności na niższe szczeble nie został zaakceptowany w świadomości społecznej, czego ewidentnym przykładem były protesty pielęgniarek pod koniec 2000 roku.

Przyczyną tego konfliktu było uchylanie się rządu i Ministerstwa Zdrowia od podjęcia decyzji związanych z wypłatą trzynastych pensji za 1998 rok. Ministerstwo Zdrowia nie chciało podjąć żadnych skutecznych działań, a pracodawcy po usamodzielnieniu, którzy byli następcami prawnymi Skarbu Państwa, nie otrzymali na to środków finansowych z Kas Chorych. Do tego doszły postulaty związane z podwyżką wynagrodzeń. W konsekwencji parlament ulegając presji środowisk medycznych (głównie strajkom pielęgniarek), nie wskazując źródła finansowania, co w przyszłości doprowadziło do jeszcze większego, lawinowego zadłużania się placówek, wprowadził w dn. 22.12.2000 r. tzw. „ustawę 203” - o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej⁹¹.

W ustawie zapisano, że od 1.01.2001 r. pracownikom samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przysługuje przyrost przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia nie niższy niż 203 złotych miesięcznie, w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy łącznie ze skutkami wzrostu wszystkich składników wynagrodzenia.

Ministerstwo Zdrowia uważało, że stawki oferowane przez Kasy Chorych w kontraktach na 2001 rok uwzględniają kwotę na podwyżki zgodnie z „ustawą 203”.

Oczywiście Kasy Chorych uważały przeciwnie - że nie.

Wątpliwości interpretacyjne wzbudził zwrot „o przyroście przeciętnego wynagrodzenia” oraz „nie niższym niż 203 zł. miesięcznie”. Pojawiła się nawet interpretacja, że co miesiąc w roku 2001 ma wzrosnąć wynagrodzenie o 203 zł., co w skali roku dawałoby podwyżkę o 2436 zł., w porównaniu ze stanem na dzień 31.12.2000 roku. Przykład tego konfliktu ilustruje, jakie były kłopoty z precyzyjnym ustaleniem granic odpowiedzialności

⁹¹ Dz.U. z 2001r., Nr 5, poz. 45.

poszczególnych podmiotów. W tym przypadku, a także w wielu innych, zakresy odpowiedzialności ponoszonej przez jednego partnera nachodziły na zakres drugiego, ale częściej pewne terytoria zadań pozostawały poza zobowiązaniami któregośkolwiek z partnerów.

W konsekwencji nie było jasne, kto powinien ponosić ostateczną odpowiedzialność za niektóre aspekty aktywności w sektorze zdrowotnym, albo wręcz odpowiedzialność ta nie była przypisana nikomu. Kiedy trwał konflikt o trzynastą pensję stało się jasne, że zreformowany układ kompetencji pozbawił ministerstwo możliwości interweniowania w tej sprawie⁹².

W ten sposób dostarczano argumentów przeciwnikom dotychczasowych działań reformatorskich dokonanych w ochronie zdrowia i ułatwiono wprowadzenie nowej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym połączonym z likwidacją Kas Chorych.

23 stycznia 2003 roku Sejm uchwalił nową ustawę o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia⁹³.

Projekt utworzenia Narodowego Funduszu Zdrowia został krytycznie przyjęty przez środowiska medyczne. Rzeczywiście, chyba lepszym rozwiązaniem byłby stopniowy proces łączenia Kas Chorych.

Niemniej powołanie NFZ miało pewne długofalowe zalety, które należy podkreślić wbrew opiniom rozpowszechnionym np. w środkach masowego przekazu.

Po pierwsze, jednolita struktura jest w stanie efektywniej wydawać pieniądze. Tańsze jest przeprowadzenie np. jednego dużego przetargu, niż dla kilku mniejszych jednostek organizacyjnych. Dostawcy sprzętu czy leków są w stanie zaproponować niższe ceny w przypadku większego zamówienia, niż dla kilku mniejszych podmiotów, w dodatku nieskoordynowanych i rozciągniętych w czasie.

Po drugie jednolita struktura jest w stanie zapewnić długofalowo zachowanie jednolitych standardów w kwestii świadczenia usług i stosowanego sprzętu, wymogów stawianych świadczeniodawcom, stosowanych systemów rozliczeń, co powinno prowadzić do obniżenia kosztów jednostkowych, jak również sprawniej może wykryć nadużycia.

Po trzecie, jednolita struktura, właśnie taka jak NFZ, łatwiej jest w stanie wywiązać się z zapisanych w Konstytucji obowiązków władzy publicznej dotyczących ochrony zdrowia. W szczególności chodzi o zapewnienie równego dostępu do świadczeń finansowych z funduszy publicznych oraz obowiązku stworzenia przez państwo efektywnego systemu

⁹² Skąd pieniądze na wynagrodzenia, Rzeczpospolita, 30.11.2000 r.

⁹³ Dz.U. z 2003 r., Nr 45, poz. 391 ze zm., ustawa weszła w życie 1 kwietnia 2003 roku.

ochrony zdrowia i nadzoru nad nim (art. 68 pkt. 1 i 2 Konstytucji). Obie te funkcje z założenia muszą być realizowane głównie przez władze państwowe poprzez instytucje o charakterze centralistycznym.

Obowiązujący wcześniej zdecentralizowany system Kas Chorych nie spełniał tych wymogów. Niestety nie znalazł się nikt, kto by wcześniejsze regulacje zaskarżył do Trybunału Konstytucyjnego.

Po czwarte, jednolita struktura, zasobna w fundusze jest w stanie efektywniej konkurować na rynku z prywatnymi, głównie zagranicznymi firmami ubezpieczeniowymi, które w przyszłości będą świadczyć alternatywną możliwość ubezpieczeń zdrowotnych.

Głównymi organami NFZ są Rada i Prezes Funduszu, a także Rady Oddziałów Wojewódzkich Funduszu i ich dyrektorzy. Radę Funduszu (9- osobową) powołuje premier na 5- letnią kadencję. Rada Funduszu na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia powołuje Prezesa Funduszu. Struktura organizacyjna NFZ składa się z Centrali i Oddziałów Wojewódzkich. Te ostatnie działają w każdym województwie. Najważniejszym dokumentem Narodowego Funduszu Zdrowia jest roczny plan finansowy. Fundusz ma do dyspozycji rocznie ok. 45 mld zł. (dane za 2007 r.).

Do zadań NFZ należy przede wszystkim:

- Określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.
- Przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie.
- Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe.
- Opracowywanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych.
- Wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów zdrowotnych.
- Monitorowanie ordynacji lekarskich.
- Promocja zdrowia.
- Prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.
- Prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia.

Prezesi- osoby dotychczas kierujące NFZ:

- o Aleksander Nauman (1 kwietnia 2003 - 23 maja 2003)- zdymisjonowany po ujawnieniu podejrzeń o korupcję,
- o Maciej Tokarczyk (3 lipca 2003 - 4 października 2003)- popełnił samobójstwo,
- o Krzysztof Panas (7 października 2003 - 6 marca 2004)- zdymisjonowany,
- o Lesław Abramowicz (9 marca 2004 - 7 września 2004)- zdymisjonowany,
- o Marek Lejk (7- 30 września 2004)- p.o. prezesa,
- o Jerzy Miller (30 września 2004 - 8 września 2006),
- o Andrzej Sośnierz (od 8 września 2006 do 5 listopada 2007),
- o Jacek Grabowski (od 5 listopada 2007 do 4 grudnia 2007)- p.o. prezesa,
- o Jacek Paszkiewicz (od 4 grudnia 2007).

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia była krytykowana przez posłów opozycji i już podczas rozpraw 18 grudnia 2003 roku oraz 7 stycznia 2003 roku Trybunał Konstytucyjny rozpoznał wniosek grupy posłów Platformy Obywatelskiej w sprawie niezgodności z Konstytucją tej ustawy. Trybunał w swej sentencji orzekł: podstawowe przepisy tej ustawy, dotyczące organizacji i zasad działania Narodowego Funduszu Zdrowia (rozdziały 1 i 4), zasad zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych i organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych (rozdz. 5,6,7,8), gospodarki finansowej (rozdz.9) oraz zasad nadzoru i kontroli wykonywania zadań Narodowego Funduszu Zdrowia (rozdz.13)- są niezgodne z art.68 w związku z art.2 Konstytucji RP- przez to, że tworząc instytucję publiczną w kształcie uniemożliwiającym jej rzetelne i sprawne działanie-naruszają zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Dalej w swym orzeczeniu Trybunał zaznaczył, że ...”nie przesądza o tym, jaki konkretnie model systemu organizacyjnego powinien być wprowadzony w przyszłości (scentralizowany czy zdecentralizowany, oparty na systemie kas chorych, czy jednolitego funduszu, budżetowy czy ubezpieczeniowy, państwowy czy samorządowy). Każdy z wybranych przez ustawodawcę modeli musi jednak odpowiadać określonym wcześniej założeniom konstytucyjnym z punktu widzenia równości i dostępności świadczeń zdrowotnych”...⁹⁴

Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że przepisy ustawy uznane za niekonstytucyjne tracą moc z dniem 31 grudnia 2004 roku.

⁹⁴ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7.01. 2004 roku, sygn. akt K 14/ 03 (Dz. U. Nr 5, poz. 37).

W związku z powyższym parlament przyjął w dn. 27.08.2004 roku nową ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹⁵, w której zastosowano się do zaleceń Trybunału Konstytucyjnego i przyjęto zgodną z prawem procedurę kontraktacji świadczeń.

W ustawie tej nie było mowy o decentralizacji NFZ i żadnych zapisów dotyczących przyszłości ubezpieczeń dodatkowych, czego domagali się niektórzy posłowie opozycji, np. z Platformy Obywatelskiej.

Całkiem inny pomysł na ratowanie sytuacji w służbie zdrowia, głównie zniwelowania ogromnego zadłużenia w tamtym okresie, miał zespół kierowany przez prof. Z. Religę, który proponował *zastosowanie finansowania szpitali metodą odpowiedzialności budżetu państwa z elementami gry rynkowej*, wprowadzanego poprzez kontraktowanie usług medycznych. Natomiast środowisko Platformy Obywatelskiej remedium na uzdrowienie ochrony zdrowia pokładało w pomysłach na wprowadzenie komercjalizacji i prywatyzacji oraz w ubezpieczeniach dodatkowych obok obowiązkowych w NFZ.

Pod wpływem narastającego zadłużenia SP ZOZ-ów z inicjatywy ówczesnego wicepremiera Jerzego Hausnera, przystąpiono do prac nad ustawą o jednorazowym, oddłużeniu publicznych zakładów, połączonych z ich restrukturyzacją polegającą na ich przekształceniu w spółki użyteczności publicznej oraz wprowadzeniu odpłatnych świadczeń medycznych⁹⁶.

Minister Zdrowia Leszek Sikorski zaproponował częściowe umorzenie niezapłaconych składek na ubezpieczenie społeczne (ZUS) i Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz dopłaty do odsetek od pożyczek dla restrukturyzujących się zakładów opieki zdrowotnej.

Sfinansowanie gigantycznego zadłużenia szpitali miało być zrealizowane poprzez emisję obligacji w ramach projektu sekurytyzacji wierzytelności. Planowano wyemitowanie obligacji przez NFZ na kwotę 3,5 mld zł (na okres od 5 do 25 lat), co miało pokryć ponad 60 proc. zadłużenia placówek służby zdrowia.

Obligacja jest to papier wartościowy, w którym jedna ze stron stwierdza, że jest dłużnikiem drugiej i zobowiązuje się do wykupu długu po określonym czasie. Innymi słowy jest to kredyt, który musi być spłacony kredytodawcy przez dłużnika w ustalonym terminie.

⁹⁵ Dz.U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135 ze zm.

⁹⁶ Projekt ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw, druki sejmowe Nr: 2278, 2278-A, 2278-B, 2278-C, Sejm IV kadencji.

Kredytodawcy, wydając pieniądze na obligacje oczekują zysku w przyszłości, czyli spłaty pieniędzy wraz z oprocentowaniem. Proponowana ustawa o spółkach użyteczności publicznej (s u p- ach) stwierdzała, że potrzebne jest odejście od podziału na zakłady opieki zdrowotnej- publiczne i niepubliczne, a nadanie publicznym (SP ZOZ- om) formy spółki.

Koncepcja spółki użyteczności publicznej z dziedziny ochrony zdrowia zakładała, że jest ona co do zasady przedsiębiorcą. Kwalifikacja taka w pełni łączyła się z podstawowym założeniem przyznania tym spółkom zdolności układowej i upadłościowej.

Omawiana spółka nie byłaby zwykłym przedsiębiorcą ze względu na konieczność kierowania się – obok mającego znaczenie podstawowe rachunku ekonomicznego, którego nie respektowanie musi pociągać za sobą sankcje typu rynkowego (w tym upadłość)- względami publicznymi, w szczególności z zakresu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

W tym przypadku szpitale mogłyby przyjąć formę spółki akcyjnej lub spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. Bardziej pożądana w zamysłach projektodawców miała być pierwsza opcja, wtedy 85 % udziałów mógłby przejąć samorząd lub skarb państwa, a pozostałe 15 % pracownicy.

Należy podkreślić, że cechą charakterystyczną przekształceń SP ZOZ- ów w SUP- y byłoby, że mienie (a więc: grunty, budynki, lokale, sprzęt medyczny i inne urządzenia), które jest własnością skarbu państwa lub samorządu terytorialnego, stałoby się własnością spółki użyteczności publicznej⁹⁷.

W obliczu narastającego zadłużenia publicznych ZOZ- ów wprowadzenie spółek użyteczności publicznej wymusi szybsze decyzje o likwidacji niektórych zakładów i dzięki temu zahamuje powstawanie nowych zobowiązań oraz kosztów obsługi istniejących już zobowiązań⁹⁸.

Zmniejszenie zadłużenia można również osiągnąć poprzez wprowadzenie profesjonalnego zarządzania zakładem i nadzoru właścicielskiego. Sprzyja temu ład korporacyjny, czyli autonomia menedżerów, prawo dysponowania nadwyżką, odpowiedzialność za kondycję finansową zakładu oraz umiejętność reagowania na sygnały płynące z zewnątrz. W każdej spółce menedżer zależy od Rady Nadzorczej i od Walnego Zgromadzenia Wspólników (lub Akcjonariuszy).

⁹⁷ Z. Kubot z Uniwersytetu Wrocławskiego, prelegent na konferencji naukowo – szkoleniowej pt.: „*Od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do spółki użyteczności publicznej*”, organizowanej przez firmę „Abacus” 19 lutego 2004 roku.

⁹⁸ K. Tymowska, Wydział Nauk Ekonomicznych Podyplomowe Studium Ekonomiki Zdrowia na Uniwersytecie Warszawskim, prelegentka na konferencji naukowo – szkoleniowej pt.: „*Od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do spółki użyteczności publicznej*”, organizowanej przez firmę „Abacus”, 19 lutego 2004 roku.

Omawianie przekształcenia miały nastąpić w określonym terminie – 1 stycznia 2006 roku.

Powinny być one odpowiednio przygotowane przez wcześniejsze (do 31 października 2005 r), obligatoryjne rozstrzygnięcia organów uprawnionych do dokonania przekształcenia (wybór formy spółki, ustalenie aktu założycielskiego, statutu, powołania organów spółki).

Po licznych protestach projekty te nigdy nie zostały wdrożone i ostatecznie odrzucone 16.02.2005 roku. Dokonując reasumpcji dotychczasowych rozważań nad przeprowadzanymi zmianami w systemie ochrony zdrowia można stwierdzić, że obraz polskiej służby zdrowia nie napawa zbyt dużym optymizmem, a główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest narastający rozdział pomiędzy zwiększonymi potrzebami coraz bardziej świadomych swoich praw pacjentów, a zmniejszającymi się finansowo – organizacyjnymi możliwościami ich zaspokojenia.

Obawa przed porażką wyborczą zniechęca kolejne ugrupowania polityczne do jasnego przedstawienia problemu uzyskania niezbędnej równowagi między wielkością środków publicznych, jakie są przeznaczone na ochronę zdrowia, a zakresem świadczeń, jakie można za nie wyprodukować⁹⁹.

W efekcie często dochodzi do konfliktów w służbie zdrowia i przedstawiania kolejnych propozycji zmian w jej organizacji i finansowaniu.

⁹⁹ M. Dercz, Ochrona zdrowia potrzebuje menedżerów, „Rzeczpospolita”, 17 czerwca 2002.

ROZDZIAŁ VI

PROPOZYCJE NAPRAWY POLSKIEJ OCHRONY ZDROWIA. KOLEJNE SCENARIUSZE

6.1. Ocena wskaźników zadowolenia z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Niepewność co do przyszłego kształtu struktury organizacyjnej systemu opieki zdrowia, ale także szeregu innych rozwiązań o charakterze ustrojowym: modelu instytucjonalnego polityki rozwoju regionalnego czy zakresu decentralizacji finansów publicznych sprawiają, że możliwości formułowania zaleceń są ograniczone. Mimo tego, pewne podstawowe rekomendacje, które można przedstawić, są następujące¹⁰⁰:

- konieczność precyzyjnego określenia zakresu odpowiedzialności poszczególnych podmiotów władzy publicznej. Staje się to szczególnie istotne w obecnej sytuacji, gdy w poprawianiu reformy deklaruje się zwiększenie uprawnień decyzyjnych i kontraktowych administracji rządowej w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej, które pogłębiają niejasne określenie zadań i konflikty kompetencyjne,
- dokonanie przeglądu podporządkowania zakładów szczeblom samorządu terytorialnego, przeniesienie uprawnień organu założycielskiego większych jednostek szpitalnych na szczebel województwa oraz ze szczebla wojewódzkiego na finansowo silne miasta na prawach powiatu,
- zwiększenie środków finansowych będących w dyspozycji samorządów (zwłaszcza na poziomie województwa) i wkomponowanie finansowania inwestycji infrastrukturalnych w system polityki regionalnej państwa,
- stworzenie ram prawnych i zachęt sprzyjających koordynacji polityki zdrowotnej na poziomie regionalnym oraz wzmocnienie zdolności administracyjnych tworzenia tego typu polityki przez samorząd województwa,

¹⁰⁰ S. Golinowska, Z. Czepulis – Rutkowska, M. Sitek, A. Sowa, Ch. Sowada, C. Włodarczyk, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, op. cit., s. 72.

- promowanie i wspieranie zdolności samorządów terytorialnych do inicjowania działań z zakresu promocji zdrowia i koordynacji działań wielosektorowych.

Mimo negatywnego obrazu polskiej ochrony zdrowia od początku transformacji ustrojowej nie odbyła się rzetelna publiczna dyskusja dotycząca problemu mijania się społecznych oczekiwań z oferowanymi rozwiązaniami organizacyjnymi i finansowymi.

Reformy systemu opieki zdrowotnej należy przedstawiać w kontekście polityki społecznej i ekonomicznej państwa.

R. Saltman i R. Busse oceniając określone przedsięwzięcia reformatorskie, wymienili następujące zasady¹⁰¹:

- *równość i sprawiedliwość (equity and justice)*: polegające na zapewnieniu odpowiedniego dostępu do opieki zdrowotnej na podstawie kryterium potrzeby całej populacji, a zwłaszcza osobom biednym, starszym, mieszkańcom terenów wiejskich, niepełnosprawnym i innym znajdującym się w trudnej sytuacji,
- *spójność (cohesion) społeczna*: organizowanie opieki zdrowotnej przy stosowaniu modelu narodowej służby zdrowia lub modelu ubezpieczenia społecznego,
- *efektywność ekonomiczna (economic efficiency)*: zdolność ograniczania ogólnych wydatków zdrowotnych do granic wynikających z ekonomicznych możliwości,
- *zdrowie i bezpieczeństwo*: możliwość ochrony zdrowia w środowisku pracy, zapewnianie dostępu do czystej wody i bezpiecznej żywności,
- *dobrze poinformowani i wykształceni obywatele*: podejmowanie działań zmierzających do informowania obywateli i pacjentów na temat świadczeń zdrowotnych, leków i zachowań służących zdrowiu,
- *indywidualny wybór*: gwarancja możliwości wyboru świadczeniodawcy, niekiedy także płatnika, w zakresie nie prowadzącym do konfliktu z innymi zasadami.

¹⁰¹ R.B. Saltman, R. Busse, *Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice* [w:] *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*, R.B. Saltman, R. Busse, E. Mossialos (editors), Open University Press, Buckingham, Philadelphia 2001: 3-52, s. 14.

Aby system opieki zdrowotnej miał charakter logicznie zintegrowanego, powinien zawierać w sobie cztery perspektywy¹⁰².

W pierwszej perspektywie zaleca się zwiększenie udziału wydatków zdrowotnych w wydatkach publicznych, gdyż panuje przekonanie, że główną przyczyną destrukcji systemu jest jego niedofinansowanie.

Zwolennicy drugiej perspektywy koncentrują się na braku strukturalnej równowagi między możliwościami finansowymi systemu, a rozwojem nowych technologii medycznych oraz zachodzących w społeczeństwie zmianach społecznych i demograficznych (starzenie się populacji); co wywołuje brak możliwości ze strony publicznego płatnika do sprostania tym zapotrzebowaniom.

Zwolennicy trzeciej perspektywy wierzą w skuteczność stosowania reguł rynkowych, polegających na zwiększeniu ilości prywatnych świadczeń, a tym samym dofinansowaniu systemu.

W przypadku czwartej perspektywy podkreśla się wagę stosowania narzędzi sprawnego zarządzania oraz promowania zdrowego stylu życia i szeroko rozumianej profilaktyki w zapobieganiu powstawania chorób.

Gdyby zaistniała potrzeba przedstawienia *listy zjawisk kryzysowych*, z jakimi boryka się polska ochrona zdrowia, można byłoby ująć ten problem następująco:

- w polityce zdrowotnej państwa nie zdefiniowano strategicznych celów i priorytetów. Sposób przygotowywania i wdrażania reform był prowadzony w oderwaniu od celów zdrowotnych,
- liczne błędy w gromadzeniu i dysponowaniu środkami finansowymi,
- w wielu przypadkach niewłaściwe strategiczne i bieżące zarządzanie (dotyczy to zarówno treści, jak i stylu podejmowanych decyzji),
- braku planowania zasobów (w tym kadr, inwestycji i drogiej aparatury),
- fatalnym stanie komunikowania się z partnerami w systemie (łącznie z własnymi pracownikami),
- braku umiejętności budowania koalicji politycznych sprzyjających zmianom,
- znacznemu osłabieniu siły oddziaływania norm etycznych, które w znacznym stopniu zostały zastąpione obroną zawodowej solidarności,

¹⁰² J.W. Bjorkman, Ch. Altenstetter, *Globalized Concepts and Localized Practice: Convergence and Divergence in National Health Policy Reforms* [w:] Health Policy Reform, National Variations and Globalization, edited by Ch. Altenstetter and J. W. Bjorkman, Macmillan Press & JPSA, Houndmills and London 1997, s. 11 i in.

- koncentracji różnych medycznych grup zawodowych na prezentacji i obronie własnych interesów, przy zaniku perspektywy bardziej ogólnej,
- całkowitym zaprzestaniu rzeczowego dialogu ze społeczeństwem i pacjentami.

W niemal wszystkich badaniach dotyczących wskaźnika zadowolenia z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, Polska wypada bardzo źle w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej.

Dla przykładu podane zostaną wyniki badań sondażowych, jakie w 2004 roku i 2005 roku na zlecenie organizacji The Stockholm przeprowadził instytut badawczy Populus w dwunastu krajach UE¹⁰³.

Poglądy pacjentów zostały określone przy zastosowaniu rozmaitych kryteriów opracowanych na podstawie tabulacji krzyżowej. Poniżej znajdują się definicje kluczowych pojęć użytych w częściach dotyczących poszczególnych krajów.

Najważniejsze cechy systemu opieki zdrowotnej oraz czy system spełnia te warunki

	Ważne	Dobrze Spełniane	Wartość Netto
Czas między diagnozą a leczeniem	98	12	86
Leczenie w miejscu i czasie wygodnym dla pacjenta	96	20	76
Posiadanie wystarczającej ilości informacji, aby podejmować decyzje dotyczące leczenia	96	24	72
Użycie najnowszych technologii/leków	95	22	73
Możliwość wyboru lekarza	95	38	57

¹⁰³ Wyd. I, Wielka Brytania 2005, przez The Stockholm Network, 35 Britania Row, Londyn N1 8QH.

Co jest dla Ciebie ważniejsze w systemie opieki zdrowotnej (Luka Solidarnościowa)

	Równy dostęp	Jakość opieki zdrowotnej	Wartość Netto
Węgry	88	.11	77
Holandia	84	15	69
Włochy	84	15	69
Hiszpania	83	17	66
Szwecja	81	17	64
Niemcy	81	18	63
Czechy	81	18	63
ŚREDNIA	80	18	62
Słowacja	80	18	62
Francja	78	21	57
POLSKA	75	20	55
Wielka Brytania	69	31	38

Jak oceniasz inne systemy opieki zdrowotnej w Europie w porównaniu z systemem twojego kraju? (Kompleks Niższości)

	Lepiej	Tak samo	Gorzej	Lepiej / minus Tak samo/Gorzej
POLSKA	90	4	5	80
Węgry	78	14	9	55
Słowacja	73	12	15	46
Czechy	65	26	10	28
Włochy	63	26	11	26
Wielka Brytania	60	29	12	19
ŚREDNIA	54	26	20	8
Hiszpania	42	35	26	-19
Niemcy	38	27	35	-24
Holandia	34	41	25	-32
Szwecja	24	43	34	-53
Francja	20	31	48	-59

Ogólna ocena systemu opieki zdrowotnej (od 1 do 10 punktów)

Francja	6.9	ŚREDNIA	5.6
Holandia	6.7	Czechy	5.3
Hiszpania	6.7	Niemcy	5.1
Wielka Brytania	5.9	Węgry	5.1
Szwecja	5.8	Słowacja	4.4
Włochy	5.8	POLSKA	3.8

Perspektywy dla służby zdrowia w twoim kraju w ciągu najbliższych 10 lat, w przypadku braku reform (Wskaźnik Pesymizmu)

	Polepszenie	Bez zmian	Pogorszenie
Niemcy	4	12	80
POLSKA	10	13	74
Szweda	11	18	68
Holandia	14	20	64
Hiszpania	14	22	58
ŚREDNIA	16	20	60
Wielka Brytania	17	22	60
Francja	17	21	59
Czechy	16	25	54
Słowacja	21	17	56
Włochy	21	31	40
Węgry	27	19	50

Czy system opieki zdrowotnej w twoim kraju potrzebuje reformy? (Indeks Reform)

Tak (pilnie)	Tak	Nie	Tak (pilnie) / Tak	
85	10	2	93	Węgry
86	7	4	89	POLSKA
76	14	7	83	Niemcy
64	22	6	80	Czechy
62	22	6	78	Słowacja
63	24	10	77	Wielka Brytania
65	20	11	74	Francja
60	24	10	74	Włochy
58	24	11	71	Szwecja
46	35	14	67	Hiszpania
54	24	15	63	Holandia
65	21	9	77	ŚREDNIA

Reformy, które mogłyby najbardziej podnieść jakość opieki zdrowotnej

	Prawdopodobnie tak	Prawdopodobnie nie	Wartość netto
Dawanie pacjentom więcej informacji			
na temat ich dolegliwości	79	16	63
Zwiększenie ilości leków			
i metod leczenia	70	25	45
Zwiększenie wachlarza lekarzy i szpitali	53	42	11
Ułatwienie pacjentom wydawania			
własnych pieniędzy na opiekę zdrowotną	52	41	11
Danie pacjentom większej kontroli nad			
publicznymi wydatkami na opiekę zdrowotną	48	46	2

Najrzetelniejsze źródła informacji zdrowotnych (Łuka Wiarygodności)

	Rzetelne	Nierzetelne	Wartość netto
Doświadczenie	81	12	69
Lekarze/Pielęgniarki	80	14	66
Media	69	28	41
Organizacje Pozarządowe	63	22	41
Oficjalne Statystyki	54	40	14
Przemysł Zdrowotny	47	44	3
Politycy	11	87	76

W badaniach poglądy pacjentów zostały określone przy zastosowaniu rozmaitych kryteriów opracowanych na podstawie *tabulacji krzyżowej (cross-tabulation)* wyników sondaży. Poniżej znajdują się definicje kluczowych pojęć użytych w częściach dotyczących poszczególnych krajów.

Deficyt Świadczeń

Instytut Populus określił pięć kluczowych funkcji (czynników) związanych z dobrej jakości systemem opieki zdrowotnej i poprosił respondentów o wskazanie, czy funkcje te są dla nich ważne w ich własnych systemach ochrony zdrowia. Następnie badani zostali zapytani o to, w jakim stopniu, w ich odczuciu, ich system ochrony zdrowia realizuje te funkcje. Całkowita liczba odpowiedzi wskazujących, iż określony system dobrze spełnia daną funkcję, np. dostęp do nowych leków i technologii, została odjęta od liczby odpowiedzi, według których ta określona funkcja jest istotna dla danego systemu. Średni wskaźnik Deficyt Świadczeń dla każdego z krajów został uzyskany ze średniego wyniku dla każdej z funkcji.

Łuka Solidarnościowa

Wartość ta, to różnica pomiędzy tymi, którzy uważają, iż równy dostęp do tych samych standardów ochrony zdrowia jest ważniejszy niż jakość opieki otrzymywanej przez pojedynczych pacjentów.

Kompleks Niższości

Wskaźnik Kompleks Niższości jest miarą tego, jak respondenci postrzegają swój system w porównaniu z systemami innych krajów. Badanych poproszono o opinię na temat tego, czy ich własnych system działa lepiej, gorzej czy też mniej więcej tak samo jak systemy innych

krajów europejskich. Liczba odpowiedzi „tak samo” lub „gorzej” została odjęta od liczby odpowiedzi „lepiej” dając w ten sposób ogólny wskaźnik Kompleks Niższości dla każdego z krajów.

Wskaźnik Pesymizmu

Wskaźnik Pesymizmu służy określeniu perspektyw na przyszłość dla systemów opieki zdrowotnej w przypadku, gdy w ciągu najbliższej dekady nie będą miały miejsca żadne reformy. Całkowita liczba osób, które twierdzą, iż sytuacja się poprawi została odjęta od liczby tych, którzy uważają, iż sytuacja albo pozostanie bez zmian, albo ulegnie pogorszeniu

Indeks Reform

Poproszono respondentów o ocenę, czy ich systemy opieki zdrowotnej wymagają reformy, a jeśli tak, to jak szybko. Następnie kraje poddane badaniom ułożono w kolejności w oparciu o Indeks Reform poprzez odjęcie odsetka osób uważających, iż reforma nie jest konieczna od odsetka tych, których zdaniem jest ona pożądana bądź pilna.

ANALIZA BADAŃ SONDAŻOWYCH

Polacy ocenili swój system służby zdrowia jako najgorszy z dwunastu badanych krajów Unii Europejskiej. Wystawili mu najniższą ocenę ogólną (3,8 na 10 możliwych punktów), co stawia Polskę za kolejnym krajem na liście, czyli Słowacją. W ogólnej ocenie wydajności wedle aspiracji Polska również znajduje się na samym dole listy i to w sporej odległości od kolejnego nisko położonego kraju. Tylko jeden na siedmiu Polaków twierdzi, że ich system dobrze sobie radzi, jeśli chodzi o spełnianie indywidualnych potrzeb - jest to najniższy wynik ze wszystkich badanych krajów.

Nie jest zatem wcale zaskoczeniem, że Polacy mają najbardziej negatywny stosunek do swojego systemu służby zdrowia w porównaniu z systemami innych krajów, a Polska jest krajem z największym odsetkiem ludzi uważających, że inne kraje mają więcej funduszy na opiekę zdrowotną. Więcej ludzi w Polsce, niż w jakimkolwiek innym kraju uważa, że reforma służby zdrowia jest sprawą pilną, a także więcej obywateli Polski niż jakiegokolwiek innego badanego kraju, z wyjątkiem Niemiec wierzy, że poziom opieki zdrowotnej pogorszy się, jeśli reformy takiej nie będzie.

Więcej niż czterech na pięciu Polaków (86%) wierzy, że reforma służby zdrowia jest sprawą pilną w ich kraju - najwyższy odsetek ze wszystkich badanych krajów, w tym 90% ludzi między 35 a 44 rokiem życia i 80% obywateli w wieku 65 lat lub starszych. Kolejne

7% uważa, że reforma jest potrzebna. Jeden na ośmiu Polaków w wieku od 15 do 24 lat (12%) podziela tę opinię, jak również jeden na dziewięciu Polaków w wieku 65 lat lub starszych (11%). Jedynie 4% Polaków uważa, że reforma nie jest potrzebna - jest to najniższy odsetek ze wszystkich krajów z wyjątkiem Węgier. To daje Polsce wynik 89% w tabeli Indeksu Reform, gdzie średnia wynosi 77%, a jedynie Węgry uzyskały wynik wyższy od Polski (93%).

Trzy czwarte Polaków (74%) wierzy, że poziom opieki zdrowotnej będzie się pogarszał w ciągu najbliższych dziesięciu lat, jeśli nie będzie reformy - jedynie Niemcy uzyskali tutaj wyższy wynik. Opinię tę podziela więcej niż czterech na pięciu Polaków między 35 a 44 rokiem życia (84%), a tylko nieco ponad dwie trzecie obywateli Polski w wieku od 15 do 24 lat (69%) oraz podobna liczba Polaków między 55 a 64 rokiem życia (68%). Jeden na ośmiu Polaków (13%) uważa, że poziom opieki zdrowotnej nie zmieni się. W grupach wiekowych liczby wahają się od 7% Polaków w wieku 65 lat i starszych do prawie jednego na pięciu (18%) obywateli Polski w grupie wiekowej między 55 a 64 rokiem życia. Tylko jeden na dziesięciu mieszkańców Polski uważa, że poziom opieki zdrowotnej polepszy się w przypadku braku reformy - jest to najniższy odsetek ze wszystkich badanych krajów z wyjątkiem Niemiec. Daje to Polsce „Wskaźnik Pesymizmu” wynoszący 77%, podczas gdy średnia wśród dwunastu badanych krajów Unii Europejskiej wynosi 65%, a jedynie Niemcy uzyskały wynik wyższy od Polski (88%).

Trzy czwarte Polaków (75%) uważa, że ich system służby zdrowia jest niedofinansowany - jest to najwyższy odsetek ze wszystkich badanych krajów oprócz Słowacji. W grupach wiekowych liczba osób podzielających tę opinię waha się od czterech na pięć osób w wieku od 15 do 24 lat (82%), do niewiele ponad dwóch trzecich osób w wieku od 55 do 64 lat (68%). Tylko 11% uważa, że polska służba zdrowia jest odpowiednio finansowana (najniższy wynik ze wszystkich badanych krajów), a kolejne 7% uważa, że system opieki zdrowotnej otrzymuje za dużo pieniędzy. Zatem patrząc w kategoriach bezwzględnych, liczba Polaków, którzy uważają, że ich system opieki zdrowotnej jest niedofinansowany jest porównywalna jedynie do liczby obywateli Słowacji podzielających tę opinię. Jednak, jeśli spojrzeć na problem w kategoriach relatywnych, w żadnym innym kraju nie było większej liczby obywateli, która uważałaby, że ich system opieki zdrowotnej otrzymuje zbyt mało pieniędzy w porównaniu z systemami innych krajów. Z całej grupy, która wyraziła pogląd na ten temat prawie dziewięciu na dziesięciu Polaków (88%) uważa, że inne kraje mają więcej pieniędzy na opiekę zdrowotną niż Polska – jest to najwyższy odsetek ze wszystkich badanych krajów. Tylko 5% uważa, że ich kraj ma tyle samo pieniędzy na

służbę zdrowia, co inne kraje, a jedynie 7% myśli, że Polska ma tych pieniędzy więcej od innych. W obu przypadkach jest to najniższy odsetek spośród dwunastu badanych krajów.

Pomimo tego, Polacy są w okolicach średniej sondażu, jeśli chodzi o pogląd, że dodatkowe fundusze na opiekę zdrowotną powinny pochodzić z wyższych podatków. Jeden na pięciu Polaków (19%) podziela tę opinię - najwięcej, bo prawie jedna czwarta (24%) w grupie wiekowej od 15 do 24 lat, a najmniej, bo prawie jeden na sześciu (15%) w grupie wiekowej od 55 do 64 lat. Tylko jeden na dziewięciu Polaków (11%) jest za tym, aby niedostatki w budżecie służby zdrowia pokryć poprzez wyższe wydatki osobiste- jest to najniższy odsetek ze wszystkich badanych krajów z wyjątkiem Hiszpanii. Opinie te podziela aż 16% Polaków w grupie wiekowej od 55 do 64 lat i jedynie 5% w grupie wiekowej powyżej 64 lat.

Jeśli chodzi o wydajność systemu w porównaniu z systemami innych krajów, dziewięciu na dziesięciu Polaków (90%) uważa, że systemy opieki zdrowotnej innych krajów są wydajniejsze niż ich własny. Tylko 4% wierzy, że poziom jest porównywalny, a jedynie 5% uważa, że polski system prezentuje wyższy poziom niż systemy innych krajów. Zatem ilość netto osób które uważają, że polski system jest gorszy, czyli wartość, która użyta została do określenia Kompleksu Niższości - wynosi 80%, co daje dziesięć razy więcej niż średnia dla badanych krajów (8%) i daje dużą przewagę nad Węgrami, które zajmują drugą pozycję z Kompleksem Niższości na poziomie 55%.

Nic zatem dziwnego, że Polacy bardzo chętnie leczyliby się za granicą, pod warunkiem, że ich system opieki zdrowotnej byłby gotowy za to zapłacić. Polacy są gotowi to zrobić większością 75% do 20%, które są przeciwne. Najwięcej chętnych, bo aż 90% za i jedynie 10% przeciw, można znaleźć w grupie wiekowej od 15 do 24 lat, a 56% za i aż 36% przeciw możemy znaleźć w grupie wiekowej powyżej 64 lat- jest to najwyższy odsetek ze wszystkich badanych krajów, oprócz Słowacji.

Ogólnie rzecz biorąc, polskie społeczeństwo uważa, że służba zdrowia w ich kraju nie radzi sobie zbyt dobrze ze spełnianiem indywidualnych potrzeb. Tylko 14% Polaków uważa, że ich system jest dobry pod tym względem, a 20% uważa że jest nie najgorszy. Obydwa wskaźniki są najniższe ze wszystkich badanych krajów. Prawie dwie trzecie Polaków (64%) uważa, że ich służba zdrowia źle sobie radzi z indywidualnymi potrzebami – jest to odsetek niemal dwa razy większy niż na Węgrzech, kraju który zajmuje tutaj drugie miejsce z wynikiem 34%.

Jeśli chodzi o indywidualną ocenę jakości usług służby zdrowia, czyli wartość użytą do określenia wartości Deficytu Świadczeń, Polska w każdej kategorii znalazła się na końcu

rankingu. W żadnym innym kraju nie ma tak dużej liczby osób, które uważają, że wybór lekarza jest tak ważny.

Aż 95% Polaków podziela tę opinię, podczas gdy średnia dla ankietowanych krajów wynosi 86%, a tylko 38% Polaków uważa, że ich system dobrze sobie radzi z tą kwestią. Jedyny kraj z niższym wynikiem to Wielka Brytania (31%).

Jeśli chodzi o leczenie w miejscu i czasie wygodnym dla pacjenta, jedynie 20% Polaków uważa, że ich system jest w tym dobry, mimo że 96% uważa tę kwestię za ważną. Jeśli chodzi o czas oczekiwania, jedynie 12% obywateli uważa, że polski system jest dobry, czyli tylko połowa średniej dla jedenastu badanych krajów (23%), podczas gdy aż 98% uważa, że czas oczekiwania jest sprawą istotną.

Ta sama historia powtarza się w przypadku używania najnowszych leków i technologii -jedynie 22% uważa, że ich system jest dobry (po raz kolejny najniższy odsetek ze wszystkich badanych krajów), a 95% uważa, że to ważna kwestia oraz w przypadku dostatecznej ilości informacji o leczeniu - 96% uważa, że to ważne, ale jedynie 24% twierdzi, że polski system jest dobry pod tym względem. Ogólnie, Deficyt Świadczeń dla Polski wynosi 73%, podczas gdy średnia sondażu to 55% (również tutaj Polska znajduje się na ostatnim miejscu w rankingu).

Jeśli chodzi o reformy, które mogłyby podnieść jakość opieki zdrowotnej, zapewnienie pacjentom większej ilości informacji o ich dolegliwościach okazuje się być najbardziej popularne. I tak, 79% Polaków uważa, że to polepszy sytuację, a jedynie 16% jest przeciwnej opinii. Taki sam odsetek miała Francja, a większy jedynie Włochy. W grupie wiekowej od 55 do 64 lat obserwujemy nawet większy odsetek - 81% do 11%; natomiast w grupie wiekowej powyżej 64 lat odsetek jest mniejszy - 74% do 16%.

Odsetek, który uważa, że ważną reformą mogłoby być zwiększenie ilości dostępnych typów leczenia i leków (70% do 25%) jest większy jedynie w Wielkiej Brytanii i na Węgrzech. Reforma ta jest najbardziej popularna w grupie wiekowej od 35 do 44 lat (74% do 23%), a najmniej w grupie wiekowej powyżej 64 lat, która mimo to wciąż popiera reformę (62% do 26%).

Trochę mniej, bo jedynie 53% do 42% uważa, że zwiększenie wachlarza lekarzy i szpitali jest ważną reformą. Tutaj najmłodsi i najstarsi są najbardziej entuzjastyczni -grupa od 15 do 24 lat popiera ten pomysł przewagą 59% do 38%, a grupa powyżej 64 lat przewagą 54% do 38%. Podobny odsetek popiera pomysł ułatwienia pacjentom wydawania własnych pieniędzy na opiekę zdrowotną (52% do 41%), ale w tej kwestii młodzi i starsi nie zgadzają

się. Grupa wiekowa od 15 do 24 lat popiera dodatkowe wydatki (59% do 37%), natomiast grupa powyżej 64 lat jest przeciwna temu pomysłowi (54% do 34%).

Zaoferowanie pacjentom większej kontroli nad publicznymi wydatkami na służbę zdrowia uzyskało tylko 2% więcej głosów za niż przeciw (48% do 46%). Tylko obywatele Wielkiej Brytanii i Węgier są mniej pozytywnie nastawieni do tego pomysłu. Natomiast w Polsce grupa wiekowa powyżej 64 lat nawet sprzeciwia się temu pomysłowi (50% do 40%).

Polska daje najmniejsze pierwszeństwo równemu dostępowi do służby zdrowia, przed jakością opieki zdrowotnej ze wszystkich badanych krajów z wyjątkiem Wielkiej Brytanii. Trzy czwarte Polaków (75%) uważa, że równy dostęp jest najważniejszy, a jeden na pięciu Polaków (20%) uważa, że ważniejsza jest jakość opieki zdrowotnej. Solidarność jest trochę mniej ważna dla mężczyzn (72% do 23%) niż dla kobiet (77% do 18%). Jeśli przyjrzeć się grupom wiekowym, równy dostęp jest najmocniej popierany pośród obywateli powyżej 64 lat (79% do 11%), a najslabiej wśród Polaków w wieku od 25 do 34 lat (71% do 26%). Polska „Luka Solidarnościowa” wynosi 55%, czyli mniej niż średnia sondażu wynosząca 62% i najmniej ze wszystkich badanych krajów z wyjątkiem Wielkiej Brytanii.

W kwestii rzetelnych źródeł informacji zdrowotnych, Polacy najbardziej ufają własnemu doświadczeniu. Otrzymało ono wartość netto zaufania Polaków (Luka Wiarygodności) wynoszącą +69% (średnia wynosi +63%). Również opinie lekarzy i pielęgniarek otrzymały dobrą ocenę (+66% przy średniej wynoszącej 74%), aczkolwiek wystawiona im ocena jest niższa, niż we wszystkich badanych krajach poza Hiszpanią i Włochami. Media, natomiast otrzymały wyższą ocenę jako godne zaufania źródło informacji niż w jakimkolwiek innym kraju. Otrzymały one wartość netto zaufania +41%, niemal dwa razy większą niż w kolejnym kraju w rankingu (Francja +22%). Organizacje pozarządowe otrzymały taki sam wynik w Polsce, jak średnia sondażu (+41%). Oficjalne statystyki otrzymały wynik nieco poniżej średniej (w Polsce +14%, średnia +17%). Natomiast przemysł zajmujący się zdrowiem otrzymał dosyć niską ocenę (w Polsce +3%, średnia +16%), tak samo jak politycy, którym nie ufa 87% przeciwko 11% (średnia sondażu wynosi 76%).

Według wyników sondażu, Polska ma najgorszy system opieki zdrowotnej ze wszystkich ankietowanych krajów, przynajmniej w opinii swoich obywateli. Warto jednak podkreślić, że sondaż oparty jest na opiniach społeczeństwa, a nie na wynikach czy też wpływie służby zdrowia na zdrowie populacji w porównaniu do poczynionych inwestycji. Jednak w związku z tym, że służba zdrowia należy do sektora usług, to zadowolenie klientów, a nie fachowców, powinno decydować o ocenie systemu. Pozycja Polski na samym dole tabeli Wskaźnika Pesymizmu (jedenasta pozycja gdy wydajność jest oceniana wedle aspiracji,

jak również gdy system służby zdrowia oceniany jest całościowo) potwierdza niską opinię polskich obywateli dotyczącą krajowego systemu służby zdrowia.

Na tę opinię składa się wiele czynników. Od początku lat 90-tych Polska przeszła poważną i bardzo szybką przemianę. Ten rodzaj przemian był bardzo trudny dla pewnych grup, a jednak nie wydaje się, żeby przyniósł jakieś efekty pozytywne, a przynajmniej nie od razu. W szczególności dla osób często korzystających z systemu służby zdrowia, takich jak ludzie starsi, te zmiany często okazywały się wręcz negatywne. Ich dochody są teraz względnie niższe niż były wcześniej w porównaniu z dochodami innych grup obywateli, jak również stracili część opieki rządowej, którą byli otoczeni w czasach komunizmu. Negatywna opinia o systemie służby zdrowia jest więc odzwierciedleniem negatywnej opinii dotyczącej ogólnej sytuacji w Polsce. W porównaniu z resztą sektora usług, służba zdrowia jest opóźniona o wiele lat. System służby zdrowia nie jest przyjazny dla pacjenta - wciąż pozostaje wysoko zbiurokratyzowany, czas oczekiwania jest zwykle długi, a placówki służby zdrowia są niskiej jakości.

Jak pokazuje sondaż, ludzie nie posiadają informacji na temat chorób i muszą polegać bardziej na własnym doświadczeniu, niż na innych zaufanych źródłach informacji. Ten fakt w pewnej mierze wyjaśnia dlaczego w Polsce media są oceniane o wiele wyżej jako rzetelne źródło informacji na temat zdrowia, niż w innych krajach. W ostatnich latach w Polsce nastąpiła era niezależnych mediów. Dziennikarze informują społeczeństwo o wielu rzeczach, które w przeszłości były ukrywane przed zwykłymi ludźmi. W wyniku tego ludzie zaczynają wierzyć w to, co mówią im media, nawet jeśli w różnych gazetach pojawiają się sprzeczne informacje. Ale ogólny przekaz jest podobny - prasa przedstawia służbę zdrowia w bardzo negatywnym świetle, w szczególności podkreślając udział rządu i polityków w doprowadzeniu do takiej sytuacji.

Rząd kontroluje system i wydaje się wierzyć, że sam fakt iż świadczeniodawcy są częścią sektora publicznego, jak również równość i publiczne zarządzanie składkami obywateli na służbę zdrowia, zagwarantuje ochronę najsłabszych grup społeczeństwa. *Rząd wciąż wierzy, że można wymagać od obywateli, aby płacili składki na służbę zdrowia proporcjonalne do swoich dochodów i równocześnie dawać wszystkim obywatelom prawo do korzystania z usług służby zdrowia wedle ich potrzeb. Problem polega na tym, że prawie nikt oprócz rządu nie wierzy, że taka zasada może działać.*

W związku z tym Polacy nie wierzą tak mocno w równy dostęp do służby zdrowia dla całego społeczeństwa jak obywatele innych krajów (jedenaste miejsce w tabeli Luki Solidarnościowej). Zamiast tego woleliby wyższą jakość opieki zdrowotnej. W czasach

komunizmu odkryli, że równy dostęp to tylko slogan, który oznacza, że dostęp nigdy nie jest równy w systemie, który zakłada, że właśnie tak jest. *Zamiast prawdziwego równego dostępu, system taki tworzy po prostu nowe zasady zapewniania dostępu przez osobiste związki i nieformalne opłaty.*

Około 95 proc. łóżek szpitalnych i ponad połowa opieki ambulatoryjnej jest wciąż w rękach państwa. W Polsce, z powodu komunizmu, „sektor publiczny” z reguły oznacza brak efektywności i niską jakość. Niestety sytuacja w służbie zdrowia potwierdza ten pogląd. Placówki publiczne są często niewystarczająco dofinansowywane, ich obsłudze brakuje motywacji, listy oczekujących są długie, a obsługa klienta na niskim poziomie.

Narodowy Fundusz Zdrowia jest jedynym płatnikiem, a w związku ze swoimi ograniczeniami politycznymi musi chronić nieefektywne szpitale, które często są największymi pracodawcami w danym rejonie.

Polska, gdzie stopa bezrobocia jest nadal wysoka, nie ma zamiaru restrukturyzować szpitali poprzez zmniejszenie zatrudnienia. Zatem nowoprzybyli gracze nie mają możliwości otrzymania kontraktów od Narodowego Funduszu Zdrowia. Zamiast tego udają się do już istniejących placówek ze zbyt liczną obsługą i sfrustrowanym personelem. Nawet posiadając takie kontrakty, publiczni świadczeniodawcy gromadzą długi w formie zaległych płatności. To sprawia, że sytuacja pogarsza się z roku na rok, a opinie ankietowanych obywateli, którzy wierzą, że reforma służby zdrowia jest pilnie potrzebna, odzwierciedlają ten fakt.

Taki pogląd wyraziło około 86% ankietowanych, co dało Polsce pierwsze miejsce spośród jedenastu krajów biorących udział w sondażu.

Trzy czwarte Polaków twierdzi, że służba zdrowia jest niedofinansowana. Jest to najwyższy odsetek ze wszystkich krajów. W Polsce służba zdrowia pochłania około 6% PKB. Dla porównania średnia dla krajów Unii Europejskiej wynosi 9% PKB. W przypadku inwestycji obliczanych w euro, porównanie wypada jeszcze gorzej. Z tego nieuchronnie wynika niższa jakość usług, spowodowana niską jakością placówek, zaopatrzonych w przestarzały i nierówno rozmieszczony sprzęt oraz źle opłacaną obsługę. Personel medyczny otrzymuje niższe wynagrodzenia niż w innych krajach (i to nie tylko w krajach „starej” Unii Europejskiej, ale również w Czechach czy na Węgrzech), jak również niższe niż przedstawiciele innych zawodów. I to pomimo, że 70% wydatków na służbę zdrowia to koszty związane z personelem. Obecnie, z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że po ostatnich znaczących podwyżkach wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia, opinie te mogłyby być inne.

Niskie płace powodują frustrację pracowników przenoszoną później na pacjentów, którzy nie są w związku z tym leczeni w przyjaznym dla nich środowisku. Co więcej,

istnieje jeszcze zjawisko tak zwanej „szarej strefy”, czyli wykorzystywanie przez lekarzy list oczekujących jako narzędzia umożliwiającego otrzymywanie dodatkowych opłat lub przysług od pacjentów w zamian za ułatwienie dostępu do badań. Nawet jeśli te praktyki są zjawiskiem marginalnym, to niestety nie poprawiają one ogólnej społecznej opinii o sektorze.

Tabele Wskaźnika Pesymizmu oraz Kompleksu Niższości pokazują, iż Polacy wierzą, że ich system służby zdrowia jest najgorszy spośród krajów Unii Europejskiej. Jednak należy pamiętać, że te oceny są subiektywne, ponieważ bardzo niewiele osób ma jakiekolwiek doświadczenia z systemami służby zdrowia innych krajów. Polacy mogą uznać za wzór jedynie inne gałęzie sektora usług oraz prywatne części systemu służby zdrowia.

Podczas gdy pacjenci szpitalni mogą uzyskać szybszy dostęp lub lepszą jakość usług tylko poprzez nieformalne opłaty dodatkowe, sektor opieki ambulatoryjnej jest już częściowo sprywatyzowany. Większość usług w sektorze prywatnym służby zdrowia jest wciąż dostępna jedynie poprzez opłaty bezpośrednie, ale pojawiły się już również firmy oferujące „quasi-ubezpieczeniowe” usługi opłacane z góry.

Te usługi działają jako opozycja dla publicznie finansowanych, źle zarządzanych placówek z gorszą obsługą klienta. Kilka prywatnych sieci ambulatoryjnych agresywnie usiłuje sprzedawać swoje usługi firmom jako opcjonalne dodatki wychodzące poza prawo do publicznej opieki ambulatoryjnej, które normalnie otrzymują pracownicy. Dodatkowa opieka zdrowotna stała się już standardem w dużych miastach, przynajmniej wśród lepiej opłacanych pracowników. Jakość usług jest wymierna, dostęp jest łatwy, a poziom placówek i sprzętu wysoki. Personel wydaje się być zadowolony, a w związku ze zwiększającą się konkurencją w tym sektorze, ceny stają się coraz niższe. Ponadto, takie usługi nie są ciężarem inwestycyjnym dla rządu, więc rząd oszczędza pieniądze, ponieważ usługi opłacane są przez pracowników i klientów.

Firmy te oferują szeroki wachlarz usług związanych z opieką ambulatoryjną i próbują przyciągnąć uwagę Narodowego Funduszu Zdrowia, aby otrzymać kontrakty publiczne. Ale jak na razie nie udało im się to, ponieważ odbieranie kontraktów publicznym świadczeniodawcom oznaczałoby zwiększenie bezrobocia w sektorze publicznym.

Pozytywny wzór pochodzący z sektora prywatnego, słabnąca pozycja publicznej części służby zdrowia, jak również konserwatywne nastawienie polityków, powoduje brak wiary społeczeństwa w możliwość poprawy sytuacji w sektorze służby zdrowia - Polska zajmuje drugą pozycję w tabeli Wskaźnika Pesymizmu. Jest to tym bardziej prawdziwe, że reforma sektora służby zdrowia w Polsce nie wydaje się mieć żadnych pozytywnych konotacji.

Przez ostatnie kilka lat Polska nieustannie przechodziła reformy. Pierwsza reforma miała miejsce w 1999 roku i podzieliła funkcję płatnika i świadczeniodawcy. Zagwarantowała obowiązkowe ubezpieczenie finansowane poprzez potrącanie wymaganej kwoty z pensji. Kwoty te trafiały do siedemnastu publicznych kas chorych. Potem kasy chorych podpisywały umowy z publicznymi i prywatnymi świadczeniodawcami służby zdrowia. Reformy miały wielki wpływ na postępowanie świadczeniodawców: ci z sektora publicznego musieli stawić czoła zasadom rynku, a ci z sektora prywatnego otrzymali wreszcie szansę konkurencji z sektorem publicznym.

Ale po roku czy dwóch optymizmu, Narodowy Fundusz Zdrowia zdał sobie sprawę, że znalazł się pod silną presją władz lokalnych, odpowiedzialnych za źle zarządzane placówki z rosnącymi sumami niezapłaconych zobowiązań. Z drugiej strony, politycy odczuwali brak kontroli nad miliardami euro, które poprzez umowy trafiały do sektora. Regionalne Kasy Chorych zostały zatem ponownie połączone - stały się zależne od centralnego Narodowego Funduszu Zdrowia.

W roku 2003 media wraz z ekspertami rozpoczęły debatę na temat wprowadzenia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Na prośbę Ministra Gospodarki grupa ekspertów przygotowała projekt pokazujący sposoby wprowadzenia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Projekt został przedstawiony rządowi na początku 2004 roku. Od tamtej pory toczy się poważna dyskusja dotycząca roli prywatnego sektora w ogóle, a w szczególności roli prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego w sektorze.

Biorąc pod uwagę pogarszającą się sytuację napływu funduszy w szpitalach i wciąż nasilające się żądania społeczeństwa dotyczące poprawy sytuacji, być może jedyną szansą rządu będzie zaproszenie prywatnego kapitału do inwestycji w sektor służby zdrowia, jak również pozwolenie osobom prywatnym na zakup lepszej jakości usług oficjalnie, zamiast uzyskiwania ich w sposób nieoficjalny.

Raczej wcześniej niż później politycy nie będą mieli wyboru i będą musieli pozwolić prywatnym firmom inwestować w sektor służby zdrowia. Takie inwestycje z pewnością przyniosą ze sobą zwiększenie zarówno efektywności jak i satysfakcji pacjentów.

Jak już zostało powiedziane, Polska należy do krajów, w których wydatki całkowite na ochronę zdrowia należą do najniższych wśród krajów OECD.

Wydatki całkowite na ochronę zdrowia obejmują wydatki ponoszone zarówno w sektorze publicznym, jak i w sektorze prywatnym, na wszystkie zasoby materialne oraz ludzkie zaangażowane w zaspokajanie potrzeb zdrowotnych. Wydatki całkowite stanowią sumę wydatków konsumpcyjnych i inwestycyjnych.

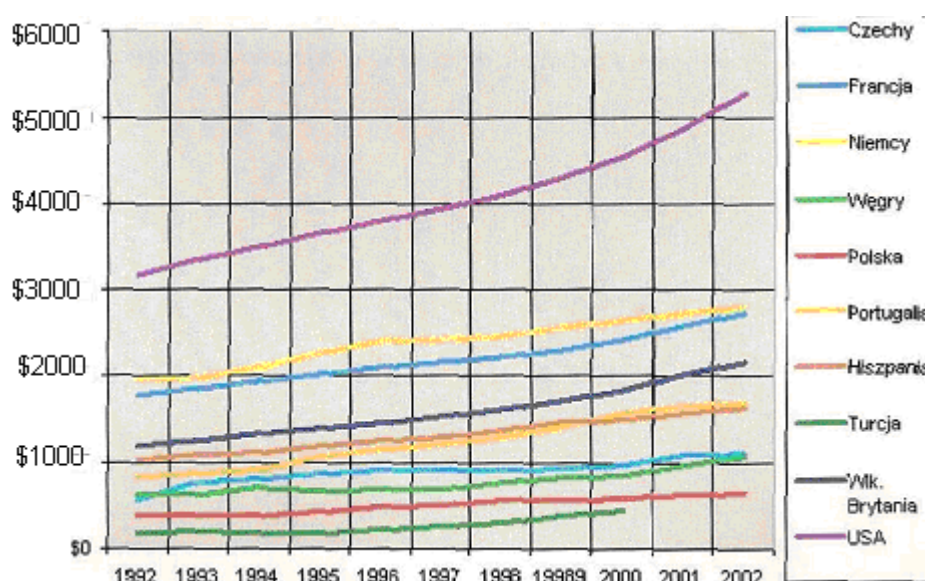
Z punktu widzenia płatników i odbiorców świadczeń i produktów zdrowotnych wydatki całkowite na ochronę zdrowia są sumą:

- łącznej wysokości publicznych funduszy na zdrowie,
- łącznej wysokości wydatków gospodarstw domowych i osób prawnych na zakup produktów i usług zdrowotnych oraz różnego rodzaju przedpłat, mających charakter ubezpieczenia zdrowotnego (polis, abonamentów, itp.).

Z punktu widzenia usługodawców w sektorze publicznym i prywatnym wydatki całkowite są sumą wartości zrealizowanych usług i sprzedanych produktów zdrowotnych oraz nakładów inwestycyjnych.

Wzrost wydatków całkowitych na zdrowie wynika bezpośrednio ze zwiększenia środków finansowych w sektorze publicznym, zwiększonej konsumpcji usług i produktów zdrowotnych oraz ze wzrostu ich cen.

TABELA 21. WYDATKI CAŁKOWITE NA OCHRONĘ ZDROWIA PER CAPITA (W USD, WEDŁUG PPP), W WYBRANYCH KRAJACH W LATACH 1992 - 2002



Źródło: OECD Health Data 2004.

Wskaźnik w dolarach USA (USD) jest przedstawiony według *parytetu siły nabywczej (PPP)*, a nie według kursu wymiany.

Wyraża rzeczywiste możliwości zakupu określonego koszyka dóbr i usług, a więc bierze się pod uwagę różnicę cen w porównywanych krajach.

Porównanie 10 wybranych krajów dokonane zostało na podstawie danych z roku 2002. W tamtym czasie, całkowite średnie wydatki statystycznego mieszkańca Polski na zdrowie, ponoszone ze środków publicznych i prywatnych, wynosiły 654 USD wg PPP. Było to niemal dwa razy mniej niż w Czechach i na Węgrzech. Wydatki na mieszkańca na ochronę

zdrowia w Portugalii były ponad 2,5 razy wyższe niż w Polsce, a w Wielkiej Brytanii - ponad trzy razy wyższe. Wydatki całkowite na zdrowie na statystycznego mieszkańca Niemiec i Francji były prawie cztery i pół razy wyższe niż na Polaka, a na mieszkańca Stanów Zjednoczonych- ponad ośmiokrotnie wyższe. Proporcje wielkości wydatków całkowitych na ochronę zdrowia na mieszkańca niewiele się zmieniają w porównaniu z końcem lat 90- tych ubiegłego stulecia, co oznacza, że wysokie tempo wzrostu PKB w Polsce nie przekłada się na proporcjonalny wzrost wydatków na ochronę zdrowia, jak np. w Portugalii.

Uwagi metodologiczne

Wyliczenie wysokości wydatków całkowitych na ochronę zdrowia dla poszczególnych krajów należy traktować z pewną rezerwą.

Błędy oszacowania dotyczą przede wszystkim wydatków w sektorze prywatnym. Niektóre kraje (jak np. Polska) nie posiadają precyzyjnych danych o wydatkach w sektorze prywatnym (np. brak danych na temat wysokości wydatków prywatnych na polisy, gwarantujące ubezpieczenie od ryzyka zdrowotnego, czy wysokości wydatków prywatnych na tzw. abonamenty medyczne). Źródłem błędów w kalkulacji wydatków na ochronę zdrowia może być również mało precyzyjne ustalenie parytetu siły nabywczej dla produktów, a szczególnie usług zdrowotnych. Określone relacje cenowe oraz jednostki parytetu siły nabywczej dla sektora zdrowotnego należy traktować jako przybliżone. Do najważniejszych przyczyn trudności metodologicznych ustalenia PPP należy zaliczyć fakt, iż wiele krajów OECD ma niewielkie doświadczenia w precyzyjnym ustalaniu cen usług zdrowotnych, wykonywanych w sektorze publicznym, przy czym sektor ten odgrywa w tych krajach dominującą rolę w systemie ochrony zdrowia. Generalny kłopot polega też na braku definicji poszczególnych usług medycznych oraz na obowiązywaniu w różnych krajach różnych standardów procesów realizacji usług i jakości świadczeń, co rodzi problemy ich porównywalności.

Wydatki całkowite na ochronę zdrowia są przedmiotem gromadzenia i analizy w metodologii Narodowych Rachunków Zdrowia (National Health Accounts, NHA). Wiele krajów, wśród nich Polska, wprowadza ujednoliconą metodologię NHA. Wydatki na ochronę zdrowia, zgodnie z zasadami obowiązującymi w tych Rachunkach, obejmują wszelkie wydatki poniesione w ochronie zdrowia na różne rodzaje działań, tj. działania zapobiegawcze, promocji ochrony zdrowia, rehabilitacji i opieki zdrowotnej. Zalicza się do nich również finansowanie programów żywieniowych oraz innych form poprawy zdrowia mieszkańców. Wśród wydatków na zdrowie znajdują się nakłady poniesione na szkolenia i edukację personelu sektora opieki zdrowotnej, łącznie z kosztami badań i towarzyszącymi im wydatkami administracyjnymi.

Metodologia Narodowych Rachunków Zdrowia wyróżnia podstawowe źródła wydatków zdrowotnych:

- wydatki rządowe (państwowe) i samorządowe na cele zdrowotne, finansowane głównie z wpływów podatkowych,
- wydatki pracodawców wpłacających składki i opłaty na cele ubezpieczenia zdrowotnego i społecznego pracowników; kategoria ta może być dzielona, w zależności od potrzeb, na podkategorie: np.: firmy państwowe i prywatne,
- wydatki gospodarstw domowych na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne oraz bezpośrednie zakupy usług i produktów zdrowotnych,
- inne wydatki na zdrowie, np. pomoc zagraniczna świadczona przez obce instytucje rządowe i pozarządowe, pożyczki, itp.

Wykazanie wielkości wszystkich tych grup wydatków składa się na kategorię wydatków całkowitych. Zapewnia jednolitość metodologiczną i umożliwia porównania międzynarodowe. Wysokość wydatków na ochronę zdrowia należy jednak porównać do produktu krajowego brutto (PKB) w w/w krajach. Wtedy można dojść do wniosku, że Polska wydaje na ochronę zdrowia kwoty adekwatne do możliwości budżetowych. I tak w roku 2002 PKB na głowę wyniósł w Polsce 10.800 USD według parytetu siły nabywczej. Stanowił około 71,5% wyrażonego w ten sam sposób PKB w Republice Czeskiej i nieco ponad 81% PKB Węgier. W porównaniu z końcem lat 90 – tych XX wieku zmniejsza się dystans między tymi dwoma krajami a Polską. Najwyższy poziom PKB na mieszkańca w Stanach Zjednoczonych jest prawie czterokrotnie wyższy niż w Polsce. W roku 1999 w najbardziej rozwiniętych gospodarczo krajach Unii Europejskiej - Niemczech, Wielkiej Brytanii i Francji - wielkość PKB na mieszkańca była prawie trzykrotnie wyższa niż w Polsce, a w Portugalii - jednym z najbiedniejszych krajów Unii - ponad dwukrotnie wyższa. W roku 2002 różnice stały się nieco mniejsze.

Wielkość PKB na głowę w USD wg PPP dla Polski stanowił 38% PKB Wielkiej Brytanii, prawie 40% Francji i około 41,5% Niemiec. Porównanie z Turcją jest pozytywne dla Polski - wielkość PKB Turcji w roku 2002 to około 60% PKB Polski, natomiast w roku 1999 PKB Turcji stanowił 2/3 PKB Polski.

6.2. Założenia Regionalnych Programów Restrukturyzacyjnych.

Propozycje Ministerstwa Zdrowia

Po wprowadzeniu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i powołaniu kas chorych, najpilniejszą potrzebą stało się zainicjowanie procesów zmierzających do lepszego wykorzystania istniejących zasobów i niewystarczających, jak powszechnie oceniono, środków finansowych. Tak zrodził się Program Restrukturyzacji¹⁰⁴.

Ogromne znaczenie i rola stabilizatora programu została przypisana samorządom terytorialnym wszystkich szczebli, bowiem tylko one mogły realnie ocenić potrzeby zdrowotne swoich wspólnot.

Rozpoczął się proces tworzenia Regionalnych Programów Restrukturyzacji w ochronie zdrowia w każdym z 16 województw. Dokonano po raz pierwszy swoistego „remanentu” zasobów służby zdrowia. Przygotowanie tych programów odbywało się przy udziale zakładów opieki zdrowotnej, związków zawodowych, a także samorządów terytorialnych i kas chorych.

Również, po raz pierwszy na program ten przeznaczono tak dużo środków – 355 mln zł. z rezerwy budżetowej na 2000 r. oraz 50 mln zł z pożyczki Banku Światowego. Dostępne były także środki z Krajowego Urzędu Pracy przewidziane na programy aktywizacji zawodowej – łącznie w 2000 r. 460 mln zł, z których mogliby korzystać zwalniani pracownicy służby zdrowia.

Można też było ubiegać się o środki dostępne z zagranicznych programów pomocy : *Sapard* – dotyczącego poprawy infrastruktury w środowiskach wiejskich (np. w podstawowej opiece zdrowotnej) oraz z programu *Phare 2* – ułatwiającego zarządzanie personelem medycznym.

¹⁰⁴ Program restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2000 i perspektywy działań w latach następnych, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, marzec 2000 r.

CO POWINIEN UWZGLĘDNIĆ REGIONALNY PROGRAM RESTRUKTURYZACJI?

Regionalny Program Restrukturyzacji powinien uwzględniać:

- priorytety lokalne w regionalnej polityce zdrowotnej,
- restrukturyzację jednostek z całego województwa, opracowaną z uwzględnieniem istniejących niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej i szpitali klinicznych, szpitali podległych Ministrowi Obrony Narodowej oraz Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz instytutów,
- wsparcie i aktywizację programów prywatyzacji,
- program restrukturyzacji podstawowej opieki zdrowotnej dla terenów wiejskich,
- kredyty dla pracowników służby zdrowia przechodzących do sektora niepublicznego.

Regionalny Program Restrukturyzacji powinien być:

- dopasowany do lokalnych wskaźników epidemiologicznych,
- zgodny z prognozowanymi przemianami demograficznymi regionu,
- dostosowany do planowanego rozwoju społeczno-ekonomicznego regionu,
- przygotowany w korelacji z planami Powiatowych Urzędów Pracy (w zakresie restrukturyzacji zatrudnienia i rekwalifikacji zawodowej).

Restrukturyzacja zakładów opieki zdrowotnej winna dokonywać się w dwóch obszarach:

- restrukturyzacja szpitali,
- restrukturyzacja podstawowej opieki zdrowotnej, ratownictwa medycznego i specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego.

Restrukturyzacja szpitali

Jej celem jest utrzymanie optymalnej liczby szpitali i łóżek z odpowiednią strukturą podaży świadczeń, zapewniającej racjonalne wykorzystanie istniejącej bazy. Zmieniający się system opieki zdrowotnej, sposoby praktykowania medycyny i korzystania z opieki szpitalnej powodują, że w roku 2001 preferowana będzie jako program restrukturyzacji likwidacja łóżek szpitalnych przy jednoczesnym rozwoju alternatywnych form opieki. Wyznaczenie jednostek podlegających restrukturyzacji (ograniczenie liczby łóżek i oddziałów oraz ewentualna likwidacja) powinno uwzględniać bezpieczny stan, zapewniający dostęp pacjentów wymagających hospitalizacji do szpitali gwarantujących odpowiednie usługi.

Minister Zdrowia określa niezbędne minimum łóżek szpitalnych w skali województwa według następujących wskaźników (liczba łóżek/10 000 mieszkańców do roku 2002):

40/10 000- dla oddziałów opieki krótkoterminowej,

7/10 000- dla szpitali / oddziałów psychiatrycznych.

Opracowanie właściwego programu restrukturyzacji szpitali wiąże się z przeprowadzeniem analizy ich działalności, która powinna zawierać m.in. ocenę:

- wykorzystania łóżek,
- wskaźników dotyczących liczby łóżek szpitalnych w poszczególnych specjalnościach,
- struktury leczonych w szpitalach,
- zaplecza diagnostycznego i zabiegowego szpitala oraz stopnia wykorzystania przyszpitalnej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie diagnostyki,
- czasu pobytu pacjenta,
- postępu przekształceń w podstawowej opiece zdrowotnej oraz istniejących możliwości w zakresie hospitalizacji domowej,
- możliwość prywatyzacji zaplecza logistycznego szpitala (pralnia, kuchnia) bez angażowania środków publicznych,
- analizy trendów chorobowości szpitalnej i dostępności do opieki stacjonarnej w poszczególnych specjalnościach medycznych.

Restrukturyzacja podstawowej opieki zdrowotnej, ratownictwa medycznego i specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego

Racjonalizacja kosztów opieki zdrowotnej wymaga restrukturyzacji, dostosowania do potrzeb i przesunięcia nacisku na opiekę ambulatoryjną, jako zdecydowanie mniej kosztowną formę opieki zdrowotnej. Określenie zapotrzebowania danej populacji na usługi zdrowotne nie jest łatwe i zależy od wielu czynników, takich jak: sytuacja demograficzna i epidemiologiczna, styl życia i nawyki, stan zamożności i wykształcenia, warunki społeczno-ekonomiczne, warunki ekologiczne. Liczne czynniki oddziałują wzajemnie w sposób synergiczny. Istnieje jednak wiele różnych doświadczeń w określaniu zapotrzebowania na usługi medyczne i

można je wykorzystywać, adaptując odpowiednio do danej sytuacji. Niezmiennie istotne jest, żeby określając zapotrzebowanie na usługi właściwie ustalać priorytety - *najważniejszą sprawą w systemie są nie środki finansowe, ale bezpieczeństwo zdrowotne populacji*. Natomiast rozwój podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz ratownictwa medycznego ma służyć zapewnieniu wysokiej jakości usług zdrowotnych przy optymalnym wykorzystaniu środków finansowych.

ZAWARTOŚĆ REGIONALNEGO PROGRAMU RESTRUKTURYZACJI

W Regionalnym Programie winny być wzięte pod uwagę plany związane z przyszłością jednostek w tym:

1. rozwój,
2. łączenie zakładów opieki zdrowotnej,
3. łączenie oddziałów wewnątrz zakładu opieki zdrowotnej,
4. zmiany lokalizacji zakładów lub części zakładów,
5. tworzenie regionalnych centrów np. tworzenie Centralnych Laboratoriów,
6. podział ZOZ w celu tworzenia gminnych i wiejskich ośrodków,
7. uruchomienie procesu likwidacji; likwidacja i zmiany organizacyjne zakładów opieki zdrowotnej.

W tej części Programu może się znaleźć kontynuacja programów restrukturyzacji zatrudnienia w jednostkach służby zdrowia. Umieszczenie inwestycji w programie wymaga merytorycznego uzasadnienia (ocena efektywności inwestycji i zdolności pozyskiwania dodatkowych źródeł), określenia sposobu finansowania i strategii rozwoju jednostki.

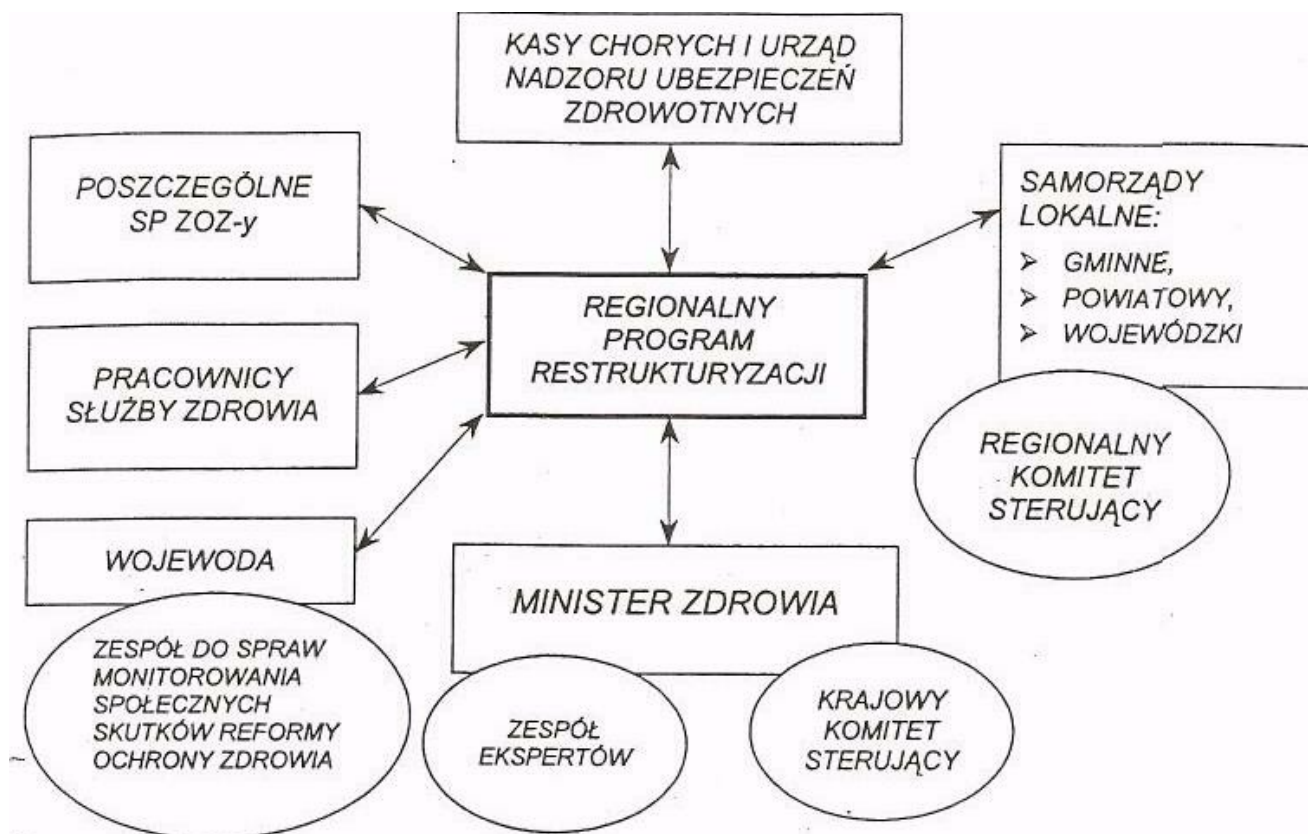
Spełnienie określonych w założeniach dla programu warunków może wymagać między innymi:

1. dofinansowania inwestycji,
2. zakupów sprzętu medycznego,
3. modernizacji jednostek, a szczególnie ich infrastruktury,
4. adaptacji jednostek pod nowe zadania.

Umieszczenie tych działań w Programie wymaga merytorycznego uzasadnienia, określenia sposobu finansowania, oceny finansowej i efektywności, a także oceny ryzyka oraz znaczenia tego działania dla strategii rozwoju jednostki.

WYKRES 2

PARTNERZY REGIONALNEGO PROGRAMU RESTRUKTURYZACJI



Źródło: opr. własne.

SPOSOBY ALOKACJI ŚRODKÓW NA REGIONY

1. Stosuje się następujący sposób podziału środków na regiony:

- a) do udziału w podziale środków dopuszczone są jedynie te Regionalne Programy, które spełniają stawiane wymagania. Jeśli Regionalny Program Restrukturyzacji nie spełnia wymagań, Minister Zdrowia wskaże zadania, które mogą być finansowane;
- b) 51,7% środków zostanie przyznanych według liczby ludności w poszczególnych regionach. Środki te są gwarantowane dla poszczególnych regionów, pod warunkiem przygotowania programu, z wyłączeniem jednostek o charakterze ponadregionalnym (szpitale kliniczne, instytuty, szpitale podlegające Ministrowi Obrony Narodowej oraz Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji);

c) 48,3% środków zostanie przyznanych przez Ministra Zdrowia w zależności od jakości programu, skali problemów danego regionu w porównaniu z innymi regionami oraz skali planowanych przedsięwzięć restrukturyzacyjnych a także w zgodności z polityką Ministra Zdrowia, z uwzględnieniem szpitali klinicznych instytutów i szpitali podlegających Ministrowi Obrony Narodowej oraz Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji.

2. Krajowy Komitet Sterujący ocenia Regionalne Programy i przygotowuje propozycje podziału środków w ramach puli gwarantowanej dla regionów.

3. Minister Zdrowia podejmuje decyzje dotyczące:

- podziału środków w ramach puli gwarantowanej dla regionów,
- podziału środków na realizację programów z pozostałej puli.

ROLA REGIONALNYCH KOMITETÓW STERUJĄCYCH

W skład Regionalnych Komitetów Sterujących wchodzi:

1. Przedstawiciele powołani przez zarządy województw, powiatów i gmin (dotyczy to tylko tych samorządów, które są organami założycielskimi dla jednostek ochrony zdrowia).
2. Przedstawiciel Zarządu Regionalnej Kasy Chorych -1 osoba.
3. Przedstawiciel Rektora Akademii Medycznej funkcjonującej w regionie.
4. Przedstawiciel Ministra Obrony Narodowej oraz Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji - o ile szpitale, których są organami założycielskimi, biorą udział w Programie - po 1 osobie.
5. Przedstawiciele samorządów zawodowych, mających strukturę regionalną w danym województwie - po jednym przedstawicielu.

Przewodniczącym Regionalnego Komitetu Sterującego jest Marszałek.

Regionalny Komitet Sterujący koordynuje proces powstawania Regionalnych Programów Restrukturyzacji.

Regionalny Komitet Sterujący opracowuje wieloletnią strategię regionalnej polityki zdrowotnej oraz propozycje finansowania zadań.

Zatwierdzony przez Regionalny Komitet Sterujący program przekazywany jest Wojewodzie. Wojewoda dokonuje analizy programu w skali całego województwa.

W przypadku konieczności wprowadzenia korekt ostateczna wersja programu jest uzgadniana wspólnie przez Regionalny Komitet Sterujący i Wojewodę.

Warunkiem pozyskania środków gwarantowanych jest uzgodnienie ostatecznej wersji programu przez Regionalny Komitet Sterujący i Wojewodę, a następnie przesłanie go Ministrowi Zdrowia.

ROLA WOJEWODÓW

Urząd Wojewody dostarcza informacji o regionie i współpracuje z Regionalnym Komitetem Sterującym w przygotowaniu dla Ministra Zdrowia podstawowych danych o regionie.

W roku 2001 zmienia się rola wojewody:

- pełni funkcję odwoławczą dla samorządów szczebla gminnego, powiatowego i wojewódzkiego,
- analizuje przesłany przez Regionalny Komitet Sterujący, Regionalny Program Restrukturyzacji z punktu widzenia całego województwa, uzgadnia ostateczną wersję Regionalnego Programu Restrukturyzacji z Regionalnym Komitetem Sterującym i przesyła ją wraz ze wszystkimi załącznikami do Ministra Zdrowia.

ROLA MARSZAŁKÓW

- Samorząd województwa odpowiada za przygotowanie strategii rozwoju województwa zgodnie z ustawą o samorządzie województwa.
- Marszałek odpowiada za przygotowanie i funkcjonowanie Regionalnego Programu Restrukturyzacji.
- Marszałek przewodniczy Regionalnemu Komitetowi Sterującemu.

ROLA ZWIĄZKÓW ZAWODOWYCH

- *Na poziomie zakładów opieki zdrowotnej* - udział w przygotowywaniu projektów restrukturyzacji, a także zajmowanie stanowisk w sprawach projektów restrukturyzacji.
- *Na poziomie samorządu terytorialnego* - opiniowanie projektów uchwał odpowiednich organów.
- *Na poziomie regionu* - opiniowanie lokalnych priorytetów polityki zdrowotnej, strategicznych kierunków restrukturyzacji, Regionalnych Programów Restrukturyzacji, założeń do strategii rozwoju regionu i innych dokumentów o charakterze strategicznym przez Regionalne Związkowe Forum Zdrowia utworzone przez przedstawicieli reprezentatywnych związków zawodowych.

- *Na poziomie kraju* - udział w Krajowym Komitecie Sterującym, którego zadaniem jest ocena Programów oraz przygotowanie propozycji finansowania Regionalnych Programów Restrukturyzacji przez Ministra Zdrowia.

ROLA KAS CHORYCH

1. Kasy Chorych dostarczają aktualnych informacji. Program Regionalny może powstać jedynie w oparciu o rzetelne i najbardziej aktualne dane, m.in. o ilości świadczeń, o kosztach świadczeń, o personelu jednostek, infrastrukturze technicznej itp.
2. Kasy Chorych współpracują przy budowaniu Regionalnych Programów - udział Kas jako płatników za usługi medyczne pozwoli skonstruować Program bez wewnętrznych sprzeczności (bez udziału kas chorych mogłoby się zdarzyć, że dana jednostka pozyskuje z budżetu Programu środki na realizację takich usług, których Regionalna Kasa Chorych nie ma zamiaru zakupić w tej jednostce).
3. Kasy Chorych są udziałowcami w realizacji regionalnej polityki zdrowia publicznego - część środków na programy promocji zdrowia i profilaktyki zachorowań znajduje się w budżetach Kas.

ROLA KRAJOWEGO KOMITETU STERUJĄCEGO

- Krajowy Komitet Sterujący powołany został w 2000 roku przez Ministra Zdrowia w składzie:
1. Przedstawiciele Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu - 6 osób z samorządów terytorialnych,
 2. Przedstawiciele reprezentatywnych Związków Zawodowych - 7 osób,
 3. Przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej - 1 osoba,
 4. Przedstawiciel Naczelnej Izby Pielęgniarskiej - 1 osoba,
 5. Przedstawiciel Kolegium Lekarzy Rodzinnych - 1 osoba,
 6. Przedstawiciel Stowarzyszenia Menadżerów Opieki Zdrowotnej – 1 osoba,
 7. Przedstawiciel Ministra Finansów – 1 osoba,
 8. Przedstawiciel Ministra Pracy i Polityki Socjalnej – 1 osoba,
 9. Przedstawiciel Krajowego Urzędu Pracy – 1 osoba,

10. Przedstawiciel Krajowego Związku Kas Chorych – 1 osoba,
11. Przedstawiciel Związku Pracodawców – 1 osoba,
12. Przedstawiciel Ministra Zdrowia – 1 osoba, jako przewodniczący Krajowego Komitetu Sterującego.

- Krajowy Komitet Sterujący ocenia, korzystając z opinii Zespołu Ekspertów, nadesłane programy i przygotowuje propozycje podziału środków w ramach puli gwarantowanej dla poszczególnych regionów.

W przypadku województwa śląskiego Regionalny Komitet Sterujący w oparciu o projekt opracowany przez firmę konsultingową, konsorcjum Doradca/Nexus z Gdyni, przyjął program, w którym proponowano, poza restrukturyzacją lecznictwa zamkniętego, uznanie następujących regionalnych priorytetów, do których można zaliczyć¹⁰⁵:

- przemiany organizacyjne jednostek - prywatyzację lecznictwa podstawowego i specjalistycznego oraz oddzielenie lecznictwa podstawowego od zamkniętego, informatyzację;
- działania nakierowane na zapobieganie i wczesne wykrywanie chorób -programy promocji zdrowia, badania profilaktyczne, tworzenie centrów diagnostycznych;
- działania zmierzające do poprawy standardu usług szpitalnych, przede wszystkim w zakresie schorzeń będących głównymi przyczynami chorób, takich jak: układu krążenia i nowotworowych oraz poprawy standardu izb przyjęć i ratownictwa medycznego.

Jako podstawowe działania restrukturyzacyjne Regionalna Grupa Wsparcia proponowała:

1. Likwidację 130, głównie ostrych oddziałów szpitalnych (w tym pełna likwidacja 104 oddziałów i powołanie lub przeniesienie 26 oddziałów do innych lokalizacji) i powołanie 31 nowych - głównie oddziałów długoterminowych i rehabilitacyjnych.
2. *Przekształcenie wszystkich SP ZOZ-ów, dla których organem założycielskim jest województwo. Stałyby się one spółkami prawa handlowego, początkowo w 100% należącymi do samorządu.*
3. Utworzenie Regionalnego Funduszu Ochrony Zdrowia, wyposażonego w udziały w spółkach powstałych w wyniku przekształceń SP ZOZ-ów.
4. Wyodrębnienie podstawowej opieki zdrowotnej tam, gdzie jest ona nadal prowadzona w ramach jednego podmiotu ze szpitalem.

¹⁰⁵ Regionalny program restrukturyzacji dla województwa śląskiego, Konsorcjum DORADCA/NEXUS, Ministerstwo Zdrowia, Gdynia 2000.

5. *Prywatyzację wszystkich SP ZOZ-ów, dla których podstawowa opieka zdrowotna lub porady specjalistyczne są dominującym rodzajem działalności.*
6. Wydzielenie usług pozamedycznych i przekazanie ich do wykonywania podmiotom zewnętrznym (*outsourcing*), czyli pozbycie się działalności pomocniczej, takiej jak kuchnia, pralnia, laboratorium, sprzątanie.

Redukcja łóżek ostrych powinna dać rocznie oszczędności rzędu 120 mln zł., natomiast uruchomienie i eksploatacja oddziałów długoterminowych kosztować będzie rocznie około 50 mln zł. Różnicę, czyli kwotę rocznych oszczędności rzędu 70 mln zł proponuje się przeznaczyć w pierwszej kolejności na promocję zdrowia i wczesną diagnostykę. Powinno to ułatwić odwrócenie piramidy kosztów ochrony zdrowia, a tym samym poprawić zdrowotność mieszkańców regionu.

Po szczegółowym przeanalizowaniu organizacji szpitali i struktury łóżek Regionalna Grupa Wsparcia proponowała:

- likwidację około 5 tys. łóżek ostrych,
- przebudowę struktury łóżek psychiatrycznych - mniej łóżek w szpitalach specjalistycznych, więcej w szpitalach ogólnych, razem zmniejszenie liczby łóżek o około 200,
- utworzenie około 1,5 tys. łóżek opieki długoterminowej. Powyższe zmiany proponuje się dokonać poprzez:
 - likwidację 12 szpitali z 66 oddziałami, przy czym 9 szpitali z tej grupy funkcjonuje jako odrębne SP ZOZ- y,
 - likwidację 64 oddziałów w innych szpitalach,
 - powołanie nowych oddziałów,
 - przeniesienie oddziałów z likwidowanych szpitali do innych lokalizacji (w pojedynczych przypadkach).

Regionalna Grupa Wsparcia wskazując 12 konkretnych szpitali do likwidacji kierowała się opinią, że w systemie ochrony zdrowia regionu mają one „niewielkie” znaczenie, a ich likwidacja nie zachwieje dostępnością usług.

Wśród tych 12 szpitali były 2 z Częstochowy:

- Miejski Szpital im. dr L. Rydygiera,
- Miejski Szpital im. dr Wł. Biegańskiego.

Mimo, że dokument zawierający w sobie tego typu propozycje restrukturyzacyjne nie wzbudził entuzjazmu wśród członków Regionalnej Grupy Wsparcia, został przyjęty z obawy, że jeśli nie zostanie wysłany z województwa śląskiego w terminie, to region nie dostanie z Ministerstwa Zdrowia pieniędzy na restrukturyzację.

Jednak już po upływie kilku tygodni Regionalny Komitet Sterujący wycofał program restrukturyzacji dla województwa śląskiego.

Po raz kolejny okazało się, że decydentom brakło konsekwencji we wdrażaniu wcześniej przyjętych programów. Taka sytuacja miała miejsce w przeważającej większości regionów, gdzie ujawnił się silny lobbing polityczny, który przeciwstawił się planom likwidacji bądź restrukturyzacji ZOZ-ów, szczególnie w zakresie redukcji zatrudnienia. Jednak porównując strukturę zasobów w ochronie zdrowia w latach 1998 i 2000, można podać następujące wyniki:

- liczba łóżek szpitalnych (zmniejszenie z 204.352 do 191.897 – ponad 12.000),
- średnie wykorzystanie łóżka (zwiększenie z 72,1% do 76,1%),
- średni czas pobytu pacjenta w szpitalu (skrócenie z 10,1 dnia do 8,5 dnia),
- zatrudnienie lekarzy (zmniejszenie z 90.086 do 85.031 – ponad 5 tys.),
- zatrudnienie pielęgniarek (zmniejszenie z 213.127 do 189.633 – ponad 23 tys.).

Z tego ponad połowa zatrudnionych pracowników przeszła do zakładów niepublicznych.

Utworzono 218 zakładów opieki długoterminowej, sfinansowano ze środków ministerialnych liczne adaptacje, modernizacje oraz remonty budynków i pomieszczeń.

Dokonano masowej prywatyzacji usług ambulatoryjnych podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. I tak w 1998 roku było 1087 prywatnych zakładów opieki zdrowotnej i 13 prywatnych szpitali. W roku 2000 było już 10.099 prywatnych zakładów ambulatoryjnych, czyli prawie 10 razy więcej. Liczba prywatnych szpitali wzrosła do 69, czyli powiększyła się pięciokrotnie.

Mimo wszystko można stwierdzić, że był to najbardziej efektywny z programów restrukturyzacyjnych przeprowadzonych od 1990 roku.

6.3. Projekt Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

Projekt uwzględnia¹⁵⁸:

- dobre i złe doświadczenia związane z funkcjonowaniem Kas Chorych i NFZ,
- programy PiS i PO dotyczące służby zdrowia,
- wnioski z konferencji „okrągłego stołu” w ochronie zdrowia z 2003 roku,
- opracowania zawarte w „Zielonej Księdze”,
- rozwiązania ze społecznego projektu ustawy prof. Zbigniewa Religi,
- uwagi zawarte w opracowaniu zespołu polskich i międzynarodowych ekspertów w ochronie zdrowia, koordynowanego przez CASE - Doradcy z 2005 roku.

Projekt realizuje:

- założenia zawarte w programie *Racjonalnego Systemu Opieki Zdrowotnej*, opracowanym przez Porozumienie Środowisk Medycznych w 2004 roku,
- rekomendacje dla nowego rządu, przedstawione w deklaracji „*O przyjazny pacjentowi i efektywny ekonomicznie system opieki zdrowotnej w Polsce*”, podpisanej przez 18 opiniotwórczych organizacji - czerwiec 2005 roku.

OPIS PROJEKTU USTAWY

Projekt ustawy jest konsekwencją wcześniejszych działań OZZL zmierzających do zbudowania w Polsce systemu opieki zdrowotnej, którego podmiotem byłby pacjent i ubezpieczony, mający prawo wyboru szpitala, przychodni, lekarza i ubezpieczyciela, decydujący o tym, w jaki sposób wydawane są pieniądze, przeznaczone na jego leczenie.

Najważniejszymi etapami tych działań było:

- udział OZZL w latach 1995-96 w *Společnej Komisji Zdrowia* przy NSZZ „Solidarność”, która przygotowała projekt ustawy o kasach chorych (wiele istotnych elementów tej ustawy zostało odrzuconych przez rząd AWS – UW),
- opracowanie, wraz z samorządem lekarskim, społecznego projektu ustawy zmieniającej ustawę o kasach chorych, złożonego do Sejmu w styczniu 2003 roku jako *obywatelska inicjatywa* ustawodawcza, konkurencyjna do rządowego projektu (SLD-UP-PSL) wprowadzenia NFZ,

¹⁵⁸ *Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym projekt*, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, październik 2005.

-utworzenie Porozumienia Środowisk Medycznych i opracowanie programu Racjonalnego Systemu Opieki Zdrowotnej - na początku roku 2004,
-doprowadzenie do ogłoszenia - w czerwcu 2005 roku deklaracji „*O przyjazny pacjentowi i efektywny system opieki zdrowotnej w Polsce*” zawierającej rekomendacje dla nowego rządu, którą podpisało 18 organizacji ze służby zdrowia i spoza niej.

Ustawa wprowadza system opieki zdrowotnej oparty na następujących zasadach określających:

A. W ZAKRESIE FINANSOWANIA

Świadczenia zdrowotne są *finansowane ze środków publicznych* - Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego (PUZ) i *prywatnych*, z kieszeni pacjenta (dopłaty do świadczeń) lub z *dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych* (chronią przed dopłatami).

Każdy obywatel RP jest objęty przez Powszechne Ubezpieczenie Zdrowotne (PUZ). Składkę na PUZ opłaca za każdego budżet państwa w postaci *bonu zdrowotnego*. Kwota bazowa bonu powstaje przez podzielenie 6% PKB przez ilość obywateli RP. Kwota faktyczna bonu jest zależna od wieku ubezpieczonego – wg. czterech grup: 0-3, 4-18, 19-65, >65 lat.

PUZ jest realizowane przez *Fundusze Zdrowia - publiczne i niepubliczne, które konkurują ze sobą*. Każdy ma prawo wyboru Funduszu, gdzie przekazywana jest jego składka (bon zdrowotny). Każdy Fundusz musi przyjąć każdego ubezpieczonego.

Publiczne Fundusze powstają z podziału NFZ na 4-6 odrębnych Funduszy (działających na terenie całego kraju). Niepubliczne Fundusze mogą być powołane przez dowolne podmioty, po spełnieniu odpowiednich warunków finansowych, gwarantujących ich wiarygodność.

Fundusze Zdrowia zarządzają składkami ubezpieczonych, nie są ich właścicielami. Wszystkie środki ze składek muszą być przeznaczone na świadczenia dla ubezpieczonych. Zyskiem Funduszy jest ich wynagrodzenie, obliczone jako procent od bonu zdrowotnego pomnożony przez ilość ubezpieczonych w danym Funduszu.

Medycyna ratunkowa jest finansowana bezpośrednio z budżetu państwa.

B. USTALENIA KOSZYKA ŚWIADCZEŃ REFUNDOWANYCH

PUZ finansuje świadczenia, które znajdują się w Koszyku Świadczeń Refundowanych. Na Koszyk ten składają się „Wykaz refundowanych leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych” oraz „Wykaz refundowanych świadczeń zdrowotnych”. Ustawa bardzo dokładnie opisuje proces kwalifikowania świadczeń do Koszyka, wprowadzając jasne kryteria i przejrzyste mechanizmy, odpolitycznienie tego procesu oraz możliwość odwołania się do sądu od decyzji odmawiającej refundacji. Jest to wyraźne novum w stosunku do dotychczasowych rozwiązań.

Zadania z zakresu kwalifikowania świadczeń do „Koszyka” będą realizować: Minister zdrowia i powołane nowe instytucje: Komisja Refundacji i Agencja Oceny Technologii Medycznych.

Kwalifikacja będzie wyglądać następująco:

1. *Agencja Oceny Technologii Medycznych* ocenia czy określone świadczenie (w tym lek) jest skuteczne, opłacalne, nieszkodliwe i porównuje je do innych alternatywnych świadczeń.
2. *Komisja Refundacyjna* na podstawie oceny Agencji kwalifikuje lub dyskwalifikuje świadczenie (lek) do świadczeń refundowanych i określa grupę refundacyjną.
3. Minister Zdrowia podejmuje ostateczne decyzje o kształcie Koszyka w postaci odpowiednich rozporządzeń. Minister nie może nic dodać do tego, co wpisała Komisja, może jedynie ująć. Może też zmienić kwalifikację do grupy refundacyjnej. Decyzję swoją musi uzasadnić w sposób jawny.

Kryteria jakimi kierują się: Agencja, Komisja i Minister są jawne i publikowane na stronie internetowej, podobnie wyniki ich prac.

Na początek wszystkie świadczenia finansowane przez NFZ są traktowane jako należące do „Koszyka”. Następnie Komisja Refundacyjna ma je sukcesywnie oceniać (opierając się na opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych) niektóre wykreślając (*lista negatywna*), część pozostawiając (*lista pozytywna*). Będzie też dopisywać nowe.

Świadczenia „*refundowane*” to nie znaczy „*bezpłatne*”. Mogą one być udzielane:

a) bezpłatnie, b) za dopłatą ryczałtową lub c) za dopłatą wynikającą z różnicy między kwotą refundacji z PUZ, a ceną ustaloną przez świadczeniodawcę.

Są cztery grupy refundacyjne leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych:

- 1) produkty dostępne nieodpłatnie,
- 2) produkty dostępne za opłatą ryczałtową, z uwzględnieniem limitu ceny dla danej grupy,
- 3) produkty odpłatne w 30% - z uwzględnieniem limitu ceny dla danej grupy,
- 4) produkty odpłatne w 50 % - z uwzględnieniem limitu ceny dla danej grupy.

Są trzy grupy refundacyjne świadczeń:

- 1) świadczenia specjalne - bezpłatne,
- 2) świadczenia podstawowe - które nie mają alternatywy w określonej sytuacji i te, spośród kilku alternatywnych, które mają najlepszy stosunek skuteczności do kosztów,
- 3) świadczenia alternatywne - nie zakwalifikowane do specjalnych i podstawowych.

Świadczenia podstawowe i alternatywne mogą być bezpłatne lub dostępne za dopłatą, w zależności od tego, na ile starczy pieniędzy PUZ.

C. SPOSOBY REFUNDACJI KOSZTÓW

Główną zasadą refundacji jest to, że się refunduje wszystko z „Koszyka” ale nie wszystko w jednakowym stopniu. Zależy to od tego, na ile starcza pieniędzy z PUZ. PUZ finansuje dane świadczenie do ustalonej kwoty refundacji, resztę - jeśli trzeba - dopłaca pacjent (lub dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne). To nie dotyczy świadczeń specjalnych, które są refundowane w 100 % (według tzw. standaryzowanych kosztów).

Najpierw ustala się kwoty refundacji dla *świadczeń specjalnych*, w drugiej kolejności - dla *świadczeń podstawowych*, starając się aby kwoty refundacji były jak najbliższe standaryzowanym kosztom. *Świadczenia alternatywne* są refundowane w kwocie odpowiadającej świadczeniom podstawowym, co oznacza, iż ewentualne dopłaty będą tutaj - z reguły - największe.

Na podobnej zasadzie ustala się refundację leków, wybierając najpierw te, które są najważniejsze i dla których kwota refundacji powinna być zbliżona do 100% ceny (lub jej równa).

Kwoty refundacji dla świadczeń zdrowotnych ustala się drogą negocjacji między Ministrem Zdrowia a Krajowym Związkiem Funduszy Zdrowia (w przypadku świadczeń specjalnych z udziałem reprezentacji świadczeniodawców). Podobnie - kwoty refundacji dla leków. W razie braku porozumienia, decyzję ostateczną podejmuje Minister.

Standaryzowane koszty świadczeń zdrowotnych, które są podstawą do ustalania kwot refundacji, wylicza - wg jawnych kryteriów - *Instytut Standaryzacji i Wyceny Świadczeń Ubezpieczenia Zdrowotnego*. Instytut określa również warunki, po spełnieniu których świadczeniodawcy mają prawo udzielać świadczeń w ramach PUZ oraz tworzy katalog produktów ubezpieczenia zdrowotnego.

D. ODPOWIEDNIĄ ORGANIZACJĘ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Świadczeniodawca może udzielać świadczeń refundowanych z PUZ po podpisaniu umowy z Funduszem Zdrowia. Fundusz nie może odmówić podpisania umowy ze świadczeniodawcą, który wyraża taką wolę i spełnia określone warunki. Nie ma „konkursów ofert”.

Świadczeniodawcy konkurują między sobą o pacjentów. Tam gdzie pójdzie pacjent, tam idzie kwota refundacji za udzielone mu świadczenie. Kwota refundacji nie może być mniejsza niż ustalona w Wykazie Kwot Refundacji. Fundusze, które lepiej gospodarują składkami ubezpieczonych mogą stosować wyższe kwoty refundacji (zmniejszając tym samym ewentualne dopłaty pacjentów).

Fundusze mają dużą swobodę w wyborze „produktu ubezpieczeniowego”, będącego przedmiotem umowy ze świadczeniodawcą, to znaczy sposobu zdefiniowania świadczeń i płacenia za te świadczenia. Produktem może być np. płacenie za usługę, za zdefiniowany zespół usług, za wyleczenie, za objęcie opieką określonej ilości ubezpieczonych. Dzięki tej swobodzie - Fundusze będą miały szersze pole konkurencji i mogą poszukiwać lepszego sposobu wykorzystania środków. Warunkiem jest aby Fundusze stosowały te same minimalne kwoty refundacji za te same produkty.

Ubezpieczony ma prawo wyboru świadczeniodawcy, spośród tych, którzy podpisali umowę z danym Funduszem. Za zgodą ubezpieczonego Fundusz może ograniczyć to prawo (dając w zamian inne korzyści, np. brak dopłat ze strony pacjenta dzięki wyższym kwotom refundacji). *Świadczeniodawca ma prawo do ustalenia własnej ceny za świadczenie.* Jeżeli cena ta jest wyższa niż kwota refundacji, pacjent musi dopłacić różnicę. Nie dotyczy to świadczeń specjalnych, za które nie można stosować dopłat.

Poza dopłatami wyżej wymienionymi mogą być również stosowane *dopłaty ryczałtowe*. Minister Zdrowia ustali wysokość tych dopłat i świadczenia, których będą dotyczyły (np. porady ambulatoryjne, ambulatoryjne badania, dzień hospitalizacji).

Zasady zaopatrzenia w leki pozostają generalnie takie same, z następującymi zmianami:

1. Są jawne i przejrzyste mechanizmy kwalifikacji leku do wykazu leków refundowanych,
2. Fundusze mogą ograniczyć, za zgodą ubezpieczonego, wykaz leków refundowanych w obrębie tego samego preparatu - stosując tylko wybrany lek spośród wielu zamienników, co da oszczędności w wydatkach na leki dla Funduszu i dla ubezpieczonych,
3. Nie ma osób uprzywilejowanych w dostępie do leków, dotychczasowe przywileje rekompensowane są poza systemem służby zdrowia.

Dopłaty do świadczeń, dopłaty do leków i wszelkie inne koszty ponoszone w ramach PUZ mogą być przedmiotem dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Mogą one być oferowane także przez Fundusze Zdrowia, działające w ramach PUZ, dzięki temu możliwe są korzystniejsze oferty dla ubezpieczonych.

Nadzór nad systemem PUZ będzie sprawował Minister Zdrowia w zakresie świadczeń zdrowotnych i Minister Finansów - w zakresie bezpieczeństwa finansowego. Nadzór społeczny będzie polegał na możliwości rezygnacji przez obywatela z usług tego Funduszu, który nie będzie się sprawdzał.

Czym będą konkurować Fundusze, zabiegając o ubezpieczonych:

- mogą oferować wyższe kwoty refundacji niż inne Fundusze, co dla ubezpieczonych będzie znaczyło mniejsze dopłaty,
- mogą finansować dodatkowe świadczenia, których nie finansują inne Fundusze np. programy profilaktyczne, rehabilitacyjne itp.,
- mogą poprawiać standard usług, również w zakresie pozamedycznym, np. przez oferowanie szpitali o lepszym standardzie hotelowym,
- mogą dawać „swoim” ubezpieczonym lepsze warunki ubezpieczenia dodatkowego.

Konkurencja Funduszy o ubezpieczonych i świadczeniodawców o pacjenta zdecydują o tym, że podmiotem systemu będzie obywatel (ubezpieczony i pacjent).

Ustawa przewiduje wprowadzenie elektronicznej karty ubezpieczenia zdrowotnego, służącej również rejestracji i kontroli udzielanych świadczeń, co pozwoli zapobiec nadużyciom.

ZALETY PROPONOWANEJ USTAWY

Proponowany w ustawie system opieki zdrowotnej jest kompromisem między propozycjami PO i PiS. Jest to kompromis, który z obu programów bierze to, co w nich najlepsze, eliminując to, co złe:

Następujące elementy są wspólne z programem PiS-u:

1. finansowanie składki na PUZ z budżetu państwa, w kwocie 6% PKB,
2. objęcie ubezpieczeniem każdego obywatela,
3. przyznanie państwu roli regulatora rynku świadczeń zdrowotnych.

Następujące elementy są wspólne z programem PO:

1. możliwość realizacji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez konkurujące ze sobą publiczne i niepubliczne Fundusze,
2. istnienie konkurencji między świadczeniodawcami, wolny wybór świadczeniodawcy przez pacjenta, brak tzw. konkursu ofert dla świadczeniodawców,
3. możliwość istnienia dopłat pacjentów do świadczeń zdrowotnych w przypadku niewystarczającej ilości środków publicznych z PUZ.

Następujące elementy są wspólne z programami obu partii:

1. określenie Koszyka Świadczeń Refundowanych,
2. powołanie niezależnych instytucji, które zajmą się oceną merytoryczną technologii medycznych (świadczeń zdrowotnych, leków), kwalifikowaniem do koszyka świadczeń refundowanych i obiektywną wyceną świadczeń (wyliczeniem standaryzowanych kosztów),
3. wprowadzenie rejestru usług medycznych,
4. istnienie dopłat pacjentów do świadczeń uznanych za „ponadstandardowe”,
5. istnienie dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Proponowany system uwzględnia również dobre i złe doświadczenia związane z funkcjonowaniem Kas Chorych i NFZ, wnioski z konferencji „okrągłego stołu” w ochronie zdrowia z 2003 roku, elementy społecznego projektu ustawy zespołu prof. Zbigniewa Religi i szereg dokumentów, analiz, propozycji, konferencji, jakie - w sumie - składają się na publiczną dyskusję o oczekiwanym kształcie systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Ustawa podaje sposoby rozwiązywania najważniejszych problemów, z jakimi boryka się od lat polska służba zdrowia, tj.:

1. Niedopasowanie ilości pieniędzy przeznaczonych na lecznictwo z faktycznym zapotrzebowaniem na te świadczenia - rozwiązuje w ten sposób, że oprócz środków publicznych - angażuje środki prywatne. Stosowana jest przy tym prosta zasada: ze środków publicznych refunduje się tyle świadczeń, na ile starcza tych środków, za resztę dopłaca się z pieniędzy prywatnych. Ze względów epidemiologicznych i społecznych, wyróżniono tzw. świadczenia specjalne, które muszą być refundowane w 100%. Dlatego przy określaniu kwot refundacji, te świadczenia są liczone jako pierwsze. Wyróżniono również tzw. świadczenia podstawowe, to znaczy takie, które nie mają alternatywy w danej chorobie lub sytuacji, albo wykazują - spośród wielu alternatywnych - najlepszy stosunek skuteczności do kosztów. Te świadczenia będą brane pod uwagę w drugiej kolejności przy ustalaniu kwot refundacji, aby kwoty refundacji były jak najbardziej zbliżone do standaryzowanych kosztów. Świadczenia alternatywne (czyli wykazujące gorszy stosunek skuteczności do kosztów) będą miały największe dopłaty. Takie rozwiązania gwarantują bezpieczeństwo finansowe systemu PUZ.

Zadłużanie się świadczeniodawców - ustawa rozwiązuje w ten sposób, że likwiduje możliwość zaniżania cen za świadczenia i wprowadza silną konkurencję między świadczeniodawcami, wymuszając dobre zarządzanie lub... bankructwo. W proponowanym systemie nie będzie zaniżonych cen za świadczenie, bo - jeśli kwota refundacji ze środków PUZ będzie zbyt niska w stosunku do kosztów - świadczeniodawca będzie mógł podać swoją cenę (konkurencja między świadczeniodawcami wyeliminuje nieuzasadnione podnoszenie cen). *W przypadku świadczeń specjalnych, za które nie wolno będzie pobierać dopłat, kwota refundacji będzie równa standaryzowanym kosztom wyliczonym w sposób zbiektywizowany.* Dodatkowym czynnikiem, który spowoduje dobre zarządzanie szpitalami i innymi placówkami opieki zdrowotnej będzie przyjęcie przez nie formy spółki handlowej lub ich prywatyzacja .

Korupcja - zniknie, bo ulegną likwidacji czynniki, które ją powodują. Głównym czynnikiem korupcjogennym jest deficyt świadczeń zdrowotnych dostępnych w ramach PUZ w stosunku do potrzeb. Deficyt ten spowodowany jest sztywnym finansowaniem (wyłącznie ze środków publicznych), brakiem zdefiniowanego koszyka świadczeń refundowanych, „bezpłatnością” świadczeń, co sprzyja ich nadużywaniu oraz brakiem prawdziwej konkurencji między świadczeniodawcami i płatnikami, co sprzyja nieefektywnemu wykorzystaniu środków.

W efekcie tego deficytu pojawiają się kolejki, które stymulują pacjenta i pracowników medycznych do korupcji. Zniknie również korupcja na styku: NFZ - świadczeniodawca. Dzisiaj takim czynnikiem korupcjogennym jest „konkurs ofert” i prawo NFZ do dowolnego regulowania warunków umowy, dowolnego ustalania limitów, kwot refundacji itp. Przejrzysty sposób kwalifikacji świadczeń i leków do Koszyka świadczeń refundowanych (jawność kryteriów i decyzji) spowoduje, że niemożliwa będzie korupcja na tym etapie.

Nierówne traktowanie ubezpieczonych, zarówno jeśli chodzi o ciężary na rzecz PUZ, jak i o dostęp do świadczeń - zostanie zlikwidowane poprzez zastosowanie jasnych, prostych i nie podlegających manipulacji zasad:

- każdy obywatel jest ubezpieczony w PUZ,
- za każdego obywatela równą składkę (*bon zdrowotny*) płaci budżet państwa, na który wszyscy obywatele - tak czy inaczej - składają się płacąc podatki. Za osoby, które nie płacą żadnych podatków, budżet państwa dotychczas również opłacał świadczenia zdrowotne lub składkę na PUZ.

Dzięki powyższym zasadom można uniknąć takich nierówności w obciążeniach na rzecz PUZ, jak np.: niepłacenie składki przez zamożnych rolników, zaniżanie składki przez zamożnych przedsiębiorców, niepłacenie składki przez osoby osiągające dochód, ale rejestrujące się jako bezrobotne (praca na czarno).

Kolejnym rozwiązaniem realizującym konstytucyjny nakaz równości w dostępie do świadczeń jest zasada: „*ta sama kwota refundacji za to samo świadczenie*”, niezależnie kto je wykonuje. Dzięki temu możliwe będzie uruchomienie prawdziwej konkurencji między świadczeniodawcami i w konsekwencji stworzenie systemu wydolnego, bez nieuzasadnionych kolejek i bez korupcji, co jest koniecznym warunkiem równego dostępu do opieki zdrowotnej.

Marnotrawstwo, które występuje na wielu szczeblach (podział środków na Oddziały NFZ, rozdział na świadczeniodawców, zarządzanie w szpitalach i innych zakładach opieki zdrowotnej, inwestycje ze środków publicznych, spłacanie odsetek za zadłużenie itp.)-można będzie zlikwidować przez *zastosowanie rynkowego (opartego na konkurencji) sposobu alokacji środków*, co oznacza, że pieniądze będą trafiać tam, gdzie są najlepiej wykorzystywane, a te podmioty, które nie potrafią efektywnie wykorzystać środków - będą upadać. Duża swoboda Funduszy Zdrowia w wyborze produktów ubezpieczenia zdrowotnego (czyli sposobu zdefiniowania świadczeń, będących przedmiotem umowy ze świadczeniodawcami i metody opłacania za te świadczenia) umożliwi znalezienie najlepszych sposobów wykorzystania pieniędzy ubezpieczonych. Prawo zawężenia listy leków

refundowanych - w obrębie tego samego preparatu do jednego z wielu zamienników - da możliwość oszczędności w kosztach leków (Fundusz będzie mógł wynegocjować z producentem wybranego leku istotne rabaty w zamian za gwarancję dużego zbytu na dany lek).

Zaniżanie wynagrodzeń personelu medycznego - zostanie wyeliminowane niejako przy okazji. Dzisiaj płace pracowników służby zdrowia są zaniżane, bo płace są jedynym elementem kosztów świadczeń zdrowotnych, na które dyrektorzy szpitali mają wpływ. Gdy monopolistyczny płatnik - NFZ stosuje zaniżone kwoty refundacji, a szpital musi płacić rynkowe ceny za sprzęt, odczynniki, media, leki, remonty itp. - tylko na płacach pracowniczych można realnie zaoszczędzić. W warunkach rynkowych, które wprowadzi ustawa, płace personelu medycznego też osiągną wartość rynkową, a ponieważ jest duże zapotrzebowanie na usługi zdrowotne płace te z pewnością wyraźnie wzrosną.

Zaletą ustawy jest to, że - wprowadzając głębokie zmiany w systemie opieki zdrowotnej - proponuje ewolucyjną drogę tych zmian. W ustawie zapisano dokładnie jak ma wyglądać okres przejściowy. Przed wejściem w życie całej ustawy, nabiorą mocy prawnej niektóre jej przepisy, dzięki którym będzie można przygotować nowy system. Wcześniej zaczną funkcjonować: Komisja Refundacyjna, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Instytut Standaryzacji i Wyceny Świadczeń. Wcześniej nastąpi przekształcenie NFZ w kilka odrębnych, samodzielnych finansowo Funduszy Zdrowia. Również przed tym okresem, minister zdrowia będzie mógł wprowadzić ryczałtowe dopłaty do niektórych świadczeń zdrowotnych – aby chociaż w części ustabilizować finansowo system oraz zacząć się przekształcanie SPZOZ w spółki prawa handlowego.

SLABE STRONY PROPONOWANEJ USTAWY

Główną wadą ustawy jest to, że nie przewiduje cudownej naprawy służby zdrowia bez ponoszenia kosztów. Przeciwnie, ustawa nakłada na wszystkich uczestników systemu opieki zdrowotnej określone ciężary, dając jednak w zamian konkretne korzyści:

1. Ciężarem dla obywateli będą dopłaty do świadczeń, korzyścią – pewność, że w razie potrzeby otrzymają świadczenie, bez kolejek, bez korupcji i innych przeszkód, a także poczucie, że są podmiotem systemu, o którego właściwy kształt zabiegają świadczeniodawcy i ubezpieczyciele.

2.Ciężarem dla państwa będą dodatkowe nakłady z budżetu państwa, korzyścią - istnienie wydolnej i skutecznej służby zdrowia, stanowiącej stabilną część gospodarki, dającej zadowolenie obywatelom i spokój społeczny.

3.Ciężarem dla pracowników medycznych będzie konieczność pracy w warunkach konkurencji, ciągłe dbanie o jakość i efektywność pracy; korzyścią - dobre płace, dobre perspektywy na zatrudnienie i rozwój zawodowy.

OZZL ZDAWAŁ SOBIE SPRAWĘ Z TRUDNOŚCI, Z JAKIMI TRZEBA BĘDZIE SIĘ ZMIERZYĆ, WPROWADZAJĄC USTAWĘ:

1. Najtrudniej będzie wprowadzić dopłaty ze środków prywatnych do części świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie współpłacenia może być odbierane jako zmniejszenie dostępu do leczenia; chociaż w istocie faktyczny dostęp się zwiększy. Brak dopłat oznacza bowiem, że wszystkie świadczenia trzeba sfinansować z zamkniętej puli pieniędzy publicznych. Wzrost zapotrzebowania na świadczenia powoduje zatem, że pieniędzy tych brakuje, płatnik musi ograniczać (limitować) ilość świadczeń i zmniejszać cenę za pojedyncze świadczenia. To z kolei skutkuje powstawaniem kolejek do świadczeń medycznych, korupcją, zadłużaniem się szpitali. Limitowanie świadczeń wyklucza też sprawiedliwą konkurencję, co dodatkowo zmniejsza efektywność systemu. Realny dostęp do świadczeń zmniejsza się. Tym bardziej, że „bezpłatność” świadczeń sprzyja nadużywaniu części z nich. W efekcie: chociaż leczenie jest „bezpłatne”, ilość osób, jaka może skorzystać z potrzebnych świadczeń zdrowotnych jest mniejsza, niż gdy istnieją dopłaty do leczenia. Jest oczywiste, że wprowadzeniu współpłacenia powinny towarzyszyć kroki mające na celu zwiększenie ilości pieniędzy w kieszeni obywateli przez faktyczne obniżenie obciążeń podatkowych (w tej czy innej formie). Odrębną sprawą wymagającą rozwiązania jest stworzenie systemu pomocy dla tych, których nie stać będzie na dopłaty. Nie jest to jednak zadanie służby zdrowia.

2. Trudno będzie uzyskać wzrost nakładów na opiekę zdrowotną ze środków publicznych do 6% PKB. Dotychczasowe tłumaczenia polityków, którzy sprzeciwiali się takiemu wzrostowi polegało na tym, iż nie warto „topić” publicznych pieniędzy w marnotrawnym systemie. To tłumaczenie straci jednak rację bytu, bo system, który wprowadzi proponowana ustawa będzie systemem efektywnym i oszczędnym. Politycy powinni mieć świadomość, że nakłady ze środków publicznych na służbę zdrowia w Polsce - liczone odsetkiem PKB - należą do najniższych w Europie. Jest jeszcze jeden argument za zwiększeniem nakładów ze środków publicznych na służbę zdrowia: jeżeli chce się obciążyć obywateli dodatkowymi

ciężarami (współpłacenie) to i państwo powinno pokazać, że bierze dodatkowy ciężar. Trzeba też dodać, że faktyczny wzrost nakładów ze strony państwa będzie mniejszy, niż by się to pozornie wydawało. W proponowanym systemie znikną bowiem nakłady inwestycyjne z budżetu państwa w postaci budowy czy remontów szpitali, zakupów centralnych itp. Środki na inwestycje będą pochodzić z przychodów ze „sprzedaży” świadczeń zdrowotnych. Na koniec należy zaznaczyć, że system proponowany przez ustawę może sprawnie funkcjonować także przy minimalnych nakładach ze środków publicznych. Wówczas jednak udział środków prywatnych będzie odpowiednio większy.

3. Trudno będzie przełamać społeczne uprzedzenia do prywatyzacji szpitali, a zwłaszcza do konieczności bankructwa tych zakładów opieki zdrowotnej, które osiągają złe wyniki ekonomiczne. Dzisiaj sprzeciw wobec upadku tego czy innego szpitala może mieć uzasadnienie. W obecnym systemie wynik ekonomiczny szpitala nie musi być odzwierciedleniem dobrego czy złego zarządzania. Może być efektem zaniżonych cen płaconych przez NFZ (niższych niż gdzie indziej), zbyt niskich limitów, wpływów politycznych (lokalnych polityków na dyrekcje szpitali). W proponowanym systemie, te pozamerytoryczne uwarunkowania znikną. Złe wyniki finansowe oznaczać będą, że szpital jest źle zarządzany lub - że nie jest w danym miejscu potrzebny (pacjenci nie chcą się w nim leczyć). Ze względów społecznych - lepiej aby taki szpital przestał istnieć i nie powodował straty pieniędzy, które gdzie indziej mogą być przeznaczone na leczenie ludzi.

4. Trudno będzie przekonać pracowników służby zdrowia z restrukturyzowanych i upadających zakładów, że - tym razem - są to operacje, które w efekcie przyniosą korzyści - także materialne - również im. Obok upadających zakładów będą bowiem powstawać nowe, często niewielkie, prywatne, które lepiej dostosują się do potrzeb pacjentów.

Wadą „techniczną” ustawy - jest to, że pewne konieczne zmiany zostały jedynie zasygnalizowane, a nie opisane wystarczająco dokładnie. Odnosi się to np. do dokładnej organizacji Funduszków Zdrowia. Ustawa zawiera jednak tak istotne stwierdzenia i warunki, aby nowe Fundusze były wiarygodne finansowo (Fundusz założycielski - co najmniej 10.000.000 zł, konieczność utworzenia funduszu gwarancyjnego i rezerwowego – proporcjonalnie do ilości ubezpieczonych). Podobnie sygnalizacyjnie potraktowana została konieczność zmiany formy prawnej przez SP ZOZ -y. W ustawie zapisano jedynie, że od 1 stycznia 2007 roku powinny one funkcjonować jako spółki prawa handlowego, pozostawiając innym przepisom określenie szczegółowych zasad tego przekształcenia.

Jeszcze bardziej radykalne propozycje przedstawił Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy na konferencji prasowej 17. 07. 2007 roku.

Stwierdzono, że należy całkowicie zlikwidować składkę na ubezpieczenie zdrowotne, a wszystkie szpitale i przychodnie sprywatyzować przez aukcje publiczne. Rząd powinien też zapewnić każdemu obywatelowi podstawową opiekę medyczną poprzez wykupienie abonamentu w towarzystwach ubezpieczeniowych. Jak podkreślał Andrzej Sadowski z Centrum Adama Smitha (współpracuje z OZZL w kwestiach reformy służby zdrowia), obecnego systemu opieki zdrowotnej nie można już reformować, ale trzeba go stworzyć od podstaw. Jego zdaniem w obecnej sytuacji utrzymujemy jedynie fikcyjne poczucie bezpłatnego dostępu do świadczeń zdrowotnych, podczas gdy zaproponowany przez ekspertów Centrum i OZZL system zapewniłby ten dostęp realnie.

Ponadto zaproponowano zmianę funkcji państwa z organizatora na finansującego opiekę zdrowotną. Dlatego pierwszą czynnością powinno być zlikwidowanie składki zdrowotnej, a abonament podstawowej opieki zdrowotnej powinien być finansowany przez państwo z podatku dochodowego.

Nieodpłatne dla wszystkich osób znajdujących się na terytorium Polski miałyby też pozostać ratownictwo medyczne, a jego finansowaniem miałyby się zająć samorządy, które organizowałyby system ratownictwa według wybranych przez siebie modeli.

Usługi nieobjęte pakietem podstawowym obywatele powinni wykupywać na wolnym rynku od towarzystw ubezpieczeniowych lub szpitali w postaci dodatkowych ubezpieczeń lub za gotówkę.

Rewolucyjnym pomysłem jest prywatyzacja wszystkich placówek medycznych poprzez publiczne aukcje.

Nabywcami mogliby być prywatni przedsiębiorcy, menedżerowie służby zdrowia, pracownicy, towarzystwa ubezpieczeniowe lub inwestorzy prywatni.

Szef OZZL Krzysztof Bukiel powiedział, że system ten byłby bardziej solidarny, niż obecny, gdyż teraz pacjent potencjalnie ma wszystko zagwarantowane, a faktycznie dostęp do świadczeń jest ograniczony poprzez kolejki, szarą strefę, a dostęp do tych usług mają jedynie najbogatsi.

Dla przypomnienia, w obecnym cywilizowanym świecie są trzy modele systemów opieki zdrowotnej:

- powszechny ubezpieczeniowy (obowiązkowe ubezpieczenia),
- narodowej służby zdrowia (państwo z podatków finansuje i organizuje opiekę zdrowotną) oraz
- oparty na ubezpieczeniach prywatnych (państwo za nic nie odpowiada; kto chce, ten się ubezpiecza).

Modele te nie występują już dziś w czystej formie, najczęściej systemy są mieszane, coraz częściej też jedyne systemy zapożyczają pewne idee i narzędzia od drugih.

Sam wybór systemu jest pochodną ogólnej koncepcji państwa i jego roli.

Każdy z tych systemów ma oczywiście swoje zalety i wady.

Model ubezpieczeniowy – jest droższy, ale z reguły oferuje większe możliwości wyboru (i wyższą jakość usług).

Model narodowej służby zdrowia – jest tańszy, ale z reguły oferuje mniejsze możliwości wyboru.

Model prywatnych ubezpieczeń – obowiązują prawa wolnego rynku. Leczysz się, jeżeli cię na to stać.

Jeżeli akceptujemy zasady solidaryzmu społecznego, wtedy odrzucamy ten ostatni model.

Zostają więc dwa, w których należy stosować następujące zasady:

1. Powinnością zarządzających systemem jest dostarczenie wszystkim uczestnikom systemu świadczeń medycznych.
2. Świadczenia powinny być możliwie pełne.
3. Świadczenia powinny być na możliwie wysokim poziomie.
4. Świadczenia powinny być udzielane w sposób efektywny.
5. System powinien być reformowany (doskonalony) w sposób ciągły.

6.4. Rzecznik Praw Obywatelskich. Propozycje reform

Z propozycją zmian w ochronie zdrowia wystąpił również *Rzecznik Praw Obywatelskich Janusz Kochanowski*. Z jego inicjatywy został powołany zespół ekspertów pod przewodnictwem prof. Eweliny Nojszewskej ze Szkoły Głównej Handlowej, w skład którego m.in. weszli: Krzysztof Bukiel – przewodniczący OZZL i były prezes NFZ – Jerzy Miller. Zespół ten przygotował nowe założenia systemu ochrony zdrowia, który powinien funkcjonować na następujących zasadach¹⁰⁷:

Po pierwsze

- wprowadzenie konkurencji pomiędzy płatnikami w obszarze usług medycznych dostępnych w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych i dodatkowych.

Po drugie

- wprowadzenie ubezpieczeń dodatkowych, które powinny gwarantować dostęp do szerszego zakresu świadczeń, a nie omijanie kolejki, do wyższego standardu pobytowego, do wyboru lekarza itp.

Po trzecie

- w odniesieniu do ściśle określonej grupy osób, jak chorzy psychicznie, dzieci i młodzież do 18-tego roku życia oraz osoby niepełne, o ile nie podlegają ubezpieczeniu z innych tytułów; obowiązek objęcia ubezpieczeniem i odprowadzenia składki musi obciążać z urzędu gminę.

Po czwarte

- w celu zapewnienia pacjentom należytych standardów utrzymania należy wprowadzić możliwość częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w szpitalach według zasad stosowanych w zakładach opiekuńczo leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Po piąte

- zasady pełnego refundowania kosztów powinny odnosić się jedynie do procedur skutecznych klinicznie i efektywnych kosztowo, zawartych w koszyku świadczeń gwarantowanych. Pozostałe procedury powinny być refundowane do poziomu kosztu procedury najbardziej skutecznej klinicznie i efektywnej kosztowo.

Po szóste

- konieczne jest wprowadzenie standardów jakości wykonywania procedur medycznych i ustalenie poziomu referencyjnego szpitali. Sieć szpitali powinna być wyznaczona odpowiednio do jakości wykonywanych usług, a nie według klucza akademickiego.

¹⁰⁷ 3 lipca 2007 r. zespół ekspercki przedstawił opinii publicznej projekt Reformy Systemu Ochrony Zdrowia.

Powinno się zapewnić pacjentowi pełną swobodę odnośnie wyboru lekarza i placówki medycznej. Podniesieniu jakości świadczonych usług służyć będzie zmiana kształcenia kadr medycznych, zapewniająca także kontrolę stałego dokształcania się i rozwoju zawodowego.

Po siódme

- Należy wprowadzić zasady współodpowiedzialności pacjenta za swoje zdrowie i ograniczyć w ten sposób roszczeniową postawę niektórych pacjentów w zamian za realny dostęp do świadczeń medycznych.

Po ósme

- partycypacja obywateli w systemie ochrony zdrowia powinna być zatem obowiązkowa i zgodna z zasadą: każdy stosownie do możliwości - bez względu na zakres potrzeb zdrowotnych.

Po dziewiąte

- każdy obywatel miałby ponosić ryzyko związane z ewentualnym nie przystąpieniem do systemu, przez co podkreślona zostanie suwerenność podejmowanych decyzji i konieczność ponoszenia ich konsekwencji. Co do czasu wprowadzenia nowych zasad systemu ubezpieczeniowego, to proces ten powinien być rozłożony na etapy.

Po dziesiąte zaś, na koniec

- powinno wprowadzić się zasadę, według której nowy system dotyczyłby najpierw obywateli, którzy są jeszcze na tyle młodzi, że rzadko korzystają z usług medycznych, np. do 45 - tego roku życia. Pozostali mieliby gwarancje finansowania świadczeń medycznych na dotychczasowych zasadach.

Rzecznik Praw Obywatelskich podkreślił, że reforma systemu ochrony zdrowia ma priorytetowe znaczenie dla programu naprawy państwa, a stosowanie doraźnych rozwiązań, czy częściowe zaspokajanie potrzeb płacowych poszczególnych grup zawodowych, nie może zagwarantować ani podstawowych praw pacjenta, ani doprowadzić do stabilizacji zawodowej i ekonomicznej pracowników służby zdrowia.

6.5. Zielona Księga finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Raport

Do podobnych wniosków, co przedstawione wcześniej, doszli eksperci powołani przez Ministra Zdrowia Marka Balickiego we wrześniu 2004 roku, do opracowania raportu „Zielona Księga Finansowania Ochrony Zdrowia w Polsce”¹⁰⁸.

Celem raportu było przedstawienie kompleksowego obrazu sytuacji w zakresie podstawowych problemów finansowania, związanych z zależnością między wysokością środków w systemie, a kosztami usług medycznych oraz potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa.

Analizy przeprowadzone w ramach Zielonej Księgi potwierdziły tezę o nierównowadze finansowej systemu ochrony zdrowia, oszacowując jej skalę oraz wskazując główne miejsca nierównowagi.

Po stronie przychodów mamy do czynienia z przesuwaniem się publicznego finansowania ochrony zdrowia do finansowania ze składki (w ramach NFZ) z ograniczaniem finansowania budżetowego (z podatków ogólnych), tak na szczeblu rządowym, jak i samorządowym. Ciężar finansowania ochrony zdrowia przesuwa się również w kierunku wydatków prywatnych, szczególnie ludności pracującej i uzyskującej dochody. Jest to ciężar większy, ponieważ zaprogramowany do 2007 roku wzrost składki zdrowotnej finansowany jest bezpośrednio z dochodów netto, już bez możliwości odliczenia od podatku.

Po stronie kosztów obserwujemy nie tylko systematyczną tendencję ich wzrostu, w znacznej mierze na skutek wzrostu indeksu cen w dziale ochrony zdrowia, ale także rewolucyjne zmiany w strukturze kosztów. Dokonują się przesunięcia w kierunku zmniejszenia udziału większości pozycji w strukturze rodzajowej, a przede wszystkim wynagrodzeń personelu medycznego, zdrowia publicznego i zaplecza informacyjno-analitycznego sektora na rzecz wzrostu kosztów leków. Niepokojąco szybko rosną także koszty finansowe świadczeniodawców, choć na razie nie stanowią one jeszcze zbyt dużej części kosztów. Sytuacja ta może się jednak szybko zmienić z uwagi - na błyskawicznie rosnące zadłużenie placówek publicznych.

Po stronie wydatków, tak jak po stronie kosztów mamy do czynienia ze zjawiskiem „wypychania przez wydatki na leki” wszystkich innych pozycji wydatkowych.

¹⁰⁸ Raport, *Finansowanie Ochrony Zdrowia w Polsce – Zielona Księga*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, grudzień 2004 r.

Ze środków publicznych ochrony zdrowia przeznacza się na nie 25% kwoty (wraz z lekami wykorzystywanymi w szpitalach), a ze środków gospodarstw domowych kierowanych na ochronę zdrowia znacznie ponad 50%.

Kierunki działań równoważących

Stwierdzenie istnienia poważnej skali nierównowagi finansowej w systemie ochrony zdrowia nie może prowadzić automatycznie do wniosku, że natychmiast potrzebne jest zwiększenie środków dopływających do systemu. Zwiększanie środków może się dokonać wyłącznie wraz z wprowadzeniem rozwiązań odwracających kierunek do trwałej tendencji nierównowagi w systemie. Wprowadzenie tych rozwiązań jest wyjątkowo pilne. Od 2006 roku (na co wskazują wyniki sporządzonej prognozy długookresowej) zwiększył się bowiem deficyt ubezpieczenia zdrowotnego na wskutek czynników zewnętrznych, a przede wszystkim zmian demograficznych (silny wzrost udziału osób starszych w populacji).

Diagnoza sytuacji finansowej sporządzona w ramach Zielonej Księgi pozwala na wskazanie następujących kierunków działań, które powinny zostać podjęte równocześnie. Kolejność punktów wynika ze skali zaburzeń równowagi finansowej, która związana jest z danym problemem.

A. Przygotowanie strategii oraz opracowanie instrumentów wprowadzenia kompleksowej i racjonalnej polityki lekowej¹⁰⁹.

Taka strategia powinna obejmować:

- oddziaływanie na kształt rynku farmaceutycznego w Polsce poprzez narzędzia cenowe, system rejestracji leków oraz współpracę z producentami i importerami leków, z nastawieniem na wzrost eksportu produkcji krajowej;
- stałe monitorowanie cen, dostaw i spożycia leków (wg. struktury: leki markowe, generyczne);
- opracowania kryteriów dotyczących refundacji, uwzględniających zarówno skuteczność medyczną farmaceutyku, jak i jego koszt (analizy farmakoekonomiczne);
- monitorowanie i analizowanie ordynacji leków, niezbędne dla racjonalizacji i eliminacji nadużyć;
- informowanie lekarzy oraz aptekarzy o efektach medycznych (w tym o efektach niekorzystnych) i kosztach leków;

¹⁰⁹ Rząd przyjął już w tej dziedzinie następujące strategie: „Strategia dla przemysłu farmaceutycznego do roku 2005”, „Polityka Lekowa Państwa 2004 – 2008”.

- opracowanie strategii polityki informacyjnej w sprawie leków¹¹⁰;
- informowanie pacjentów o lekach i efektach ich zażywania.

B. Przyspieszenie prac nad racjonowaniem świadczeń finansowanych ze środków publicznych służących opracowaniu koszyka świadczeń gwarantowanych¹¹¹. Prace te obejmować powinny zagadnienia tzw. standardów świadczeń oraz wytycznych postępowania medycznego. Równolegle powinny być prowadzone prace nad skutecznością medyczną stosowanych terapii oraz ich efektywnością kosztową. Wyniki tych prac powinny wyznaczać kryteria do zdefiniowania zakresu koszyka świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych. Dopiero na tej bazie można rozwiązać problem sprzeczności między obowiązującą zasadą pełnego dostępu w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia a limitowaniem świadczeń oraz wprowadzaniem współpłacenia. Wprowadzenie współpłacenia i/lub ubezpieczeń prywatnych bez rozwiązania problemu zakresu finansowania publicznego będzie kolejnym elementem w systemie, który nie wchodziłby do niego na zasadzie koherentnej i kompatybilnej, lecz dowolnej, o nieznanym wpływie na podstawowe struktury zdrowotne i społeczne systemu.

C. W związku z ograniczaniem finansowania ochrony zdrowia z budżetu państwa konieczne jest podjęcie tematu odpowiedzialności państwa za zdrowie publiczne populacji. Ta odpowiedzialność ma umocowanie prawne. Konstytucja gwarantuje świadczenia dla wszystkich dzieci, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych oraz osób dotkniętych chorobą zakaźną. Inne elementy zdrowia publicznego: promocja zdrowia i prewencja także do tego zakresu należą. Przesuwanie zadań z zakresu zdrowia publicznego do ubezpieczenia zdrowotnego, które służy solidarnemu finansowaniu medycyny naprawczej i jest nastawione na ryzyko indywidualne, stanowi odstępstwo od zasad unormowanego podziału odpowiedzialności poszczególnych segmentów władz publicznych oraz społeczeństwa.

D. Niezbędne jest podjęcie odkładanego od 1999 roku tematu dotyczącego skonkretyzowanej odpowiedzialności oraz udziału jednostek samorządów terytorialnych (JST) w finansowaniu systemu ochrony zdrowia. JST przypisano liczne, ale ogólnie sformułowane zadania, gdy ich udział w finansowaniu jest bardzo skromny (nawet nie

¹¹⁰ Doświadczenia Wielkiej Brytanii pokazują, że wpływ mediów na koszty leków poprzez ich reklamę odegrał istotną rolę i zmiana polityki w tej dziedzinie na rzecz promocji zdrowia przyniosła znaczne zmniejszenie wagi kosztów leków w systemie.

¹¹¹ Koncepcja sposobu opracowania koszyka świadczeń gwarantowanych została przygotowana w ramach prac Zespołu ds. Systemowych Przekształceń w Ochronie Zdrowia, powołanego w lutym 2004 r. przez Ministra L. Sikorskiego. Pracami kierował prof. C. Włodarczyk.

sięga 1 mld zł) i dotyczy przede wszystkim programów przeciwdziałania alkoholizmowi w ramach pobieranych opłat za wydawanie pozwoleń na sprzedaż alkoholu.

Bez konkretyzacji odpowiedzialności JST za realizację funkcji „właścicielskich” i wskazania instrumentów jej realizacji, istotna część wydatków placówek zdrowotnych (przede wszystkim na inwestycje odtworzeniowe) nie będzie znajdowała pokrycia, a w warunkach tzw. „samodzielności” placówek będzie nadal źródłem nierównowagi finansowej.

E. Równolegle do rekomendacji dotyczącej skonkretyzowania roli samorządu terytorialnego i wskazania odpowiednich instrumentów jej realizacji, *konieczne jest opracowanie koncepcji oraz instrumentów polityki inwestycyjnej w systemie ochrony zdrowia oraz*- wskazanie źródeł finansowania działalności inwestycyjno - remontowej oraz zakupu i utrzymania urządzeń medycznych.

F. *Niezbędne jest przygotowanie regulacji dotyczącej polityki w dziedzinie kształcenia i gospodarki zasobami pracy w systemie ochrony zdrowia.* Regulacja taka zawierałaby zasady opłacania kadr medycznych. Powinny one obejmować niezbędne kwalifikacje, normy czasu pracy, normy organizacyjne, podział czynności między poszczególne grupy zawodów medycznych, stanowisk, a także między kadrę medyczną i pozamedyczną. Pożądane byłoby zdefiniowanie mechanizmów motywacji i ścieżek awansu zawodowego. Zasady te powinny ponadto uwzględniać sytuację polskiego rynku pracy w zakresie usług medycznych oraz możliwości swobodnego przepływu osób w ramach Unii Europejskiej.

G. Wobec prognozowanego wzrostu rozpiętości między przychodami a wydatkami systemu ubezpieczenia zdrowotnego, szczególnie po 2007 roku (głównie na skutek zmian demograficznych i sytuacji na rynku pracy), *niezbędne jest rozważenie podjęcia decyzji o dostosowaniu poziomu składki (czyli jej wzrostu),* aczkolwiek w skali minimalnej, po rozważeniu wszystkich innych możliwości zrównoważenia systemu.

H. Wzrost prywatnego finansowania ochrony zdrowia musi brać pod uwagę osiągnięty już bardzo wysoki jego poziom w Polsce. To oznacza, że *efekt finansowy propozycji współpłacenia może bardziej oznaczać zmianę jego struktury alokacyjnej (na co wydaje się środki prywatne), niż wzrost ilości środków prywatnych w systemie.* Propozycje współpłacenia za niektóre usługi systemu ochrony zdrowia powinny dotyczyć w pierwszym

rzędzie obszarów niemedycznych oraz będących poza koszykiem świadczeń gwarantowanych. Z tego powodu do rozważenia na początek może być wprowadzenie np. opłat za usługi niemedyczne w opiece stacjonarnej (*tzw. koszty hotelowe*)¹¹². To jednak wymaga spełniania dwóch warunków: monitorowania i kontroli kosztów hotelowych (także przez organa społeczne, np. Rady Społeczne Szpitali) oraz wprowadzania systemu ich rekompensaty (częściowej lub całkowitej) dla osób ubogich.

I. Dalszy rozwój prywatnego sektora w ochronie zdrowia wymaga sprecyzowania zasad koegzystencji publicznego systemu ochrony zdrowia z sektorem prywatnych świadczeniodawców oraz prywatnych dostawców dóbr i usług służących wytwarzaniu świadczeń zdrowotnych, respektujących zarówno zasady uczciwej konkurencji, jak i publicznej współodpowiedzialności za efekty jakościowe i kosztowe systemu.

J. Konieczne jest opracowanie metodologii i wprowadzenie monitorowania kosztów oraz cen i taryf w placówkach zdrowotnych, na bazie czego niezbędne jest przygotowanie programu racjonalnego kształtowania kosztów oraz weryfikacji metod (technik) finansowania placówek zdrowotnych.

Każdy ze wskazanych kierunków wymaga rozpoczęcia prac kompetentnych zespołów ekspertów w układzie ponadresortowym. Istotnym elementem propozycji powinny być rachunki symulacyjne uwzględniające kierunki i skalę potencjalnego oddziaływania proponowanej zmiany na koszty systemu. W przypadku propozycji kontrowersyjnych społecznie potrzebna jest debata społeczna. Dopiero wynik prac tych zespołów powinny stać się podstawą propozycji zmian legislacyjnych. Z nich może wynikać potrzeba restrukturyzacji i (lub) zwiększenia strumieni finansowych.

¹¹² Na opłaty hotelowe lub inne opłaty indywidualne można wprowadzić „ubezpieczenie od współpłacenia”. Do tego konieczne jest jednak zapewnienie stabilizacji warunków współpłacenia tak, aby można było skalkulować składki. Takie ubezpieczenie może jednak nie przynieść więcej środków netto. Zamiast wydatku typu *out of pocket* pojawi się wydatek prywatnego ubezpieczenia, który może być wyższy ze względu na ponoszenie przez firmy kosztów administracyjnych oraz oczywistą chęć wypracowania zysku. Natomiast ubezpieczenia dodatkowe mają te zalety, że w długim okresie działają stabilizująco na wydatki. Na ogół regularna składka jest relatywnie niska, natomiast opłaty bezpośrednie bywają nieregularne, niekiedy zróżnicowane i jednostkowo są dość wysokie.

6.6. Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Ustawą, która miała umożliwić służbie zdrowia wydobyć się z zadłużenia, była *ustawa z 15 kwietnia 2005 roku o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej*¹¹³.

W myśl zapisów ustawy, restrukturyzacją finansową mogły być objęte samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz jednostki badawczo – rozwojowe, które zatrudniały na dzień 31 stycznia 2001 r. powyżej 50 osób.

Restrukturyzacją finansową mogą być objęte samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz jednostki badawczo-rozwojowe, które zatrudniały na dzień 31 stycznia 2001 r. powyżej 50 osób.

Ustawa *przewidywała*. restrukturyzację powstałych w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2004 roku:

- zobowiązań publicznoprawnych - umorzenie wraz z odsetkami przy spełnieniu warunków wynikających z programu restrukturyzacyjnego - szacunkowa kwota umorzeń zobowiązań z uwzględnieniem odsetek miała wynosić ok. 1 mld zł,
- zobowiązań cywilnoprawnych - zawarcie przez zakład ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami określającej sposób uregulowania zobowiązań,
- indywidualnych roszczeń pracowników wynikających z „ustawy 203” – zawarcie przez zakład ugody z pracownikiem.

W celu uzyskania środków finansowych na restrukturyzację finansową, *zakład mógł zgodnie z ustawą między innymi zaciągnąć pożyczkę z budżetu państwa, emitować obligacje, zaciągać kredyty bankowe.*

Kwota przeznaczona na pożyczki miała wynosić 2,2 mld zł, a środki z niej uzyskane można było przeznaczyć na spłatę:

a) w pierwszej kolejności - należności głównej wobec pracowników z tytułu „ustawy 203” za lata 2001-2004.

¹¹³ Dz.U. nr 78, poz. 684.

- b) zobowiązań publicznoprawnych, które nie podlegają umorzeniu (tj. składek na ubezpieczenie emerytalne, zdrowotne oraz społeczne w części finansowanej przez ubezpieczonego),
- c) należności głównych z tytułu zobowiązań cywilnoprawnych objętych ugodą restrukturyzacyjną.

Wypłata środków miała nastąpić w trzech ratach. Pożyczka jest oprocentowana w wysokości 3% w stosunku rocznym i musi zostać spłacona w ciągu 10 lat od dnia podpisania umowy o pożyczkę.

Istnieje *możliwość umorzenia* pozostałej do spłaty kwoty pożyczki, jeśli zakład uzyska decyzję o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego oraz w okresie do 5 lat od wydania decyzji o warunkach restrukturyzacji spłaci 50 % pożyczki.

28 marca 2007 roku Rada Ministrów przyjęła projekt nowelizacji ustawy, w myśl którego 70% zaciągniętej przez szpital pożyczki zostanie umorzone pod warunkiem spłacenia 30% należności w ciągu 5 lat od rozpoczęcia restrukturyzacji, co później zostało przyjęte przez Sejm – 24 sierpnia 2007 roku.

Porozumienie z wierzycielami zawierano w oparciu o ugodę restrukturyzacyjną, która dotyczyła wyłącznie zobowiązań cywilnoprawnych, na które składały się wszelkie zobowiązania gospodarcze z tytułu zawartych i niezapłaconych przez ZOZ umów: kupna, najmu, dzierżawy, dostawy, o świadczenie usług, o dzieło, zlecenie, itd.

Zawarcie ugody restrukturyzacyjnej i jej zrealizowanie było jednym z warunków pomyślnego zakończenia procesu restrukturyzacji i – co za tym idzie – umorzenia zobowiązań publicznoprawnych.

Uгода restrukturyzacyjna mogła polegać na:

- umorzeniu zobowiązań w całości lub części,
- rozłożeniu spłaty na raty,
- odroczeniu terminu spłaty,
- przejęciu części lub całości zobowiązań zakładu przez organ założycielski,
- zamianie zobowiązań na obligacje zakładowe.

Tylko jeden warunek miał zostać uwzględniony z mocy prawa: spłata najmniejszych wierzycieli, których wierzytelności wobec zakładu nie przekraczały w sumie kwoty 2000 złotych według stanu na 31 grudnia 2004 roku.

Poza tym warunki ugody można było różnicować w stosunku do danych grup wierzycieli, ale z zachowaniem zasady równoprawnego traktowania wszystkich.

W tym momencie trudno będzie wydać opinię o skutkach tejże ustawy.

Z pewnością został powstrzymany niekontrolowany wzrost zobowiązań niektórych zakładów opieki zdrowotnej, a zamiana zobowiązań krótkoterminowych na długoterminowe (pożyczki udzielone przez Bank Gospodarstwa Krajowego) uchroniła część zakładów od postawienia ich w stan likwidacji.

To co naprawiono dzięki ustawie o pomocy publicznej i restrukturyzacji zakładów, zostało zepsute przez strajki personelu medycznego (głównie lekarzy) w 2006 i 2007 roku. Podwyżki wynagrodzeń, które przyznano pracownikom ochrony zdrowia, ponownie znacząco pogorszyły kondycję finansową tych zakładów, a szczególnie szpitali.

6.7. Rola samorządów w systemie ochrony zdrowia. Udział jednostek samorządu terytorialnego w przekształceniach własnościowych

Pewnym remedium na problemy służby zdrowia są przekształcenia własnościowe w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzone decyzją jednostek samorządu terytorialnego.

Charakterystycznym dla państw Unii Europejskiej, w tym dla Polski, jest w zakresie organizacji systemów ochrony zdrowia decentralizacja zadań administracji państwowej. Proces ten polega głównie na tzw. *dewolucji*, tj. przekazywaniu kompetencji i uprawnień administracji rządowej organom samorządu terytorialnego.

W wyniku decentralizacji nastąpiło wzmocnienie samorządów, które przejęły większość zadań w zakresie planowania, organizacji i finansowania usług o charakterze publicznym.

Na świecie można wskazać cztery sposoby organizowania systemu, warunkujące rolę samorządu w publicznych systemach opieki zdrowotnej: *obowiązkowy, uznaniowy, ograniczony i wyłączony*.

Do 1990 roku Polska stanowiła przykład systemu wyłączonego, w którym samorzady były mało zaangażowane w ochronę zdrowia.

Obecnie rola samorządów w systemie ochrony zdrowia jest zdecydowanie większa, ale też nieokreślona i trudno wskazać na jeden z w/w modeli realizowania zadań z zakresu ochrony zdrowia przez samorzady w Polsce jako w pełni realizowany. W warunkach przyjętego w Polsce systemu administracyjnego państwa o charakterze unitarnym oraz mocno utrwalonej tradycji w tym zakresie, mało prawdopodobne jest przyjęcie *modelu uznaniowego, charakteryzującego się znaczną swobodą samorządów* zarówno w zakresie określenia roli w ochronie zdrowia jak i sposobu jej wykonania. Uwarunkowania konstytucyjne w kontekście zasady decentralizacji władzy publicznej zbliżają nasze rozwiązanie do *systemów obowiązkowych, wymagających od władz samorządowych odgrywania znaczącej roli w ochronie zdrowia*.

Jednym z wielu ważnych zadań jednostek samorządu terytorialnego jest tworzenie, przekształcenie i likwidowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w drodze rozporządzenia lub uchwały.

W chwili likwidacji SP ZOZ, jego zobowiązania i należności stają się zobowiązaniami i należnościami podmiotu tworzącego zakład. Podmiot ten decyduje o dalszym wykorzystaniu majątku, np. o jego przekazaniu (dzierżawie, sprzedaży) innemu podmiotowi w celu utworzenia i prowadzenia niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej.

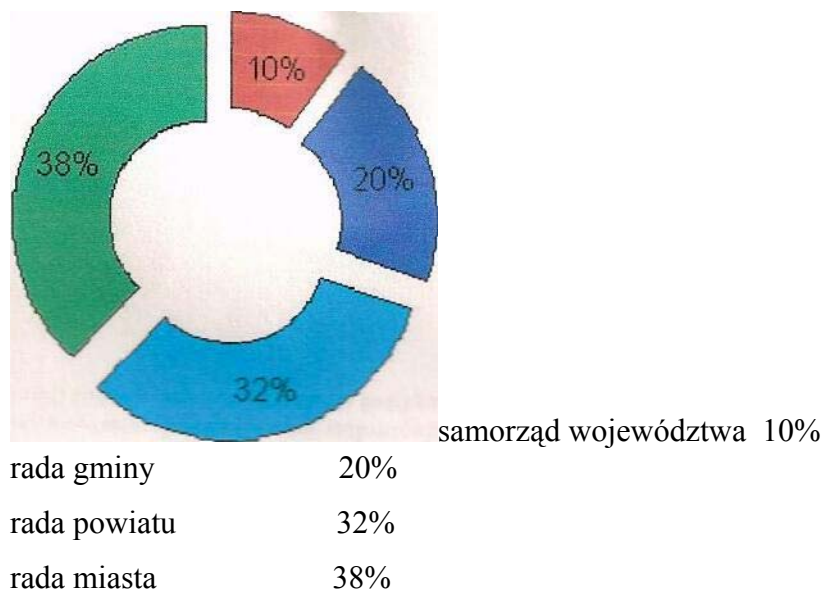
INFORMACJA NA TEMAT PRZEKSZTAŁCEŃ WŁASNOŚCIOWYCH W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA PODJĘTYCH DECYZJĄ JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO NA PRZESTRZENI LAT 1999 - 2006¹¹⁴.

Od 1999 roku przekształcono 171 jednostek i komórek organizacyjnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym 45 szpitali, 31 oddziałów szpitalnych, 95 zakładów leczenia ambulatoryjnego.

Największą inicjatywę przekształceń własnościowych wykazywały miasta oraz powiaty, dużo niższą gminy i sejmiki województw. Miasta i powiaty przekształciły w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej razem 119 jednostek i komórek organizacyjnych SP ZOZ (w tym 37 szpitalu, 22 oddziały szpitalne, 60 zakładów leczenia ambulatoryjnego). Gminy i sejmiki odpowiednio: 8 szpitali, 9 oddziałów szpitalnych i 35 zakładów leczenia ambulatoryjnego. W sposób bardziej poglądowy dane te zostały przedstawione poniżej w formie wykresów.

WYKRES 3

UDZIAŁ JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO W PRZEKSZTAŁCENIACH WŁASNOŚCIOWYCH SP ZOZ W LATACH 1999 - 2006

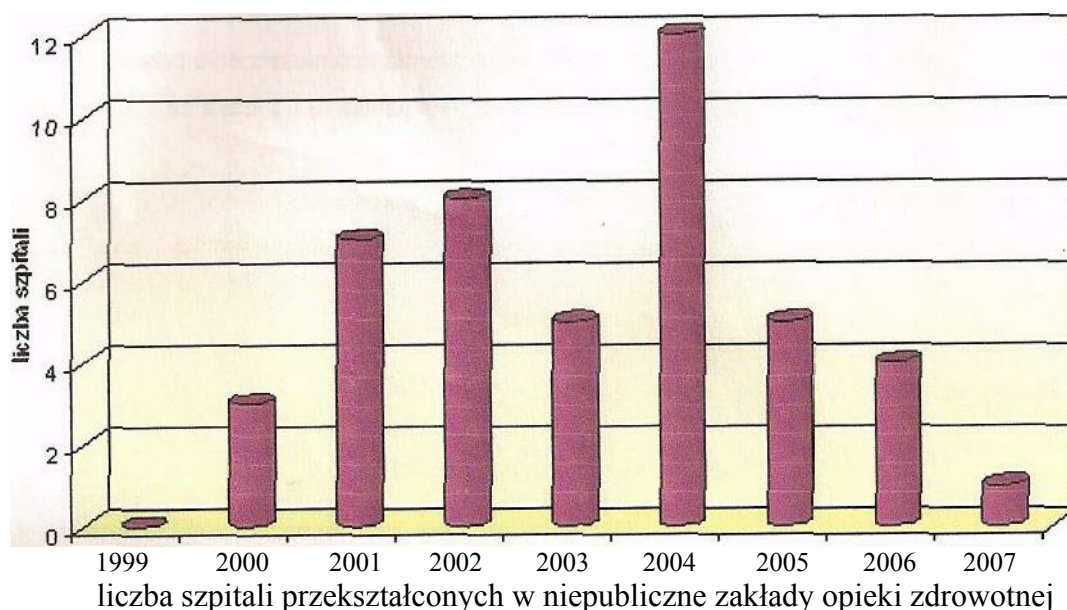


Źródło: opr. własne.

¹¹⁴ Ministerstwo Zdrowia, Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Warszawa, czerwiec 2007 r.

WYKRES 4

DYNAMIKA PRZEKSZTAŁCEŃ WŁASNOŚCIOWYCH, PRZEPROWADZONYCH DECYZJĄ JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA W LATACH 1999 - 2006



Źródło: opr. własne.

Dobrym przykładem ilustrującym, jak funkcjonuje szpital po przekształceniu przez jednostkę samorządu terytorialnego w niepubliczny, może być Zamojski Szpital Niepubliczny, który rozpoczął działalność statutową 1 stycznia 2005 roku na bazie zlikwidowanego SP ZOZ- u¹¹⁵.

W nowym systemie każdy ordynator dostaje budżet swojego oddziału z rozbiem na składowe, na które ma wpływ: gospodarka lekami, krwią, transport sanitarny, prąd, woda. Każdy oddział ma swoje limity na leki. Lekarze, zanim podadzą lek, robią antybiogram, aby podać właściwy. Liczą i sprawdzają koszty. *Personel medyczny pracuje więcej. Do realizacji kontraktu na niektórych oddziałach wystarczy połowa lekarzy*, w porównaniu do sytuacji poprzedniej, kiedy funkcjonował szpital publiczny.

¹¹⁵ E. Stępień, B. Lisowska, Puls medycyny nr 13 (136), data publikacji 28.06.2006 r.

System jest jeszcze bardziej uszczelniony, kiedy szpital jest całkowicie z informatyzowany, prowadzony jest pełny monitoring kosztów na wszystkich oddziałach. Dokładnie wiadomo, gdzie koszty powstają i jakie wyniki osiąga dany oddział. Dobre wyniki są premiowane. Większość środków, które szpital zdoła zarobić, są przeznaczone na jego rozwój, zakup sprzętu, potrzebne remonty i modernizacje.

Nowa formuła organizacyjna pozwala na podejmowanie szybkich reakcji na potrzeby rynku. Nie wymaga długotrwałych procedur związanych z podejmowaniem uchwał przez odpowiednie organy (np. rady społeczne, komisje zdrowia, zarządy wykonawcze jednostek samorządowych). Dominującą formą zatrudnienia są umowy cywilnoprawne, a stosunek kosztów wynagrodzeń pracowników do przychodów jest dużo niższy, niż w placówkach publicznych.

Średni wynik finansowy netto uzyskany przez niepubliczne szpitale samorządowe jest nieznacznie dodatni. *Warunkiem powodzenia tego przedsięwzięcia jest zasada wydawania tyle, ile jest w kasie zakładu.*

Przepisy kodeksu spółek handlowych są bardziej restrykcyjne: zarządowi nie wolno prowadzić polityki innej niż ta, która ma pokrycie w finansach spółki.

SAMORZĄDOWY MODEL OCHRONY ZDROWIA

Dla pełnego zobrazowania propozycji związanych z reformą ochrony zdrowia, należy przywołać projekt przedstawiony przez M. Dercza, a dotyczący samorządowego modelu systemu ochrony zdrowia, który we wnioskach końcowych stwierdzał¹¹⁶:

Do najistotniejszych propozycji dotyczących budowy nowego modelu systemowego zaliczyć można:

- przekazanie samorządom prawa prowadzenia rzeczywistej polityki zdrowotnej na swoim terenie (w tym kadrowej i lekowej) oraz obowiązku przygotowywania planów zabezpieczenia świadczeń będących elementami planu krajowego,
- zastąpienie NFZ regionalnymi „zdrototnymi izbami obrachunkowo – rozliczeniowymi”, działającymi w oparciu o procedury finansowe zgodnie z ustawowymi zapisami i profesjonalną strukturą kadrową - niezależnymi personalnie od samorządu, ale obowiązany realizować jego wytyczne w ramach wdrażania lokalnej, regionalnej polityki zdrowotnej,

¹¹⁶ M. Dercz, *Samorządowy model systemu ochrony zdrowia* [w:] *Analizy i Opinie*, Nr 43, sierpień 2005 r.

- stworzenie „służby cywilnej ochrony zdrowia”, która docelowo miałaby zarządzać wydziałami zdrowia w urzędach samorządowych oraz w ZOZ-ach, czyli powołania korpusu kompetentnych urzędników ochrony zdrowia,
- powołanie na każdym szczeblu samorządu reprezentacji pacjentów, działających za pośrednictwem profesjonalnych biur - kontrolujących dostępność, jakość, efektywność świadczeń zdrowotnych oraz realizację praw pacjenta,
- doprowadzenie do obowiązkowej współpracy między samorządowymi organami założycielskimi w zakresie organizacji procesu wykonywania świadczeń w celu zwiększenia ich dostępności, poprawy jakości i większej efektywności w wykorzystaniu sprzętu medycznego,
- oparcie się w zakresie POZ i specjalistyki ambulatoryjnej na zlecaniu świadczeń podmiotom niepublicznym, które będą realizować zadania samorządu pod jego nadzorem i z wykorzystaniem jego bazy materialnej,
- realizowanie świadczeń w zakresie leczenia zamkniętego przez niezależne formalnie od samorządu jednostki, działające w nowoczesnej i efektywnej finansowo formie organizacyjno-prawnej, zapewniającej samorządowi możliwość wpływania na dostępność, jakość i efektywność wykonywanych przez dany podmiot usług, ale uniemożliwiającej nepotyzm i nadmierne upolitycznienie zarządzania jednostką,
- stworzenie Zintegrowanego Publicznego Systemu Ochrony Zdrowia Dzieci obejmującego promocję zdrowia, edukację zdrowotną, profilaktykę zagrożeń i chorób, badania przesiewowe i zapobieganie przemocy oraz dostosowaną do potrzeb uczniów kompleksową opiekę diagnostyczną, leczniczą i rehabilitacyjną.

Istnieje oczywiście obawa, że samorządy, które obecnie nie dysponują ani niezbędnymi zasobami kulturowymi (ludźmi, instytucjami, informacjami), ani odpowiednimi doświadczeniami w decydowaniu o polityce zdrowotnej, nie będą w stanie podjąć poważniejszych niż dotychczas zadań.

Jednak decentralizacja, o której stanowi Konstytucja RP, nie jest przecież jednorazowym przedsięwzięciem decyzyjnym, lecz dążeniem do zbudowania w państwie odpowiednich docelowych rozwiązań organizacyjnych, zgodnych z konstytucyjnymi zasadami ustrojowymi. Wprowadzenie w życie nowych rozwiązań organizacyjnych musi się odbywać stopniowo i winno być poprzedzone odpowiednimi do skali zmian badaniami i analizami oraz zakrojoną na szeroką skalę kampanią informacyjną oraz dyskusją merytoryczną i negocjacjami z medycznymi środowiskami zawodowymi.

Przyjęcie modelu samorządowej ochrony zdrowia może być oparte na doświadczeniach skandynawskich (oczywiście z uwzględnieniem różnic cywilizacyjnych i innych uwarunkowań historycznych). Może je też poprzedzać wprowadzenie rozwiązań pośrednich, rządowo-samorządowych, dla których dobrym wzorem są doświadczenia włoskie.

Przekazując samorządowi nowe zadania i nakładając nań odpowiedzialność za bieżące zarządzanie znaczną częścią systemu ochrony zdrowia, uczynić to należy w taki sposób, aby wykonywał on swoje zadania w oparciu o wynikające z przepisów prawa, ściśle określone procedury i standardy, w celu minimalizacji upolitycznionego podejmowania decyzji w samorządowej ochronie zdrowia. Organy uchwałodawcze (po uzyskaniu pozytywnych opinii nadzorującej je fachowej służby rządowej i akceptacji właściwej organizacji pacjentów) raz do roku przyjmowałyby programy zdrowotne, a za ich realizację odpowiedzialność ponosiłby organ wykonawczy samorządu.

Aby powyższe postulaty mogły być skutecznie zrealizowane niezwykle istotne jest, by na straży profesjonalnego charakteru podejmowanych prac reformatorskich stał działający poza resortem zdrowia - *Narodowy Instytut Ochrony Zdrowia*, będący centralną jednostką programową, mającą na celu permanentną analizę sposobu wdrażania reform i prawidłowości funkcjonowania systemu, w oparciu o wiedzę naukową i doświadczenia płynące z innych krajów Unii Europejskiej. Skuteczne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia nie jest możliwe bez obiektywnych analiz prawniczych, ekonomicznych i zarządczych.

6.8. Komercjalizacja i prywatyzacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wady i zalety

W lipcu 2007 roku Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt nowej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, który z pewnością unormuje proces przekształceń SP ZOZ-ów w spółki. Szpitale będą mogły działać w formie spółek akcyjnych lub spółek z ograniczoną odpowiedzialnością. Wszystkie placówki medyczne będą mogły pobierać opłaty od pacjentów za wyższy standard pobytu¹¹⁷.

Dzięki tej ustawie mogłoby dojść m.in. do komercjalizacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Projekt tej ustawy przewiduje, że w placówce prowadzonej w formie spółki akcyjnej, co najmniej 51% (do 75%) kapitału zakładowego, należałoby do Skarbu Państwa. Dyskusyjna również wydaje się kwestia przekazania pracownikom szpitala, który przekształci się w spółkę, 15% bezpłatnych udziałów lub akcji.

Pracownicy szpitala będą mogli sprzedać swoje udziały po upływie dwóch lat od daty ich otrzymania.

Szpital mogłoby pobierać opłaty od pacjentów za pobyt w pomieszczeniach o wyższym standardzie, ale byłoby to możliwe tylko na wyraźne żądanie chorego. Według ekspertów rynku medycznego *samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej to prawna hybryda, przestarzała i nie sprawdzająca się forma działania szpitali* i stąd m.in. propozycje znowelizowania ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Trudna sytuacja finansowa wielu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej determinuje poszukiwanie innych rozwiązań własnościowo – organizacyjnych, które mogą naprawić sytuację w polskiej ochronie zdrowia.

Powodzenie reformy opieki zdrowotnej zależy od stworzenia warunków, sprzyjających konkurencyjności zakładów opieki zdrowotnej, opartej na zdrowym współzawodnictwie i traktowaniu podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych jak przedsiębiorstw oraz na stworzeniu rynku świadczeń zdrowotnych.

Z tego też powodu coraz częściej mówi się o komercjalizacji i prywatyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Zła sytuacja finansowa SP ZOZ może spowodować niemożność dalszego udzielania świadczeń medycznych lub udzielania ich na coraz niższym jakościowo poziomie.

¹¹⁷ Strony internetowe Ministerstwa Zdrowia.

Wymiernym efektem zauważonych tendencji jest tworzenie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej przez różne podmioty¹¹⁸.

Jednostki te przybierają zazwyczaj formę spółek. Wtedy mamy do czynienia z komercjalizacją.

Komercjalizacja, w rozumieniu ustawy, polega na przekształceniu przedsiębiorstwa państwowego w spółkę; jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej, spółka ta wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem było przedsiębiorstwo państwowe, bez względu na charakter prawny tych stosunków.

Natomiast *prywatyzacja* polega na obejmowaniu akcji w podwyższonym kapitale zakładowym jednoosobowych spółek Skarbu Państwa powstałych w wyniku komercjalizacji przez podmioty inne niż Skarb Państwa lub inne niż państwowe osoby prawne, zbywaniu należących do Skarbu Państwa akcji w spółkach; rozporządzaniu wszystkimi składnikami materialnymi i niematerialnymi majątku przedsiębiorstwa państwowego lub spółki powstałej w wyniku komercjalizacji na zasadach określonych ustawą przez:

- *sprzedaż przedsiębiorstwa*,
- *oddanie przedsiębiorstwa do odpłatnego korzystania*¹¹⁹,
- *wniesienie przedsiębiorstwa do spółki*.

W przypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej możemy wyróżnić także prywatyzacje zadań. Jest to *prywatyzacja wyłączeniowa, częściowa, pośrednia*.

Za prywatyzację zadań publicznego ZOZ- u należy uznać działania polegające na przekazaniu całości lub części zadań publicznego zakładu opieki zdrowotnej podmiotom niepublicznym.

Metoda ta powinna być realizowana przez dyrektora samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej pod nadzorem organu założycielskiego.

Pierwszym etapem realizacji tej metody prywatyzacji jest powołanie przez zakład spółki prawa handlowego. Spółka może być utworzona samodzielnie przez SP ZOZ lub wspólnie z inwestorem.

Następnym etapem będzie powołanie przez spółkę niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej na bazie wynajmowanego lub wydzierżawionego majątku publicznego zakładu. Kolejny krok powinien polegać na wniesieniu przez SP ZOZ aportu do spółki.

¹¹⁸ M. Wójtowicz, *Praktyczne aspekty prywatyzacji rynku zdrowotnego*, [w:] Procesy przekształceń w ochronie zdrowia – szanse i zagrożenia, red. K. Krajewski, M. Wójtowicz, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2001, s. 41.

¹¹⁹ Ustawa o komercjalizacji i prywatyzacji z dnia 30 sierpnia 1996 r., Dz. U. Nr 118, poz. 561.

Dalej nastąpić winno przejęcie przez spółkę - a dalej zakład niepubliczny, części pracowników SP ZOZ oraz przejęcie części zobowiązań i obciążeń publicznego zakładu. Na tym etapie należy uzyskać zgodę wierzycieli na przejęcie zobowiązań samodzielnego zakładu. Kolejnym etapem powinno być zbycie udziałów lub akcji należących do SP ZOZ podmiotom zewnętrznym. Dochód ze zbycia udziałów i akcji jest dochodem SP ZOZ i powinien być przeznaczony na cele statutowe samodzielnego zakładu.

Inna metoda przekształceń może być nazwana metodą *prywatyzacji wyłączeniowej, częściowej, bezpośredniej*.

Metoda ta powinna być realizowana przez dyrektora samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej pod nadzorem organu założycielskiego.

Pierwszym krokiem winno być podjęcie przez organ założycielski uchwały lub zarządzenia o przekształceniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej *dotyczącego ograniczenia zakresu jego działalności*.

Majątek zakładu, który pozostanie niezagospodarowany, po jego przekształceniu może pozostać w gestii organu założycielskiego lub może być pozostawiony do dyspozycji dyrektora SP ZOZ- u.

Mienie zakładu po przekształceniach może być sprzedane lub oddane do odpłatnego korzystania z opcją zakupu.

Kolejna metoda nazwana może być metodą *prywatyzacji wyłączeniowej, całościowej, pośredniej z opcją likwidacyjną*.

Metoda ta zbliżona jest do komercjalizacji określonej w przepisach ustawy o prywatyzacji i komercjalizacji przedsiębiorstw.

Proces komercjalizacji realizowany jest przez dyrektora SP ZOZ.

W tej metodzie wariantowo można powoływać:

- jednoosobową spółkę samorządu terytorialnego,
- spółkę powołaną przez SP ZOZ z udziałem samorządu terytorialnego,
- spółkę powołaną przez SP ZOZ w formie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Metoda ta polega w głównej mierze na rozporządzaniu częścią materialnych i niematerialnych składników mienia SP ZOZ przez sam zakład - za zgodą organu założycielskiego lub samego organu założycielskiego, na rzecz utworzonej spółki.

Celem działania spółki, a w konsekwencji niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej będzie przejęcie zadań SP ZOZ- u. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej poddawany jest likwidacji.

Inną metodą prywatyzacji jest metoda nazwana metodą *prywatyzacji likwidacyjnej*. Metodę tę realizuje likwidator SP ZOZ. Metoda ta polega na rozdysponowaniu wszystkich składników mienia samodzielnego zakładu, w czasie jego likwidacji w celu przejęcia zadań oraz mienia przez niepubliczny zakład utworzony zgodnie z obowiązującymi przepisami, poprzez sprzedaż mienia samodzielnego zakładu.

Celem działań prywatyzacyjnych oprócz urynkowienia zakładów jest upatrywanie w prywatyzacji rozwiązania zapewniającego efektywny rozwój sektora publicznej opieki zdrowotnej, poprzez dopływ kapitału zewnętrznego, skutecznie wspomagającego ten sektor. W kontekście zaangażowania dodatkowego kapitału pozwalającego na zaangażowanie dodatkowych środków finansowych w publiczną służbę zdrowia, należy rozstrzygnąć jaki rodzaj inwestora daje największą gwarancję powodzenia przeprowadzonej operacji.

Inwestor aktywny jest to osoba prawna lub osoba fizyczna angażująca posiadane lub powierzone kapitały w przedsięwzięcie lub zakład w celu osiągnięcia kontroli nad jej działalnością. Inwestor aktywny dąży prawie zawsze do udziału w strukturach władzy i zarządzania i jest z reguły zainteresowany zwiększeniem udziału własnego we własności, a także objęciem kontroli nad jednostką z jednoczesnym wzrostem części zysku przeznaczonego na inwestycje.

W przypadku prywatyzacji zakładu opieki zdrowotnej, pozyskanie inwestora aktywnego stanowi podstawowy cel programu prywatyzacji. Zasilenie kapitałowe zakładu i skuteczna presja właścicielska może umożliwić sfinansowanie i przeprowadzenie efektywnych działań dostosowawczych oraz wzmocnienie pozycji zakładu. Inwestorzy aktywni nabywają z reguły większościowe pakiety udziałów lub akcji i w relatywnie krótkiej perspektywie przez wykup akcji lub podwyższenie kapitałów zwiększają swój udział w kapitale spółki powstałej z prywatyzowanego zakładu i przejmują pełną kontrolę nad jej działalnością.

Pozyskanie inwestora aktywnego jest pożądane w przypadku jednostek zadłużonych, borykających się z problemami organizacyjnymi i strukturalnymi. Jednakże należy się spodziewać, że organy założycielskie, w których gestii pozostają wszystkie decyzje dotyczące likwidacji i przekształcenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w obawie przed utratą kontroli nad jednostką oraz brakiem wpływu na jej funkcjonowanie i zakres działania, nie dopuszczą raczej do przystąpienia takiego inwestora do spółki. Natomiast przyjęcie roli inwestora aktywnego przez samorząd terytorialny, z uwagi na różnicowanie polityczne jego organów, brak środków finansowych oraz zaburzenie przejrzystości systemu funkcjonowania jednostki należy uznać za mało prawdopodobne.

Inwestor strategiczny jest to osoba fizyczna lub prawna posiadająca odpowiednie środki finansowe, której predyspozycje, umiejętności operacyjne, wiedza merytoryczna i umiejętności techniczne są zgodne z zakresem i kierunkiem działania danej firmy oraz pozwalają na zaangażowanie się w aktywne zarządzanie jednostką. Inwestor strategiczny prowadzi działania zmierzające do zwiększenia popytu na udziały lub akcje spółki, wzrostu ich ceny oraz realizacji długookresowej strategii rozwoju jednostki. Dla realizacji tych działań inwestor strategiczny powinien zachować posiadany pakiet akcji czy udziałów, w terminie określonym w umowie spółki. Dla sprawowania pełnej kontroli nad spółką inwestor strategiczny powinien posiadać więcej aniżeli 50 % akcji, czy udziałów, przy czym przy rozproszeniu, pakiet kontrolny może stanowić ok. 20 % akcji.

Uczestnictwo takiego inwestora, w spółce powstałej w wyniku prywatyzacji publicznego zakładu, przy powszechnie obowiązującym braku doszacowania świadczeń zdrowotnych, jest raczej wykluczone, chyba że mamy do czynienia z jednostką, która posiada mocną pozycję na rynku, a inwestor upatruje w rozwoju tej branży zysków w przyszłości.

Inwestor pasywny jest to osoba fizyczna, wyspecjalizowana firma lub fundusz wspólnego inwestowania, a także bank zajmujący się lokowaniem posiadanych lub powierzonych kapitałów w różnorodne przedsięwzięcia w celu partycypowania w zysku.

Inwestor pasywny nie dąży do przejęcia władzy nad prywatyzowaną jednostką oraz nie angażuje się w jej działania strategiczne. Ten rodzaj inwestora jest zainteresowany w zwiększeniu zysku, w części przeznaczonej do podziału pomiędzy właścicieli.

Decyzje inwestora pasywnego dotyczące skali i czasu zaangażowania kapitału w spółkę, są uwarunkowane poziomem osiąganych zysków akcji lub udziałów w spółce.

W procesie prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej szczególnego rodzaju inwestorem pasywnym może być organ założycielski. Strategia organów założycielskich jako inwestora pasywnego charakteryzuje się zaangażowaniem w rozwój spółki, wspieraniem inwestowania z zysków i egzekwowaniem wobec zarządów spółek funkcji kontrolnych.

Szczególną rolę inwestorów pasywnych można także przypisać pracownikom zakładu, którzy posiadają udziały czy akcje spółki powstałej ze sprywatyzowanego zakładu. Pracownicy - udziałowcy (akcjonariusze mają przedstawicieli w radzie nadzorczej i zachowują wpływ na strategiczne decyzje spółki) mimo niewielkiego udziału w kapitale akcyjnym czy zakładowym też mają duży wpływ na działalność spółki.

Inwestorami pasywnymi mogą być także - wierzyciele spółek, którzy objęli akcje i udziały w wyniku konwersji wierzytelności publicznego zakładu na spółkę.

Poddając szczegółowej analizie stosunki społeczno - polityczne oraz stosunki własnościowe panujące w publicznej ochronie zdrowia, należy stwierdzić, że z punktu widzenia zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych, ciągłości ich udzielania oraz możliwości finansowych rynku usług zdrowotnych, pozyskanie inwestora pasywnego, w postaci organów założycielskich będzie najbardziej racjonalnym rozwiązaniem w procesie powstrzymania dekapitalizacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Organy założycielskie zachowują wpływ na funkcjonowanie jednostki, decydują o jej rozwoju, co nie wyklucza dopuszczenia do spółki innych podmiotów, które byłyby w stanie zaangażować odpowiednie środki finansowe w dane przedsięwzięcie.

Zwolennicy prywatyzacji w służbie zdrowia uważają, że może ona wpłynąć na:

- większą swobodę i elastyczność działania,
- lepszy stosunek do pacjenta, wyrażony m.in. indywidualizacją opieki,
- dostęp do funduszy inwestycyjnych i kapitałów zewnętrznych,
- ograniczenie popytu na niektóre świadczenia lekarskie,
- racjonalizację zatrudnienia,
- dywersyfikację działalności polegającej na szukaniu nowych możliwości świadczenia usług,
- podnoszenie jakości udzielanych świadczeń,
- poprawa warunków płacowych,
- ułatwienie analizy nie tyle skuteczności, ale i efektywności realizacji usług medycznych,

- zwiększenie identyfikacji załogi i zarządu z firmą,
- samodzielność dysponowania majątkiem.

Przeciwnicy procesu prywatyzacji w ochronie zdrowia zgłaszają wiele argumentów przemawiających za ograniczeniem tego procesu. Oto najważniejsze z nich¹²⁰:

- konieczne jest utrzymanie służby zdrowia ze środków publicznych ze względu na ryzyko zagrożenia ogólnego,
- fetyszyzacja rozwiązań rynkowych niszczy zaufanie pacjenta do lekarza (uznanie priorytetu ekonomicznego nad potrzebami zdrowotnymi pacjentów).

Również można podnieść inne argumenty przeciw, jak chociażby, że „wysoka jakość” świadczeń prywatnych oznacza często uleganie preferencjom samych pacjentów co do formy leczenia, np. więcej leków, więcej antybiotyków, co stanowi klasyczny przykład tzw. „błędów rynku”.

Tego typu sytuacje występują często w prywatnych szpitalach, gdzie stosuje się często zbędne procedury diagnostyczne czy nowe i drogie technologie.

Głównym źródłem „błędów rynku” w prywatnej opiece zdrowotnej jest asymetria informacji o efektywności procedur diagnostyczno – leczniczych pomiędzy pacjentem a lekarzem. Wiedza pacjentów jest w tym zakresie więcej niż skąpa i każdy pacjent, którego na to stać, skłonny jest ich żądać, co niekiedy może doprowadzić do wystąpienia sytuacji związanych z wybraniem niewłaściwych terapii.

Wielu lekarzy uświadamia sobie to ryzyko i jest w stanie mu się oprzeć. U równie wielu jednak rządzące rynkiem zasady konkurencyjności zagłuszają wszelkie rozważania o charakterze moralno – etycznym.

Nawet Bank Światowy zaczyna dostrzegać racje oponentów prywatyzacji, którzy podkreślają, że jedynie system finansowania oparty na zasadach zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie zapewnia pełną równość i dostępność do opieki zdrowotnej, co jest szczególnie istotne dla warstw ubogich i osób przewlekle chorych.

¹²⁰ J. Orczyk, *Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele*. Akademia Ekonomiczna, Poznań 2005, s. 151.

Ponadto w wielu krajach uznano, że specyfika ochrony zdrowia czyni z mechanizmów rynkowych narzędzie mało skuteczne – koncepcja wad rynku została szeroko potwierdzona – a ich stosowanie może przynieść pozytywne skutki tylko pod warunkiem bardzo ostrożnego realizowania.

Również konkurencja okazała się mało przydatna i w wielu krajach wycofano się z jej stosowania, zastępując ją współpracą i koordynacją.

Decentralizacja, pierwotnie postrzegana jako jedno z uniwersalnych narzędzi naprawy, wykazywała swoje ograniczenia i zyskała opinię jednej z metod, która przydatna w jednych warunkach, może okazać się kłopotliwa w innych.

Są to więc oczywiste dylematy. Z jednej strony – żadnego kraju nie stać na pełne zaspokojenie stale rosnących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, zarówno indywidualnych, jak i zbiorowych ze środków publicznych.

Z drugiej – mechanizmy rynku w opiece zdrowotnej to nic innego, jak przekształcenie podstawowego prawa człowieka, prawa do ochrony zdrowia, w towar. Ustalenie proporcji pomiędzy obciążeniem publicznym a obciążeniem indywidualnym na zdrowie stanowi ważną decyzję polityczną. Część podstawowych funkcji systemu ochrony zdrowia musi pozostać dobrem publicznym, za które odpowiedzialność musi ponosić państwo. Ta część to zaspokajanie zbiorowych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, realizowanych przez służby zdrowia publicznego przy współudziale wszystkich resortów oraz zaspokajanie tych indywidualnych potrzeb zdrowotnych, które dotyczą osób pozbawionych, z różnych względów, dostępu do opieki zdrowotnej lub które mogą stwarzać zagrożenie dla zdrowia ogółu.

W końcowym fragmencie rozprawy zostaną przedstawione wnioski i rekomendacje, odnoszące się do ostatecznego celu, którym jest polepszenie kondycji zdrowotnej społeczeństwa, zbudowanie stabilnego i sprawnego systemu opieki zdrowotnej, finansowanego w stopniu umożliwiającym zaspokojenie podstawowych potrzeb zdrowotnych pacjentów i przygotowania systemu na nieuniknione zmiany w strukturze demograficznej populacji.

Konkurencja, komercjalizacja i prywatyzacja – to ostatnio słowa klucze.

Tylko to, zdaniem wielu ekspertów, postawi polski system zdrowia na nogi i pozwoli oszczędnie gospodarować pieniędzmi. Czy tak jest w rzeczywistości?

Lepiej na tak postawione pytanie będzie można odpowiedzieć, kiedy przypomni się początki reformowania systemu. Kanwą wprowadzanych zmian miała być zasada konkurowania jakością usług medycznych w trosce o pacjenta.

Tak miało być wraz z *reformą z 1999 roku*. Dla pacjentów zniesiono rejonizację, przynajmniej w obrębie jednego województwa, czyli na terenie działania jednej kasy chorych. Mogli wybrać lepszy szpital, zamiast iść tam, gdzie dostali skierowanie.

Ale zanim pacjenci przyzwyczaili się do tej zmiany, *kasy chorych narzuciły limity* – *każdemu szpitalowi płaciły za ściśle określoną liczbę pacjentów*. To faktycznie ukróciło konkurencję między szpitalami. *Tak skończył się mit, że pieniądz idzie za pacjentem*.

Kasy chorych wprowadzenie limitów tłumaczyły faktem zbyt dużej ilości leczonych w szpitalach.

Lecz błąd był po stronie organizatorów ochrony zdrowia. Lekarze rodzinni woleli kierować pacjentów do szpitali (a jest to najdroższa forma leczenia), niż kierować ich na badania ambulatoryjne i diagnostyczne, z opcją leczenia domowego. Badania te lekarze rodzinni pokrywali ze swoich limitów finansowych i stąd *praktyka przerzucania kosztów na lecznictwo stacjonarne* (zła konstrukcja finansowania systemu opieki zdrowotnej).

Kiedy środowisko biznesowe spotkało się z ministrem Z. Religą i ówczesnym prezesem NFZ Jerzym Millerem, to deklarowało chęć budowy nowych szpitali, pod warunkiem, że otrzymają wieloletnie gwarancje finansowania tych placówek ze środków funduszu i przyznawali też otwarcie, że oferować będą tylko takie usługi, które się opłacają. Tymczasem w wycenie świadczeń przez NFZ wciąż panuje bałagan. Jednych chorych bardzo opłaca się leczyć, inni przynoszą szpitalom straty.

Na pewno więc warto popracować nad lepszą wyceną świadczeń, bo dopóki jej nie będzie, prywatni inwestorzy będą „spijać” z rynku usług medycznych śmietankę, a „chude mleko” zostawiać placówkom publicznym. Ze szpitali niepublicznych został „zdjęty” dług, który przejęły samorządy, co ustawia te szpitale w sytuacji komfortowej wobec zadłużonych publicznych (choćby odciążenie od spłacania zobowiązań z działalności bieżącej).

Ponadto niepubliczny szpital nie musi przejmować się limitami narzuconymi w rocznych kontraktach z NFZ. Może pacjentów, za których NFZ już nie płaci, przyjmować odpłatnie. Szpitalom publicznym nie wolno tego robić.

Problemem dla menedżerów zarządzających publicznymi placówkami są przepisy, które czasami wzajemnie się wykluczają. Z jednej strony Szpital zobowiązany jest ustawowo do przyjęcia każdego pacjenta z zagrożeniem życia i zdrowia, z drugiej – NFZ płaci tylko za tych, których zakontraktował.

Jedni chorzy przynoszą zyski, a inni straty, ale przecież dobierać ich nie można.. Gorzej dla zarządzających, jeśli zmuszeni są do przyjęcia większości takich pacjentów, którzy przynoszą straty.

W Polsce nakłady na zdrowie, jak wiadomo, należą do najniższych w Europie. Najbardziej oszczędny (finansowany z budżetu) system Wielkiej Brytanii przeznacza na leczenie 6 proc. PKB, a Polska ok. 4 proc.

Problemem polskich ubezpieczeń jest, że rolnicy nie są obłożeni taką składką zdrowotną, jak inne grupy społeczno – zawodowe. Niektórzy uważają, że jest to kpina z zasady solidaryzmu społecznego.

W wielu krajach europejskich obywatele płacą ubezpieczenia zdrowotne i jednocześnie dopłacają z własnej kieszeni, gdy korzystają z porady lekarskiej. W Niemczech, opłata za wizyty u lekarza jest zryczałtowana i wnoszona raz na kwartał. *Te opłaty nie ratują systemu, ale pełnią rolę regulującą.* Chodzi o to, by nie nadużywać pomocy medycznej wtedy, gdy nie jest ona konieczna i jednocześnie nie zamyka drogi tym którzy naprawdę tego potrzebują.

Pacjenci za największy mankament obecnego systemu uznają trudności z dostępem do lekarzy specjalistów. Pacjent, który ma skierowanie do kardiologa i musi czekać na wizytę np. pół roku, ma do wyboru zapłacić prywatnie 100 czy 200 zł, albo czekać ze strachem, że w międzyczasie umrze na zawał.

Oczywiście woli zapłacić.

Wydaje się, że rozładowanie kolejek nastąpiłoby za niezbyt dużą odpłatnością (wprowadzenie współpłacenia) i usunęłoby największą bolączkę dla pacjenta.

Sumując, należałoby powołać zespół niezależnych, szanowanych ekspertów, którzy zaproponują rozwiązania zwiększające przychody i racjonalizujące wydatki. Bo, jak pokazuje historia kas chorych, „trzęsień ziemi” nie lubią ani pacjenci, ani pracownicy służby zdrowia. Gdy kasy chorych okrzepły organizacyjnie i zaczęły lepiej funkcjonować, zostały zlikwidowane.

Obecnie jest „zamówienie” na likwidację NFZ.

A może wystarczyłaby większa samodzielność placówek i oferowanie lepszych jakościowo usług medycznych?

Wielu ekspertów uważa, że należy obalić mit funkcjonujący w środowiskach masowego przekazu, że do załamania systemu przyczyniła się wyłącznie decyzja przekształcenia kas chorych w Narodowy Fundusz Zdrowia.

Mit ten służy do odwrócenia uwagi od bardziej złożonych przyczyn załamania się systemu i odpowiedzialności wielu ekip rządzących za obecny stan rzeczy.

Czynniki o charakterze ekonomicznym i organizacyjnym, powodujące zapaść systemu, oddziałują na polską służbę zdrowia od co najmniej 18 lat.

Oddziaływania te mają charakter silnego wzrostu kosztów, związanego ze spadającym udziałem przemysłu krajowego w wytwarzaniu produktów niezbędnych do funkcjonowania placówek ochrony zdrowia.

Największy wpływ ma wieloletni, pełzający proces wzrostu kosztów leków, zakupów i eksploatacji sprzętu oraz innych materiałów.

I tak udział kosztów leków w wydatkach całkowitych na ochronę zdrowia wynosi ponad 30%.

W początkowym okresie transformacji ustrojowej (początek lat 90-tych ubiegłego wieku), doszło do sprzedaży wielu krajowych firm farmaceutycznych, co w wielu przypadkach *uniemożliwiło produkcję tzw. leków generycznych* (tańszych, lecz o identycznym składzie i działaniu).

Na miejsce leków krajowych, których produkcję zlikwidowano lub ograniczono, sprowadza się droższe leki zagraniczne. Efektem jest poziom kosztów zakupu leków w Polsce – jeden z wyższych w Europie, co bardzo obciąża system finansowania opieki zdrowotnej (m.in. przez refundację). Dlatego postuluje się *wdrożenie i rozwój zasad polityki progenerycznej*, w tym w szczególności substytucji generycznej, zasady ustalania cen leków refundowanych, zasady włączania i wyłączania leków z list leków refundowanych.

Problem monopolizacji oraz eliminacji tańszych krajowych producentów dotyczy również sprzętu medycznego i innych materiałów niezbędnych do funkcjonowania placówek medycznych. Coraz więcej sprzętu medycznego pochodzi z zagranicy. Co prawda jest on lepszy technologicznie ale dużo droższy, co również przekłada się na wyższe koszty serwisowania.

Szacuje się, że do systemu w latach 1999 – 2004 dodatkowo przekazano niemal 10 mld złotych, co jednak nie przyczyniło się do poprawy odczuwalnej przez pacjentów.

Przyczyną tego jest „skonsumowanie” wzrostu nakładów na zakup leków i ich refundację, wzrost kosztów sprzętu i jego eksploatacji, koszty nieefektywnych przekształceń organizacyjnych, straty spowodowane korupcją i marnotrawstwem w jednostkach służby zdrowia, koszty obsługi zadłużenia i brak kwalifikacji osób zarządzających placówkami służby zdrowia (z tzw. nadań politycznych).

Kolejnym problemem są tzw. patologie wewnętrzne, polegające na występowaniu różnego rodzaju konfliktów interesów. *Pracownicy służby zdrowia są zatrudniani „na etat” jednocześnie w kilku placówkach.* Często w ramach godzin pracy w jednostce publicznej wykonują prace na rzecz innej (np. prywatnej) i to w oparciu np. o sprzęt tej pierwszej, co generuje dodatkowe koszty. Niekiedy zdarza się, że lekarz z przychodni POZ zabiera historię choroby pacjenta i przyjmuje go w pobliskiej prywatnej klinice lub we własnym gabinecie.

Z pewnością, antidotum na te negatywne zjawiska nie będzie likwidacja NFZ, wprowadzenie różnego rodzaju dodatkowych ubezpieczeń, czy też masowa, szybka prywatyzacja, lecz dokonywanie zmian w sposób ewolucyjny i racjonalny, polegający m.in. na szukaniu rozsądnych oszczędności w oparciu o eliminację ekonomicznych i społecznych przyczyn załamania systemu ochrony zdrowia.

Poparciem tej tezy niech będą wczesne analizy efektów osiąganych dzięki wprowadzaniu mechanizmów rynkowych, które pojawiły się w raporcie OECD z 1992 roku¹²¹.

Raport ten wykazał, że sukces polegający na kontroli kosztu – albo przynajmniej kontroli jego wzrostu, co często bywa rzeczywistą racją podejmowania wysiłków reformatorskich – został osiągnięty przede wszystkim przez zwiększenie roli publicznego płatnika. W drugiej połowie lat 90 – tych XX wieku w niektórych krajach rezygnowano z wdrożonych wcześniej mechanizmów rynkowych. Było to widoczne np. w Wielkiej Brytanii i w krajach skandynawskich, gdzie określenia rynek i konkurencja zostały zastąpione współpracą i kooperacją¹²².

Nawet jeśli przejściowo politycy i opinia publiczna ulegli retoryce rynkowej, to w krótkim stosunkowo czasie została dostrzeżona niezgodność takiego podejścia ze społecznymi oczekiwaniami.

Można więc powiedzieć, że według tej koncepcji władza publiczna nigdy nie może zwolnić się z odpowiedzialności za przebieg i rezultat działań, które dotyczą ochrony zdrowia.

W myśl tej teorii, określanej pojęciem *stewardship*¹²³, zmniejsza się zakres bezpośredniego angażowania się organów państwa w organizowanie procesu produkcji świadczeń, a zwiększa się udział instytucji samorządowych, organizacji pozarządowych, instytucji prywatnych i indywidualnych obywateli. Wszystkie te zmiany nie prowadzą jednak do zmniejszania zakresu odpowiedzialności władzy publicznej, a jedynie do zmian treści sprawowanych przez nią funkcji.

W procesach decyzyjnych uczestniczy wiele podmiotów, ale podmiotem zarządzającym jest rząd (*ultimate steward*)¹²⁴.

¹²¹ *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seven OECD Countries*, Organization for Economic Cooperation and Development, Paris 1992 r.

¹²² R. B. Saltman, *Convergence, Social Embeddedness, and the Future of Health Systems in the Nordic Region* [w:] *Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements*, edited by D. Chinitz and J. Cohen, J. Wiley & Sons, Chichester..., 1998 r., s. 69 – 74.

¹²³ *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, WHO, Genewa 2000 r.

¹²⁴ Ph. Travis, D. Egger, Ph. Davies, A. Mechbal, *Towards better stewardship: concepts and critical issues, Evidence and Information of Policy*, WHO, Geneva 2002 r.

6.9. Budżetowanie jako metoda zarządzania placówkami ochrony zdrowia

Najważniejszym warunkiem sukcesu w funkcjonowaniu każdego zakładu jest jego powodzenie w sferze finansowej. Jednak w przypadku zakładów opieki zdrowotnej organy nadzorcze tolerowały utrzymywanie pewnego poziomu zadłużenia (zjawisko to określano mianem *miękkiego budżetowania*). Przyjmowanie pacjentów poza limitem, przyzwolenie na pełnienie przez publiczne szpitale funkcji socjalnych (przyjmowanie i przetrzymywanie pacjentów na oddziałach, za których nikt nie chce płacić) oraz przyjmowanie takich, kiedy brak jest zasadności dla nagłego przyjęcia, powodowało wzrost zadłużenia, a w efekcie powstanie wielu negatywnych skutków miękkiego budżetowania.

Do najważniejszych należą:

- rosnące koszty utrzymania systemu z powodu ogromnych kosztów obsługi długów;
- ryzyko destrukcji jakości opieki w zakładach, które utraciły płynność finansową lub są na granicy tej utraty, ale nadal przyjmują pacjentów;
- ogromne zobowiązania wobec firm zaopatrujących tworzą ryzyko dla kondycji finansowej wielu z nich, a dodatkowo sprzyjają rozwojowi korupcyjnych zasad zapewniania sobie pierwszeństwa w dostępie do środków należnych wielu wierzycielom;
- ryzyko silnego wzrostu długu publicznego i ryzyko destabilizacji finansów samorządów terytorialnych. Najlepszym sposobem odejścia od takich praktyk jest wprowadzenie metody zarządzania zwanej budżetowaniem.

„*Budżetowanie*”, zwane również preliminowaniem, to proces przygotowania i opracowania serii spójnych budżetów i połączenia ich w jeden budżet główny firmy¹²⁵.

Jeszcze inaczej budżetowanie można, w największym skrócie, zdefiniować jako metodę zarządzania, polegającą na wydzieleniu i zdefiniowaniu ośrodków budżetowych (w przypadku szpitala może to być oddział, laboratorium, pracownia rtg, lecz także kuchnia, pralnia szpitalna), opracowaniu budżetów tych ośrodków, kontroli ich realizacji, analizowaniu i likwidowaniu ewentualnych odchyleń.

¹²⁵ K. Kowalska, *Controlling w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Dąbrowa Górnicza 2001 r., s. 55.

Budżetowanie pełni niezwykle ważną rolę informacyjną — dzięki temu zarządzający dokładnie znają przychody i wydatki poszczególnych komórek i całego zakładu.

Budżetowanie jest niezbędne przy wewnętrznym kontraktowaniu świadczeń medycznych - wysokość należności za ich wykonanie uzależnione jest od wyników finansowych danej komórki. Wprowadzenie budżetowania winno być poprzedzone informatyzacją, zarówno część medycznej zakładu, jak i części administracyjnej - jest to potrzebne między innymi po to, by uzyskać dokładne dane dotyczące kosztów jednostkowych wszystkich procedur wykonywanych w zakładzie. Należy też dokładnie rozpoznać strukturę organizacyjną zakładu oraz funkcjonowanie zakładu w aspekcie zarządzania i księgowości (np. stosowane metody kalkulacji kosztów). Powodzenie całego przedsięwzięcia zależy w dużej mierze od osób tym się zajmujących - należy dla każdego ośrodka budżetowego wyznaczyć pracownika za to odpowiedzialnego, nie zapominając o ich przeszkoleniu. Budżetowanie daje co najmniej dwie, trudne do przecenienia korzyści, niezwykle istotne w przekształceniach własnościowych zakładu - czyni pracowników, a zwłaszcza kadrę zarządzającą, odpowiedzialnych za funkcjonowanie zakładu oraz pozwala ocenić, które sfery działalności zakładu są dla niego opłacalne. Jest to niezwykle istotne w analizie marketingowej zakładu, przeprowadzenie której jest również wskazane przy *procesach przekształceniowych*.

Taka analiza może być częścią *planu marketingowego*. Głównym jego zadaniem jest zaplanowanie działań marketingowych podejmowanych przez zakład oraz określenie sposobów ich realizacji. Nie powinno w nim zabraknąć oceny silnych i słabych stron zakładu oraz szans i zagrożeń z zewnątrz. Plan marketingowy powinien dać zarządzającym zakładem możliwość rozpoznania możliwości i zagrożeń rynkowych, oceny szans realizacji strategii oraz pomóc w koordynacji wszystkich działań marketingowych zakładu.

Opisane powyżej przygotowania do przekształceń własnościowych zakładu powinny być zawarte w planie całego przedsięwzięcia, który może być swoistym *biznes planem*. Plan ten powinien zawierać przede wszystkim analizy z zakresu prawno - formalnego, organizacyjnego, finansowego i marketingowego. Następnie w planie tym można zawrzeć strukturę organizacyjną zakładu, opis kultury zarządzania oraz charakterystykę personelu.

W analizie ekonomicznej należy zawrzeć między innymi analizę bilansu (poziomą i pionową), rachunek zysków i strat, oraz analizę wskaźnikową (wskaźnik rentowności działalności zakładu, wskaźnik płynności finansowej, kapitał obrotowy netto, wskaźnik stanu zadłużenia, czy wskaźnik sprawności zarządzania majątkiem obrotowym).

W części marketingowej należy zawrzeć opisaną powyżej analizę marketingową.

Można też pokusić się o przeprowadzenie badań marketingowych takich, jak: analiza istniejących źródeł danych (np. sprawozdania do NFZ, *sprawozdania z zakresu statystyki*), czy badanie satysfakcji pacjenta.

W planie przedsięwzięcia można również zamieścić analizę infrastruktury technicznej zakładu oraz użytkowanego sprzętu i aparatury medycznej. Może to być poszerzenie wspomnianej wyżej inwentaryzacji, gdzie obok wymienienia poszczególnych pozycji majątku zakładu, można pokusić się o ocenę ich przydatności dla przekształcanego zakładu.

Budżetowanie jest szczególnie przydatne podczas przygotowywania placówki do formalnych przekształceń własnościowych (np. komercjalizacji lub prywatyzacji), a więc dokonania ich reorientacji na rynek i przeprowadzenia faktycznej restrukturyzacji. Przekształcony zakład nie jest już instytucją publiczną „non profit” – ważnym staje się wypracowanie zysku, a przynajmniej nie przynoszenia strat finansowych (działalność typu „non only profit”- nie tylko dla zysku).

Dlatego w pierwszej kolejności należy uporządkować zarządzanie finansami w samym zakładzie, a do tego właśnie najlepsze jest wprowadzenie budżetowania.

6.10. Narodowe programy zdrowia

Innym sposobem na uporządkowanie spraw związanych z ochroną zdrowia jest „*Narodowy Program Zdrowia 2006 – 2015*”¹²⁶.

Został on przygotowany przez wybitnych ekspertów z zakresu polityki zdrowotnej i przedstawiony Ministrowi Zdrowia. Powinien on być przedstawiony społeczeństwu w taki sposób, aby mógł być przyswojony i wdrożony, a nie pozostawać kolejnym słusznym zbiorem haseł przygotowanych przez ekspertów i dla ekspertów.

Kiedy Polska wchodziła w okres przemian ustrojowych wskaźniki stanu zdrowia ludności były zdecydowanie niekorzystne, w porównaniu do rozwiniętych krajów Europy.

W 1990 r., w odpowiedzi na strategię Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku”, opracowano w Polsce, po raz pierwszy, *Narodowy Program Zdrowia (NPZ)*. Była to pierwsza próba zjednoczenia wysiłków różnych resortów, instytucji centralnych, organizacji pozarządowych oraz społeczności lokalnych wokół ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia społeczeństwa.

Dokonujące się w naszym kraju w ostatniej dekadzie zmiany polityczne, ekonomiczne i społeczne niosły ze sobą nie tylko nowe wyzwania i nowe możliwości, ale także zagrożenia dla zdrowia wielu ludzi.

Powodowało to konieczność nowelizacji Narodowego Programu Zdrowia, której dokonano w 1993 i 1996 roku. W ostatnich latach przeprowadzono analizę oczekiwanych efektów i korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji Narodowego Programu Zdrowia. Wykazała ona wzrost przeciętnego dalszego trwania życia i zmniejszające się zagrożenie chorobami układu krążenia. Równocześnie poziom niektórych wskaźników (np. umieralności niemowląt) osiągnięto wcześniej niż planowano. Nadal jednak dzieli nas znaczny dystans od krajów Unii Europejskiej, co wskazuje na potrzebę dalszych, intensywnych działań dla poprawy zdrowia społeczeństwa. Służyć ma temu m.in. kontynuacja realizacji Narodowego Programu Zdrowia, z udziałem wszystkich sektorów gospodarki, jednostek samorządu terytorialnego, organizacji pozarządowych, organizacji religijnych i wszystkich obywateli.

¹²⁶ Ministerstwo Zdrowia, informacje ze stron internetowych.

Monitoring Narodowego Programu Zdrowia prowadzony od roku 1998 do chwili obecnej wykazał, że niektóre z celów operacyjnych mimo osiągniętych pozytywnych wyników muszą być kontynuowane nadal, niektóre z celów muszą być zmodyfikowane, zaś zmiany demograficzne i ekonomiczne skłaniają do dodania nowych celów dotyczących ludzi starszych, problemów macierzyństwa i zwiększenia diety polskich małżeństw. Jednym z podstawowych celów powinno być wyrównywanie różnic terytorialnych i społecznych w zakresie sytuacji zdrowotnej. Służyć temu będzie powszechny bezpłatny dostęp do powszechnego standardu badań profilaktycznych i udostępnienie posiadanej i tworzonej przez samorządy infrastruktury służącej budowaniu i umacnianiu zdrowia. Proponuje się też wzmocnienie roli jednostek samorządu terytorialnego i działań społeczeństwa obywatelskiego, wykorzystania „biznesu dla zdrowia” a więc producentów artykułów prozdrowotnych dla sportu powszechnego i szeroko pojętej higieny. Zakłada się również szczególną rolę środków przekazu społecznego.

Obecna, czwarta już wersja *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2005-2015*, powstała w okresie po wdrożeniu wielu reform:

administracyjnej, ochrony zdrowia, ubezpieczeń społecznych, systemu edukacji, które w kolejnych latach podlegały kolejnym modyfikacjom. Aktualny zapis programu nawiązuje do:

- Światowej Deklaracji Zdrowia, przyjętej, także przez Polskę, w 1998 r. na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia, w której potwierdzono, że *"zdrowie jest jednym z podstawowych praw jednostki ludzkiej"*,
- Strategii *„Zdrowie 21 - zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”* - określającej kierunki polityki zdrowotnej w Regionie Europejskim Światowej Organizacji Zdrowia.

Generalnie, koncepcja NPZ jest zgodna z merytorycznymi założeniami programu Unii Europejskiej, dotyczącego monitorowania stanu zdrowia (Decyzja 1400/1997WE) oraz nowej strategii zdrowia publicznego zaproponowanej przez Komisję Europejską określonej m.in. w programie Zdrowia Publicznego i wystąpieniach programowych Komisarzy ds. Zdrowia i Konsumentów UE: Dawida Byrne i Markosa Kyprianou.

Narodowy Program Zdrowia, opracowany w początku XXI wieku, określa główne kierunki polityki zdrowotnej państwa, co nadaje mu szczególną rangę w stosunku do innych programów polityki zdrowotnej oraz stwarza szansę na bardziej skuteczną realizację jego zadań.

Projekt Narodowego Programu Zdrowia został przedstawiony w układzie 20 celów operacyjnych:

1. zmniejszenie różnic terytorialnych i społecznych w stanie zdrowia,
2. aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa,
3. zwiększenie aktywności fizycznej ludności,
4. poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości,
5. zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu,
6. zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem,
7. ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych,
8. zapobieganie skutkom zdrowotnym zanieczyszczenia środowiska,
9. poprawa stanu sanitarnego kraju,
10. zmniejszenie liczby urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków,
11. promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym,
12. poprawa opieki nad matką i dzieckiem,
13. wspieranie rozwoju i zdrowia (fizycznego i psychospołecznego) oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży,
14. tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych,
15. tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych,
16. poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej,
17. zwiększenie i optymalne wykorzystanie infrastruktury dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,
18. zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym,

19. optymalizacja zapobiegania próchnicy zębów, chorobom przyzębia, urazom i patologiom jamy ustnej u dzieci i młodzieży,
20. usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z chorobami układu krążenia, w tym udarami mózgowymi, nowotworami, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi.

Choroby układu krążenia (CHUK) pozostają nadal najważniejszą przyczyną umieralności wśród kobiet i mężczyzn w Polsce. Prawie co drugi Polak umiera z powodu chorób serca i naczyń, zaś powodu CHUK umiera rocznie więcej osób, niż z powodu kolejnych pięciu przyczyn razem wziętych. CHUK są nadal najważniejszą przyczyną umieralności przedwczesnej w Polsce. Choroby układu sercowo – naczyniowego (w tym udar mózgu) stały się główną przyczyną śmiertelności w krajach rozwiniętych.

W Polsce umieralność z powodu udarów mózgu była wyższa, niż w innych krajach europejskich. Wczesne rozpoznawanie modyfikowalnych czynników ryzyka takich jak: nadciśnienie tętnicze czy migotanie przedsionków pozwala na wdrożenie profilaktyki pierwotnej i zmniejszenie liczby udarów mózgu.

Choroby nowotworowe są drugą przyczyną śmierci w Polsce. Głównymi powodami takiego stanu rzeczy są: późne wykrywanie nowotworów i niska skuteczność ich leczenia. Silną stroną polskiej onkologii jest natomiast istnienie sieci ośrodków onkologicznych o wysokim poziomie referencyjności. Słabymi jej punktami są: chroniczne niedofinansowanie i ograniczony dostęp do nowoczesnych leków onkologicznych. Podstawą obecnej wersji Narodowego Programu Zdrowia jest koncepcja definiująca promocję zdrowia jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem przez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu.

Zdrowie człowieka zależy od wielu wzajemnie powiązanych czynników, wśród których wyróżnia się cztery główne grupy: styl życia (ok. 50% udziału); środowisko fizyczne (naturalne oraz stworzone przez człowieka) i społeczne (np. praca, nauka) – ok. 20%; czynniki genetyczne (ok. 20%) oraz działania służby zdrowia (ok. 10%).

Sami, w bardzo dużym stopniu, decydujemy o swoim zdrowiu, co dobrze odzwierciedla znane od dawna hasło – „*Twoje zdrowie w Twoich rękach*”.

Narodowy Program Zdrowia, zmierza do zintegrowania zagadnień związanych ze zdrowymi z celami wytyczanymi w ramach systemu społeczno – ekonomicznego państwa. Szczególna rola w realizacji edukacji zdrowotnej społeczeństwa przypada mediom, bez których we współczesnym świecie niemożliwe jest skuteczne informowanie społeczeństwa. Współpraca z mediami musi uwzględniać ich lokalny lub ogólnopolski charakter oraz przekaz dostosowany do charakteru odbiorcy.

Podstawowym warunkiem osiągnięcia celu strategicznego i celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia jest włączenie się do jego realizacji wielu działów administracji rządowej i funkcjonujących w ich ramach instytucji, organizacji pozarządowych, a przede wszystkim samorządów i społeczności lokalnych. Coraz większe znaczenie w realizacji zadań zawartych w Narodowym Programie Zdrowia zaczyna też pełnić Narodowy Fundusz Zdrowia. Rolą rządu jest tworzenie warunków i wspomaganie tych działań. Tylko wspólnym wysiłkiem i przy ścisłym współdziałaniu możemy poprawić stan zdrowia Polaków, a tym samym jakość ich życia.

6.11. Konfederacja Pracodawców Polskich. Propozycje naprawy ochrony zdrowia

Również *Konfederacja Pracodawców Polskich* na swej konferencji w lipcu 2007 roku zaproponowała szereg propozycji i rozwiązań, które mogłyby naprawić polską służbę zdrowia¹²⁷.

ZMIANY POLEGAJĄCE NA POSZUKIWANIU NOWYCH ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA

I tak Konfederacja Pracodawców Polskich (KPP) proponuje następujące systemowe zmiany w ochronie zdrowia – do najważniejszych należą:

I. Umożliwienie zakupu świadczeń medycznych dla pracowników z funduszy socjalnych.

Obowiązkowe odpisy na pracowniczy fundusz socjalny tworzą corocznie pulę około 8 mld zł ze środków wydawanych później na różne cele socjalne. Z uwagi na to, że dostęp do usług zdrowotnych jest uznawany za element osłony socjalnej, skierowanej do osób chorych i tym samym narażonych na utratę zarobków z tego tytułu, działająca w ramach KPP Korporacja „Zdrowe Zdrowie” proponuje zaliczenie usług zdrowotnych do puli dóbr i usług, które mogą być nabywane z funduszu socjalnego. Ponieważ środki te nie podnoszą obciążeń pracodawcy, ani nie uszczuplają przychodów budżetu państwa, rozwiązanie to jest przez KPP szczególnie rekomendowane.

Szacowane skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia to 1/4 łącznej puli z funduszu socjalnego, tj. 2 mld zł.

II. Zmiany w systemie podatkowym.

1. Ulgi w podatku dochodowym - PIT.

Wprowadzenie ulg od podatku dochodowego, związanych z wydatkami na ochronę zdrowia ze środków prywatnych.

Szacowany skutek finansowy dla systemu ochrony zdrowia około - 200 mln zł.

¹²⁷ Konferencja prasowa, *Czas zakończyć ten pat – nie tylko pieniądze uleczą służbę zdrowia*, Warszawa, 5.07.2007 r.

2. Wliczanie w koszty działalności wydatków na zdrowie - CIT.

Mechanizm taki, występujący w wielu krajach świata, ma wiele pożytecznych funkcji: zwiększenie zakresu ochrony socjalnej pracowników i ich rodzin, odciążenie systemu publicznego przez przeniesienie części popytu na usługi zdrowotne poza ten system. Jego konsekwencją jest także większa jawność przychodów dostawców usług zdrowotnych.

Szacowany skutek finansowy dla systemu ochrony zdrowia około - 600 mln zł.

3. Ulgi inwestycyjne w ochronie zdrowia z tytułu wydatków na VAT.

W związku z brakiem możliwości objęcia podatkiem VAT usług zdrowotnych, a tym samym możliwości odliczenia wydatków na VAT przez podmioty ochrony zdrowia, KPP proponuje:

- wprowadzenie ulg podatkowych dla tych podmiotów (osób prawnych i fizycznych prowadzących działalność gospodarczą w zakresie ochrony zdrowia) z tytułu kosztów poniesionych na VAT związanych z zakupami odtworzeniowymi i inwestycyjnymi.

Szacunkowy skutek finansowy około - 260 mln zł.

- objęcie zwolnieniem z VAT usług bezpośrednio związanych ze świadczeniem usług medycznych.

Szacowany skutek finansowy około 200 mln zł.

Szacowany skutek finansowy łącznie dla systemu ochrony zdrowia około – 1.260.000.000,0 zł.

III. Opracowanie rzeczywistego koszyka świadczeń gwarantowanych, który odciąży system powszechnego ubezpieczenia.

Wydzielenie koszyka środków biomedycznych oraz innowacyjnych metod w zakresie procedur zabiegowych może doprowadzić do zaoszczędzenia w systemie publicznym około - 3,5 mld zł.

IV. Wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, w tym:

1. Suplementarnych ubezpieczeń opartych na koszyku świadczeń gwarantowanych.
2. Dodatkowych ubezpieczeń stomatologicznych.

3. Dodatkowych ubezpieczeń od ponoszonych obecnie przez pacjentów dopłat do leków.

Szacowany skutek finansowy dla systemu ochrony zdrowia - około 4 mld zł.

Zmiany polegające na naprawie błędów koncepcyjnych w obecnym systemie ochrony zdrowia w Polsce, dotyczące następujących jego obszarów:

1. ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (ZUS)

Przeniesienie nieefektywnie wykorzystanych środków na świadczenia chorobowe i wypadkowe, będących obecnie w dyspozycji ZUS-u do systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Należy uporządkować system, który obecnie polega na oddzielnym funkcjonowaniu ubezpieczeń zdrowotnych wypadkowych i chorobowych. *Proponuje się połączenie ubezpieczeń zdrowotnych ze świadczeniami chorobowymi, wypadkami przy pracy oraz chorobami zawodowymi.* Postuluje się, by ZUS ograniczył się do ubezpieczeń emerytalno -rentowych wyłączając wypadki przy pracy i zwolnienia chorobowe.

Szacowany skutek finansowy dla systemu ochrony zdrowia - 6,5 mld zł.

2. KASA ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (KRUS)

Utopijne założenia o solidarnym ponoszeniu obciążeń związanych z ochroną zdrowia sprawiły, że mamy w Polsce sytuację, w której część osób - głównie pracodawcy - płacą bardzo wysoką składkę na ubezpieczenie zdrowotne, z kolei inna grupa osób skutecznie unika jej płacenia i wreszcie są osoby jak np. rolnicy, za których solidarnie, wszyscy musimy płacić ubezpieczenie zdrowotne. Proponuje się, aby rolnicy, podobnie jak inne grupy zawodowe, ponosili obciążenia z tytułu ochrony zdrowia.

Szacowane skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia przy skrajnie pesymistycznej wersji około - 2 mld zł.

3. FORMY ORGANIZACYJNO – PRAWNE SZPITALI

Funkcjonowanie szpitali w obecnej formie organizacyjno-prawnej jakim jest SP ZOZ, powoduje zadłużanie się szpitali. Dlatego należy rozwijać proces przekształceń szpitali w

spółki prawa handlowego, z większościowym udziałem państwa i jego organów, tj. samorządów lokalnych, wojewodów.

Szacowany skutek finansowy zahamowania zadłużenia szpitali na kwotę około 4,5 mld zł.

4. ZASADY REFUNDACJI LEKÓW

Charakterystyczną cechą polskiego systemu ochrony zdrowia jest bardzo wysoki udział kosztów leków w wydatkach całkowitych na ochronę zdrowia. Wynosi on ponad 30%. Ponieważ obecne zasady refundacji leków nie gwarantują stabilności finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia proponujemy je zmienić poprzez m.in. wprowadzenie analiz wpływu budżetu refundacji leków na budżet płatnika.

Skutek - zmniejszenie liczby hospitalizacji, zahamowanie rosnącej refundacji leków przez NFZ.

Proponowane zmiany muszą być wprowadzone komplementarnie z podnoszeniem nakładów na ochronę zdrowia przez państwo. Dlatego proponowane jest podniesienie nakładów na ochronę zdrowia w ciągu najbliższych 2 lat, poprzez:

1. Wzrost nakładów na ochronę zdrowia w 2007 r., polegający na przekazaniu wolnych środków finansowych - będących w dyspozycji NFZ - na wzrost wynagrodzeń białego personelu, według następującego trybu postępowania:
 - a) - przekazanie wolnych środków finansowych NFZ na podwyższenie ceny punktów za usługi medyczne,
 - b) - zobligowanie świadczeniodawców, w formie aktu prawnego (zarządzenie prezesa NFZ - asygnowane przez Ministra Zdrowia) do przekazania, wspomnianych wyżej, środków finansowych otrzymanych od NFZ, wyłącznie na wzrost wynagrodzeń białego personelu,
 - c) - uruchomienie procesu monitorowania i informowania o sposobie rozdysponowania środków finansowych przez świadczeniodawców.

Szacowane skutki finansowe dla białego personelu około 1,5 mld zł.

2. Określenie warunków dojścia w 2008 r., do wzrostu wydatków na ochronę zdrowia, do poziomu 5% PKB.

3. Określenie warunków dojścia w 2009 r., do wzrostu wydatków na ochronę zdrowia, do poziomu 6% PKB.

Z pewnością niektóre przedstawione propozycje zostaną wykorzystane przez obecną koalicję rządzącą do poprawy sytuacji w ochronie zdrowia.

ROZDZIAŁ VII

ANALIZA WYBRANYCH PROGRAMÓW RESTRUKTURYZACYJNYCH REALIZOWANYCH W BADANYCH SZPITALACH CZĘSTOCHOWY

7.1. Programy restrukturyzacyjne Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego

Celem nadrzędnym restrukturyzacji jest stworzenie warunków do racjonalizacji w wydatkowaniu środków finansowych na utrzymanie infrastruktury, kadry realizującej świadczenia medyczne bez obniżania ich jakości i lepszym zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych pacjentów. Jednocześnie wskazanie takich źródeł finansowania, które pozwolą realizować restrukturyzowanym placówkom w sposób niezakłócony ich statutowe zadania.

Wszystkie programy restrukturyzacyjne przyjmują jako cel: odzyskanie przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej posiadające trudności finansowe i znajdujące się w stanie zadłużenia finansowego, zdolności do samodzielnego działania na rynku usług zdrowotnych, w warunkach konieczności utrzymywania wewnętrznej dyscypliny finansowej, która nie doprowadzi do dalszego zadłużania się, a wręcz do minimalizowania zobowiązań finansowych.

Ze względu na mnogość programów restrukturyzacyjnych, jakie opracowano dla poszczególnych szpitali, przedstawię tylko te najbardziej istotne i aktualne.

Wymagają one komentarza wraz z przedstawieniem przyczyn i powodów, dla których nigdy w pełni nie zostały wdrożone, a ich efekty w znaczący sposób odbiegały od zamierzonych.

Zgodnie z zaleceniami Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Szpital corocznie, poczynając od 2000 roku, składał sprawozdania z realizacji programu naprawczego.

Biorąc pod uwagę fakt, że każdy z programów restrukturyzacyjnych odnosił się do tych samych kwestii, tj.: *restrukturyzacji finansowej, restrukturyzacji majątkowej, restrukturyzacji personalnej, restrukturyzacji organizacyjnej, restrukturyzacji operacyjnej oraz charakterystyki Szpitala w oparciu o Analizę SWOT*. W analizie tej uwzględnia się:

(S – strengths), słabe strony (W – weaknesses), szanse (O – opportunities) oraz zagrożenia (T – threats). A oto przykład takiej analizy:

MOCNE STRONY

1. Położenie i lokalizacja.
2. Bardzo dobre warunki lokalowe dla pacjentów.
3. Wysoki zakres świadczonych usług.
4. Duży i nowoczesny potencjał (tereny, budynki, wyposażenie).
5. Kadra lekarska, pielęgniarska i zarządzająca na dobrym poziomie.
6. Nowoczesne zaplecze diagnostyczne.

SŁABE STRONY

1. Niewystarczające środki finansowe (niedoszacowanie kontraktów z lat ubiegłych).
2. Rozbudowana struktura zatrudnienia.
3. Ujemny wynik finansowy.
4. Wysokie koszty funkcjonowania.
5. Brak środków finansowych na zakupy inwestycyjne.

MOŻLIWOŚCI ROZWOJU

1. Duże możliwości rozszerzenia działalności, biorąc pod uwagę potencjał.
2. Zapotrzebowanie na usługi specjalistyczne.
3. Rozszerzenie zakresu świadczeń.

ZAGROŻENIA

1. Brak oddłużenia.
2. Niewystarczające środki finansowe.
3. Wysokie koszty amortyzacji.
4. Żądania płacowe pracowników, na których realizację brak jest środków finansowych.

5. Coraz większe oczekiwania ze strony pacjentów w kwestii jakości świadczonych usług medycznych, za które w stopniu wystarczającym nie płaci Narodowy Fundusz Zdrowia.

RESTRUKTURYZACJA FINANSOWA

Restrukturyzacja finansowa obejmowała następujące działania:

1. Restrukturyzację zadłużenia.

Zawierano układy ratalne z dostawcami materiałów, środków medycznych i usług. Powodowało to rozłożenie spłaty zobowiązań wymagalnych na raty z jednoczesnym wstrzymaniem naliczania odsetek oraz umorzeniem odsetek już naliczonych. Miało to wpływ na poprawę bieżącej płynności finansowej szpitala.

2. Konwersja zadłużenia.

Podpisanie porozumienia wekslowego z największym dostawcą leków polegające na zamianie przeterminowanych wierzytelności krótkoterminowych na weksle. Pozwalało to na przesunięcie spłaty wierzytelności, które stały się wymagalne o kilka miesięcy później.

3. Windykacja należności.

Poprzez częste wystawianie i wysyłanie wezwań do zapłaty poprawiła się ściągalność (windykacja) należności od odbiorców usług medycznych realizowanych przez szpital.

4. Redukcja kosztów i wydatków.

W wyniku oszczędnego gospodarowania zasobami materiałowymi poprzez bieżącą redukcję kosztów i wydatków prognozowany wynik finansowy na koniec każdego roku miał się znacząco poprawić. Zakładano sprzedaż zbędnego sprzętu i aparatury medycznej oraz zawieranie umów z firmami farmaceutycznymi na korzystniejszych warunkach (rabaty, upusty).

5. *Pozyskanie nowych źródeł i form finansowania:*

- W wyniku renegotjacji umów na usługi medyczne z NFZ miano zwiększać wartość kontraktu oraz w wyniku przesunięć pomiędzy poszczególnymi rodzajami świadczonych usług medycznych,
- Jednocześnie występowano o kolejne renegotjacje dotyczące ponad limitowanych świadczeń związanych ze stanami zagrożenia życia, co pozwalało uzyskać dodatkowe, znaczące przychody,
- Wynajem zbędnych obiektów, pomieszczeń i placów oraz podniesienie stawek czynszów dzierżawcom.

Ponadto w zakresie restrukturyzacji finansowej postulowano przeprowadzenie rachunku opłacalności w zakresie zlecania na zewnątrz takich usług, jak: sprzątanie, pralnia, kuchnia (tzw. outsourcing).

Również wskazywano na konieczność wprowadzenia systemu budżetowania oddziałów, jako nowej formy zarządzania.

W wielkim skrócie *budżetowanie* polega na tym, że każdy z ordynatorów otrzymuje budżet roczny oddziału z rozbiciem na miesiące i z podległym zespołem decyduje o sposobie wydatkowania tych środków tak, aby nie powodować zadłużenia oddziału.

Ze względu na ważność problematyki związanej z budżetowaniem, należy przedstawić niektóre szczegóły tego zagadnienia.

Celem ogólnym wprowadzenia budżetowania jest poprawienie efektywności ekonomicznej świadczonych usług.

Natomiast cele szczególne to:

1. Umożliwienie kontroli kosztów w ośrodkach ich powstawania.

Dzięki comiesięcznemu przyporządkowaniu kosztów do poszczególnych ośrodków ich powstawania (*centra kosztów*), porównywaniu ich wykonania w stosunku do założonych budżetów i przekazywaniu tych informacji Dyrekcji oraz osobom odpowiedzialnym za powstawanie kosztów, możliwa jest bieżąca kontrola i ocena wykonania zadań w tym zakresie.

2. Przypisanie zadań oraz odpowiedzialności w zakresie kosztów konkretnym kierownikom jednostek.

Niezbędnym do realizacji programu budżetowania jest określenie jednoznacznej odpowiedzialności konkretnych osób (kierowników) za powstawanie kosztów w ośrodkach kosztów podzielonych na :

- *centra zysku* (ośrodki przynoszące dochód),
- *centra kosztów* (ośrodki tworzące koszty).

Osobami odpowiedzialnymi za koszty w oddziałach szpitalnych powinni być ordynatorzy, a w innych jednostkach – kierownicy tych jednostek.

Rozliczeniowym okresem zadaniowym powinien być miesiąc. Osoby odpowiedzialne przed rozpoczęciem każdego miesiąca rozliczeniowego powinny otrzymać zadania w zakresie kosztów, przychodów, wyniku finansowego oraz wykonania ilościowego.

3. Skłanianie do optymalizacji kosztów w procesie świadczenia usług.

Odpowiednia konstrukcja systemu motywacyjnego (wprowadzenie elementów motywacyjnych do systemu premiowania) skłaniać ma osoby odpowiedzialne do optymalizacji kosztów w procesie świadczenia usług medycznych i innych.

Wykonanie nałożonych zadań musi być podstawą przyznawania premii. W przypadku niewykonania zadań w zakresie kosztów należy stosować:

- Ograniczenie premii kierownikowi jednostki,
- Ograniczenie premii całemu personelowi jednostki,
- Zmiana kierownika jednostki,
- Likwidacja takiej komórki organizacyjnej.

4. Ułatwienia w podejmowaniu decyzji na wszystkich szczeblach zarządzania.

Zaplanowanie, rozpoznanie i rozliczenie kosztów w poszczególnych jednostkach oraz w całym szpitalu zdecydowanie ułatwi podejmowanie decyzji na wszystkich szczeblach zarządzania. Sposób rozliczania z Narodowym Funduszem Zdrowia sprawia, że pierwszoplanową sprawą dla sprawnego działania szpitala w trakcie roku obrachunkowego stają się koszty jego działania.

5. Odzyskanie i utrzymanie rentowności i płynności finansowej.

Wprowadzenie w życie całego systemu budżetowania ma na celu odzyskanie rentowności przez jednostki i działy oraz cały szpital, a w konsekwencji osiągnięcia pozytywnego wyniku finansowego w latach następnych.

Wtórny efekt wdrożenia systemu budżetowania powinno być poprawienie płynności finansowej, a następnie utrzymanie jej na odpowiednim poziomie.

Sprawne działanie całej organizacji, a co za tym idzie świadczenie usług medycznych o dobrym standardzie uzależnione jest w dużej mierze od utrzymywania płynności finansowej.

6. Dokonanie skutecznej oceny pracy kierowników.

Budżetowanie daje Dyrektorowi skuteczne i wymierne narzędzie oceny pracy kierowników. Aspekt uznaniowości w ocenie pracy kierowników przy wprowadzonym systemie budżetowania schodzi na dalszy plan w związku z posiadaniem wymiernego narzędzia pracy, jakim jest rozliczanie z wykonania zadań w zakresie kosztów.

7. Prowadzenie analizy działalności, dokonywania korekty odchyleń od założonych wyników i miar oceny.

System budżetowania daje systematyczny materiał do dokonywanych analiz działalności w różnych aspektach, a co za tym idzie możliwość szybkiego wpływania na odchylenia od założonych w budżecie wyników, a także wykonywania korekt budżetowych we właściwym czasie. Brak korekty niewłaściwie określonego budżetu może działać antymotywacyjnie.

RESTRUKTURYZACJA MAJĄTKOWA

Przyczyny problemów Szpitala wynikające z czynników majątkowych tkwią między innymi w:

- dużym obciążeniu majątkiem nieprodukcyjnym,
- dużym zużyciu moralnym majątku trwałego,
- niepełnym wykorzystaniu istniejącego majątku.

Stąd w przedstawionych problemach restrukturyzacyjnych wiele miejsca poświęcono analizom barier funkcjonowania szpitala wynikających z niekorzystnych uwarunkowań majątkowych.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny posiada duży potencjał (tereny, budynki, środki trwałe), który nie jest w pełni wykorzystywany – jest nadmierny w stosunku do aktualnych potrzeb.

Jest to źródłem nadmiernych kosztów w postaci podatków oraz amortyzacji, jak również kosztów związanych z energią i mediami, dla utrzymania posiadanego stanu.

Aby w tym zakresie poczynić znaczne oszczędności koniecznym jest:

- a) uporządkowanie spraw własnościowych – może się to odbyć drogą rezygnacji z niektórych terenów, które zostaną przekazane miastu, albo przejęciem ich na pełną własność tak, aby można je było zbyć innym podmiotom.

Problemem dla szpitala jest wysoki podatek od nieruchomości, który w skali roku wynosi około 250 tys. złotych. Szpital wielokrotnie zwracał się do Urzędu Miasta z prośbą o zwolnienie lub zaniechanie poboru części tego podatku. Powierzchnia nieruchomości, na której znajdują się budynki szpitalne wynosi prawie 16 ha, z czego wiele terenów jest zbędnych, jak np. rozległy ogród szpitalny. Niestety, prośby o zwolnienie z części podatku nie zostały uwzględnione, pomimo tego, że w większości z usług medycznych szpitala korzystają mieszkańcy Częstochowy. Również Urząd Marszałkowski nie zgodził się na wyodrębnienie ogrodu szpitalnego z nieruchomości, na której znajduje się placówka, co w oczywisty sposób zmniejszyłoby wielkość płaconego podatku,

- b) wolne powierzchnie wydierzać takim podmiotom, które będą płacić maksymalne stawki za wynajem, tak aby uzyskać nie tylko zwrot poniesionych nakładów związanych z bieżącym utrzymaniem i remontami, lecz także zysk finansowy,
- c) dokonać analizy posiadanych środków trwałych i sprzętu, jak również jednostek transportowych, w celu sprzedania ich nadmiaru, co nie tylko będzie korzyścią finansową, ale również obniży koszty amortyzacji,
- d) w razie przekazywania zadań firmom zewnętrznym (outsourcing), należy stosować zasadę, że ich przejście odbywa się wraz ze sprzętem i urządzeniami. W ten sposób zmniejsza się koszty amortyzacji. Efektem

tych propozycji było przeniesienie na teren szpitala Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, co pozwoliło uzyskać środki z tytułu dzierżawy pomieszczeń (prawie 30 tys. złotych) i zaoszczędzić duże kwoty (ok. 25 tys. złotych rocznie) przeznaczone wcześniej przez placówkę na transport krwi.

Innym przykładem jest dzierżawa pomieszczeń i gruntu na korty tenisowe.

RESTRUKTURYZACJA ZATRUDNIENIA

Restrukturyzacja zatrudnienia w znaczeniu szerszym jest celowym działaniem kierownictwa firmy, polegającym na dokonywaniu w określonym czasie, na ogół krótkim, istotnych zmian w sferze zasobów ludzkich. Słowem, restrukturyzacja zatrudnienia to zmiana ukierunkowana na pracowników.

Natomiast w języku potocznym, restrukturyzację zatrudnienia utożsamia się ze zwolnieniami, co jest oczywiście nadmiernym zawężeniem tego terminu. Restrukturyzacja zatrudnienia bowiem może być *zmianą o charakterze ilościowym* (np. zmniejszenie zatrudnienia, ale także zwiększenie liczby pracowników), jak też *zmianą o charakterze jakościowym* (przekształcenia dotyczące zasobów ludzkich, takie jak: struktura kwalifikacyjna, zawodowa, stanowiskowa).

Głównymi celami każdej restrukturyzacji zatrudnienia są:

1. Redukcja kosztów i podniesienie efektywności ekonomicznej placówek służby zdrowia (koszty pracy zazwyczaj przekraczają poziom 50 % kosztów rodzajowych).
2. Zmiana struktury kwalifikacyjnej i alokacji zasobów ludzkich (racjonalizacja proporcji pomiędzy tzw. białym personelem, a pracownikami techniczno – administracyjnymi).

Jednocześnie podniesienie poziomu kompetencji pracowników, jakości i wydajności pracy, co w efekcie powinno spowodować optymalizację wykorzystania posiadanych zasobów ludzkich i zwiększenie konkurencyjności na rynku usług medycznych.

Podstawowym argumentem za przeprowadzeniem restrukturyzacji zatrudnienia w ochronie zdrowia jest zatem argument ekonomiczny.

Wszystkimi przywołanymi kryteriami kierowano się przy przeprowadzeniu restrukturyzacji zatrudnienia w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym.

I tak Zarządzeniem nr 33 dyrektora z dnia 28.11.2001 roku, powołano Zespół ds. Restrukturyzacji, który wypracował kryteria i zasady jakimi należy się posługiwać przy zwalnianiu pracowników. Były one następujące:

- wiek, umożliwiający przejście na emeryturę, wcześniejszą emeryturę lub świadczenie emerytalne,
- wykształcenie, posiadane kwalifikacje,
- praktyka zawodowa,
- sytuacja rodzinna, socjalna,
- długotrwała absencja chorobowa i często powtarzające się zwolnienia lekarskie,
- otrzymane kary,
- dyspozycyjność pracownika.

Zespół ds. Restrukturyzacji, przeprowadzał analizę potrzeb kadrowych, tym samym dokonując atestacji stanowisk.

Dzięki dokładnej analizie posiadanych zasobów kadrowych oraz okresowemu przeglądowi zatrudnionego personelu dokonywano wielu pozytywnych zmian, tj. likwidacji rozbudowanych stanowisk kierowniczych, przesunięć na wakujące stanowiska, czy tworzenie nowych stanowisk.

Dokonywano przesunięć pracowników wewnątrz Szpitala, zgodnie z określonymi potrzebami do komórek organizacyjnych mających znikomą ilość personelu i nie mogących zapewnić pacjentom minimum opieki.

Wszelkie działania restrukturyzacyjne w sferze zatrudnienia dokonywane były w celu ograniczenia kosztów, zwiększenia efektywności i jakości świadczonych usług.

Kolejne zmiany polegały na likwidacji stanowisk kierowniczych łącząc oddziały i sekcje zgodnie z planowanym schematem organizacyjnym.

Stosując powyższe rozwiązania dążono do zwiększenia obciążenia zadaniami pracowników, wzrostu ich samodzielności i odpowiedzialności oraz lepszego wykorzystania wiedzy fachowej.

Likwidacja rozbudowanych szczebli kierowniczych usprawniła przepływ informacji oraz podejmowania decyzji, jednocześnie skracając drogę komunikowania pomiędzy przełożonymi a podwładnymi oraz pomiędzy kierownikami i pracownikami.

W wyniku podejmowanych działań naprawczych zatrudnienie w porównaniu do roku 2000 zmniejszyło się o 250 osób.

Duży nacisk kładziono na rozwój zawodowy pracowników. Pracownicy korzystali z urlopów szkoleniowych oraz dni wolnych na kształcenie w różnych formach. Doskonalenie kwalifikacji następowało poprzez uzyskiwanie kolejnych stopni specjalizacji i uczestniczenie w kursach krajowych i zagranicznych.

RESTRUKTURYZACJA ORGANIZACYJNA

Pisząc o restrukturyzacji organizacyjnej mamy na myśli... „świadome, oparte na wynikach badań diagnostycznych i prac projektowych, przekształcanie istniejącej struktury, zapewniające z jednej strony lepsze jej przystosowanie do nowych warunków funkcjonowania, a z drugiej zaś sprzyjające podniesieniu sprawności funkcjonowania przedsiębiorstwa”¹²⁸.

W tym ujęciu przystosowanie powinno być powiązane z podniesieniem sprawności funkcjonowania jednostki poprzez udoskonalenie struktury organizacyjnej.

Program restrukturyzacji organizacyjnej szpitala miał na celu utworzenie sprawnego systemu zarządzania z elastyczną strukturą organizacyjną charakteryzującą się wysokim stopniem adaptacyjności do otoczenia oraz gwarantującej dalszy jego rozwój.

Wdrażane programy restrukturyzacji organizacyjnej obejmowały dwa poziomy przeobrażeń organizacyjnych.

Pierwszy – obejmował proste zmiany i usprawnienia polegające na upraszczaniu struktury organizacyjnej poprzez likwidowanie nadmiernej liczby stanowisk kierowniczych, zbędnych komórek organizacyjnych, jak również na zwiększaniu stopnia samodzielności stanowisk kierowniczych niższego szczebla.

Zmiany organizacyjne w sferze zarządzania na drugim poziomie przeobrażeń polegały na uproszczeniu i skróceniu procesu decyzyjnego, jasnym określeniu odpowiedzialności oraz poszerzeniu gremium decydentów o kierownictwo niższego szczebla (np. ordynatorów), w drodze przesunięcia na nich uprawnień i odpowiedzialności za bieżące zarządzanie szpitalem. W ramach tej restrukturyzacji w Szpitalu przeprowadzono wiele zmian w schemacie organizacyjnym, celem ograniczenia liczby działów i sekcji poprzez ich łączenie, co spowodowało uproszczenie zarządzania i lepszy przepływ informacji.

¹²⁸ A. Nalepka, *Procedura przygotowania restrukturyzacji organizacyjnej przedsiębiorstwa*, [w:] Restrukturyzacja w procesie przekształceń i rozwoju przedsiębiorstw, (opr. i red.) R. Borowiecki, Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej, Kraków 1996 r., s. 227.

W dziale ekonomiczno – finansowym z czterech sekcji powstały dwie, dział Głównego Energetyka został połączony z działem Administracyjno – Gospodarczym, dział Informatyki przekształcono w sekcję. Również dział Aparatury Medycznej został przekształcony w sekcję, a w dziale Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych połączono stanowiska kierownika działu i sekcji. Połączono dział Służb Pracowniczych z sekcją Płac.

Postulowano utworzenie funkcji zastępcy dyrektora ds. pracowniczych uzasadniając, że byłaby to osoba, która miałaby kontakt ze wszystkimi pracownikami i związkami zawodowymi. Miałaby się zajmować zagadnieniami dyscypliny, kontroli wewnętrznej oraz wszelkimi kwestiami związanymi ze zmianami organizacyjnymi.

W efekcie w szpitalu takiego stanowiska nie utworzono.

Ponadto wnioskowano o powołanie osoby na stanowisko kierownika działu zakupów, która miałaby koordynować wszystkie zakupy, weryfikować ich celowość i stworzyć bazę danych dostawców „najtańszych”, z którymi można byłoby negocjować jak najlepsze warunki handlowe. W tym widziano olbrzymie rezerwy w kosztach.

Postulat zrealizowano częściowo, rozszerzając kompetencje kierownika apteki, który pełnił obowiązki szefa zaopatrzenia medycznego.

Innym pomysłem było stworzenie działu marketingu, który miałby zajmować się zwiększeniem wykorzystania łóżek i „przyciągnięciem” pacjentów do szpitala.

Paradoksalnie, szpital który miał corocznie tzw. nadwykonania (zrealizowane procedury ponad limit wyznaczone przez NFZ), nie był zainteresowany działalnością marketingową, gdyż mogłaby ona jedynie powiększyć zobowiązania placówki.

Z tego też powodu taki dział nie powstał w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym.

Jednocześnie proponowano zlecić niektóre usługi, takie jak: ochrona mienia, sprzątania, żywienia, transportu, obsługi prawnej, obrony cywilnej, spraw ppoż., księgowość – firmom zewnętrznym (outsourcing).

Henry Ford w 1923 roku wypowiedział słynne zdanie – „Jeśli jest coś, czego nie potrafimy zrobić wydajniej, taniej i lepiej niż konkurenci, nie ma sensu, żebyśmy to robili i powinniśmy zatrudnić do wykonania tej pracy kogoś, kto robi to lepiej, niż my”.

Celem osiągnięcia oszczędności i racjonalnych działań służb technicznych, proponowano wprowadzenie outsourcingu poprzez obsługę wszystkich urządzeń technicznych przez jednostki zewnętrzne, wyłonione w drodze przetargu, np. przez służby pracownicze bądź jednostki obce. Wtedy pracownicy pozostali w służbach technicznych dokonywaliby jedynie przeglądów, opracowania planów remontów i nadzorowania prawidłowej konserwacji, napraw oraz remontów urządzeń.

Szpital jedynie ochronę mienia przekazał firmie zewnętrznej, pozostałe działy nadal funkcjonują w strukturach jednostki, głównie z powodu zdecydowanego sprzeciwu związków zawodowych (szczególnie w przypadku sprzątania).

Problem sprzątania w Szpitalu rozwiązano inaczej – utworzono Sekcję Higieny Szpitalnej i Transportu Medycznego. W skład tej sekcji weszły salowe pracujące dotychczas w poszczególnych oddziałach. W ten sposób salowe przestały być przypisane jednemu konkretnemu oddziałowi, a zaczęły pracować w tych miejscach, gdzie zaistniała taka potrzeba. Pracą salowych koordynuje jedna osoba, przez co ich czas pracy zaczął być lepiej wykorzystywany. Dzięki tego rodzaju zmianom uniknięto konieczności przekazywania tej grupy zawodowej firmie zewnętrznej, a Szpital uzyskał konkretne korzyści finansowe.

Dokonywano również modernizacji pracy parkingu przyszpitalnego, co przyniosło szpitalowi znaczne zyski.

Planowano modernizację systemu zaopatrywania Szpitala w wodę, poprzez wymianę połączeń rurociągów i niektórych urządzeń w hydroforowni, co również miało przynieść wymierne korzyści finansowe.

Inną propozycją restrukturyzacyjną w zakresie pionu technicznego, była propozycja modernizacji systemu energetycznego szpitala, co wydaje się niezbędne przy rosnących cenach energii elektrycznej i za gaz.

Realizacją tych wniosków było zainstalowanie w szpitalu największej instalacji solarnej w Polsce i montaż 598 kolektorów słonecznych.

Zrealizowana inwestycja miała za zadanie przygotowanie ciepłej wody użytkowej na potrzeby obiektów szpitala, co w skali roku przynosi duże oszczędności.

Kolektory słoneczne o połowę zmniejszają zużycie energii konwencjonalnej potrzebnej do podgrzania ciepłej wody użytkowej.

RESTRUKTURYZACJA OPERACYJNA

Ze wszystkich rodzajów restrukturyzacji ma najszerszy charakter i „obejmuje zmiany w podstawowej działalności gospodarczej przedsiębiorstwa, określonej zyskiem lub stratą

operacyjną i znajduje swoje odbicie w zmianach stanu i struktury aktywów przedsiębiorstwa”¹²⁹.

W przypadku szpitali są to wszystkie zmiany, które dotyczą działalności medycznej.

Efektem restrukturyzacji operacyjnej było:

- połączenie oddziału Leczenia Urazów Wielonarządowych z oddziałem Chirurgii Naczyń i utworzenie oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyń z pododdziałem Urazów Wielonarządowych;
- połączenie oddziału Ginekologii i Położnictwa z oddziałem Noworodków i Wcześnieńców i utworzenie oddziału Ginekologii i Położnictwa z pododdziałem Patologii Ciąży i Noworodków i Wcześnieńców;
- rozszerzenie zakresu działalności szpitala poprzez uruchomienie poradni leczenia bólu i pododdziału Nefrologii i Hematologii przy oddziale Pediatrii oraz pododdziału Chirurgii Szczękowej przy oddziale Neurochirurgii;
- dostosowując strukturę szpitala do potrzeb pacjentów utworzono poradnie: endokrynologii, immunologii dla dzieci, chirurgii ręki;
- włączono Ginekologiczną Izbę Przyjęć do oddziału Ginekologiczno – Położniczego;
- dokonywano likwidacji dyżurów „pod telefonem” w oddziałach: Okulistyki, Schorzeń Piersi, Reumatologii, Chirurgii Naczyń;
- zwiększono o 10 liczbę łóżek w oddziale Rehabilitacji;
- dokonano przebudowy Izby Przyjęć, dostosowując ją do wymogów stawianych przez przepisy dotyczące funkcjonowania Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych;
- rozszerzono ofertę świadczenia badań laboratoryjnych na zewnątrz;
- otwarto pracownię kardiologii inwazyjnej (hemodynamiki) zajmującej się angiografią tętnic wieńcowych;
- ściśle stosowanie Receptariusza Szpitalnego, zawierającego znacznie zmniejszoną liczbę leków (bez szkody dla jakości leczenia);
- utworzenie pododdziału Chemioterapii Diennej w ramach oddziału Onkologii, co pozwoliło na prowadzenie leczenia skojarzonego – radiochemioterapię.

Jednak największym osiągnięciem szpitala było otwarcie Zakładu Radioterapii i powołanie do życia Częstochowskiego Centrum Onkologii.

¹²⁹ C. Szuszyński, *Restrukturyzacja, konsolidacja, globalizacja przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa 2003 r., s. 128.

Środki finansowe na budowę i wyposażenie Zakładu Radioterapii pochodziły z budżetu centralnego i budżetu województwa śląskiego. Wartość tej inwestycji to ponad 30 milionów złotych.

Dzięki powstaniu tak nowoczesnego Zakładu Radioterapii pacjenci z subregionu częstochowskiego, chorzy na chorobę nowotworową są leczeni na miejscu, bez konieczności uciążliwych dojazdów do Katowic, czy też Gliwic (z wyjątkiem najbardziej specjalistycznych procedur). Dzięki tej inwestycji Częstochowa dołączyła do elitarnej grupy 16 Ośrodków Onkologicznych w kraju.

USTAWA „203” Z DNIA 22 GRUNIA 2000 ROKU I JEJ KONSEKWANCJE DLA SZPITALA

Parlament wprowadzając przepisy słynnej ustawy „203” nie wskazał źródeł jej sfinansowania i w efekcie obciążył budżet szpitali, przyczyniając się w głównej mierze do ich zadłużania się, co w konsekwencji musiało doprowadzić do obniżenia jakości świadczonych usług medycznych.

Jak była to duża skala zjawiska, wystarczy przedstawić kwoty, jakie z tego tytułu Szpital musiał wypłacić swoim pracownikom w latach 2001 – 2006.

Rok 2001- 1.475.000 zł brutto

Rok 2003- 4.020.000 zł brutto

Rok 2004- 10.740.000 zł brutto

Rok 2005- 8.677.000 zł brutto

Rok 2006- 933.000 zł brutto

Razem: 25.845.000 zł brutto

USTAWA O POMOCY PUBLICZNEJ I RESTRUKTURYZACJI PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ Z DNIA 15 KWIETNIA 2005 – JEJ SKUTKI DLA SZPITALA

W art. 4 tejże ustawy zapisano, że restrukturyzacja finansowa obejmuje znane na dzień 31 grudnia 2004 roku:

1. zobowiązania publicznoprawne,
2. zobowiązania cywilnoprawne,
3. indywidualne roszczenia pracowników – wynikające z art. 4a ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz.U. z 1995 r., Nr.1, poz. 2, z późniejszymi zm.) – powstałe w okresie od dnia 1 stycznia 1999 r. do dnia 31 grudnia 2004 roku.

Natomiast w art. 5 napisano:

1. Restrukturyzacja finansowa zakładów polega na:
 - umorzeniu zobowiązań publicznoprawnych wymienionych w art.6 ust.1;
 - rozłożeniu na raty spłaty zobowiązań z tytułu składek wymienionych w art.7;
 - zawarciu przez zakład ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych.
2. Restrukturyzacja finansowa zakładów może obejmować także zawarcie przez zakład ugód z pracownikami w zakresie roszczeń wynikających z art. 4a ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw.

Z kolei w art. 6 wspomnianej ustawy zapisano:

Umorzeniu podlegają zobowiązania publicznoprawne zakładu wraz z odsetkami:

- z tytułu podatków wobec budżetu państwa oraz należności celnych,
- z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez płatnika oraz na Fundusz Pracy, z wyjątkiem składek na ubezpieczenie emerytalne,
- wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Zgodnie z ustawą o pomocy publicznej zakładów opieki zdrowotnej z dnia 15 kwietnia 2005 r. Szpital posiadał zobowiązania na dzień 31.12.2004 r. w kwocie 28.337.097,24 zł., w tym:

- Zobowiązania pracownicze („203”) – 2.043.284,58 zł.
- Zobowiązania cywilnoprawne – 12.878.085,16 zł.
- Zobowiązania publicznoprawne – 13.415.724,50 zł.

W lipcu 2005 roku Wojewoda Śląski – jako organ restrukturyzacyjny wydał decyzję o wszczęciu postępowania restrukturyzacyjnego. Następnie Bank Gospodarstwa

Krajowego udzielił Szpitalowi pożyczkę w wysokości – 7.745.950,0 zł. na spłatę w pierwszym rzędzie zobowiązań pracowniczych i cywilnoprawnych (w stosunku do kontrahentów – dostawców towarów i usług).

Po uregulowaniu tych należności Szpital otrzymał jeszcze z Banku Gospodarstwa Krajowego na częściową spłatę zobowiązań publicznoprawnych kwotę 3.113.950,0 złotych. Razem kwota pożyczki wyniosła 10.859.900,0 złotych.

Po zakończeniu procesu restrukturyzacji (listopad 2007 roku), organ restrukturyzacyjny umorzył Szpitalowi pożyczkę w 70 % - tj. 7.601.900,0 zł. Jednocześnie zostały umorzone takie zobowiązania publicznoprawne, jak:

ZUS – 6.487.915,0 zł.

PFRON – 1.273.420,0 zł.

oraz odsetki od zobowiązań cywilnoprawnych – 295.000,0 zł.

Razem: 8.056.335,0 złotych.

Łącznie umorzenia pożyczki i zobowiązań cywilnoprawnych i publicznoprawnych zamknęły się kwotą 15.658.235,0 złotych.

Ponadto Szpital otrzymał z Urzędu Marszałkowskiego pożyczkę na spłatę pozostałych zobowiązań publicznoprawnych i 30 % pożyczki z BGK, tj. kwotę 8.670.600,0 złotych.

Oczywistym jest, że ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej miała zbawienny skutek dla Szpitala i uchroniła jednostkę przed całkowitą utratą płynności finansowej, jednocześnie znacząco poprawiając wynik finansowy.

Już teraz można postawić tezę, że to co zostało naprawione poprzez wspomnianą ustawę, zostanie szybko zmarnotrawione poprzez żądania płacowe personelu, a w szczególności zgodę na wysokie stawki dyżurowe dla lekarzy w związku z dyrektywą unijną o czasie pracy dla lekarzy i wyższego personelu medycznego.

Reasumując, należy zadać pytanie, dlaczego mimo wprowadzenia w życie tak wielu działań restrukturyzacyjnych Szpital dalej generuje zobowiązania, a jego sytuacja finansowa jest dramatyczna.

Oczywiście przyczyn jest dużo, ale poniżej przedstawione, wydają się być najważniejsze.

1. Niedoszacowanie kontraktu.
2. Nadwykonania, za które Szpital nie otrzymywał w całości zwrotu poniesionych kosztów.

3. Brak zabezpieczenia środków finansowych przez NFZ na potrzeby uruchomionych: Zakładu Radioterapii i Pracowni Hemodynamiki.
4. Specyfika Szpitala uniemożliwiająca stosowanie planowanych przyjęć pacjentów, a tym samym powodująca powstawanie tzw. nadwykonań.
5. Konieczność pokrywania z własnych środków kosztów remontów i napraw oraz w części zakupu nowego sprzętu medycznego.
6. Brak zrozumienia i blokowanie przez związki zawodowe niektórych poczynań restrukturyzacyjnych ze strony zarządu Szpitala.
7. Wygórowane żądania płacowe ze strony pracowników i ich realizacja przez dyrekcję, mimo braku pokrycia finansowego w budżecie Szpitala.

Ad.1.

Od 1999 roku, kiedy płatnikiem za świadczenia medyczne była Śląska Regionalna Kasa Chorych i Branżowa Kasa Chorych, Szpital miał wysoko niedoszacowany kontrakt.

Ś.R.K.Ch. kupowała od Szpitala jedynie 70 % oferowanych świadczeń. Wartość kontraktów przyznawanych Szpitalom nie opierała się o jasne, znane oferentom kryteria, co powodowało sytuację, kiedy to np. oddział Neurologii tutejszego Szpitala, zapewniający jako jedyny w północnej części województwa śląskiego całodobową diagnostykę (tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny), otrzymywał stawkę za pacjenta najniższą w całym województwie. Podobna sytuacja dotyczyła oddziału Chorób Płuc. Dopiero jawność wysokości podpisanych umów wprowadzona przez płatnika doprowadziła do upublicznienia tych rażących dysproporcji krzywdzących Szpital w stosunku do takich samych oddziałów funkcjonujących w innych placówkach.

Innym przykładem jest oddział Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka, którego kontrakt jeszcze w 2006 roku był o 50% niższy od wartości kontraktu przyznanego przez NFZ dla oddziału Noworodków w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie (o niższym poziomie referencyjnym). Ta anomalia, była wielokrotnie zgłaszana do NFZ i dopiero w 2007 roku NFZ naprawił ten ewidentny błąd.

Kolejny przykład – w 2006 roku jedyny w regionie częstochowskim oddział Kardiologii omawianego Szpitala, posiadał kontrakt o 50 % niższy od NZOZ Częstochowskiego Regionalnego Centrum Chorób Serca i Naczyń, mimo że w przeciwieństwie do wymienionego Centrum Szpital pełni całodobowe dyżury dla wszystkich pacjentów, prowadząc diagnostykę i leczenie w pełnym zakresie kardiologicznym.

Niedoszacowania kontraktu występujące od lat z roku na rok pogłębiają zadłużenie Szpitala, bowiem Szpital z racji swojego statusu ponosi koszty leczenia drogich, wysokospecjalistycznych procedur bez pełnego zwrotu poniesionych na ten cel nakładów.

Ad.2.

Szpital w większości posiada takie oddziały, które są jedynymi o tej specjalizacji w dawnym województwie częstochowskim. Przy limitowaniu świadczeń przez NFZ jest to niekorzystne dla Szpitala, bowiem nie można przekazywać pacjentów w stanie zagrożenia życia do pobliskiego oddziału, jak ma to miejsce np. w aglomeracji katowickiej. Ta sytuacja zmusza do przyjmowania tych pacjentów, co powoduje nadwykonania limitu umowy z NFZ, za co, jak wiadomo Fundusz nie płaci w pełni lub w ogóle (jeśli nie są to stany zagrożenia życia).

Wartość nadwykonań, tj. świadczeń zrealizowanych, a nie sfinansowanych przez płatnika za lata 1999 – 2007 znacznie przekroczyła kwotę 20 mln złotych.

Podpisując umowę roczną, NFZ opiera się na swoim planie finansowym, a nie na faktycznym wykonaniu umowy przez Szpital za rok poprzedzający. Co roku Szpital występował z wnioskami o renegotjacje zwiększające limit. Płatnik odpowiadał jedynie na część wniosków i przyznawał w wyniku renegotjacji kwoty pokrywające jedynie ok. 50 % potrzeb Szpitala.

W przypadku nadwykonań płatnik zawiera ugodę ze Szpitalem określającą wysokość kwoty do jakiej sfinansowane zostaną świadczenia ponadlimitowe. Ugoda zawierana jest zawsze w styczniu lub lutym danego roku za rok poprzedni. Kryteria brane pod uwagę przy zapłacie za nadwykonania nie są znane i co roku inne, np.: raz brane pod uwagę są jedynie oddziały intensywnej opieki medycznej, innym razem jest to określony procent dla oddziałów, gdzie wykonywane są procedury ratujące życie lub jedynie przesunięcia punktów niezrealizowanych przez oddziały i poradnie do tych, gdzie doszło do nadwykonań (przesunięcia w ramach rocznego budżetu szpitala).

Sfinansowanie świadczeń ponadlimitowych po zakończeniu roku powoduje, że Szpital ponosi koszty leczenia pacjentów przez cały rok bez gwarancji, że NFZ za nie zapłaci, ani też w jakiej wysokości będą pokryte, co powoduje zadłużenie się Szpitala wobec kontrahentów.

Ponadto na pogarszanie sytuacji finansowej Szpitala wpływają też inne czynniki, związane ze zmianą zasad kontraktowania. W tym przypadku, zasady te mają niekorzystny wpływ na finansowanie wszystkich specjalistycznych szpitali.

Są to np.: zwrot kosztów leczenia tylko za jedną najdroższą procedurę (a pacjent ma często kilka operacji), zwrot kosztów leczenia tylko za jeden pobyt w szpitalu w przypadku, gdy pacjent wraca ponownie do leczenia w czasie krótszym niż 14 dni od pierwszego pobytu,

wprowadzenie zasady współfinansowania bardzo drogiej badań diagnostycznych, takich jak TK (tomograf komputerowy) czy MR (rezonans magnetyczny).

Ostatnia zasada spowodowała „przerzucenie” kosztów badań współfinansowanych z podstawowej opieki zdrowotnej prawie całkowicie na przyszpitalne poradnie specjalistyczne.

Ad.3.

Reagując na zapotrzebowanie zdrowotne pacjentów z subregionu częstochowskiego uruchomiono w Szpitalu Zakład Radioterapii, zajmujący się leczeniem pacjentów onkologicznych promieniami oraz Pracownię Hemodynamiki, w której wykonuje się wysokospecjalistyczne badania i leczenie chorób serca.

Do czasu uruchomienia w/wym. placówek pacjenci z regionu częstochowskiego zmuszeni byli dojeżdżać do innych ośrodków (Gliwice, Katowice, Łódź).

Pomimo deklaracji NFZ o zabezpieczeniu środków finansowych na realizację tych procedur, Szpital nie otrzymał kontraktu w pełni pokrywającego rzeczywiste potrzeby i wykonanie.

I tak np. w 2007 roku NFZ przyznał Zakładowi Radioterapii niecałe 60 % wartości kontraktu z roku poprzedniego, co wystarczyło na zabezpieczenie potrzeb jednego kwartału, a resztę środków Fundusz obiecał w terminie późniejszym w miarę posiadania możliwości finansowych.

Ad.4.

Wprowadzenie ustawowego obowiązku prowadzenia kolejek pacjentów oczekujących na przyjęcie do oddziału, w przypadku tego Szpitala nie może być realizowane, bowiem większość z funkcjonujących oddziałów ma charakter zabiegowy. Nie można odsyłać pacjentów do okolicznych szpitali, gdyż najbliższe placówki o zbliżonym profilu to Sosnowiec, Katowice, Zabrze.

Problemem finansowym dla Szpitala są pacjenci głównie z takich oddziałów jak: neurochirurgia, ortopedia, czy też leczenia urazów wielonarządowych, którzy po zabiegu operacyjnym nie mogą być szybko wypisani, gdyż wymagają opieki pielęgnacyjnej, a w Częstochowie występuje dotkliwy brak łóżek opiekuńczo – leczniczych.

Szpital ponosi koszt długiego, nieuzasadnionego z punktu widzenia medycznego pobytu, za który NFZ nie płaci.

Inną przyczyną ponoszenia dodatkowych kosztów wynikających ze specyfiki tego Szpitala to osoby nieubezpieczone – przywożone przez Pogotowie Ratunkowe w stanach ciężkich – zagrożenia życia.

Mimo, że Szpital zgodnie z obowiązującymi przepisami występuje do organów samorządowych o ubezpieczenie takich pacjentów i pokrycie kosztów leczenia, takich środków nie otrzymuje i ponosi dodatkowe straty.

Ad.5.

Szpital ponosi ogromne wydatki związane z koniecznością dokonywania remontów i różnego rodzaju napraw sprzętu nie tylko medycznego, ale i całej infrastruktury technicznej. Szpital nie uzyskiwał na ten cel prawie żadnych środków finansowych od swojego organu założycielskiego, a musiał ponosić koszty napraw dekapitalizowanego sprzętu i aparatury, aby móc dalej wykonywać świadczenia medyczne.

Jak są to duże wydatki wystarczy podać koszty zakupu części zamiennych i usług serwisowych sprzętu i aparatury medycznej za lata 2000-2006, które zamknęły się w kwocie 4.100.000,0 zł.

Były to m.in.: naprawy tomografu komputerowego, sztucznych nerek, aparatury RTG Multiscop, sterylizatorów i myjni na Centralnej Sterylizatorni, sprzętu endoskopowego, respiratorów na Oddziale Anestezjologii i przeglądy rezonansu magnetycznego.

Bez naprawy tego sprzętu Szpital nie mógłby wykonywać swoich statutowych zadań.

Na zakupy sprzętu i aparatury medycznej w latach 2000-2006 ze środków własnych Szpital wydał kwotę 8.200.000,0 złotych.

Pozostałe środki pochodziły z dotacji centralnych i samorządowych (ponad 21.000.000,0 zł – głównie na sprzęt i aparaturę medyczną do Zakładu Radioterapii).

Zakup nowej aparatury medycznej pozwolił na wymianę starego, wyeksploatowanego sprzętu, którego utrzymywanie w sprawności (bieżące naprawy, przeglądy, zakup zużytych akcesoriów) były zbyt dużym obciążeniem finansowym i wręcz nieopłacalnym. Dzięki zakupom nowej aparatury można podnieść jakość świadczonych usług i obniżyć koszty utrzymania sprzętu (okres gwarancyjny).

Nakłady finansowe poniesione w pionie techniczno – eksploatacyjnym na utrzymanie infrastruktury szpitalnej za lata 2000 – 2006 zamknęły się kwotą prawie 800.000 złotych.

Zakup części i nowego sprzętu oraz opieka autorska nad używanymi systemami w dziale informatycznym, to kwota około 490.000 złotych.

Z kolei w latach 2000 – 2006 na wykonanie remontów i napraw ogólnobudowlanych (modernizacja i malowanie oddziałów, utrzymywanie terenów zielonych, zakup części do dźwigów, utrzymywanie parkingu itp. ...), Szpital wydatkował kwotę ok. 650.000 złotych.

W latach 2000-2006 W.Sz.S. wyasygnował na konserwację automatycznego systemu wykrywania pożaru, konserwację i remont podręcznego sprzętu gaśniczego prawie 160.000 złotych.

Łącznie na w/w cele wydano w przeciągu sześciu lat kwotę 14.400.000 złotych, a jak wiadomo NFZ pokrywa jedynie koszty leczenia i nie zawsze zgodnie z poniesionymi nakładami.

Ad.6.

Z doświadczeń własnych oraz opinii dyrektorów szpitali można stwierdzić, że związki zawodowe w większości negatywnie opiniują przedstawiane im do oceny programy restrukturyzacyjne. *Ich postawa nacechowana jest roszczeniowością*, która prowadzi do żądania wzrostu wynagrodzeń, a to z kolei do dalszego zadłużania się szpitali i w efekcie zmusza zarządy tych placówek oraz organy założycielskie do wprowadzania takich zmian, które wywołują następne niepokoje społeczne.

Aby nie doprowadzić do eskalacji napięć, zarządzający zgadzają się na większość placowych postulatów związków zawodowych, a problem zasadniczy systemowego zreformowania polskiej służby zdrowia przesuwany był na terminy późniejsze.

Obecnie mamy do czynienia z takim oto zjawiskiem permanentnie „nakręcającego się” kryzysu, kiedy trzeba będzie podjąć decyzje, które tę sytuację odwrócą i spowodują uruchomienie naprawy tego systemu.

Oczywiście z tym problemem blokowania przez związki zawodowe restrukturyzacyjnych poczynań dyrekcji, miano do czynienia w omawianym szpitalu, co niestety w dużym stopniu przyczyniło się do pogorszenia jego kondycji finansowej.

Ad.7.

Ewidentnym przykładem na udowodnienie tezy, że żądania płacowe pracowników są przesadzone i nie mają pokrycia w budżecie, są stawki dyżurowe dla lekarzy.

Autor niniejszych rozważań daleki jest od oceny, ile „warta” jest praca lekarza i ile powinny wynosić ich wynagrodzenia, gdyż problem jest o wiele szerszy i bardziej skomplikowany, chociażby z tego powodu – gdyby porównywać pensje lekarzy i pracowników naukowych wyższych uczelni, czy też pielęgniarek z uposażeniami nauczycieli.

Zmiana przepisów o czasie pracy lekarzy została narzucona Polsce przez Unię Europejską. Od stycznia 2008 roku dyżury medyczne są wliczane do czasu pracy lekarzy.

Zgodnie z dyrektywą unijną lekarz może pracować nie dłużej niż 48 godzin tygodniowo, chyba że podpisze tzw. *klauzulę opt – out*, która umożliwia wydłużenie czasu pracy do 78 godzin w tygodniu.

Biorąc pod uwagę braki kadrowe w wielu szpitalach, lekarze skrzętnie wykorzystali okazję i wymusili zgodę na dyrektorach, że mogą pracować na dyżurach, ale po znacząco wyższych stawkach za godzinę dyżurową. I tak dla przykładu w W.Sz.S. za 1 godzinę dyżurową w dni świąteczne lekarz anestezjolog otrzymuje kwotę 100 zł, co za 1 dyżur wynosi 2400 zł brutto.

Biorąc pod uwagę, że dyżurów świątecznych może mieć dwa, a tzw. zwykłych w dni robocze cztery (razem sześć w miesiącu), można łatwo policzyć, że są to sumy w granicach 10.000 złotych. Dodając do tego pensję zasadniczą ze wszystkimi pochodnymi, są lekarze w szpitalu, którzy miesięcznie otrzymują wynagrodzenia w granicach 16-18 tys. złotych brutto.

Są to kwoty niebagatelne, biorąc pod uwagę kontrakt Szpitala, który przede wszystkim powinien być przeznaczany na leczenie pacjentów, a nie prawie w całości na wynagrodzenia personelu. Taka sytuacja, bez znalezienia sposobu jej innego rozwiązania, może wkrótce doprowadzić do paraliżu pracy Szpitala, gdyż braknie środków finansowych na działalność bieżącą i regulowanie zobowiązań wobec kontrahentów z lat poprzednich. W kolejce po podwyżki już „ustawiają się” inne grupy zawodowe, tj.: pielęgniarki, diagnosty laboratoryjni, technicy radiologii i pozostali pracownicy.

Stąd zrozumiałe zatroskanie rządu Donalda Tuska, jak ten problem rozwiązać, aby nie zaczęło dochodzić do lawinowych bankructw polskich szpitali.

Być może takim sposobem byłoby wprowadzenie kontraktów dla lekarzy w tych placówkach, w których muszą być dyżury.

Wtedy lekarz mógłby otrzymać wyższe wynagrodzenie, np. 8-10 tys. złotych, ale w ramach tego kontraktu musiałaby być zapewniona całodobowa opieka nad pacjentem, za co odpowiedzialni byłiby ordynatorzy, którzy tak musieliby zorganizować czas pracy lekarzom, aby w sposób niezakłócony realizować wykonywanie procedur na swoim oddziale.

Rekapitulując, poniżej zostaną przedstawione kwoty, jakie wydał Szpital w latach 2000 – 2006 z kontraktu na leczenie, a powinny one pochodzić z innych źródeł, tj.: z budżetu państwa i organu założycielskiego, a wtedy na pewno wynik finansowy placówki nie byłby tak niekorzystny i nie trzeba byłoby się zastanawiać nad radykalnymi rozwiązaniami, np. łączeniem dwóch szpitali marszałkowskich, tj. Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym.

1. z tytułu ustawy „203” –	25.845.000 zł.
2. wartość nie sfinansowanych nadwykonań –	19.668.000 zł.
3. zakup sprzętu i aparatury medycznej –	8.200.000 zł.
4. informatyzacja szpitala –	490.000 zł.
5. koszty na ochronę przeciwpożarową –	160.000 zł.
6. koszty zakupu części zamiennych i usług serwisowych sprzętu i aparatury medycznej –	4.100.000 zł.
7. remonty, naprawy ogólnobudowlane –	650.000 zł.
8. utrzymanie infrastruktury szpitalnej (sekcja elektryczna, hydrauliczna, ciepła) –	800.000 zł.

Razem : 59.913.000 zł.

Biorąc pod uwagę w/w dotychczasowe działania restrukturyzacyjne oraz uwarunkowania w jakich musi funkcjonować Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ogromny niepokój budzi perspektywa jego przyszłości, biorąc pod uwagę chociażby fakt, że w planie finansowym na 2008 rok przewiduje się stratę 20.290.000,0 zł., a zobowiązania ogółem Szpitala na koniec 2007 roku po umorzeniach wynoszą ok. 60.000.000,0 złotych.

Należy pamiętać, że na „swoje” podwyżki oczekują pozostałe grupy zawodowe (poza lekarzami, którzy już je uzyskali) - a więc strata na koniec 2008 roku może być jeszcze wyższa.

Jak na razie ani dyrekcja, ani też organ założycielski nie mają konkretnego pomysłu, jak ten problem rozwiązać, bez szkody narażenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów regionu częstochowskiego.

Wydaje się, że jest wyczekiwanie na rozwiązania systemowe, nowe ustawy, które mają uzdrowić polską ochronę zdrowia.

7.2. Programy naprawcze Miejskiego Szpitala Zespołonego

Celem łączenia trzech miejskich szpitali, tj.: Szpitala im. dr L. Rydygiera, Szpitala im. dr Wł. Biegańskiego i Szpitala im. dr T. Chałubińskiego w 2000 roku była poprawa ich kondycji finansowej i lepszego zarządzania, a nie tylko wypełnienie decyzji Komitetu Sterującego działającego przy Urzędzie Marszałkowskim w Katowicach.

Rok 2000 Szpitale zakończyły z następującym wynikiem finansowym:

- Szpital im. dr L. Rydygiera: 848.000 zł. (zysk)
- Szpital im. dr Wł. Biegańskiego: 1.131.000 zł. (strata)
- Szpital im. dr T. Chałubińskiego: 468.000 zł. (strata)

ZOBOWIĄZANIA OGÓŁEM:

- Szpital im. dr L. Rydygiera: 1.710.000 zł. (w tym wymagalne – 9.000 zł.)
- Szpital im. dr Wł. Biegańskiego: 2.315.000 zł. (w tym wymagalne – 903.000 zł.)
- Szpital im. dr T. Chałubińskiego: 888.000 zł. (tylko niewymagalne)

Razem: 4.913.000 zł.

PRZYCHODY OGÓŁEM

- Szpital im. dr L. Rydygiera: 13.616.000 zł.
- Szpital im. dr Wł. Biegańskiego: 12.968.000 zł.
- Szpital im. dr T. Chałubińskiego: 10.372.000 zł.

Razem: 36.956.000 zł.

Zobowiązania do przychodów wynosiły 13,3%.

Natomiast na koniec 2007 roku (przed badaniem biegłego rewidenta) wyniki finansowe Miejskiego Szpitala Zespołonego są następujące:

- Strata: 415.000 zł.
- Zobowiązania ogółem: 53.659.000 zł.
- Przychody ogółem: 56.870.000 zł.

Zobowiązania do przychodów stanowią: 94,4%.

Trzeba więc postawić pytanie, dlaczego doszło do takiej sytuacji, że Szpital utracił płynność finansową i zaszła konieczność jego przekształcenia w spółkę z o.o. pod nazwą *Częstochowskie Centrum Zdrowia*.

Zanim padnie odpowiedź na to pytanie, wcześniej należy przedstawić program restrukturyzacyjny dla Zespołu Szpitali Miejskich, który został przedstawiony w 2003 roku.

OPIS UWARUNKOWAŃ ZEWNĘTRZNYCH I WEWNĘTRZNYCH MAJĄCYCH WPŁYW NA SYTUACJĘ FINANSOWĄ ZESPOŁU SZPITALI MIEJSKICH

Do istotnych elementów mających wpływ na sytuację finansową należały:

1. Podwyżka dla pielęgniarek – zwiększenie najniższego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych do kwoty brutto 905,00 zł. – skutki w skali roku 190.000,00 zł.
2. Realizacja tzw. „ustawy 203” – skutki w skali roku 3.180.000,00 zł.
3. Realizacja podwyżek płac ponad 203,00 zł. (80 i 50 zł) – skutki w skali roku 677.000,00 zł.
4. Wyrównanie uposażenia grupie zawodowej anestezjologów – skutki w skali roku 38.900,00 zł.
5. zwrot pieniędzy za niewykonany kontrakt w 2000 roku przez Szpital im. dr Wł. Biegańskiego, była to kwota 172.000,00 zł.
6. Koszt odpraw zwolnionych pracowników w związku z restrukturyzacją zatrudnienia (brak zwrotu przedstawionych kwot z Regionalnego Komitetu Sterującego w Służbie Zdrowia)- 390.000,00 zł.
7. Spłata odsetek od zobowiązań z lat ubiegłych – 75.000 zł.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że negocjacje z dostawcami w sprawie umorzenia odsetek doprowadziły do odstąpienia od naliczania odsetek przez szereg firm. Łączna kwota umorzeń wyniosła ok. 135.000,00 zł.

8. Poniesienie dodatkowych kosztów związanych z restrukturyzacją szpitali miejskich i połączeniem ich w Zespół Szpitali Miejskich m.in.:
 - zmiana pieczętek - 15.000,00 zł.,
 - likwidacja dwóch pralni -12.000,00 zł.,
 - remont apteki- 3.000,00 zł.,

- adaptacja pomieszczeń administracji- 8.000,00 zł., (należy przy tym zaznaczyć, że dzięki utrzymaniu koncepcji istnienia biura Dyrekcji przy Szpitalu im. dr L. Rydygiera zmniejszono koszty połączenia szpitali miejskich o co najmniej 500.000 zł.).

9. Dopłata do remontów i zakup sprzętu do nowo powstałych oddziałów ze środków własnych: a) Szpitalny Oddział Ratunkowy, b) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, c) zakup 3 zestawów komputerowych, d) sprzęt rehabilitacyjny na oddział rehabilitacyjny, e) Oddział Chorób Wewnętrznych - Szpital im. dr T. Chałubińskiego, f) Oddział Neurologiczny - hol (dopłata do wykładzin).

Łączna kwota poniesionych wydatków z tego tytułu wyniosła ponad 100.000,00 zł.

10. Konieczność zaciągnięcia kredytu bankowego na sfinansowanie podwyżek płac w wysokości 3.350.000,00 zł- koszt odsetek i prowizji wyniósł 65.000,00 zł.

11. Strajk pielęgniarek - koszt tygodniowego strajku wyniósł blisko 210.000,00 zł.

12. Zwiększone koszty amortyzacji w związku z poczynionymi inwestycjami w 2001 r.

-wzrost w stosunku do roku poprzedniego o 472.000,00 zł.

13. Wyплаты odszkodowań z tytułu wypadków przy pracy - w wysokości 10.700,00 zł.

14. Konieczność zwrotu Śląskiej Regionalnej Kasie Chorych kwoty 469.000,00 zł. z tytułu rozliczenia kontraktu 2001 roku.

KIERUNKI RESTRUKTURYZACYJNE

A. Restrukturyzacja lecznictwa stacjonarnego

Tabele dla porównania zawierają dane z opracowania „Proponowane kierunki zmian w zakresie restrukturyzacji oddziałów szpitalnych na terenie miasta” wykonanego dla miasta Częstochowy w 1998 r. jako stan wyjściowy. Porównanie tych danych będzie podstawą do całościowej analizy transformacji zatrudnienia w kontekście poziomu świadczonych usług.

Tabele przedstawiają stan wyjściowy i stan obecny po osiągnięciu wyliczonych norm zatrudnienia w grupie zawodowej personelu średniego i stan planowany po uwzględnieniu

nowych oddziałów i restrukturyzacji łóżek w jednoimiennych oddziałach (chirurgii ogólnej i chirurgii urazowo – ortopedycznej) w kolejności:

- Szpital im. dr Wł. Biegańskiego.
- Szpital im. dr L. Rydygiera.
- Szpital im. dr T. Chałubińskiego.

**TABELA 21. KIERUNKI ZMIAN W ZAKRESIE RESTRUKTURYZACJI
ODDZIAŁÓW SZPITALNYCH – 1998 ROK**

Oddział	Stan osobowy (ilość etatów)			
		rok 1998	obecny	rok 2002 po restrukturyzacji
I	2	3	4	5
Szpital im. dr Wł. Biegańskiego				
Chorób Wewnętrznych	Liczba łóżek	58	50	50
	personel wyższy	11	10	10
	personel średni	33	23	23
	salowe	9	6	0
	psycholog	-	-	1/3
	sekr. med.	-	-	1
	uwagi	Propozycja z 1998 r. zmniejszenia łóżek o 10%		
Chirurgii Ogólnej	liczba łóżek	40	26	
	personel wyższy	11,25	7	
	personel średni	36	13	
	salowe	11	6	
	uwagi	Propozycja z 1998 r. zmniejszenia łóżek o 20 %		
Chirurgii krótkoterminowej	liczba łóżek			20
	personel wyższy			8,5
	personel średni			14
	salowe			0
	sekr. med.			1/3
Zespół anestezjologiczny	liczba łóżek			
	personel wyższy		4,5	4,5
	personel średni		11	11
	salowe			

Neonatologiczny	liczba łózek	32	20	15
	personel wyższy	5	4	4
	personel średni	22	9	9
	salowe	3	2	0
	uwagi	Propozycja z 1998 r. pozostawienia w obecnej formie organizacyjno-kadrowej		
Rehabilitacji Leczniczej	liczba łózek	-	16	26
	personel wyższy	-	3	3
	mgr fizykoterapii	-	3,5	3,5
	logopeda	-	0,25	0,25
	pielęgniarki	-	9	9
	technicy fizykoterapii	-	6	6
	przyuczony masażysta	-	1	1
	psycholog	-	-	1/3
	salowe	-	3	1
	sekr. med.			1/3
	uwagi	1 etat techników fizykoterapii obsługuje Szpital im. dr T. Chałubińskiego – fizjoterapia przyłóżkowa		

1	2	3	4	5
Neurologiczny	liczba łózek	39	39	39
	personel wyższy	8	6	7
	logopeda	-	0,25	0,25
	personel średni	21	18	18
	psycholog	-	-	1/3
	salowe	8	4	0
Ginekologiczno-Położniczy Szkoła Rodzenia	liczba łózek	55	40	40
	personel wyższy	14	11	8
	położne	56	33	29
	sekr. med.	2	1	1
	salowe	22	9	0
	uwagi	Propozycja z 1998 r.- pozostawić oddział w dotychczasowej formie organizacyjno-kadrowej. Planuje się następujący podział ilościowy łózek: 15 łózek położniczych; 5 - patologii ciąży; 15 - ginekologicznych, 5 - ginekologii jednego dnia		
Chirurgii Ortopedycznej	Urazowo-liczba łózek	53	35	-
	personel wyższy	3	8	-
	personel średni	33	15	-

	salowe	12	4	-
	uwagi	Oddział przeniesiony został do Szpitala im. dr L. Rydygiera wraz z personelem.		
Blok operacyjny (chir.-ginekologiczny wraz z salą operacyjną położniczą)	personel średni		11	11
	salowe		7	0
	uwagi			
	personel średni		12	12
	salowe		6	0
Szpital im. dr L. Rydygiera				
Chorób Wewnętrznych	liczba łóżek	40	25	25
	personel wyższy	9	9	6
	personel średni	32	18	18
	salowe		6	0
	uwagi	Propozycja z 1998 r. - pozostawić oddział w dotychczasowej formie organizacyjno-kadrowej. Planuje się aby 9 osób z personelu średniego posiadało przeszkolenie z diabetologii		

1	2	3	4	5
Diabetologiczny	liczba łóżek	-	-	15
	personel wyższy	-	-	3
	personel średni	-	-	Wspólny z oddziałem chorób wewnętrznych
	sekr. med.	-	-	1
	salowe		-	-
	dietetyczka	-	-	1
Chirurgii Ogólnej	liczba łóżek	62	40	40
	personel wyższy		6	9
	personel średni		20	18
	sekr. med.		1	1
	salowe		4	0
	uwagi			
Chirurgii Ręki	liczba łóżek			8
	personel wyższy		1	3
	personel średni			-
	uwagi	Zamierza się utworzyć oddzielny Oddział Chirurgii Ręki zabezpieczony przez personel średni Oddziału Chirurgii Ogólnej		
Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	liczba łóżek	50	35	35
	personel wyższy		5,25	9,25 lub 8,25
	personel średni		18	18

	sekr. med.		1	1
	salowe		5	0
	uwagi	Propozycja z 1998 r. - przeniesienie oddziału do WSzS		
Urologiczny	liczba łóżek	50	34	34
	personel wyższy		7	7
	personel średni		16,5	17
	sekr. med.			1
	salowe		4	0
	uwagi	Propozycja z 1998 r. - funkcjonowanie w dotychczasowej formie organizacyjno-kadrowej		

1	2	3	4	5
Otolaryngologiczny	liczba łóżek	38	18	18
	personel wyższy		4	4
	personel średni		10	10
	salowe		4	0
	uwagi	Propozycja z 1998 r. przeniesienia oddziału do WSzS. Część personelu lekarskiego powinna pozostać do utrzymania funkcjonowania Poradni Laryngologicznej. Personel średni przejmie Oddział dla Przewlekłe Chorych i Zakład Opiekuńczo-Leczniczy.		
Intensywnej Terapii	liczba łóżek	7	6	5
	personel wyższy		6	5
	personel średni		21	11 +10 piel. anestezjolog.
	salowe		2	0
	uwagi	Propozycja z 1998 r. całkowitej likwidacji oddziału		
Dla Przewlekłe Chorych	liczba łóżek	Nie istniał	31	55
	personel wyższy		3	4
	personel średni		17,5	27,5
	salowe		6	0
	sekr. med.			1
	uwagi	Propozycja utworzenia Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego		
Dzienny Chirurgiczny dla Dzieci	liczba łóżek	46	10	5
	personel wyższy		2	1,5
	personel średni		0,5	0,5
	uwagi	Propozycja z 1998 r. przeniesienia oddziału do WSzS a na jego bazie utworzenie Oddziału dla Przewlekłe Chorych. Przewiduje się funkcjonowanie oddziału w oparciu o oddział chirurgii krótkoterminowej Szpitala im dr Wł. Biegańskiego		
Szpitalny Oddział Ratunkowy	liczba łóżek	Nie istniał	4	4

	personel wyższy		w ramach zatrudn. w oddziale chirurgii	5
	personel średni		5	5
	pielęgniarki anestezyjolog.			4
	gipsiarz			1
	salowe			0
	uwagi	W składzie personelu wyższego na oddziale powinien być zatrudniony: 1 kierownik oddziału w trakcie specjalizacji z medycyny ratunkowej, 2 ortopedów, 1 chirurg, 1 anestezyjolog		

1	2	3	4	5
Blok Operacyjny	personel wyższy		1	1
	personel średni		16	16
	salowe		7	0
	uwagi	Personel wyższy - kierowniczka bloku operacyjnego		
Izba Przyjęć	personel wyższy		w ramach zatrudn. w oddziale wewn.	w ramach zatrudn. w oddziale wewn.
	personel średni		12	12
	salowe		5	0
	uwagi	Obsada dyżurowa uczestniczy w pracy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego		
Szpital im. dr T. Chalubińskiego				
Chorób Wewnętrznych	liczba łóżek	76	65	65
	personel wyższy	10	11	11
	personel średni	36	32	32
	sekretarka med.	1	1	1
	salowe	16	8	0
	uwagi	Propozycja z 1998 r. przekształcenia oddziału w oddział opieki długoterminowej o profilu rehabilitacji kardiologicznej i pulmonologicznej		
Pediatryczny	liczba łóżek	60	36	30
	personel wyższy	8	4,85	4,85
	personel średni	33	22	19
	sekretarka med.			1/2
	salowe	12	6	0
	uwagi	Propozycja z 1998 r. likwidacji łóżek o 50 % i na tej bazie utworzenie miejsc hotelowych dla matek		
Dermatologiczny wraz z Centrum Leczenia Łuszczycy	liczba łóżek	54	32	32
	personel wyższy	6	5	5
	personel średni	20	16	16
	sekretarka med.	1		1/2
	salowe	14	5	0

	technik rtg			1
	uwagi	Propozycja likwidacji ok. 24 łóżek z przeznaczeniem dla Oddziału Chorób Płuc		

1	2	3	4	5
Gruźlicy i Chorób Płuc wraz z Domowym Ośrodkiem Leczenia Tlenem	liczba łóżek	61	69	69 45 - 0.Chorób Płuc 24- O.Pulmonolog.
	personel wyższy	5	6	4
	personel średni	19	19	14
	sekretarka med.			1/2
	salowe	13	8	0
	uwagi	Propozycja zwiększenia łóżek do 85 (z Oddziału Dermatologii)		
Pulmonologiczny	liczba łóżek			24
	personel wyższy			3
	personel średni			7
	sekretarka med.			1/2
	salowe			0
	uwagi			
Izba Przyjęć	personel średni		9	9
	salowe		5	0
	uwagi			
Sumarycznie		Stan osobowy (ilość etatów)		
		obecny	rok 2002 po restrukturyzacji	
W oddziałach	personel wyższy		130,6	
	pielęgniarki	385	385	
	położne	29	29	
	technicy technicy rtg		7	
	sekr. med.	10	10	
	salowe	97 + 21 sanitariusze	0	
Dla całego ZSM	personel wyższy		151,35	
	pielęgniarki	413	413	
	położne	35	35	
	technicy technicy rtg	67,5	67,5	
	sekretarka med.	10	10	
	salowe	97 + 21 sanitariusze	0	

Źródło: Urząd Miasta, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych.

B. Restrukturyzacja ambulatoryjnej specjalistycznej opieki medycznej

W większości Przychodnie Specjalistyczne przynoszą straty. Analiza kosztów poszczególnych poradni wykazuje znaczny udział wydatków na badania diagnostyczne. Wy tłumaczeniem tego stanu jest kierowanie przez lekarzy pierwszego kontaktu pacjentów bez wyników badań, koniecznych do leczenia lub konsultacji.

Znane są liczne przypadki ograniczenia przez pacjenta kontaktu z poradnią specjalistyczną wyłącznie do uzyskania skierowania na badania, po otrzymaniu wyników chory jest leczony przez inny podmiot. Najczęściej dotyczy to poradni, zlecających kosztowne procedury: cukrzycowej, gastrologicznej, proktologicznej, chorób tarczycy.

Częściowym rozwiązaniem powyższego problemu będzie współpraca z rozwijanymi przy ZSM placówkami Praktyki Lekarza Rodzinnego, co pozwoli dzielić koszty diagnostyki między poradnie specjalistyczne a POZ.

Istotnym elementem kosztów placówek ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego jest także amortyzacja i serwis posiadanej aparatury medycznej. Paradoksalnie, inwestycje w wyposażenie poradni, stwarzając możliwości wykonywania nowych usług, poprawiając ich wizerunek, przyciągając nowych pacjentów i zwiększając przychody, mogą także doprowadzić do spadku ich rentowności.

Mimo licznych działań, zmierzających do redukcji kosztów i zwiększenia przychodów, należy liczyć się z dalszym przynoszeniem strat przez część poradni specjalistycznych, możliwy jest także ujemny wynik finansowy Przychodni Specjalistycznej jako całości. Należy jednak podkreślić, że budżet Przychodni stanowi ok. 3% wpływów ZSM i nie decyduje o rentowności całego Zespołu. Utrzymywanie niektórych, głęboko deficytowych placówek wydaje się być konieczne z powodów społecznych (np. brak w Częstochowie innej poradni Leczenia Bólu czy Proktologicznej).

Należy także podkreślić, że poradnie specjalistyczne stanowią ważne źródło dopływu pacjentów do oddziałów szpitalnych, więc kontynuacja ich działalności znajduje pełne uzasadnienie.

C. Restrukturyzacja pionu logistycznego

1. W części niemedycznej

- możliwości zmian:

Dalsze przekazywanie wyspecjalizowanym firmom zewnętrznym realizacji funkcji pozostających dotąd w Strukturze Zespołu Szpitali Miejskich z jednoczesnym przejęciem zatrudnionych pracowników (outsourcing).

1. Po korzystnym dla Zespołu Szpitali Miejskich przekazaniu usługi prania i żywienia planuje się przekazać usługę utrzymania czystości w budynkach Zespołu Szpitali Miejskich. Przetarg na powyższe świadczenia został rozpisany a Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia została opracowana przez Komisję powołaną Zarządzeniem Dyrektora i zaakceptowana przez Wspólną Reprezentację Związków Zawodowych Zespołu Szpitali Miejskich. Szacunkowo może to stanowić sumę 300.000,0 zł. rocznie.

2. Przekazanie świadczeń i zadań działu utrzymania infrastruktury (w całości lub w części), na przykład zabezpieczenia elektrycznego, zabezpieczenia hydraulicznego czy też działu inwestycyjno-remontowego w zakresie bieżących remontów.

Korzyści wynikające bezpośrednio ze stosowania outsourcingu:

- realna redukcja kosztów związanych z ograniczeniem zatrudnienia, a tym samym zmniejszenia kosztów wiążących się z prowadzeniem pionu (wynagrodzeniami, ubezpieczeniami zdrowotnymi, szkoleniowymi itp.),
- Zespół Szpitali Miejskich kupując usługę nie ponosi kosztów infrastruktury (nakładów koniecznych do realizacji świadczenia, zakup sprzętu i wyposażenia itp.),
- ze względu na łatwość skalkulowania wydatków na świadczoną usługę można określić uzyskane oszczędności,

- likwiduje się występowanie godzin nadliczbowych i trudności zabezpieczenia całości funkcjonowania pionu /działu/ w przypadkach urlopów, absencji chorobowej pracowników, (firmy zewnętrzne pracują również w dni wolne od pracy nie zwiększając obciążenia),
- nie ponoszenie kosztów związanych ze szkoleniem, podnoszeniem kwalifikacji czy obowiązujących odpłatnych szkoleń bhp.,
- jeżeli firma przejmująca świadczenia jest firmą dodatkowo posiadającą status zakładu pracy chronionej istnieje możliwość odpisu na PFRON.

3. Dodatkowym przychodem może być dzierżawa wolnych powierzchni firmie zewnętrznej na cele socjalne dla pracowników firmy (stołówek, szatni, powierzchni magazynowej), które za zgodą Organu Założycielskiego mogłyby być przekazane (wolne powierzchnie lokalowe są w posiadaniu Zespołu Szpitali Miejskich po likwidacji działalności kuchni i pralni). W Zespole Szpitali Miejskich grupę osób możliwą do przekazania firmom outsourcingowym stanowią: a)- 120 osób firmie sprzątającej i b)- 15 osób firmie zajmującej się utrzymaniem infrastruktury.

4. Dodatkowe oszczędności wynikają ze zmniejszenia kosztów własnych sprzątania w przeliczeniu na 1 m² w zakresie: zakupu i dystrybucji środków czystościowych, zakupu i dystrybucji środków dezynfekcyjnych, zakupu i wykorzystania sprzętu stosowanego do sprzątania, który dla Zespołu Szpitali Miejskich musiałby być zakupiony na kwotę ok. 250.000,0 zł. Istnieje możliwość odpłatnego zbycia posiadanego w/w sprzętu, za zgodą Organu Założycielskiego, co spowoduje zwrot zainwestowanych środków - ok.10.000,0 zł.

5. Umowy dzierżawy. Pozyskanie środków finansowych jest możliwe dodatkowo z dzierżawienia powierzchni na: bary, kioski, reklamy zewnętrzne i wewnętrzne oraz pod tomograf komputerowy.

6. Obszary dalszych, możliwych do wykonania przedsięwzięć w pionie logistycznym, które przyniosą oszczędności w funkcjonowaniu ZSM:

- a) przetarg na modernizację kotłowni w Szpitalu im. dr T. Chałubińskiego (określony audytem efekt ekologiczny, niższe koszty eksploatacyjne, kotłownia o ograniczonym dozorze - 5 pracowników zapewni obsługę portierni, kotłowni oraz transportu butli tlenowych na oddział szpitala); b) przygotowanie dokumentacji do modernizacji kotłowni Szpitala im. dr

W. Biegańskiego; c) dalsze rozmowy z Przedsiębiorstwem Wodociągów i Kanalizacji mające na celu zmianę kwalifikacji ścieków szpitalnych z przemysłowych na komunalne i co za tym idzie zmniejszenie kosztów opłat; d) po modernizacji kotłowni w Szpitalu im. dr L. Rydygiera zatrudnienie palaczy w charakterze pracowników gospodarczych z jednoczesnym obowiązkiem zmianowego dozoru nad urządzeniami znajdującymi się w kotłowni.

2. W części medycznej

Dalsza restrukturyzacja zabezpieczenia medycznego będzie dokonywana poprzez:

1. Restrukturyzację aptek; 2. Restrukturyzację laboratorium; 3. Zabezpieczenie transportu medycznego; 4. Restrukturyzację diagnostyki obrazowej w ramach utworzonego Zakładu Diagnostyki Obrazowej; 5. Oszczędności wynikające z utworzenia Działu Inwestycyjno-Remontowego.

Ad.1.

Restrukturyzacja zaopatrzenia medycznego będzie dokonywana w oparciu o Dział Zaopatrzenia Medycznego w części dotyczącej apteki:

- a) utworzenie Apteki Zakładowej (centralnej) o wydłużonym czasie pracy oraz dwóch aptek zakładowych (pomocniczych),
- b) wdrożenie uruchomionego programu ADT w celu pełnej identyfikacji rozchodu leków na poszczególnego chorego (w zamiarze wprowadzenie szaf logistycznych dystrybucji leków),
- c) zabezpieczenie transportowe dostawy leków i materiałów medycznych bezpośrednio do komórek organizacyjnych przez aptekę centralną,
- d) uruchomienie informacji telefonicznej dla pracowników ZSM:
 - o nowych lekach,
 - na temat farmakokinetyki, biofarmacji oraz interakcji lekowej,
 - jak zwiększyć bezpieczeństwo farmakoterapii,
 - jak prowadzić racjonalną politykę lekową.
- e) uzyskanie standardów kontroli:

- wewnętrznej - wyprodukowanych przez aptekę produktów (przestrzeganie norm i zasad polityki produkcyjnej),
- zewnętrznej - dopilnowania dobrego przechowywania leków, dat ważności i sposobu przechowywania na oddziałach.

f) poprawa gospodarki magazynowej (redukcja zapasów do ilości minimalnej, bezpiecznej).

Wszystkie w/w etapy restrukturyzacyjne aptek ZSM zmierzają do ograniczenia kosztów i powinny obejmować:

- Dobór odpowiednich leków.
- Wykorzystanie leków tylko z przeznaczeniem dla chorego.
- Stosowanie leków odtwórczych.
- Stosowanie właściwych procedur zakupu.
- Wydzielanie budżetu na leki z ogólnego budżetu szpitala.
- Uściślenie współpracy farmaceutów z dyrektorami odpowiedzialnymi za zarządzanie strategiczne w szpitalu.

Wprowadzenie powyższych zamierzeń doprowadzi do wymuszonego efektu ekonomicznego w części dotyczącej zaopatrzenia medycznego.

Ad.2.

Restrukturyzacja laboratoriów powinna mieć na celu zwiększenie efektywności ekonomicznej przy jednoczesnym zachowaniu całodobowej dostępności wykonania analiz w stosunkowo krótkim czasie, co ma zasadnicze znaczenie dla bezpieczeństwa hospitalizowanych pacjentów i bezpieczeństwa lekarzy.

Należy uwzględnić specyfikę oddziałów w poszczególnych szpitalach, szczególnie oddziały zabiegowe przyjmujące pacjentów całodobowo - w szpitalach im. L. Rydygiera i im. W. Biegańskiego.

Docelowo powinno funkcjonować jedno duże laboratorium, wykonujące wszystkie rutynowe oznaczenia biochemiczne i immunologiczne oraz badania specjalistyczne plus dwa małe laboratoria satelitarne wykonujące badania podstawowe i konieczne dyżurowe.

Ad. 3.

Zabezpieczenie transportu medycznego dla ZSM oparte będzie o świadczeniodawcę wyłonionego w drodze przetargu na powyższą usługę ze względu na pojawienie się firm konkurencyjnych. *Ponadto planuje się:*

- 1) Ograniczenie kosztów poprzez wykorzystanie własnego transportu .
- 2) Ograniczenie kosztów transportu poprzez zmniejszenie ilości przewozów, odwozów oraz transportu na badania poza Zespołem Szpitali Miejskich poprzez:
 - a) organizowanie konsultacji specjalistycznych na terenie Zespołu Szpitali Miejskich ,
 - b) rozszerzenie zakresu świadczeń z diagnostyki laboratoryjnej hospitalizowanych we własnym nowoczesnym laboratorium centralnym,
 - c) zabezpieczenie badań CT (tomografem komputerowym) we własnym zakresie,
 - d) pełno-profilowe zabezpieczenie w pozostałe badania obrazowe siłami i środkami Zespołu Szpitali Miejskich (z wyjątkiem RM- rezonansu magnetycznego).

Ad 4.

Restrukturyzacja diagnostyki obrazowej w ramach utworzonego Zakładu Diagnostyki Obrazowej będzie przeprowadzona w zakresie:

- 1) Ciągłości zabezpieczenia rentgenologicznego w miejscu stałych „ostrych” dyżurów dla miasta (Szpital im. dr L. Rydygiera)
- 2) Zabezpieczenie pozostałych szpitali dyżurem „pod telefonem”, co:
 - zwiększy dostępność do badań radiologicznych pacjentów szpitalnych i ambulatoryjnych,

- zabezpieczy funkcjonowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego po wprowadzeniu od 01.01. 2003 roku Programu Zintegrowanego Ratownictwa Medycznego,
- umożliwi pozyskania środków za badania pełnopłatne,
- zabezpieczenie oddziałów szpitalnych w całodobową dostępność do tomografu komputerowego.

Ad 5.

Ze względu na ogrom zadań Sekcji Inwestycji ZSM zajmującej się nie tylko planowaniem przedsięwzięć, ale i sprawowaniem merytorycznego nadzoru i realizacją niezbędnych remontów bieżących, koniecznym stało się utworzenie Działu Inwestycyjno-Remontowego. Dział składa się z Sekcji Inwestycji i brygady remontowo-budowlanej. Mając taką brygadę w dużym stopniu usprawni się pracę, zmniejszy się też koszty inspektora nadzoru; odbiory we własnym zakresie.

W omawianym programie restrukturyzacyjnym jako główne czynniki powodujące zadłużanie się szpitali i wzrostu kosztów leczenia wskazano na:

- Starzenie się populacji ludzkiej.
- Rosnące oczekiwania społeczeństwa w odniesieniu do wyleczalności chorób i przedłużenia życia.
- Wzrost liczby zachorowań na nowotwory, AIDS i inne choroby, które są bardzo drogie w leczeniu.
- Wprowadzenie nowych sposobów leczenia, które są coraz kosztowniejsze.
- Rosnące koszty badań naukowych nad nowymi lekami - co daje wzrost cen leków.
- Nieracjonalne stosowanie leków wraz z polipragmazją (jednoczesne stosowanie wielu leków; jeden z częstszych błędów w postępowaniu leczniczym, prowadzący m. in. do znacznego zwiększenia występowania niezamierzonych interakcji leków).
- Niedoleczanie chorych - głównie problem dotyczy antybiotyków i rosnącej z tego powodu oporności bakterii.
- Niewłaściwe stosowanie leków.

- Zubożenie społeczeństwa i związany z tym stan niedożywienia wielu pacjentów trafiających do szpitali.

Głównymi czynnikami wpływającymi na nie bilansowanie się szpitali są:

1. wzrastające koszty leczenia,
2. konieczność przestrzegania wprowadzanych przepisów i norm (PIP, BHP, norm zatrudnienia, przepisów sanitarno-epidemiologicznych, przeciwpożarowych, gospodarki odpadami medycznymi i innymi),
3. spełnianie standardów wyposażenia szpitali i stanu infrastruktury,
4. wieloletnie niedoinwestowania jednostek służby zdrowia,
5. niezależne od decyzji Dyrekcji ustawowo zagwarantowane podwyżki płac (ustawa „203”),
6. zbyt dużymi obciążeniami budżetów szpitalnych (38 % pozyskanych środków ze świadczonych usług medycznych wraca do skarbu państwa - ZUS, Urząd Skarbowy, podatki itp.).

Powyższe wyniki powodują, że 90 % szpitali w kraju nie może zbliżyć się do uzyskania równowagi finansowej. W grupie 10 % szpitali bilansujących swoje wydatki z przychodami są głównie szpitale resortowe (MSWiA, Wojskowe, PKP, Centrów Klinicznych i Szpitale Akademii Medycznych) finansowane z wielu źródeł (Kasy Chorych, Resorty, Ministerstwo Zdrowia, KBN).

Nie dotyczy to szpitali najniższego progu referencyjnego, w których Kasy Chorych kontraktują świadczenia po najniższych stawkach (za hospitalizację, osobodzień i porady) i są właściwie jedynym źródłem dochodów. Dotyczy to również ZSM, którego przychody nie zmieniają się mimo dokonania istotnej transformacji (poprawa warunków socjalnych pacjentów i warunków pracy personelu), czy też poprawa bazy diagnostyczno-leczniczej.

Utrzymanie finansowania zakupionych świadczeń w ZSM na tym samym poziomie przy wzrastających kosztach leczenia musi doprowadzić do nie bilansowania się zakładu i obniżenia poziomu świadczonych usług (czego nie akceptuje personel ani leżeni chorzy).

Porównanie danych statystycznych za okres od 1998 do 2002 pokazuje ogromną transformację, jaką przeszły w ostatnich latach omawiane oddziały - z oczywistym wskazaniem na ich rozwój.

Dotyczyło to zarówno zmniejszenia ilości łóżek jak i zatrudnionego personelu. Jednocześnie świadczy to o zmniejszeniu kosztów utrzymania służby zdrowia bez realnej poprawy wynagrodzenia personelu (zarobki w służbie zdrowia należą do najniższych w kraju).

Wybrana strategia w zakresie celów i zadań nie jest strategią przetrwania, tj. utrzymania istniejącego od kilku lat stanu. Na współczesnym etapie reformy służby zdrowia należy ciągle badać rynek usług medycznych (potrzeby medyczne) i wypełniać ich braki lub niedobór proponując ciągle nowe formy świadczeń (nowe jakościowo i ilościowo) poprzez realizację planu marketingowego. Takie podejście do rozwoju ZSM jest uzasadnione, poprawia dostępność usług medycznych, buduje nowy wizerunek firmy oraz zmusza pozostałe jednostki służby zdrowia do podobnych działań. Rozwój ZSM oparto o jego misję, tj. zabezpieczenie populacji w świadczenia stacjonarnej opieki medycznej, ciągle rozbudowywanej o nowe oddziały i świadczenia medyczne.

Spójność postrzegania możliwych zmian w ZSM jak również w całej służbie zdrowia miasta, musi dotyczyć jej organizatorów jak i lokalnych społeczności szpitalnych (zakładowych) rozumiejących ich potrzebę.

RESTRUKTURYZACJA OPERACYJNA

Wprowadzone zmiany do Statutu Zespołu Szpitali Miejskich były konsekwencją dostosowania zapisów w schemacie organizacyjnym do aktualnie udzielanych świadczeń zdrowotnych. Skreślenia dotyczyły tych komórek organizacyjnych, które nie istniały w rzeczywistości i nie były objęte kontraktem.

Rada Miasta uchwałą Nr 118/XIII/2003 z dnia 26 maja 2003 roku zatwierdziła następujące zmiany do statutu Zespołu Szpitali Miejskich:

Szpital im dr L. Rydygiera:

- Skreślenie oddziału Chirurgii Ręki (nie działał z powodu braku kontraktu, a procedury z tego zakresu były realizowane w ramach oddziału Chirurgii Ogólnej tego Szpitala).

- Wykreślenie oddziału Diabetologii (nie funkcjonował z racji braku kontraktu, a procedury tego typu wykonywano w ramach oddziału Wewnętrznego tego Szpitala).
- Skreślenie oddziału Psychiatrycznego (był formalnie zapisany w statucie, nigdy nie wykonywał świadczeń).

Szpital im dr W. Biegańskiego:

Wykreślono ze Statutu oddziały, które nigdy nie funkcjonowały i nie miały kontraktów, tj.:

- Oddział Ginekologiczny Jednego Dnia.
- Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej.
- Oddział Intensywnej Terapii Medycznej.
- Oddział Chirurgiczny Dzienny Dla Dzieci.

Szpital im dr T. Chałubińskiego:

Ze Statutu wykreślono punkty o brzmieniu – „Centrum Leczenia Łuszczycy”.

Uchwałą Nr 434/XXXIII/2004 z dnia 5 lipca 2004 roku Rada Miasta dokonała likwidacji oddziału Otolaryngologii ze Szpitala im. dr L. Rydygiera, który następnie został przeniesiony do Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. W. Orłowskiego.

26 listopada 2004 roku Rada Miasta uchwałą Nr 525/XXXVII/2004, dokonała następujących zmian polegających na:

1. Przekształceniu oddziału dla Przewlekłe Chorych z siedzibą przy ul. Mirowskiej 15, w jednostkę organizacyjną pod nazwą Zakład Opiekuńczo – Leczniczy z siedzibą przy ul. Bony 1/3.
2. Utworzenie oddziału Geriatrycznego z siedzibą przy ul. Bony 1/3.
3. Przeniesienie Oddziału Neurologicznego z ul. Mickiewicza 12 do Szpitala przy ul. Mirowskiej 15.

Przekształceniu następujących komórek organizacyjnych Zespołu Szpitali Miejskich:

1. Oddziału Chorób Wewnętrznych z siedzibą przy ul. Bony 1/3 w Pododdział Oddziału Chorób Wewnętrznych z ul. Mirowskiej 15 z siedzibą przy ul. Bony 1/3.
2. Pracowni Badań Kardiologicznych z siedzibą przy ul. Mickiewicza 12 w Pracownię Diagnostyki Kardiologicznej z siedzibą przy ul. Mickiewicza 12.

3. Poradni Chorób Piersi z siedzibą przy ul. Mirowskiej 15 w Centrum Chorób Piersi z siedzibą przy ul. Mirowskiej 15.

Zmianie lokalizacji komórek organizacyjnych Zespołu Szpitali Miejskich:

7. Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc z siedzibą przy ul. Bony 1/3 do budynku szpitalnego przy ul. Mirowskiej 15.
8. Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc z siedzibą przy ul. Bony 1/3 do budynku szpitalnego przy ul. Mirowskiej 15.
9. Poradni Antytytoniowej z siedzibą przy ul. Bony 1/3 do budynku szpitalnego przy ul. Mirowskiej 15.
10. Poradni Domowego Leczenia Tlenem z siedzibą przy ul. Bony 1/3 do budynku szpitalnego przy ul. Mirowskiej 15.

Dokonano zmiany nazwy Zespołu Szpitali Miejskich z siedzibą przy ul. Mirowskiej 15 w Częstochowie na Miejski Szpital Zespólny z siedzibą przy ul. Mirowskiej 15 w Częstochowie.

Uchwałą Nr 713/XLVI/2005 z dnia 27 czerwca 2005 roku Rada Miasta przedłużyła zgodę najmu powierzchni użytkowej stanowiącej część nieruchomości Miejskiego Szpitala Zespólnego położonej przy ul. Mickiewicza 12 z przeznaczeniem na działalność w zakresie schorzeń układu sercowo – naczyniowego (kardiologia inwazyjna) realizowaną przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Częstochowskie Regionalne Centrum Chorób Serca i Naczyń im. Polonii Świata Sp. z o.o. do dnia 31.12.2015 roku.

Uchwała Nr 31/V/2006 Rady Miasta Częstochowy z dnia 28 grudnia 2006 roku dokonała następujących zmian:

1. Utworzenie Pododdziału Psychiatrycznego Dziennego dla Dzieci i Młodzieży Oddziału Dziennego Psychiatrycznego z siedzibą przy ul. Bony 1/3.
2. Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży z siedzibą przy ul. Bony 1/3.
3. Zlikwidowanie Centrum Chorób Piersi z siedzibą przy ul. Mirowskiej 15.
4. Wykreślenie ze Statutu Pracowni Mammografii z siedzibą przy ul. Mirowskiej 15.
5. Wyrażenie zgody na realizację zadań z zakresu chorób piersi i mammografii przez niepubliczny zakład opieki zdrowotnej Centrum Medyczne „Małgorzata”, któremu wydzierżawiono powierzchnie przy ul. Mirowskiej 15.

Przed przekształceniem w Częstochowskie Centrum Zdrowia organizacja Miejskiego Szpitala Zespołowego w zakresie oddziałów szpitalnych jest następująca:

- ul. Mirowska 15: chorób wewnętrznych, chirurgiczny ogólny, chirurgii urazowo – ortopedycznej, urologiczny, anestezjologii i intensywnej terapii, gruźlicy i chorób płuc, neurologiczny z pododdziałem udarowym, Szpitalny Oddział Ratunkowy.

Łączna liczba łóżek – 291

- ul. Mickiewicza 12: chorób wewnętrznych, ginekologiczno – położniczy, neonatologiczny, rehabilitacyjny.

Łączna liczba łóżek – 136

- ul. Bony 1/3: pododdział chorób wewnętrznych, dermatologiczny, pediatryczny, geriatryczny, dzienny psychiatryczny, Zakład Opiekuńczo – Leczniczy.

Łączna liczba łóżek – 210 +

30 miejsc psychiatrycznych dziennych.

Ogółem 637 łóżek + 30 miejsc dziennych.

Istotne znaczenie dla poprawy jakości obsługi pacjentów ma zakończenie w roku 2007 realizacji zadania pn. „Rozbudowa Pawilonu C o funkcję Bloku Operacyjnego i funkcję Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz funkcję Oddziału Neurologii”.

Inwestycję realizowano w latach 2004 – 2007, a nakłady wyniosły - 21.200.000 złotych.

W rozbudowanym obiekcie Szpitala przy ul. Mirowskiej 15 zlokalizowane zostały:

- Blok Operacyjny.
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
- Oddział Neurologii.

W/w oddziały mieszczą się obecnie w jednym z najnowocześniejszych w Polsce pomieszczeniach, wyposażonych w nowoczesny sprzęt oraz w pełni spełniają normy unijne.

RESTRUKTURYZACJA FINANSOWA

W lipcu 2005 roku Miejski Szpital Zespolony wystąpił z wnioskiem do Wojewody Śląskiego o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego w trybie przepisów ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Szpital spełnił warunki określone w decyzji, tj.:

- zaspokoił roszczenia pracowników wynikające z Ustawy „203”,
- uregulował zobowiązania publicznoprawne,
- zrealizował ugody restrukturyzacyjne zawarte z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych.

Na podstawie decyzji z dnia 19 listopada 2007 roku Wojewody Śląskiego o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego, zakończono postępowanie wszczęte w 2005 roku, w wyniku którego Szpital uzyskał następujące umorzenia:

- 5.802.000,0 zł. – umorzenie pożyczki z Banku Gospodarstwa Krajowego,
- 3.750.000,0 zł. – umorzenie zobowiązań wobec ZUS,
- 978.000,0 zł. – PFRON, umorzenie spłaty wraz z odsetkami,
- 330.000,0 zł. – umorzenie podatku od nieruchomości przez Urząd Miasta.

Częstochowy za okres od lipca 2002 r. do grudnia 2004 roku.

Ogółem umorzenia wyniosły: 10.860.000 złotych.

Mimo tego sytuacja finansowa Miejskiego Szpitala Zespolonego na koniec 2007 roku była katastrofalna – zobowiązania osiągnęły kwotę prawie 54.000.000 złotych. Dla przypomnienia, na koniec 2000 roku, kiedy tworzone Zespół Szpitali Miejskich zobowiązania zamykały się kwotą ok. 5.000.000 złotych. W przeciągu siedmiu lat wzrosły o kwotę 49.000.000 złotych.

Należy zaznaczyć, że MSZ dwukrotnie uzyskał poręczenie kredytu przez Radę Miasta Częstochowy na spłatę zobowiązań objętych postępowaniem restrukturyzacyjnym, tj.:

- uchwałą nr 837/LI/2005 z dnia 21 listopada 2005 roku 6.000.000 złotych na okres 10 lat, przeznaczonego na spłatę zadłużenia w celu realizacji programu restrukturyzacyjnego,
- uchwałą nr 135/XII/2007 z dnia 28 czerwca 2007 roku 20.000.000,0 złotych na okres 30 lat w celu realizacji programu restrukturyzacyjnego.

Ponadto celem poprawy płynności finansowej Miejski Szpital Zespolony podjął czynności celem pozyskania dodatkowego kredytu w wysokości 15.000.000,0 złotych.

Zakończenie procedury rozpatrzenia wniosku kredytowego nastąpi pod koniec stycznia 2008 roku.

7.3. Najważniejsze programy naprawcze Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego

Wojewódzki Szpital Zespolony funkcjonuje jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej od dnia 1.12.1998 r., stosownie do postanowienia Sądu Rejonowego w Częstochowie Wydział VIII Gospodarczy z dnia 30.11.1998 roku.

PRZEPROWADZONE DZIAŁANIA RESTRUKTURYZACYJNE W LATACH 1999-2004

Celem podejmowanych przez Wojewódzki Szpital Zespolony działań naprawczych w latach 1999-2004 było wypracowanie takiej formy funkcjonowania placówki w realiach gospodarki rynkowej, by przy utrzymaniu wysokiego poziomu świadczeń zdrowotnych doprowadziła ona do uzdrowienia gospodarki finansowej jednostki i uniemożliwiła narastanie niekontrolowanych zobowiązań.

Wojewódzki Szpital Zespolony wprowadził szereg działań restrukturyzacyjnych w podległych jednostkach organizacyjnych.

Najważniejsze z nich to:

1. Outsourcing

Usługi nie związane bezpośrednio z podstawową działalnością szpitala zostały przekazane firmom zewnętrznym, co poprawiło jakość ich wykonania oraz zmniejszyło koszty. Dotyczyło to usługi w zakresie:

a) prania:

Wyłączenie w 1997 roku z użycia wyeksploatowanej szpitalnej pralni i zlecenie wykonywania usług pralniczych podmiotowi zewnętrznemu,

b) sprzątania:

Podpisanie umowy obowiązującej od dnia 01.02.2002 roku na sprzątanie obiektów szpitala ze specjalistyczną firmą „Żak” z Krakowa, która przejęła w trybie 23’ Kodeksu Pracy 87 osób, tj. salowe oraz osoby sprzątające,

c) żywienia:

Podpisanie umowy obowiązującej od 01.02.2003 roku na żywienie pacjentów ze specjalistyczną firmą „Catermed”, która przejęła w trybie art. 23’ Kodeksu Pracy pracowników szpitalnej kuchni.

2. *Energia cieplna*

W 1998 roku zmodernizowano przestarzałą kotłownię węglową szpitala na nowoczesną kotłownię olejową, co pozwoliło zmniejszyć koszty ogrzewania oraz zredukować emisję szkodliwych związków chemicznych do atmosfery.

3. *Wynajem pomieszczeń dla innych podmiotów gospodarczych*

a) dzierżawa pomieszczeń dla Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Specjalistycznej Przychodni Stomatologicznej.

W 2001 roku na mocy Uchwały Nr I/40/6/2001 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 26 września 2001 r., w sprawie przekształcenia Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Częstochowie została zlikwidowana jednostka organizacyjna Szpitala- Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna zlokalizowana w Częstochowie przy ul. Kilińskiego 166. Pomieszczenia Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej wraz z wyposażeniem zostały wydierżawione Niepublicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej- Specjalistycznej Przychodni Stomatologicznej, który przejął w trybie art. 23’ Kodeksu Pracy pracowników szpitala, dokumentację medyczną pacjentów i który zapewnił osobom korzystającym ze świadczeń zlikwidowanej przychodni nieprzerwane ich uzyskiwanie;

b) dzierżawa pomieszczeń dla zakładu pogrzebowego.

Od dnia 01.11. 2003 roku Szpital ma podpisaną umowę dzierżawy części pomieszczeń w prosektorium z firmą usług pogrzebowych „Concordia”.

Z tytułu tej dzierżawy szpital otrzymywał rocznie ok. 293.000, 00 zł.

W 2005 roku czynsz za dzierżawę pomieszczeń wzrósł

o 854, 00 zł miesięcznie, co na koniec roku dało sumę ok. 303.000, 00 zł.;

c) dzierżawa pomieszczeń na potrzeby tomografii komputerowej.

W związku ze wzrastającą liczbą pacjentów wymagających przeprowadzenia badania tomograficznego, brakiem tego typu aparatu na terenie Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego oraz brakiem środków finansowych na zakup tomografu podjęto decyzję o wydzierżawieniu pomieszczeń szpitalnych na w/w cel. W związku z wydzierżawieniem pomieszczenia dla potrzeb tomografii szpital nie ponosi już kosztów przewozu na badania tomograficzne oraz uzyskuje comiesięczne wpłaty z tytułu dzierżawy powierzchni w kwocie 1.193,99 zł.

TABELA 22. DZIERŻAWY POMIESZCZEŃ I POWIERZCHNI W WSZ (POZOSTAŁE)

Firma	Rodzaj dzierżawy
„Europlakat”	Dzierżawa tablicy
„PATOMED”	Dzierżawa pomieszczeń na pracownię histopatologiczną
„SALUS”	Dzierżawa pomieszczeń na aptekę
Dariusz Gołda	Dzierżawa pomieszczeń na gabinet masażu leczniczego
„KĄSEK”	Dzierżawa pomieszczeń na bar
„DEZ-MED”	Dzierżawa pomieszczeń na kiosk handlowy
„PAD”	Dzierżawa pomieszczeń na biuro
Barbara Kluczna	Dzierżawa pomieszczeń na gabinet odchudzania i kontroli wagi
CATERMED	Dzierżawa pomieszczeń i wyposażenia kuchennego

Źródło: Wojewódzki Szpital Zespolony

W 2004 roku, ze wszystkich umów zawartych z podmiotami zewnętrznymi na dzierżawę pomieszczeń i powierzchni, Wojewódzki Szpital Zespolony w Częstochowie uzyskał wpływy w kwocie ok. 690.000,00 zł.

4. Likwidacja:

a) WOJEWÓDZKIEJ PRZYCHODNI ODWYKOWEJ.

Likwidacja nastąpiła w 1999 roku, a bezpośrednią przyczyną były straty finansowe, które przynosiła jednostka;

b) WOJEWÓDZKIEJ PRZYCHODNI SPORTOWO – LEKARSKIEJ.

Likwidacja nastąpiła w 1999 roku, a bezpośrednią przyczyną były również straty finansowe;

c) **WOJEWÓDZKIEJ PORADNI ZAOPATRZENIA ORTOPEDYCZNEGO.**

Likwidację przeprowadzono w 1999 roku, a bezpośrednią przyczyną były straty finansowe;

d) **WOJEWÓDZKIEJ PRZYCHODNI STOMATOLOGICZNEJ.**

Likwidacja nastąpiła z dniem 31.12.2001 roku na podstawie Uchwały Nr I/40/6/2001 z dnia 26 września 2001 roku Sejmiku Województwa Śląskiego w sprawie przekształcenia Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Częstochowie.

5. *Przekazanie Oddziału Rehabilitacyjnego w Pajęcznie.*

W związku z uchwałą Nr I/44/10/2001 Sejmiku Wojewódzkiego Śląskiego z dnia 17.12.2001, z dniem 01.01.2002 roku Oddział Rehabilitacyjny zlokalizowany w Pajęcznie przy ul. 1 Maja 13/15 (woj. łódzkie) został przekazany tamtejszemu Zespołowi Opieki Zdrowotnej, który:

- przejął w trybie art. 23' Kodeksu pracy 23 pracowników,
- objął we władanie wyposażenie oraz mienie ruchome według przeprowadzonego w dniu 13.12.2001 r. spisu zdawczo- odbiorczego,
- przejął od WSZ dokumentację medyczną.

6. *Połączenie Wojewódzkiej Przychodni Rehabilitacyjnej z Zakładem Fizykoterapii.*

Z dniem 01.01.2001 roku przeniesiono Wojewódzką Przychodnię Rehabilitacyjną, odległą o około 2 km od siedziby głównej szpitala wraz z personelem do budynku WSZ i połączono z Zakładem Fizykoterapii. W wyniku tego połączenia powstała komórka organizacyjna pod nazwą Poradnia Rehabilitacyjna.

7. *Uruchomienie oddziału medycyny paliatywnej.*

Od dnia 01.04.2002 roku rozpoczął działalność 15- łóżkowy Oddział Medycyny Paliatywnej, jedyny o takim profilu oddział stacjonarny w regionie częstochowskim. W samym 2004 roku leczonych było około 260 pacjentów.

8. Remonty i inwestycje.

Przeprowadzono w latach 2000- 2003 remonty takich oddziałów szpitalnych, jak: obserwacyjno- zakaźnego, chorób wewnętrznych, pediatrycznego (częściowo), ginekologiczno- położniczego (częściowo), chirurgii ogólnej z wygospodarowanych środków własnych szpitala.

9. Zwrot nieruchomości po byłej Wojewódzkiej Przychodni Chorób Płuc i Gruźlicy do Wojewódzkiego Zasobu Nieruchomości.

We wrześniu 2004 roku nieruchomość zabudowana zlokalizowana w Częstochowie przy ul. Kopernika 44, a stanowiąca budynek Wojewódzkiej Przychodni Chorób Płuc i Gruźlicy została przekazana do Wojewódzkiego Zasobu Nieruchomości, na podstawie protokołu zdawczo- odbiorczego z dnia 2 września 2005 roku. Przekazanie nieruchomości do Wojewódzkiego Zasobu Nieruchomości nastąpiło w oparciu o fakt, iż nieruchomości po byłej Wojewódzkiej Przychodni Chorób Płuc i Gruźlicy nie były wykorzystywane przez Wojewódzki Szpital Zespolony do jego celów statutowych.

10. Cesje kontraktu.

W 2004 roku dokonano cesji kontraktu Zespołu Szpitali Miejskich w Częstochowie w części świadczeń laryngologicznych na rzecz Oddziału Otolaryngologicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie. Obecnie po zlikwidowaniu oddziału Laryngologicznego w Zespole Szpitali Miejskich Oddział Otolaryngologiczny w WSZ jest jedynym tego typu oddziałem na terenie miasta Częstochowy i powiatu częstochowskiego. Ponadto przekazano Pododdział Chirurgii Szczękowo- Twarzowej działający w obrębie Oddziału Otolaryngologicznego w strukturze Oddziału Neurochirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przy ul. Bialskiej w Częstochowie.

11. Restrukturyzacja zatrudnienia i zmiana systemu pracy.

Z chwilą przekształcenia się Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej i uzyskania samodzielności opartej między innymi na prowadzeniu niezależnej od budżetu państwa gospodarki finansowej, w oparciu o uzyskane na zasadach rynkowych kwoty pieniężne - pozostawienie szpitala w obecnej strukturze organizacyjnej stało się niemożliwe. W związku

z powyższym niezbędne stało się rozpoczęcie procesu reorganizacyjnego mające na celu prowadzenie efektywnej działalności przy jednoczesnym zminimalizowaniu liczby zatrudnionych pracowników. W wyniku podjętych działań restrukturyzacyjnych *redukcja zatrudnienia wyniosła 472 etaty* (z 1218 do 746 etatów). Pozyskanie dodatkowych środków finansowych umożliwiło również wprowadzenie dla lekarzy oraz innych pracowników posiadających wyższe wykształcenie i wykonujących zawód medyczny *zmianowego systemu czasu pracy, który w porównaniu z obowiązującym dotychczas dyżurem medycznym jest tańszy o około 30 %*. Należy podkreślić, że redukcja zatrudnienia nie miała wpływu na jakość świadczenia usług medycznych.

OPIS SYTUACJI FINANSOWEJ ZAKŁADU W LATACH 1999- 2007

- 1999 rok

Wojewódzki Szpital Zespolony W Częstochowie zanotował ujemny wynik finansowy. Główną przyczyną to niskie przychody ze ŚRKCH.

- 2000 rok

Szpital poprawia wynik finansowy, chociaż nadal jest on ujemny. Przyczyną poprawy wyniku jest zwiększenie przychodów oraz zmniejszenie kosztów działalności operacyjnej i kosztów finansowych (mniejsze odsetki od zobowiązań). Strata na koniec roku wyniosła 621.277,00 złotych.

- 2001 rok

Szpital w dalszym ciągu notuje ujemny wynik finansowy (strata 614.855, 00 zł.). Sytuacja finansowa pogarsza się. Główną przyczyną było skumulowanie roszczeń pracowników o wypłatę wynagrodzenia rocznego za lata 1999- 2001 jak również wynagrodzeń za godziny nadliczbowe dla lekarzy za lata 1996- 1999 (utworzono rezerwę).

- 2002 rok

Szpital poprawia wynik finansowy pomimo, że jest on nadal ujemny. Poprawa spowodowana jest zwiększeniem przychodów z działalności podstawowej. Głównym powodem powstania straty są wysokie koszty finansowe i pozostałe koszty operacyjne. Znaczącym elementem wpływającym na poniesione straty jest naliczenie podatku od nieruchomości wraz z odsetkami (restrukturyzacja zobowiązań publiczno- prawnych) oraz wypłaty wynagrodzeń rocznych dla pracowników za rok 2001. Na podstawowej działalności operacyjnej szpital osiągnął dochód w wysokości 432.947,87 zł.

- 2003 rok

Bardzo trudny rok. Następuje bardzo znaczące zmniejszenie przychodów z NFZ (m.in. przeliczanie punktowe kontraktu, niedoszacowanie usług medycznych, pomijanie pacjentów z tzw. obcych kas chorych). Koszty wzrastają głównie w związku z realizacją ustawy "203". Szpital na działalności operacyjnej poniósł stratę w wysokości 3.145.761,00 zł.

- 2004 rok

Szpital nieznacznie poprawia wynik finansowy. Nadal jest on ujemny. Poprawa spowodowana jest zwiększeniem przychodów z NFZ. W roku 2004 nastąpiło skumulowanie roszczeń pracowników z tytułu ustawy "203". Świadczą o tym bardzo wysokie koszty operacyjne (koszty sądowe i komornicze) i koszty finansowe (odsetki). Należy zaznaczyć, że na podstawowej działalności strata w porównaniu z rokiem poprzednim jest niższa o 43,1% i wyniosła 1.788.579,00 zł.

- 2005 rok

Strata na koniec roku zamknęła się kwotą prawie 878 tys. złotych, około 50% mniejszą niż w roku poprzednim. Nadal sytuacja finansowa szpitala jest zła, głównie z powodu niedoszacowania kontraktu z NFZ.

- 2006 rok

Tak jak w większości szpitali w kraju, również i w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym wynik finansowy jest dużo gorszy w porównaniu do roku ubiegłego. Strata za ten rok wyniosła ponad 5.103.000 złotych. Głównym powodem tej sytuacji były podwyżki dla personelu, podpisane przez Dyрекcję w wyniku porozumień postrajkowych.

- 2007 rok

Szpital uzyskuje dodatni wynik finansowy 1.654.312 zł. Porównując przychody ogółem i koszty oddziałów, można stwierdzić, że strata na działalności operacyjnej jest stosunkowo niewielka (-2.132.965,00 zł.).

Największe zyski w skali roku przyniosły takie oddziały jak:

- neurologiczny (+1.288.457,00 zł.),
- neonatologiczny (+825.397,00 zł.),
- okulistyczny (+577.148,00 zł.),

a straty, takie jak:

- chorób wewnętrznych (-712.540,00 zł.),

- ginekologiczno-położniczy (-573.781,00 zł.),
- intensywnej terapii i anestezjologii (-538.230,00 zł.).

W wyniku realizacji ustawy o restrukturyzacji i pomocy publicznej *umorzenia zobowiązań* finansowych dla szpitala wyniosły 5.255.175,00 zł., co znacząco poprawiło kondycję finansową jednostki.

DZIAŁANIA ZAKŁADU MAJĄCE NA CELU POPRAWĘ SYTUACJI EKONOMICZNEJ

1. Termomodernizacja budynków Szpitala

Zadanie inwestycyjne polegające na termomodernizacji budynków Szpitala było prowadzone od połowy 2003 roku. Koszt inwestycji- według opracowanego audytu energetycznego wyniósł około 3.300.000,00 zł.

W wyniku pozyskania dotacji w kwocie 1.950.000,00 zł. z Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Warszawie, Wojewódzki Szpital Zespolony przeprowadził szereg robót, z których najważniejsze to:

- a. wymiana okien we wszystkich pawilonach na energooszczędne,
- b. modernizacja węzła cieplnego,
- c. ocieplenie budynków Szpitala,
- d. modernizacja rozdzielacza w pawilonach A,B,C,D,E i stomatologii oraz inne drobniejsze prace, składające się na całość inwestycji.

Na dokończenie termomodernizacji Wojewódzki Szpital Zespolony uzyskał również pożyczkę z Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej na kwotę 838.000,00 zł. Inwestycja została zakończona w 2005 roku.

W wyniku termomodernizacji osiągnięto efekt ekologiczny, polegający na:

- a. zmniejszeniu emisji zanieczyszczeń do powietrza: dwutlenku siarki, dwutlenku azotu, pyłu tlenku węgla, dwutlenku węgla,
- b. oraz zmniejszeniu zużycia energii o 1330 MWh/rok.

Roczne oszczędności z tytułu termomodernizacji wyniosły (zgodnie z audytem) 93.226,00 zł.

2. Wyzierżawienie ośrodka wypoczynkowego „Bałtyk” w Grzybowie

Ośrodek zlokalizowany w Grzybowie przy ul. Nadmorskiej 63 (województwo zachodniopomorskie) został wydzierżawiony podmiotowi wyłonionemu w drodze postępowania konkursowego.

Głównym powodem wydzierżawienia ośrodka (budynek 2-kondygnacyjny, nie podpiwniczony, 30-letni) były:

- a. wysokie koszty jego utrzymania,
- b. malejąca z roku na rok ilość pracowników Szpitala zainteresowanych wypoczynkiem w ośrodku.

W wyniku podpisanej umowy dzierżawy Szpital uzyskał:

- wpływy do kasy z tytułu czynszu dzierżawnego- czynsz roczny wynosi 40.000,00 zł. + VAT,
- pracownicy Szpitala mogą korzystać z wypoczynku w ośrodku nie tylko w okresie letnim (tak jak dotychczas), ale i poza sezonem.

Umowa została zawarta na czas nieoznaczony.

3. Modernizacja oddziału neurologicznego w celu utworzenia pododdziału udarowego

Zmodernizowany został odcinek oddziału neurologicznego WSZ w celu przystosowania go do potrzeb chorych na choroby naczyń mózgowych, o łącznej powierzchni 309,74m². W wyniku modernizacji powstał 6-lóżkowy pododdział udarowy, zlokalizowany w trzech salach 2-lóżkowych, nadzorowanych z wydzielonych stanowisk pielęgniarских.

Modernizacja oddziału neurologicznego w celu utworzenia pododdziału leczenia udarów wynikała z faktu pełniejszej diagnostyki i specjalistycznego leczenia pacjentów z udarami, ale także z czysto ekonomicznego względu.

W katalogu świadczeń zdrowotnych wydanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia leczenie udarów mózgu ma wysoką wartość punktową wśród ogółu schorzeń podlegających hospitalizacji. I tak:

- a) udar mózgu-diagnostyka podstawowa, leczenie - 180 punktów,
- b) udar mózgu-diagnostyka i leczenie w oddziale udarowym - 600 punktów.

Aspekt ekonomiczny wynikający ze zróżnicowania wyceny za hospitalizację w pododdziale udarowym jest więc niewątpliwy. Dodatkowo wiąże się on docelowo ze zmniejszeniem ilości powikłań (zapalenie płuc, infekcje dróg moczowych, powikłania zakrzepowe, odleżyny), wymagających często z kosztownego leczenia i przedłużonego okresu hospitalizacji.

4. Modernizacja oddziału położniczo-ginekologicznego

Celem przedsięwzięcia było przystosowanie oddziału położniczo-ginekologicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego do wymogów zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22.06.2005 r., w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia oraz urządzenia zakładów opieki zdrowotnej, a także zapobieżenie zamknięcia oddziału położniczego przez Sanepid i utrzymanie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Działanie powyższe spowodowały poprawę:

- a) jakości opieki medycznej,
 - b) stanu bezpieczeństwa pacjentek i personelu,
 - c) wizerunku placówki w oczach pacjentek i ich rodzin,
 - d) organizacji i warunków pracy personelu,
- a ponadto:
- a) dostosowanie oddziału do zaleceń Powiatowego Inspektora Sanitarnego,
 - b) dostosowanie oddziału do potrzeb mieszkańców regionu,
 - c) zmniejszenie wskaźnika umieralności pacjentek i ich nowonarodzonych dzieci,
 - d) zapewnienie warunków wykonywania wysokojakościowych usług medycznych przez okres kilkunastu najbliższych lat,
 - e) zmniejszenie zagrożenia wystąpienia zakażeń szpitalnych,
 - f) pełną realizację reżimu sanitarnego,
 - g) możliwość negocjowania korzystniejszych kontraktów z NFZ,
 - h) możliwość ubiegania się o akredytację dla celów szkolenia lekarzy specjalizujących się w zakresie ginekologii i położnictwa.

Zmodernizowanie oddziału pozwoliło na zwiększenie liczby łóżek o 17, co spowodowało rozgęszczenie pacjentek na oddziale, zwiększając jednocześnie komfort pobytu.

5. Zmiana planów taryfowych

W wyniku podpisanej z Telekomunikacją Polską S.A. umowy w sprawie zmiany planów taryfowych Szpital obniżył koszty rozmów telefonicznych poprzez :

- a) zmianę naliczania minutowego rozmów na sekundowe,
- b) obniżenie kwoty za abonament telefoniczny.

Koszty połączeń telefonicznych obniżyły się o około 20-25% rocznie.

6. Budżetowanie

Celem przedsięwzięcia było racjonalne wykorzystanie zasobów przez wyeliminowanie kosztów nieuzasadnionych. Przedsięwzięcie to polegało na planowaniu działalności i pozostawieniu jedynie uzasadnionych jej kosztów.

Podstawowym elementem budżetowania jest przydzielanie poszczególnym ośrodkom budżetów (przychodów i kosztów z podziałem na koszty zależne i niezależne). Konsekwencją tego przedsięwzięcia było wprowadzenie systemu rozliczeń wewnętrznych (opracowanie cenników wewnętrznych) w celu mobilizowania kierowników ośrodków do racjonalnego zarządzania przydzielonymi środkami finansowymi.

Pozwoliło na utrzymanie dyscypliny finansowej, analizę przyczyn odchyleń i podjęcie działań korygujących. Budżetowanie stworzyło warunki do racjonalizacji struktur i działań, łącznie z rozliczaniem i oceną kierowników poszczególnych jednostek organizacyjnych.

PROJEKTY MODERNIZACYJNE PLANOWANE PRZEZ SZPITAL W 2005 ROKU A MAJĄCE NA CELU POPRAWĘ SYTUACJI FINANSOWEJ I ORGANIZACYJNEJ

Wojewódzki Szpital Zespolony przygotowując program naprawczy w czerwcu 2005 roku miał na uwadze dostosowanie działań restrukturyzacyjnych do ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 roku o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W tym celu planowano modernizację infrastruktury szpitalnej dotyczącej sfery realizacji usług medycznych. Ponadto określono źródła środków pieniężnych na realizację restrukturyzacji finansowej.

1. Modernizacja Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie jest usytuowany na parterze pawilonu B. Zajmuje powierzchnię 124,30 m². Posiada 4 stanowiska intensywnego nadzoru. W tej wielkości szpitalu liczba łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii powinna stanowić 2-5% ogólnej liczby łóżek w szpitalu- zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 22.06.2005 r. (Dz. U. nr 116, poz. 985).

W związku z powyższym zaplanowano rozbudowę oddziału o kolejne 4 łóżka intensywnego nadzoru oraz zakup specjalistycznej aparatury medycznej.

2. Modernizacja bloku operacyjnego

Znajdujący się na trzecim piętrze zespół operacyjny, wybudowany w latach pięćdziesiątych nie odpowiada współczesnym wymogom stawianym przed obiektami służby zdrowia. Podstawowym mankamentem zespołu składającego się z czterech sal operacyjnych jest:

- a) brak śluz,
- b) brak podziału na część brudną i czystą,
- c) brak klimatyzacji.

Ponadto stan techniczny, a zwłaszcza stan istniejących instalacji określić należy jako bardzo zły. Efekty :

- a) zmniejszenie zatrudnienia personelu średniego,
- b) dostosowanie bloku operacyjnego do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.06.2005 roku w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia oraz urządzenia zakładów opieki zdrowotnej.

3. Wyzierżawienie wolnych pomieszczeń na działalność z zakresu promocji i ochrony zdrowia

W czerwcu 2003 roku Wojewódzki Szpital Zespolony wystąpił do marszałka Województwa Śląskiego z prośbą o wydzierżawienie pomieszczeń po pralni szpitalnej. Po uzyskaniu w dniu 04.11.2003 roku zgody od organu założycielskiego na wydzierżawienie pomieszczeń po pralni na prowadzenie działalności z zakresu ochrony i promocji zdrowia (Uchwała Zarządu Województwa Śląskiego nr 1507/93/II/ 2003) zostały podjęte następne kroki zmierzające do sfinalizowania sprawy i podpisania umowy dzierżawy.

Pralnia o powierzchni 447 m² nie jest wykorzystywana dla swojej profilowej działalności od sierpnia 1997 roku. Szpital ponosi z tego tytułu koszty stałe, które szacowane są na poziomie ponad 4.000,00 zł (cztery tysiące zł) rocznie.

Składają się na nie następujące wielkości :

- energia cieplna 3.446,40 zł.
- podatek od nieruchomości 952,83 zł.

Do powyższych kosztów należy doliczyć także koszty amortyzacji budynku oraz nieużywanego sprzętu piorącego, który jest kosztem, a nie jest wydatkiem.

Z tytułu dzierżawy pomieszczeń WSZ przewiduje następujące wpływy i korzyści :

- a) comiesięczne środki finansowe z tytułu opłat czynszowych za dzierżawione pomieszczenia. Zakładano, że dzierżawca będzie uiszczał następujące opłaty na rzecz wydzierżawiającego:
 - czynsz dzierżawny w wysokości 25,00 zł. (dwadzieścia pięć zł) za jeden m² powierzchni, powiększone o należny podatek VAT (rocznie ok. 14 tys. zł.);
 - dzierżawca zostanie zobowiązany do ponoszenia opłat eksploatacyjnych oraz podatków i ciężarów związanych z przedmiotem dzierżawy, a w szczególności opłat za energię elektryczną, wodę, co, odprowadzenie nieczystości;
- b) przeprowadzenie generalnego remontu przez dzierżawcę nieużywanych obecnie pomieszczeń.

4. Rozbudowa oddziału psychiatrycznego

Cel przedsięwzięcia to zwiększenie liczby łóżek o 15, poprawa jakości opieki medycznej i przystosowanie oddziału psychiatrycznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego do wymogów zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22.06.2005 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia oraz urządzenia zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 116 poz. 985 z dnia 29.06.2005 r.)

Oddział Psychiatryczny Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego jest jedynym oddziałem psychiatrycznym w regionie częstochowskim. Jest usytuowany na parterze pawilonu C, zajmując powierzchnię 643 m². Po modernizacji oddział psychiatryczny będzie miał powierzchnię ogólną 1040 m². W wyniku modernizacji oddziału nastąpi:

- poprawa jakości opieki medycznej,
- poprawa stanu bezpieczeństwa pacjentów,
- poprawa organizacji i warunków pracy personelu,
- dostosowanie oddziału dla potrzeb mieszkańców regionu,
- zwiększenie kontraktu z NFZ.

Zmodernizowanie oddziału psychiatrycznego pozwoliłoby na zwiększenie liczby łóżek rzeczywistych o 15, co spowodowałoby rozgęszczenie pacjentów w oddziale, hospitalizowanie ich większej liczby oraz zwiększenie wysokości kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Na przeprowadzenie projektowanych zmian w ramach programu restrukturyzacyjnego Wojewódzki Szpital Zespołowy wystąpił o :

- otrzymanie pożyczki z budżetu państwa w wysokości 5.520.407, 31 zł. oprocentowanej w wysokości 3% na 10 lat,
- umorzenie zobowiązania publiczno- prawnego wobec PFRON w należności głównej w wysokości 178.124, 56 zł. wraz z odsetkami,
- umorzenie zobowiązania publiczno- prawnego wobec ZUS z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne w części finansowanej przez pracodawcę oraz na Fundusz Pracy, z wyjątkiem składek na ubezpieczenie emerytalne w wysokości 3.822.028, 00 złotych.

Otrzymana pożyczka pozwoliłaby spłacić zadłużenie wobec pracowników z tytułu części nie zrealizowanej ustawy „203” oraz spłacić zobowiązania cywilno- prawne na 31.12.2004 rok znane na dzień 30.06.2005 roku.

Należy postawić pytanie- dlaczego Wojewódzki Szpital Zespołowy mimo relatywnie nie tak złej sytuacji finansowej w porównaniu do pozostałych częstochowskich szpitali, ciągle nie jest pewien swej przyszłości i roli, jaką ma spełniać w lecznictwie stacjonarnym w północnej części województwa śląskiego.

Już w sierpniu 2000 roku Rada Miasta Częstochowy deklarowała wolę przejęcia od Urzędu Marszałkowskiego WSZ, ale bez zobowiązań finansowych.

Urząd Marszałkowski Szpitala nie oddłużył (bo nie miał takich możliwości finansowych i jednocześnie nie chciano robić precedensu), mimo że samorząd częstochowski chciał

uzupełnić swoją bazę leczenia zamkniętego o szpital posiadający drugi stopień referencyjności, a takim właśnie był Wojewódzki Szpital Zespolony.

Z kolei w marcu 2005 roku władze miasta Częstochowy wystąpiły do marszałka województwa śląskiego z wnioskiem o przejęcie Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego z długami, na co tym razem nie było zgody ze strony Urzędu Marszałkowskiego.

Przejęcie szpitala na Tysiącleciu argumentowano zapisami reformy opieki zdrowotnej z 1998 roku, która podzieliła szpitale według stopnia referencyjności. W Częstochowie podstawową opiekę zdrowotną świadczą „szpitale miejskie” o pierwszym stopniu referencyjności, a specjalistyczną „szpitale marszałkowskie” (drugi stopień referencyjności).

Według Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta ten podział i zakwalifikowanie Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego do szpitali o drugim stopniu referencyjności nie ma logicznego uzasadnienia, gdyż szpital Tysiąclecie świadczy te same usługi co miejskie lecznice.

Urząd Miasta stwierdzał, by w tych szpitalach zorganizować taką opiekę zdrowotną, która będzie odpowiadała mieszkańcom Częstochowy, zarządzaną przez jednego gospodarza i mającą uzasadnienie ekonomiczne. Natomiast mieszkańcy Częstochowy pytani w sondzie ulicznej, który woleliby organ założycielski (Urząd Miasta czy Urząd Marszałkowski) odpowiadali, że jest to sprawa drugorzędna, a najważniejsza jest dostępność do usług medycznych i ich jakość. Kolejne „zawirowania” co do dalszych losów Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego miały miejsce w lipcu 2007 roku.

W wyniku strajków płacowych białego personelu oraz składaniem wypowiedzeń z pracy przez większość lekarzy ówczesny wicemarszałek województwa śląskiego odpowiedzialny za służbę zdrowia, przedstawił propozycję najpierw całkowitej likwidacji szpitala, a później ją zweryfikował mówiąc o konieczności połączenia dwóch szpitali wojewódzkich z zastrzeżeniem, że *Tysiąclecie będzie swoistym zapleczem dla szpitala na Parkitce, posiadając jedynie oddziały o charakterze zachowawczym i opieki długoterminowej, a pozostałe tzw. ostre zabiegowe miały być przeniesione do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego.*

Po zmianie składu Zarządu województwa śląskiego (styczeń 2008 rok) zrezygnowano z pomysłu łączenia szpitali, natomiast stwierdzono, że prace nad restrukturyzacją częstochowskich placówek prowadzi powołany w tym celu specjalny zespół, w skład którego wchodzi pracownicy Urzędu Marszałkowskiego i szpitali oraz niezależni eksperci z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Z pewnością w dokumencie znajdują się sugestie o utworzeniu w szpitalu na Tysiącleciu oddziałów o charakterze opieki

długoterminowej, celem poszerzenia spektrum świadczonych usług medycznych dla mieszkańców subregionu częstochowskiego.

Obecnie w szpitalu na Tysiącleciu praktycznie nie funkcjonują dwa oddziały, tj.: urologia i ortopedia. Stało się tak z powodu wypowiedzeń z pracy, jakie złożyli lekarze z tych oddziałów. Domagali się wyższych pensji, na co zgody nie było ze strony dyrekcji szpitala. Okulistyka to kolejny oddział, który nie realizuje w pełni kontraktu. Jest bardzo prawdopodobne, że podzieli los dwóch wcześniej wymienionych (urologii i ortopedii).

„Gazeta Wyborcza” 19.07.2007 roku w tytule artykułu napisała...”Szpital przy ul. PCK niepotrzebny?”. Dlaczego w takim razie pojawiają się tego rodzaju opinie? Tezę bardzo prawdopodobną jest stwierdzenie, że szpital na Tysiącleciu przez ostatnich kilka lat nie zdołał na tyle się zrestrukturyzować pod względem operacyjnym i organizacyjnym (np. utworzenie takich oddziałów, których brakuje na rynku usług medycznych w Częstochowie, czy też przeprofilowanie oddziałów już istniejących w porozumieniu z innymi szpitalami) i w związku z brakiem wsparcia ze strony organu założycielskiego, który preferuje drugi ze szpitali marszałkowskich, tj. Parkitkę - pozostał sam ze swoimi problemami i kłopotami. Ponadto, duża część personelu medycznego (w tym głównie lekarze), nie była zadowolona ze swoich wynagrodzeń (system zmianowy, a nie dyżurowy) i stąd wypowiedzenia z pracy tych lekarzy, którzy mogą znaleźć zatrudnienie w innym miejscu za znacznie wyższe wynagrodzenie. Należy nadmienić, że za jeden dyżur świąteczny lekarz otrzymuje kwotę od 2000 zł do 2400 zł. brutto (takie stawki są w szpitalu na Parkitce).

Również nie należy zapominać, że kiedy powstawał Wojewódzki Szpital Specjalistyczny na Parkitce, ówcześni decydenci planowali zlikwidowanie dwóch, a na pewno jednego szpitala miejskiego. Jak wiadomo, do takiej sytuacji nie doszło.

Szpital miejski ma swój własny pomysł na restrukturyzację (przekształcenie w spółkę prawa handlowego); wcześniej przeprowadzono wiele modernizacji i inwestycji (ostatnio chociażby wybudowanie bardzo nowoczesnego bloku operacyjnego) i dlatego okazało się, że to właśnie szpital na Tysiącleciu jest tym najsłabszym ogniwem w częstochowskim lecnictwie stacjonarnym - Szpitalem, który czeka na nadanie nowej tożsamości i misji.

ROZDZIAŁ VIII

PROPONOWANE KIERUNKI ZMIAN I ROZWOJU STACJONARNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W REGIONIE CZĘSTOCHOWSKIM

System organizowania i finansowania ochrony zdrowia należy do najbardziej skomplikowanych obszarów usług społecznych. W zasadzie nieograniczone potrzeby zdrowotne zderzają się z bardzo ograniczonymi możliwościami ekonomicznymi ich zaspokojenia, zaś żądania równego dostępu do wszystkich świadczeń zderzają się z niewydolnością finansową publicznych płatników.

Ekspertyz dotyczących stanu zorganizowania opieki zdrowotnej na terenie Częstochowy było w ostatnich latach kilka, przedstawianych z pozycji interesów miasta i województwa. Poniżej zostaną przedstawione omówienia niektórych z nich.

8.1. Ekspertyza Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie. Lipiec 1998 rok

1. Stan zorganizowania systemu opieki zdrowotnej na terenie miasta Częstochowy.

Usługi zdrowotne na terenie miasta świadczyły w tamtym okresie następujące publiczne zakłady opieki zdrowotnej:

- Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1 (na bazie Szpitala im. dr L. Rydygiera),
- Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 2 (na bazie Szpitala im. dr W. Biegańskiego),
- Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 3 (na bazie Szpitala im. dr T. Chałubińskiego),
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny,
- Wojewódzki Szpital Zespolony,
- Specjalistyczny Przemysłowy ZOZ (w oparciu o Szpital Hutniczy),
- Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego,
- Obwód Lecznictwa Kolejowego,
- Szpital MSWiA.

W zespołach opieki zdrowotnej funkcjonowały przychodnie i ośrodki zdrowia oraz szpitale ogólne dysponujące oddziałami podstawowymi i specjalistycznymi.

Świadczenia wysokospecjalistyczne są zapewniane przez:

- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny,
- Wojewódzki Szpital Zespolony.

Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1 oraz Wojewódzki Szpital Specjalistyczny (W.Sz.S.) i Wojewódzki Szpital Zespolony (W.Sz.Z.) były placówkami, dla których organem założycielskim był Wojewoda Częstochowski.

Od stycznia 1996 roku na mocy „Ustawy o dużych miastach” samorząd gminy Częstochowa przejął kompetencje należące do organu, który zakład utworzył, a więc w odniesieniu do ZOZ Nr 2 i Nr 3.

2. Pożądane kierunki zmian systemu opieki stacjonarnej.

Według autorów ekspertyzy stan zorganizowania opieki zdrowotnej w tamtym okresie był niezadowolający i powinien ulec zmianie w celu usunięcia istniejących głównych nieprawidłowości i dysfunkcji, które były następujące:

- funkcjonowanie 3 zespołów opieki zdrowotnej należących do 2 organów założycielskich, co doprowadziło do bardzo niekorzystnej sytuacji braku odpowiedzialności Samorządu Gminy Częstochowa za całość opieki zdrowotnej w mieście,
- nadmiar łóżek szpitalnych opieki krótkoterminowej w 6 szpitalach zlokalizowanych na terenie miasta,
- poważny deficyt łóżek opieki długoterminowej o profilu rehabilitacyjnym i łóżek opieki paliatywnej,
- brak zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych,
- minimalne zapoczątkowanie procesu przekształceń w podstawowej opiece zdrowotnej.

Opieka stacjonarna – kierunki zmian.

W Szpitalach na większości oddziałów obserwowano nadmiar łóżek szpitalnych (w porównaniu do kierunkowych wskaźników resortowej koncepcji restrukturyzacji szpitali), poza odczuwanym deficytem łóżek kardiologicznych i psychiatrycznych.

Nadmiar ten był najwyższy w takich specjalnościach, jak: chirurgia urazowo – ortopedyczna, neurologia, gruźlica i chorób płuc, dermatologia, okulistyka, laryngologia, chirurgia dziecięca i urologia.

W większości w/w specjalności wskaźnik łóżek opieki krótkoterminowej w Częstochowie dwukrotnie przekraczał pożądany wskaźnik dla kraju.

Główną przyczyną tego niekorzystnego zjawiska był fakt, iż po wybudowaniu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nie dokonano gruntownej rekonstrukcji struktur pozostałych szpitali w Częstochowie, uwzględniającej przeprofilowanie przynajmniej jednego ze szpitali na szpital opieki długoterminowej o profilu rehabilitacyjnym.

Szpitałem, który dla tych celów w pierwszej kolejności powinien być wzięty pod uwagę jest szpital ZOZ nr 1 (pawilonowa zabudowa usytuowana w parku). W szpitalu tym powinny funkcjonować oddziały rehabilitacyjne oraz inne zachowawcze np. psychiatria, dermatologia, reumatologia, geriatra itp. *Niestety, poniesione w ostatnich 6 latach nakłady w tym szpitalu na modernizację sal operacyjnych oraz sterylizacji stawiają obecnie pod znakiem zapytania opłacalność tak gruntownej zmiany funkcji tego szpitala.*

Generalnie jednym z istotnych celów niezbędnej restrukturyzacji szpitali w Częstochowie powinno być dążenie do lokalizowania w pierwszej kolejności wszystkich oddziałów o profilu zabiegowym oraz oddziałów wymagających wysokospecjalistycznej diagnostyki w dwóch szpitalach wojewódzkich.

W tym kontekście nie ma uzasadnienia dla dalszego funkcjonowania oddziału reumatologicznego oraz oddziału opieki paliatywnej (tzw. oddziału onkologicznego) w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym.

Nie ma również potrzeby budowania przy tym szpitalu pawilonu onkologicznego z radioterapią, która dla mieszkańców Częstochowy zabezpieczona jest w regionalnym centrum w Gliwicach. Natomiast jeden z oddziałów chirurgicznych w Częstochowie powinien się specjalizować w zagadnieniach chirurgii onkologicznej. Istnieje również potrzeba dla organizacji dziennego oddziału chemioterapii dla chorych z powodu schorzeń nowotworowych.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym potrzebą chwili jest jak najszybsze uruchomienie gotowego pawilonu pediatricznego poprzez organizację w nim oddziału dziecięcego i chirurgii dziecięcej z pododdziałem dziennym.

Łącznie z już istniejącym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, pawilon ten zapewni nowoczesne warunki do kompleksowego leczenia dzieci. Ma to oczywiście bezpośredni związek z potrzebą równoległej likwidacji oddziału dziecięcego w szpitalu ZOZ Nr 3 oraz oddziału chirurgii dziecięcej w szpitalu ZOZ Nr 1. *Likwidację należy rozumieć jako przeniesienie tych oddziałów.*

Wojewódzki Szpital Zespolony powinien jak najszybciej o połowę zmniejszyć obecny stan łóżek o profilu obserwacyjno- zakaźnym. Przy dążeniu w kraju do wykorzystania łóżek opieki krótkoterminowej w skali roku na poziomie 80% - obecne wykorzystanie 23,3% jest aż nadto wymowne.

W obu wojewódzkich szpitalach powinny jak najszybciej powstać dzienne oddziały o profilu zabiegowym (każdy na około 10-12 miejsc/łóżek).

Rozpatrując problematykę szpitali wojewódzkich należy mieć na uwadze bliski, nowy podział administracyjny kraju. Dla miasta Częstochowy są możliwe dwa scenariusze. Jeden z nich to włączenie obecnego województwa do woj. katowickiego, a drugi to utrzymanie województwa w połączeniu z woj. kieleckim. Ma to swoje odniesienie w stosunku do w/w dwóch szpitali wojewódzkich.

W obu scenariuszach Częstochowa prawdopodobnie otrzyma jeden szpital o statusie wojewódzkim (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny), który wejdzie w skład sieci szpitali wojewódzkich województwa katowickiego lub województwa „staropolskiego”.

Pozostałe szpitale (w tym Wojewódzki Szpital Zespolony) będą prawdopodobnie szpitalami miejskimi oraz szpitalami powiatów grodzkiego i ziemskiego. Fakty te będą miały również wpływ na zmianę dotychczasowych organów założycielskich tych szpitali. W każdym jednakże wariancie racjonalizacja istniejącego potencjału łóżek opieki krótkoterminowej powinna nastąpić jak najszybciej.

Szpital ZOZ Nr 1 po rozwiązaniu dotychczasowej struktury Zespołu Opieki Zdrowotnej i przekazaniu opieki podstawowej do samorządu (pomimo uwarunkowań wspomnianych wyżej), powinien stopniowo ulegać rekonstrukcji w kierunku organizacji kolejnych oddziałów o charakterze opieki długoterminowej. Oddział taki można w pierwszej kolejności zorganizować po oddziale chirurgii dziecięcej (po przeniesieniu obecnego

oddziału do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego) i stopniowo po oddziale chirurgii urazowej, oddziale urologicznym i laryngologicznym. Nie ma również żadnego uzasadnienia do funkcjonowania w tym szpitalu drogiego oddziału anestezjologii i intensywnej terapii w sytuacji, gdy oddziały takie funkcjonują w obu obecnych szpitalach wojewódzkich, zapewniając w pełni istniejące potrzeby.

W szpitalu ZOZ Nr 2, funkcjonowanie rynku w opiece zdrowotnej (po wejściu w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym) również wymusi stopniowe przeprofilowanie niektórych oddziałów na oddziały o charakterze długoterminowym, paliatywnym itp. W pierwszej kolejności powinno to dotyczyć oddziału położniczo-ginekologicznego (37 łóżek ginekologicznych wykorzystanych w 27,7% w skali roku.!!!).

Szpital ZOZ Nr 3, zyska wolne miejsce po oddziale dziecięcym (przeniesionym do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego), które będzie mógł wykorzystać dla potrzeb oddziału rehabilitacji o profilu pulmonologicznym. W konsekwencji tych działań oddział w Pławnie będzie można przekształcić w zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

Trzeba wyraźnie podkreślić, iż w nowym systemie rynku usług zdrowotnych odchodzi się od potrzeby posiadania tzw. "własnych" szpitali, finansowanych przez organy założycielskie (szpitale wojewody, szpitale samorządowe itp.).

W imieniu dotychczasowych organów, które utworzyły zakłady, instytucje powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych będą zakupywały świadczenia według poszczególnych ich rodzajów (krótko- i długoterminowe, dzienne, paliatywne, pielęgnacyjno-opiekuńcze itp.).

Kontrakty te będą zawierane bezpośrednio ze szpitalami, które będą musiały zapewnić wysoki poziom fachowy świadczeń (akredytacja szpitali) oraz dobre warunki pobytu chorych.

W tym kontekście istnieje małe prawdopodobieństwo zakupu świadczeń w oddziałach o niezadowalającym standardzie (np. obecny oddział chirurgii dziecięcej-pawilon jednopiętrowy w budynku bez windy).

W niniejszej analizie trudno do końca przesądzić potrzebę dalszego istnienia w Częstochowie dwóch oddziałów urologicznych, okulistycznych i laryngologicznych. Wyjaśni to w krótkim okresie czasu konkurencja rynkowa, która będzie miała miejsce po wprowadzeniu systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Oczywista jest natomiast potrzeba zrezygnowania w Częstochowie z dalszego finansowania jednego oddziału chirurgii urazowo- ortopedycznej (chyba, że oddział przeprofiluje się na oddział chirurgii onkologicznej) oraz jednego oddziału położniczo- ginekologicznego. Reasumując w wyniku w/w przedstawionych kierunków działań w krótkim czasie można w Częstochowie uruchomić przynajmniej 2 oddziały opieki długoterminowej (w Szpitalu ZOZ Nr 1 i Szpitalu ZOZ Nr 3). Niezbędne jest również dążenie do uruchomienia drugiego w mieście oddziału opieki paliatywnej, gdyż oddział istniejący w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym pokrywa zaledwie 40 % potrzeb. Potrzeby te będą stale narastać. Ogromny w mieście deficyt miejsc w zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych można będzie częściowo zmniejszyć poprzez przeznaczenie na ten cel budynku przy ul. Dąbrowskiego, wybudowanego pod potrzeby oddziału zakaźnego. W budynku tym można również zorganizować nowoczesne (na miarę XXI wieku) częstochowskie hospicjum. W celu przyspieszenia realizacji tego zamierzenia (na które jest obecnie największe zapotrzebowanie społeczne), proponuje się rozważenie możliwości przejęcia tego zadania od Wojewody przez Samorząd Gminy Częstochowy.

Powstaje pytanie – co z tych propozycji zostało zrealizowane ?

Po pierwsze – Szpital ZOZ nr 1 został przejęty przez gminę Częstochowa z jednoczesnym usamodzielnieniem przychodni zdrowotnych, co bardziej było realizacją wymogów ustawowych, niż aktywnością władz lokalnych.

Po drugie – w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym uruchomiono pawilon pediatryczny z oddziałem dziecięcym i chirurgii dziecięcej.

Po trzecie – w Szpitalu im. dr L. Rydygiera (d. Szpital ZOZ Nr 1) utworzono pierwszy w regionie Oddział Opieki Długoterminowej w miejsce zlikwidowanego Oddziału Chirurgii Dziecięcej.

Po czwarte – doszło do przeniesienia ze Szpitala im. dr W. Biegańskiego do Szpitala im dr L. Rydygiera Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej i ich połączenia w jeden oddział.

Po piąte – na rynku częstochowskich usług szpitalnych funkcjonuje tylko jeden oddział okulistyczny i jeden urologiczny, ale ze względu na braki kadrowe w obsłudze lekarskiej, a nie z powodu świadomych działań restrukturyzacyjnych organów założycielskich.

Można stwierdzić, że niewiele propozycji zostało sfinalizowanych, co nie znaczy, że w przyszłości jeszcze niektóre z nich nie będą aktualne i na tyle atrakcyjne, aby móc być zrealizowanymi.

8.2. Ekspertyza Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie. Listopad 1999 rok

We wstępie, autorzy piszą, że jedyną zrealizowaną decyzją od momentu dokonania pierwszej oceny, było uruchomienie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym stacjonarnego oddziału chirurgii dziecięcej oraz oddziału dziecięcego. Pozwoliło to na pełne uruchomienie pawilonu pediatrycznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym.

Autorzy opracowania ubolewają, że częstochowskie szpitale nie posiadają jednego organu założycielskiego, co może być istotną przeszkodą w realizacji pożądaných zamierzeń restrukturyzacyjnych.

1. Szpital im. dr L. Rydygiera – propozycje do realizacji.

Szpital powinien pilnie opracować szczegółowy program przekształceń, uwzględniający założenia równoległego funkcjonowania działalności opieki krótkoterminowej, dziennej i długoterminowej.

Oddział Laryngologii powinien zostać przeprofilowany w dzienny oddział o profilu zabiegowym, a Oddział Chirurgii Urazowej w oddział rehabilitacji narządu ruchu.

W miarę rozwoju oddziału „chirurgii jednego dnia” stopniowo powinna zostać ograniczona (aż do całkowitej likwidacji) działalność Oddziału Urologii, który powinien być przeniesiony do Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr W. Orłowskiego. Także do tego Szpitala powinna być przeniesiona laryngologia ze Szpitala im. dr L. Rydygiera.

Oddział Chirurgii Ogólnej powinien być profilowany w kierunku chirurgii onkologicznej.

W celu lepszego wykorzystania bloku operacyjnego przy Oddziale Chirurgii Ogólnej, powinno się rozważyć odpłatne, częściowe udostępnienie go niepublicznym, chirurgicznym zakładom opieki zdrowotnej.

W opracowaniu podkreślano, że nie ma uzasadnienia dla dalszego funkcjonowania w Szpitalu Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w postaci jednostki organizacyjnej OIOM (Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej). Potrzeby te, według autorów, są w pełni zapewnione przez analogiczne jednostki funkcjonujące w szpitalach wojewódzkich.

W szpitalu jednak należy pozostawić tzw. intensywny nadzór pooperacyjny.

Z uwagi na przyszłe przeprofilowanie chirurgii ogólnej w onkologiczną, w Szpitalu powinien funkcjonować również oddział opieki paliatywnej (np. przeniesiony z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego). Powinien on być uzupełniony o dzienny oddział chemioterapii.

W Szpitalu powinien również zostać uruchomiony kolejny w Częstochowie oddział psychiatrii wraz z dziennym oddziałem psychiatrycznym.

2. Szpital im. dr W. Biegańskiego – kierunki przekształceń.

Szpital powinien rozważyć przeprofilowanie oddziału Wewnętrznego w oddział Kardiologiczny.

Powinien powstać również oddział Rehabilitacyjny.

Z powodu niskiego wykorzystania łóżek w oddziałach:

- Chirurgii Ogólnej,
- Urazowo – Ortopedycznej,

konieczne jest zmniejszenie ich liczby. Uwaga ta również dotyczyła oddziału Ginekologiczno – Położniczego.

3. Szpital im. dr T. Chałubińskiego – propozycja zmian

Szpital również powinien opracować szczegółowy program przekształceń, uwzględniający założenie w przyszłości koncentracji działalności zakładu w całości na funkcji opieki długoterminowej. *Oddział Chorób Wewnętrznych (z powodu nadpodaży świadczeń w tej specjalności) powinien zostać przeprofilowany w oddział dla przewlekłe chorych z powodu schorzeń wewnętrznych.* Oddział dziecięcy może być przeprofilowany na oddział rehabilitacji narządu ruchu (np. dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym). Szpital powinien również utworzyć bezłóżkowy oddział rehabilitacji.

Z powodu niskiego wykorzystania łóżek w Oddziale Gruźlicy i Chorób Płuc oraz długiego okresu pobytu chorych w w/w oddziale, jak również w Oddziale Dermatologii, powinno się zmniejszyć liczbę łóżek w tych oddziałach. Uzyskaną powierzchnię można przeznaczyć na deficytowy w Częstochowie oddział opieki paliatywnej. W Szpitalu im. T. Chałubińskiego nie ma żadnej potrzeby dla dalszego utrzymywania oddziału zamiejscowego w Pławnie.

W sytuacji nadpodaży świadczeń w specjalności chorób płuc i gruźlicy oraz niekorzystnych warunków pobytu chorych w tym oddziale, powinno się jak najszybciej przekształcić obiekt w Pławnie w Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy dla którego organem założycielskim byłby samorząd gminy Gidle.

4. Wojewódzki Szpital Zespolony im. W. Orłowskiego – kierunki restrukturyzacyjne.

W Szpitalu występuje nadmierna liczba łóżek w oddziałach: Zakaźnym, Położniczo-Ginekologicznym, Chirurgii Ogólnej oraz Neurologicznym.

W aglomeracji częstochowskiej wystarczy funkcjonowanie jednego oddziału okulistycznego, który powinien być zlokalizowany w jednym ze szpitali wojewódzkich.

Oddział Laryngologii, traktowany jako przyszły jedyny tego rodzaju w Częstochowie, powinien posiadać nie mniej, niż 35 łóżek wraz z pododdziałem chirurgii szczękowej.

Podwojeniu wymaga liczba łóżek psychiatrycznych w Szpitalu.

Szpital powinien zmienić organ założycielski i stać się szpitalem podległym samorządowi częstochowskiemu. Ułatwiłoby to optymalizację zasobów w ścisłej korelacji z pozostałymi szpitalami samorządu miasta.

5. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny – kierunki zmian.

W Szpitalu obok specjalistycznych oddziałów krótkoterminowych zabiegowych, funkcjonują również takie oddziały, jak oddział „onkologiczny”, który w praktyce jest oddziałem opieki paliatywnej (przy jednoczesnym braku oddziału chirurgii onkologicznej w szpitalu), jak również reumatologiczny. Takie oddziały nie powinny funkcjonować w Szpitalu z tak bogatym zapleczem diagnostycznym i zabiegowym, gdyż ich charakter jest inny – typu zachowawczego.

W Szpitalu brakuje oddziału wewnętrznego, a nie jest to rozwiązanie właściwe i ze szkodą dla pacjentów. W oddziale Ginekologii i Położnictwa liczba zatrudnionych lekarzy (19-tu), dwukrotnie przekracza przewidywaną normę. Szpital nie posiada takich dziennych oddziałów jak: chirurgia jednego dnia, dzienny oddział szybkiej diagnostyki, dzienny oddział chemioterapii. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nie podjął próby stworzenia tzw. „naczyń połączonych” z pozostałymi zakładami opieki stacjonarnej na terenie miasta, w tym w szczególności z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym.

Nie jest również możliwe dalsze utrzymywanie sytuacji, w której Samorząd Miasta nie ma żadnego wpływu na zlokalizowany w mieście Szpital, w którym większość pacjentów (80-85%) to mieszkańcy miasta Częstochowy. Możliwe jest w tej sytuacji przyjęcie dwóch rozwiązań:

Jedno, najbardziej optymalne dotyczy przygotowania wniosku do Kancelarii Premiera o zmianę organu założycielskiego dla Szpitala (podobnie jak w przypadku WSzZ i przejęcie Szpitala przez Radę Miasta Częstochowy).

W drugim wariantcie konieczne jest zawarcie porozumienia między Prezydentem Miasta a Marszałkiem Sejmiku Województwa Śląskiego w sprawie zapewnienia niezbędnej współpracy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego z pozostałymi szpitalami na terenie miasta i umożliwienia opracowania jednego, spójnego programu optymalizacji opieki stacjonarnej w mieście Częstochowie.

PODSUMOWANIE

1. Z uwagi na pilną konieczność dokonania zasadniczej poprawy w zakresie zarządzania szpitalami w mieście Częstochowie proponuje się rozważenie dwóch wariantów:

I wariant: możliwość utworzenia wspólnej dyrekcji dla Szpitali im.: Rydygiera, Biegańskiego, Chałubińskiego.

II wariant: możliwość utworzenia wspólnej dyrekcji dla Szpitala im. Biegańskiego i Szpitala im. Rydygiera. Natomiast Szpital im. Chałubińskiego proponuje się przekształcić w szpital opieki długoterminowej i przygotować koncepcję jego prywatyzacji.

2. W celu zapewnienia możliwości zoptymalizowania funkcjonowania opieki stacjonarnej na terenie miasta, proponuje się przygotowanie wniosku do Kancelarii Premiera o zmianę organu założycielskiego dla Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego i przejęcie Szpitala przez Radę Miasta Częstochowy.

3. Konieczne jest również zawarcie porozumienia między Prezydentem Miasta, a Marszałkiem Sejmiku Województwa Śląskiego w sprawie zapewnienia niezbędnej współpracy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego z pozostałymi szpitalami na terenie miasta i umożliwienia opracowania jednego, spójnego programu optymalizacji opieki stacjonarnej w mieście Częstochowie.

Jaka jest realizacja przedstawionych propozycji?

- W Szpitalu im. dr L. Rydygiera rozszerzono działalność chirurgii ogólnej o chirurgię onkologiczną.
- Po wybudowaniu bloku operacyjnego i przekształceniu Miejskiego Szpitala Zespólnego w spółkę prawa handlowego o nazwie „Miejskie Centrum Zdrowia” sp. z o.o., sale operacyjne będą również wynajmowane podmiotom niepublicznym.
- W Szpitalu im. dr Wł. Biegańskiego wynajęto powierzchnię dla kardiologicznego, niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej.
- Również w Szpitalu im. dr W. Biegańskiego oddano do użytku Oddział Rehabilitacyjny.

- Chirurgia Ogólna ze Szpitala im. dr Wł. Biegańskiego została przeniesiona do Szpitala im. dr L. Rydygiera (powstał jeden oddział chirurgii ogólnej).
- Oddział Opieki Długoterminowej ze Szpitala im. dr L. Rydygiera przeniesiono do Szpitala im. T. Chałubińskiego.
- Obiekt w Pławnie przejął samorząd gminy Gidle.
- W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym otwarto pododdział chemioterapii dziennej w ramach Oddziału Onkologii.

Celem poprawy zarządzania szpitalami miejskimi utworzono wspólną dyrekcję dla tych szpitali, w wyniku czego powstał Zespół Szpitali Miejskich.

8.3. Propozycja restrukturyzacji leczenia stacjonarnego miasta Częstochowy opracowana przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Częstochowie. Rok 2000

Według zespołu eksperckiego z W.Sz.Z. problemem szpitali częstochowskich nie jest ich liczba, lecz zagęszczenie łóżek w szpitalach oraz nieprawidłowa struktura łóżek opieki krótko – i długoterminowej. Jednoznacznie istnieje potrzeba zmniejszenia liczby łóżek opieki krótkoterminowej.

Potencjał łóżek szpitalnych o charakterze opieki długoterminowej wydaje się być niewystarczający, gdyż istnieją stałe problemy ze znalezieniem miejsca dla tej grupy pacjentów.

I. Aktualna sytuacja stacjonarnej opieki medycznej na terenie Miasta Częstochowy i Powiatu Częstochowskiego.

Na terenie Miasta Częstochowy i Powiatu Częstochowskiego funkcjonuje siedem szpitali. Dla trzech organem założycielskim jest Rada Miasta Częstochowy, dla trzech - Zarząd Sejmiku Województwa Śląskiego, dla jednego - Rada Powiatu.

Wykaz szpitali:

1.Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Marii Panny	liczba łóżek 581
2.Szpital Hutniczy	liczba łóżek 69
3.Wojewódzki Szpital Zespolony im. prof. W. Orłowskiego	liczba łóżek 611
4.Miejski Szpital im. dr L.Rydygiera	liczba łóżek 241
5.Miejski Szpital im. W. Biegańskiego	liczba łóżek 248
6.Miejski Szpital im. T. Chałubińskiego	liczba łóżek 272
7.Szpital im. R. Weigla w Blachowni	liczba łóżek 227

Razem liczba łóżek 2249

Średnie wykorzystanie łóżek w szpitalach waha się od 50% do 80%. Wyższe wykorzystanie łóżek jest odnotowywane w oddziałach opieki długoterminowej, w oddziałach neurologii, w oddziałach wewnętrznych, w oddziale chorób płuc i gruźlicy.

Restrukturyzacja stacjonarnej opieki zdrowotnej na terenie miasta i powiatu nie może być sumą restrukturyzacji poszczególnych szpitali. Musi być dokonana na podstawie wspólnych planów wszystkich organów założycielskich szpitali częstochowskich. Po upływie roku funkcjonowania reformy nie ma uzgodnionego planu restrukturyzacji.

Rada Miasta Częstochowy przygotowała plan restrukturyzacji zawierający kilka wariantów zmian. Zarząd Sejmiku Województwa Śląskiego, któremu podlegają trzy szpitale nie posiada własnego planu.

II. Propozycje zmian.

1. Zmiany w zakresie organów założycielskich dla poszczególnych szpitali

a) **Zarząd Sejmiku Województwa Śląskiego** byłby organem założycielskim dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, który jednocześnie włączyłby w swoją strukturę Szpital Hutniczy, będącym w rzeczywistości oddziałem wewnętrznym o profilu kardiologicznym.

b) **Rada Miasta Częstochowy** byłaby organem założycielskim dla:

- Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. prof. W. Orłowskiego.
- Miejskiego Szpitala im. dr L. Rydygiera.
- Miejskiego Szpitala im. W. Biegańskiego.
- Miejskiego Szpitala im. T. Chałubińskiego.

c) Rada Powiatu Częstochowskiego byłaby organem założycielskim dla Szpital im. R. Weigla w Blachowni.

2. Zmiany w zakresie profilu szpitali

a) *Wojewódzki Szpital Specjalistyczny* grupowałby oddziały o wąskich specjalnościach,

b) *Wojewódzki Szpital Zespołony* stanowiłby szpital wielospecjalistyczny, pełnoprofilowy,

c) *Miejski Szpital im. dr L. Rydygiera* stanowiłby szpital o profilu zabiegowym ze stacją ratownictwa medycznego,

d) *Miejski Szpital im. T. Chałubińskiego oraz Miejski Szpital im. W. Biegańskiego* byłyby szpitalami o profilu zachowawczym i rehabilitacyjnym, bez łóżek zabiegowych,

e) *Szpital im. R. Weigla w Blachowni* byłby szpitalem rejonowym prowadzącym podstawowe oddziały.

3. Zmiany w zakresie zarządzania szpitalami

Generalnie potrzebne jest umożliwienie dyrektorom szpitali podejmowania działań gospodarczych bez zbędnej procedury uzasadniania każdej decyzji finansowej z organem założycielskim. Nieefektywny wydaje się być pomysł tworzenia wspólnej Dyrekcji dla szpitali poszczególnych organów założycielskich.

III. Proponowana struktura szpitali, dla których organem założycielskim będzie Rada Miasta

1. Wojewódzki Szpital Zespolony im. prof. W. Orłowskiego - wykaz oddziałów.

- oddz. chirurgii ogólnej (z łózkami chirurgii jednego dnia dla dorosłych i dla dzieci),
- oddz. chirurgii urazowo-ortopedycznej,
- oddz. laryngologii (z włączonym oddziałem ze Szpitala im. L. Rydygiera),
- oddz. okulistyki,
- oddz. ginekologii (z włączonym oddziałem ze Szpitala im. W. Biegańskiego),
- oddz. położniczy (z włączonym oddziałem ze Szpitala im. W. Biegańskiego),
- oddz. wewnętrzny,
- oddz. neurologii (zmniejszony o połowę),
- oddz. dziecięcy (z włączonym oddziałem ze Szpitala im. T. Chałubińskiego),
- oddz. noworodków i wcześniaków (z włączonym oddziałem ze Szpitala im. Wł. Biegańskiego),
- oddz. zakaźny,
- oddz. opieki paliatywnej,
- oddz. nefrologii,
- OIOM,
- oddz. urologii (z włączonym oddziałem ze Szpitala im. L. Rydygiera),
- oddz. rehabilitacji (przeniesiony z Pajęczna).

2. Miejski Szpital im. dr L. Rydygiera - wykaz oddziałów

- oddz. chirurgii ogólnej,
- oddz. chirurgii urazowo-ortopedycznej,
- OIOM,
- oddz. wewnętrzny,
- oddz. rehabilitacji,
- stacja ratownictwa medycznego,

- oddział psychiatrii całodobowy i dzienny.

3. Miejski Szpital im. T. Chałubińskiego - wykaz oddziałów

- oddz. wewnętrzny,
- oddz. geriatryczny,
- oddz. dermatologii,
- oddz. gruźlicy i chorób płuc,
- oddz. opieki paliatywnej.

4. Miejski Szpital im. W. Biegańskiego - wykaz oddziałów

- oddz. wewnętrzny,
- oddz. geriatryczny,
- oddz. rehabilitacji,
- oddz. neurologii (powiększony o część oddziału Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego).

W propozycjach nie umieszczano liczby łóżek w poszczególnych oddziałach, ponieważ jest to wielkość wtórna wynikająca z wielkości kontraktu z Kasami Chorych. Należałoby raczej określić minimalną liczbę łóżek dla poszczególnych specjalizacji tak, aby nie było konieczności poszukiwania miejsc do leczenia poza terenem miasta z powodu braku łóżek.

IV. Propozycje zmian w zakresie zaplecza logistycznego szpitali, dla których organem założycielskim będzie Rada Miasta Częstochowy

Szpitala w większości posiadają własne:

- kotłownię,
- pralnie,
- kuchnie,
- zaplecze techniczne z warsztatami,
- magazyny,
- apteki,
- prosektoria,
- laboratoria,
- centralne sterylizatornie.

Propozycje zmian przewidują możliwość w maksymalnym zakresie szybkiej likwidacji działów obsługowych i zakupu tych świadczeń dla szpitali w zakładach już funkcjonujących na rynku. Dotyczy to głównie usług:

- pralniczych,
- usług w zakresie żywienia pacjentów,
- usług w zakresie obsługi techniczno-gospodarczej szpitali.

Centralna sterylizatornia mająca świadectwo dopuszczenia SANEPID funkcjonuje tylko w dwóch szpitalach: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wojewódzki Szpital Zespolony; w związku z tym należałoby pomyśleć o zakupie tej usługi przez szpitale nie posiadające sterylizatorni.

Powyższa propozycja w swych rozwiązaniach preferowała szpitale wojewódzkie, a szczególnie Wojewódzki Szpital Zespolony kosztem ograniczenia działalności szpitali miejskich i chociażby z tego powodu nigdy nie mogła doczekać się zgody na realizację ze strony Urzędu Miasta Częstochowy.

8.4. Stanowisko zespołu przedstawicieli organów założycielskich do spraw restrukturyzacji placówek leczenia stacjonarnego.

Maj 2003 roku

Zespół ds. restrukturyzacji składający się z Dyrektorów, Zastępców Dyrektorów ds. Lecznictwa szpitali miejskich, szpitala w Blachowni, przedstawiciela Dyrektora ds. Lecznictwa ZOZ MSWiA w Katowicach, przedstawicieli Urzędu Miasta Częstochowy, Urzędu Marszałkowskiego, Starostwa Powiatu Częstochowskiego pod przewodnictwem Zastępcy Prezydenta Miasta Częstochowy - wnioskował o dokonanie zmian w placówkach leczenia stacjonarnego celem zracjonalizowania wydatków i właściwego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców miasta Częstochowy i powiatu częstochowskiego.

Ustalono, że w aktualnej sytuacji ekonomicznej i demograficznej *niezbędne jest podjęcie działań zmierzających do łączenia jednoimiennych oddziałów tworząc silne ośrodki pod względem kadrowym i diagnostycznym nie przynoszące strat.*

Powyższą decyzję zespół podjął na podstawie analizy danych dotyczących liczby łóżek w poszczególnych oddziałach, procentowego ich wykorzystania, liczby wypisanych pacjentów z poszczególnych oddziałów, bazy kadrowej, realizacji kontraktu, sytuacji finansowej poszczególnych oddziałów przy uwzględnieniu potrzeb społecznych na dany rodzaj świadczenia stacjonarnego.

Przy analizie uwzględniono:

1. Zespół Szpitali Miejskich w Częstochowie (Miejski Szpital im. dr L. Rydygiera, Miejski Szpital im. dr W. Biegańskiego, Miejski Szpital im. dr T. Chałubińskiego),
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie,
3. Wojewódzki Szpital Zespolony im. W. Orłowskiego w Częstochowie,
4. Szpital Chorób Wewnętrznych „Hutniczy” w Częstochowie,
5. Zespół Opieki Zdrowotnej w Blachowni - Szpital im. dr R. Weigla,
6. Oddział Chorób Wewnętrznych MSWiA w Częstochowie.

Zespół roboczy proponował następujące kierunki zmian w zakresie leczenia stacjonarnego:

1. Oddział Chirurgii Ogólnej oraz Urazów Wielonarządowych - ogółem 5 oddziałów o łącznej liczbie łóżek 196 i wykorzystaniu 76,95%, w tym 1 Oddział Urazów Wielonarządowych.

Lokalizacja: Miejski Szpital im. dr L. Rydygiera, Miejski Szpital im. dr Wł. Biegańskiego, Wojewódzki Szpital Zespolony, Szpital im. dr Weigla, oddział urazów wielonarządowych - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny. Są to oddziały, które przynoszą największe straty.

Efekty ekonomiczne można uzyskać poprzez redukcję łóżek i scentralizowanie sprzętu medycznego oraz bardziej racjonalne wykorzystanie sal operacyjnych np. na dwie zmiany.

WNIOSEK - zredukowanie liczby oddziałów wraz z redukcją ilości łóżek oraz scentralizowanie bazy sprzętowej.

2. Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej - ogółem 5 oddziałów o łącznej liczbie łóżek 172 i wykorzystaniu 84,50%.

Lokalizacja: Miejski Szpital im. dr L. Rydygiera - 2 oddziały, Wojewódzki Szpital Zespolony, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Szpital im. dr Weigla nadpodaż usług. Duże koszty generowane przez wysokospecjalistyczne procedury.

WNIOSEK - połączenie oddziałów dla lepszego wykorzystania posiadanego potencjału sprzętowego.

3. Oddział Pediatrii - ogółem 4 oddziały o łącznej liczbie łóżek 123 i wykorzystaniu 50,00%.

Lokalizacja: Miejski Szpital im. dr T. Chałubińskiego, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wojewódzki Szpital Zespolony, Szpital im. dr Weigla. Niski wskaźnik wykorzystania łóżek, zbyt duża obsada kadrowa. Uwzględniając sezonowość zachorowań należy dążyć do 65 % wykorzystania łóżek przy min. 700 hospitalizacjach rocznie.

WNIOSEK - likwidacja jednego oddziału oraz redukcja łóżek pediatrycznych w pozostałych oddziałach.

4. Oddział Otolaryngologii z Chirurgią Szczękową - ogółem 2 oddziały o łącznej liczbie łóżek 46 i wykorzystaniu 69,90%, w tym 1 pododdział chirurgii szczękowej.

Lokalizacja: Miejski Szpital im. dr L. Rydygiera, Wojewódzki Szpital Zespolony (pododdział chirurgii szczękowej).

Oddziały nie bilansujące się. Bilansuje się jedynie chirurgia szczękowa.

WNIOSEK - połączenie dwóch oddziałów i utworzenie 1 silnego oddziału na terenie miasta pod jednym zarządem.

5. Oddział Urologii - ogółem 2 oddziały o łącznej liczbie łóżek 71 i wykorzystaniu 64,05%.

Lokalizacja: Miejski Szpital im. dr L. Rydygiera, Wojewódzki Szpital Zespolony.

Oddziały nie bilansujące się. Wymagany zakup kosztownego specjalistycznego sprzętu.

WNIOSEK - rozważyć możliwość połączenia oddziałów i utworzenia 1 oddziału z maksymalną liczbą łóżek do 60.

6. Oddział Neurologii - ogółem 3 oddziały o łącznej liczbie łóżek 129 i wykorzystaniu 83,50%.

Lokalizacja: Miejski Szpital im. dr Wł. Biegańskiego, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wojewódzki Szpital Zespolony.

Duże zapotrzebowanie na usługi neurologiczne. Jednakże jedynym oddziałem spełniającym wymogi jest oddział zlokalizowany w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, który dysponuje tomografem komputerowym.

WNIOSEK - utrzymanie dotychczasowej liczby oddziałów neurologicznych oraz bazy łóżkowej. Doposażyć oddziały Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego i Miejskiego Szpitala im. dr Wł. Biegańskiego w tomograf komputerowy. Rozważyć możliwość utworzenia na bazie jednego z oddziałów ośrodka leczenia udarów mózgowych.

6. Oddział Ginekologii i Położnictwa wraz z Neonatologią - ogółem 4 oddziały o łącznej liczbie łóżek położniczo-ginekologicznych 200 i wykorzystaniu 63,20%.

Lokalizacja: Miejski Szpital im. dr Wł. Biegańskiego, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wojewódzki Szpital Zespolony, Szpital im. dr Weigla. W 2003 r. zmniejszono liczbę łóżek w ZOZ Blachownia do 25. Zdecydowany nadmiar łóżek. Szczególnie dotyczy to łóżek położniczych uwzględniając fakt niżu demograficznego. Podobna sytuacja występuje w oddziałach neonatologicznych.

WNIOSEK - utrzymanie dotychczasowej liczby oddziałów, konieczna wewnętrzna reorganizacja oddziałów polegająca na zmniejszeniu liczby łóżek w poszczególnych oddziałach wraz z redukcją personelu.

8. Oddział Dla Przewlekłe Chorych - jeden oddział o łącznej liczbie łóżek 31 i wykorzystaniu 90,80%.

Lokalizacja: Miejski Szpital im. dr L. Rydygiera. Niski poziom finansowania oddziału generuje duże straty dla placówki. Jednakże z uwagi na stale rosnące potrzeby w tym zakresie należy dążyć do rozwoju opieki nad przewlekłe chorymi.

WNIOSEK - utrzymanie dotychczasowej bazy łóżkowej oraz rozważenie możliwości tworzenia na bazie szpitali zakładów opiekuńczo-leczniczych jako niepubliczne placówki.

9. Oddział Psychiatrii/Psychiatrii Diennej - jeden oddział o łącznej liczbie 50 łóżek i wykorzystaniu 106,10 % i 120,80%.

Lokalizacja: Wojewódzki Szpital Zespolony. Jedyne oddział sprawujący opiekę psychiatryczną na terenie miasta i powiatu częstochowskiego. Ponad 100% wykorzystanie łóżek nie gwarantuje właściwej opieki medycznej nad pacjentami.

WNIOSEK - zwiększenie liczby łóżek psychiatrycznych.

10. Oddział Rehabilitacji - aktualnie 2 oddziały o łącznej liczbie łóżek 34 i wykorzystaniu 76,87%.

Lokalizacja: Miejski Szpital im. dr Wł. Biegańskiego, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny. Bardzo duże zapotrzebowanie na łóżka rehabilitacyjne. Długi okres oczekiwania na przyjęcie pacjenta do oddziału, ok. 6 miesięcy.

WNIOSEK - utrzymanie dotychczasowej liczby oddziałów wraz ze zwiększeniem bazy łóżkowej.

Jednocześnie Zespół wnioskował, aby oddziały, które jako jedyne na terenie miasta zabezpieczają świadczenia medyczne utrzymać w dotychczasowej strukturze organizacyjnej i przy aktualnym stanie bazy łóżkowej.

Dotyczy to również 7 Oddziałów Chorób Wewnętrznych zlokalizowanych we wszystkich analizowanych szpitalach, o łącznej liczbie łóżek 364 i wykorzystaniu 79,58 %. Zespół uznał, że są to najpotrzebniejsze łóżka, zaspakajające największe potrzeby mieszkańców naszego miasta i powiatu częstochowskiego. Przy uwzględnieniu faktu starzenia się społeczeństwa należy rozważyć, czy na bazie interny nie tworzyć łóżek profilowanych, np. geriatrycznych lub dla przewlekle chorych. Dlatego też w chwili obecnej należy utrzymać dotychczasową liczbę oddziałów wraz z aktualną bazą łóżkową.

Zgodnie z zawartym 13 maja 2003 r. porozumieniem pomiędzy Zarządem Województwa Śląskiego, Zarządem Powiatu Częstochowskiego i Prezydentem Miasta Częstochowy w sprawie organizacji zabezpieczenia opieki medycznej w szpitalach dla miasta Częstochowy i powiatu częstochowskiego zespół wnioskował:

1. Powołać dyżury lekarza koordynatora z dniem 1 czerwca 2003 roku.
2. Powołać dyżury kardiologiczne z dniem 1 lipca 2003 roku.

Jednocześnie Zespół przychylił się do zajętego przez Ordynatorów Oddziałów Chorób Wewnętrznych miasta Częstochowy i Powiatu Częstochowskiego stanowiska w sprawie zabezpieczenia opieki kardiologicznej, tj.:

- zachować dotychczasowy system pracy oddziałów chorób wewnętrznych dot. przyjmowania pacjentów kardiologicznych do obserwacji i leczenia,
- system tzw. dyżurów kardiologicznych pozwoliłby na kierowanie pacjenta z zagrożeniem życia z przyczyn kardiologicznych tylko w sytuacji braku miejsc w pozostałych szpitalach,
- w przypadku braku miejsc w szpitalu najbliższym, pacjenta z zagrożeniem życia z przyczyn kardiologicznych, należy przewieźć do oddziału pełniącego dyżur zgodnie z ustalonym harmonogramem powiadamiając zespół Izby Przyjęć,
- w przypadkach trudności z umieszczeniem pacjenta na oddziale Chorób Wewnętrznych należy skontaktować się z lekarzem koordynatorem pełniącym dyżur,
- Oddział Kardiologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego pełni dyżur codziennie dla przyjmowania pacjentów w ostrych stanach kardiologicznych wymagających specjalistycznej aparatury, niedostępnej na pozostałych oddziałach internistycznych.

Urząd Marszałkowski po analizie „Stanowiska Zespołu Roboczego...” stwierdził, że *restrukturyzacja widziana z pozycji miasta Częstochowy może zmierzać w kierunku zmniejszenia potencjału ekonomicznego szpitali wojewódzkich, a zwiększenia tegoż w szpitalach miejskich*”... Jedynym efektem tych rozmów było podpisanie porozumienia między Zarządem Województwa Śląskiego, Zarządem Powiatu Częstochowskiego i Prezydentem Miasta Częstochowy, dotyczące powołania lekarzy koordynatorów, którzy mieli podejmować decyzje w przypadkach interwencyjnych w zakresie zabezpieczenia medycznego związanego z przyjęciem pacjentów na poszczególne oddziały, zgodnie ze wskazaniami medycznymi.

Harmonogramy pełnienia dyżurów przez Szpitale w zakresie internistycznym, pododdziałów opieki kardiologicznej, oddziałów intensywnej opieki medycznej i chirurgii miały być dostępne na stronie internetowej Urzędu Miasta Częstochowy.

Porozumienie zawarto na czas określony, nie dłużej niż do dnia 31.12.2003 roku.

8.5. Utworzenie Zespołu Szpitali Miejskich

Celem poprawy sytuacji leczenia stacjonarnego podjęto w 2000 roku działania w kierunku utworzenia jednej placówki na bazie wszystkich trzech szpitali miejskich.

Zaproponowano przyjęcie kierunku działań polegających na przekształceniu zakładów w ten sposób, że trzy szpitale ulegną połączeniu i będą funkcjonowały pod nazwą Zespołu Szpitali Miejskich, jako jedna osoba prawna.

PROPONOWANA KONCEPCJA ZAKŁADAŁA

- różnorodność świadczeń zdrowotnych dla poszczególnych Szpitali,
- profilowanie oddziałów,
- wprowadzanie deficytowych świadczeń,
- niekonkurencyjność szpitali samorządowych na zasadzie wzajemnej zależności,
- elastyczność w przygotowywaniu oferty na świadczenia medyczne,
- określenie „charakteru” danego szpitala w perspektywie stanowiącego o istocie rozwoju,
- stworzenie szerokiej oferty świadczeń dla pacjentów i tym samym nowych możliwości kontraktowania usług przez Kasy Chorych,
- poprawienie warunków pobytu dla pacjentów decydujące o wyborze placówki przez pacjenta,
- zracjonalizowanie zaplecza logistycznego szpitali poprzez tworzenie nowych form usług,
- odrębność organizacyjną szpitali w zakresie działalności medycznej ukierunkowaną na zarządzanie małymi zakładami stwarzającymi szansę i możliwości właściwego oddziaływania na zachowanie organizacji jakim jest Szpital oraz szybkiego reagowania na czynniki wewnętrzne i otoczenie tej organizacji,
- wejście w bardziej specjalistyczne procedury celem rozwoju i kształcenia kadry medycznej.

Również założeniem tej restrukturyzacji było zracjonalizowanie działalności poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej, zagwarantowanie mieszkańcom opieki medycznej uwzględniającej zarówno profil opieki krótkoterminowej jak i długoterminowej, a w konsekwencji doprowadzenie do sytuacji podpisywania umów z Kasą Chorych na warunkach zaproponowanych przez dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej, którzy poprzez zmiany restrukturyzacyjne staną się podmiotem konkurencji i prowadzić będą swoją działalność w

zakresie rzeczowym i finansowym określonym przez dyrektorów i zaakceptowanym przez Kasę Chorych.

PROPONOWANE ZMIANY W STRUKTURZE ORGANIZACYJNEJ SZPITALI

MIEJSKI SZPITAL IM. DR L. RYDYGIERA

1. oddział chorób wewnętrznych 40 - łóżkowy o profilu ogólnym z pododdziałem:

- diabetologii, zatrudnia specjalistów z zakresu diabetologii i będzie jedynym pododdziałem o tym profilu na terenie miasta,
- oraz wydzielonymi łózkami intensywnej opieki kardiologicznej - 4 stanowiska.

2. oddział chirurgii ogólnej 40 - łóżkowy z łózkami chirurgicznymi i pododdziałami:

- chirurgii schorzeń piersi; obecnie w oddziale chirurgicznym zatrudniony jest specjalista z zakresu schorzeń piersi i wykonywane są zabiegi z tego zakresu. Będzie to jedyny pododdział leczenia schorzeń piersi w placówkach samorządowych,
- chirurgii onkologicznej - obecnie w oddziale chirurgicznym zatrudniony jest specjalista z zakresu onkologii,
- mikrochirurgii i chirurgii ręki,
- proktologii - szpital posiada odpowiedni sprzęt oraz poradnię proktologiczną, dlatego też profilowanie pododdziału w tym kierunku stworzy nową ofertę dla pacjenta i kas chorych, gdyż będzie to jedyny pododdział na terenie miasta.

3. oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej, 35 – łóżkowy; zmniejszenie bazy łóżkowej o 5 łózek, tj. z 40 do 35 łózek z jednoczesnym uruchomieniem programu Izby Wypadkowej.

W ramach oddziału:

- utworzenie pracowni artroskopii,
- wykonywanie specjalistycznych procedur w zakresie wszczepiania endoprotez,
- utworzenie Specjalistycznej Izby Wypadkowej - 2 stanowiska w oparciu o kadrę oddziału chirurgii urazowej z wydzielonymi stanowiskami intensywnego nadzoru - współpracująca z oddziałem schorzeń wielonarządowych W Sz S.

4. dzienny oddział chirurgii dziecięcej -10 łóżkowy z chirurgią jednego dnia i leczeniem laseroterapią zmian skórnych u dzieci.

5. *oddział intensywnej opieki medycznej* - 6 stanowisk. Oddział współpracuje z pozostałymi oddziałami szpitala, głównie zabiegowymi, posiada wysokowyspecjalizowaną kadrę, stanowi kompleksowe zabezpieczenie usług medycznych. Ponadto lokalizacja szpitala przy trasie DK-1 powoduje możliwość udzielania natychmiastowej pomocy ofiarom wypadków drogowych, co wiąże się też z utworzeniem specjalistycznej izby wypadkowej na terenie szpitala. Oddział o tym profilu będzie jedynym oddziałem w samorządowych placówkach stacjonarnych.

6. *oddział urologii* - 34 łóżkowy; zmniejszenie bazy łóżkowej z 40 do 34 łóżek, tj. o 6 łóżek.

7. *oddział otolaryngologiczny* -18 łóżkowy; zmniejszenie bazy łóżkowej z 28 do 18, tj. o 10 łóżek. Ponadto:

- profilowanie oddziału na otolaryngologię jednego dnia - w zakresie szybkiej diagnostyki laryngologicznej, wykonywanie prostych zabiegów operacyjnych.

8. *oddział opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej- bez zmian.*

9. w związku ze zmniejszeniem bazy łóżkowej oddziału otolaryngologii utworzenie 10 łóżkowego *stacjonarnego oddziału opieki paliatywnej*, który będzie powiązany z poradnią leczenia bólu działającą przy szpitalu. Nowy oddział będzie mógł funkcjonować w wyodrębnionym budynku, w którym już funkcjonuje *oddział opieki długoterminowej i rehabilitacji leczniczej*, co spowoduje zabezpieczenie kompleksowej opieki długoterminowej niezwykle potrzebnej dla mieszkańców naszego miasta.

10. zracjonalizowanie powierzchni laboratorium oraz rozszerzenie usług laboratoryjnych o usługi ambulatoryjne.

11. w celu stworzenia właściwej powierzchni dla potrzeb istniejącej rehabilitacji proponuje się przenieść Poradnię Lekarza Rodzinnego z budynku szpitalnego do budynku Przychodni Specjalistycznej.

12. należy dokonać oceny kontraktu w zakresie chirurgii dziecięcej jednego dnia oraz laryngologii. W przypadku niskiego zakontraktowania w/w usług należy stworzyć kilkułóżkowy oddział opieki psychiatrycznej na bazie łóżek chirurgii dzieci lub laryngologii.

W wyniku reorganizacji nastąpi:

- zmniejszenie ilości łóżek oddziałów chirurgii ogólnej, urazowo – ortopedycznej, urologii, otolaryngologii - o 27 łóżek.
- utworzenie nowych pododdziałów na poszczególnych oddziałach w zakresie: chirurgii schorzeń piersi, chirurgii onkologicznej, proktologii, chirurgii jednego dnia, otolaryngologii jednego dnia.
- utworzenie oddziału opieki paliatywnej.
- utworzenie Izby Wypadkowej.
- utworzenie pracowni artroskopii.
- utworzenie pracowni densytometrii i poradni osteoporozy.

MIEJSKI SZPITAL IM. W. BIEGAŃSKIEGO

1. oddział chorób wewnętrznych - 50 łóżkowy; zmniejszenie bazy łóżkowej z 58 do 50, tj. o 8 łóżek. Oddział o profilu ogólnym z wydzielonymi łózkami intensywnej opieki kardiologicznej w ilości 4 stanowisk po przeprowadzeniu remontu pomieszczeń oddziału. Docelowo planuje się utworzenie pododdziału kardiologicznego.

2. oddział chirurgii ogólnej - 25 łóżkowy, w tym 5 łóżek dziennych; zmniejszenie bazy łóżkowej z 34 do 25, tj. o 9 łóżek. Oddział profilowany w kierunku:

- chirurgii jednego dnia - łóżka dla potrzeb chirurgii jednego dnia będą realizowały świadczenia o charakterze diagnostycznym i leczniczym zapewniając większą rotację pacjentów a tym samym środki finansowe z Kasy Chorych. W przypadku braku takiego oddziału pacjenci musieliby korzystać ze świadczeń w klasycznych oddziałach, gdzie pobyt jest dłuższy i kosztowny,
- profilowanie oddziału do wykonywania zabiegów laparoskopowych jako jedyne na terenie miasta.

Oddział posiada 2 sale operacyjne, które po wykonaniu zaleceń Sanepidu proponuje się przeznaczyć na wykonywanie zabiegów laparoskopowych oraz zabiegów operacyjnych dla oddziału ginekologii i chirurgii ogólnej.

3. oddział chirurgii urazowej - 30 łóżkowy, w tym 5 łóżek dziecięcych; zmniejszenie bazy łóżkowej z 45 do 30, tj. o 15 łóżek.

4. *oddział neurologii* -39 łóżkowy; konieczne jest polepszenie warunków pobytu pacjenta poprzez zwiększenie ilości sal, co jest możliwe po adaptacji pomieszczeń po rehabilitacji znajdującej się na oddziale neurologicznym. Ponadto proponuje się wydzielić sale dla pacjentów wymagających stałego monitorowania.

5. nowoutworzony *oddział rehabilitacji narządu ruchu i schorzeń neurologicznych* -15 łóżkowy w pomieszczeniach po byłym oddziale septycznym.

6. *oddział noworodków* - bez zmian

7. *oddział ginekologiczne - położniczy* - 40 łóżkowy; zmniejszenie bazy łóżkowej z 52 do 40, tj. o 12 łóżek ze Szkołą Rodzenia. Oddział będzie korzystał z sali operacyjnej przy oddziale chirurgii ogólnej. Natomiast dotychczasowa sala operacyjna ginekologii zostanie przekształcona w salę zabiegową.

W wyniku reorganizacji nastąpi:

- zmniejszenie łóżek oddziałów: chirurgii ogólnej, chirurga urazowej, wewnętrznego, ginekologiczno- położniczego o 44 łóżka,
- utworzenie nowych pododdziałów na poszczególnych oddziałach w zakresie: chirurgii jednego dnia z małą salą na zabiegi laparoskopowe,
- utworzenie oddziału rehabilitacji narządu ruchu,
- utworzenie Szkoły Rodzenia,
- poprawa warunków pracy poradni specjalistycznych obecnie funkcjonujących w piwnicach szpitala poprzez zlokalizowanie ich na I piętrze,
- poprawa warunków pobytu pacjentów.

MIEJSKI SZPITAL IM. T. CHAŁUBIŃSKIEGO

PROPONOWANA STRUKTURA ORGANIZACYJNA

1. *oddział chorób wewnętrznych* -59 łóżkowy z pododdziałami:

- geriatrii; utworzenie pododdziału odciaży łóżka opieki krótkoterminowej oddziału wewnętrznego,
 - gastroenterologii,
- oraz wydzielonymi łózkami intensywnej opieki kardiologicznej.

Konsultacji i uzgodnień wymaga kwestia określenia głównego profilu oddziału, stanowiąc tym samym specjalność danego oddziału wewnętrznego, stanowiącą jednocześnie priorytet w ofercie z Kasą Chorych.

2. *oddział chorób płuc i gruźlicy* - zwiększenie liczby łóżek do 70 oraz przekazanie oddziału chorób płuc i gruźlicy w Pławnie Gminie Gidle.

3. *oddział dermatologii z Centrum Leczenia Łuszczycy* - zmniejszenie bazy łóżkowej o 9 łóżek dla potrzeb oddziału chorób płuc i gruźlicy.

4. *oddział dziecięcy* - 30 łóżkowy, z częścią socjalną dla rodziców dzieci z pododdziałem biegunkowym oraz wydzielonymi łózkami chorób układu oddechowego i alergologicznymi celem dalszego profilowania na oddział dziecięcy schorzeń układu oddechowego.

W WYNIKU REORGANIZACJI NASTĄPI:

- utworzenie części hotelowej dla rodziców dzieci,
- utworzenie nowych pododdziałów na poszczególnych oddziałach w zakresie: geriatрії, gastroenterologii,
- zwiększenie liczby łóżek na oddziale chorób płuc i gruźlicy jako jedyne oddziału o tym profilu na terenie miasta,
- rozszerzenie zakresu świadczeń zdrowotnych na oddziale dziecięcym.

WNIOSKI I KONSEKWENCJE PLANOWANEJ REORGANIZACJI

I. W ZAKRESIE ORGANIZACJI:

1. Przekształcenie chirurgii urazowo-ortopedycznej na brakujący oddział rehabilitacji narządu ruchu i rehabilitacji neurologicznej.

2. Zmniejszenie bazy łóżkowej oddziałów:

- *chirurgii ogólnej o 20 łóżek,*
- *oddziału wewnętrznego o 21 łóżek,*
- *otolaryngologii o 13 łóżek,*
- *ginekologii o 12 łóżek,*
- *dziecięcego o 6 łóżek,*

- *dermatologii o 9 łóżek.*

3. Utworzenie nowych oddziałów:

- *opieki paliatywnej - ok. 12 łóżek,*

- *Izby Wypadkowej z 3 stanowiskami do intensywnego nadzoru medycznego,*

- *psychiatrii ok. 15-20 łóżek,*

- *Szkoły Rodzenia.*

4. Zwiększenie liczby łóżek na oddziałach:

- *chirurgii urazowo-ortopedycznej o 10,*

- *gruźlicy i chorób płuc o 9.*

5. Utworzenie:

- *Zakładu Obsługi i Konserwacji Technicznej Szpitali,*

- *Zakładu Utrzymania Porządku i Czystości Szpitali.*

II . W ZAKRESIE KADROWYM:

1. Zmniejszenie etatów lekarskich na oddziałach: *chirurgii urazowo-ortopedycznej, chirurgii ogólnej i ginekologii,*

2. Wykorzystanie kadry lekarskiej w nowo tworzonych oddziałach i poradniach,

3. Przeniesienie personelu średniego do nowo utworzonych oddziałów,

4. Zwolnienie personelu obsługi technicznej, który będzie wykorzystany w samodzielnych zakładach obsługi technicznej.

8.6. Strategia polityki zdrowotnej województwa śląskiego na lata 2000 – 2015

Powstanie strategii jest rozwinięciem „Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego na lata 2000- 2015”¹³⁰ i zaktualizowanej w „Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego na lata 2000 – 2020”¹³¹.

Stacjonarną opiekę zdrowotną tworzy w województwie 109 szpitali ogólnych (4 prywatne) dysponujących 27,5 tys. łóżek szpitalnych, tj. 14,7% bazy szpitalnej kraju, 5 szpitali psychiatrycznych, 5 sanatoriów rehabilitacyjnych, 4 ośrodki leczenia odwykowego, 8 ośrodków rehabilitacyjnych dla narkomanów, 21 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, 19 zakładów opiekuńczo-leczniczych, 5 szpitali uzdrowiskowych, 7 sanatoriów uzdrowiskowych, 1 szpital geriatryczny (40 łóżek), jedna klinika geriatryczna (18 łóżek), trzy szpitalne oddziały geriatryczne (Chorzów, Tychy, Sosnowiec o łącznej liczbie 71 łóżek) oraz 3 hospicja (Mysłowice, Gliwice i Katowice).

Nasylenie kadrami medyczną (lekarską oraz personelu średniego), jak również bazą materialną jest korzystniejsze niż przeciętnie w kraju. W województwie na 10 tys. mieszkańców przypada 58,3 łóżek (kraj 48,7 łóżek), co stawia województwo na 1-szym miejscu spośród pozostałych regionów kraju. Obłożenie jednego łóżka w szpitalach ogólnych wynosi w województwie 171 osób (kraj 205 osób). Najgorsza sytuacja kształtuje się w subregionie północnym (237 osób) i zachodnim (219 osób). Najlepsza sytuacja występuje w subregionie centralnym, gdzie na 1 łóżko przypada 155 osób, zaś w południowym 174 osoby.

Lepsza niż w kraju jest również dostępność do usług medycznych, co obrazuje się tym, że na 10 tys. ludności w województwie śląskim przypada 26 lekarzy (kraj 23 lekarzy), 3,1 lekarzy stomatologów (kraj 2,8 lekarzy) oraz 53,2 pielęgniarzy (kraj 47,8 pielęgniarzy). Liczba lekarzy na 10 tys. mieszkańców zależy w znacznej mierze od występowania w regionie dużej uczelni medycznej i związanych z nią szpitali klinicznych. Województwo cechuje również wyższy niż w innych regionach wskaźnik liczby lekarzy ze specjalizacją geriatry na 10 tys. ludności powyżej 75-tego roku życia wynoszący (0,98 lekarzy), małopolskie (0,97 lekarzy), lubelskie (0,93 lekarzy). Najniższy wskaźnik posiada natomiast opolskie (0,21 lekarzy) i warmińsko-mazurskie (0,13 lekarzy)

¹³⁰ uchwała Nr I/24/1/2000 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 25 września 2000 roku.

¹³¹ uchwała Nr II/37/6/2005 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 4 lipca 2005 roku.

Stan zdrowia społeczeństwa jest znacznie gorszy od przeciętnego w kraju. Trwające dziesiątki lat zakłócenia równowagi ekologicznej wpłynęły na zdrowie mieszkańców regionu, płacąc za to ceną skróconego okresu życia i zwiększoną w stosunku do innych regionów kraju zachorowalnością. Przeciętna długość życia mieszkańców tego regionu jest krótsza niż średnio w kraju i wynosi dla mężczyzn 70,30 lat (kraj 70,52 lata), a dla kobiet 78,02 lata (kraj 78,90 lat). Jeżeli chodzi o długość życia mężczyzn, najkorzystniej sytuacja przedstawia się w województwie małopolskim (72,06 lat), dla kobiet natomiast w województwie podlaskim (79,94 lata). Większy niż w innych regionach Polski jest stopień zachorowalności na choroby zawodowe, choroby układu krążenia, nowotwory, choroby dróg oddechowych, zwłaszcza u dzieci, wyższy jest udział rent i orzeczonego inwalidztwa. Około 25% orzeczonego inwalidztwa przypada na województwo śląskie, z tego ponad 60% stanowią osoby powyżej 65-tego roku życia.

Poniżej zostaną przedstawione tylko niektóre zagadnienia ujęte w Strategii Polityki Zdrowotnej, tj.: promocja profilaktyki zdrowotnej, poprawa w jakości świadczeń specjalistycznych, dostosowanie rynku usług medycznych do potrzeb rynku oraz działania zmierzające do poprawy w zakresie jakości świadczonych usług.

PROMOCJA PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ

Celem nadrzędnym profilaktyki zdrowotnej jest stworzenie mieszkańcom warunków do kształtowania zdrowego stylu życia i zapobiegania chorobom. Profilaktyka powinna być reprezentowana przede wszystkim przez dobrą i dogodną dla klientów diagnostykę. Podjęte powinny zostać czynności zmierzające do inicjowania opracowania programów wyszczególnionych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia.

Realizowane będą programy promocji zdrowia, w tym przede wszystkim:

- *Program onkologiczny*
w zakresie nowotworów sutka,
w zakresie gruczołu krokowego.
- *Program kardiologiczny.*
- *Program wad postawy u dzieci i młodzieży.*
- *Program przeciwdziałania otyłości.*
- *Program zapobiegania próchnicy zębów u dzieci.*

Organizowane powinny być jednocześnie kampanie medialne wspierające systematycznie funkcjonujące programy (dni przeciwnowotworowe, dla serca, dni bez papierosa, przeciwnarkotyczne, itp.).

Niezbędna jest na tym polu współpraca z organizacjami pozarządowymi, a same programy powinny być finansowane z wielu źródeł, jednak największe środki powinny wygospodarowywać budżety samorządów, Regionalna Kasa Chorych oraz budżet centralny w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia. Wsparcia finansowego należy szukać aktywnie także wśród sponsorów.

Korzystne byłoby także kreowanie rynku poprzez system grantów i konkursów na programy z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki.

POPRAWA W JAKOŚCI ŚWIADCZEŃ SPECJALISTYCZNYCH

1. KARDIOLOGIA

Choroby układu krążenia występują na pierwszym miejscu wśród schorzeń na terenie województwa śląskiego.

Na wzrost zachorowalności na choroby serca wpływ mają między innymi takie czynniki jak:

- brak powszechnie działającego systemu zwalczania nadciśnienia,
- wciąż nieskuteczne metody postępowania z ostrym zawałem serca,
- sposób upijania się wysokoprocentowym alkoholem,
- ogromne rozprzestrzenianie się nałogu palenia papierosów,
- zły sposób odżywiania się.

Na te klasyczne przyczyny, w ostatnich latach nakładają się nowe. Zwiększa się procent biernie spędzanego czasu przed telewizją, czy przy grach komputerowych; niewielka jest też aktywność fizyczna.

W takiej sytuacji poprawa dostępności, jakości i skuteczności diagnostyki, jak również leczenia i rehabilitacji kardiologiczno-kardiochirurgicznej staje się dla województwa celem nadrzędnym.

Konieczne są zakupy aparatury diagnostyczno-kardiologicznej do wykonywania koronografii i angioplastyki, co powinno znacznie przybliżyć i ułatwić korzystanie z najnowszych zdobyczy medycyny.

2. ONKOLOGIA

Choroby nowotworowe, zajmują drugie miejsce wśród głównych przyczyn zgonów w województwie, a ich odsetek systematycznie wzrasta. Sytuacja ta wymusza rozwijanie

szeroko pojętej profilaktyki onkologicznej, ale także wzmocnienia kadrowego, sprzętowego i łóżkowego istniejących już ośrodków onkologicznych. Należy zintensyfikować działania na rzecz placówek onkologicznych.

3. LECZNICTWO NERKOZASTĘPCZE

Według ocen specjalistów, rocznie na 1 milion mieszkańców 50 nowych chorych będzie wymagało dializoterapii.

Zasadnym staje się w związku z tym faktem tworzenie nowych oddziałów, na których rozwijane będą obie podstawowe formy dializoterapii, tzn. hemodializy i dializy otrzewnowej

4. RATOWNICTWO MEDYCZNE

Rosnąca liczba urazów wymusza zwiększenie sprawności ratownictwa medycznego. Aktualnie wdrażany jest program zintegrowanego ratownictwa - w tym medycznego, który powinien zostać jak najszybciej uruchomiony w całym województwie śląskim.

Czas dojazdu do chorego oraz dowozu do miejsca udzielenia pomocy powinien ulec zmniejszeniu. W tym celu konieczne jest zorganizowanie wielospecjalistycznych centrów leczących urazy wielonarządowe.

Pacjent powinien mieć zapewnioną możliwość otrzymania pomocy ratowniczej najpóźniej w ciągu 8 -15 minut od momentu wezwania.

Należy przyłożyć szczególną uwagę do realizacji założeń dotyczących czasu przybycia na miejsce zdarzenia przez zespół ratowniczy. I tak, 80% przyjazdów na miejsce powinno nastąpić w ciągu 8 minut od wezwania na terenie aglomeracji miejskiej, natomiast w ciągu 15 minut - poza aglomeracją miejską.

Wraz z systemem ratownictwa powinien zostać wprowadzony system selekcji pacjentów i ich dalszego przekazywania do szpitali odpowiednich poziomów referencyjnych.

DOSTOSOWANIE USŁUG MEDYCZNYCH DO POTRZEB RYNKU

OKREŚLENIE POTRZEB ZDROWOTNYCH

Niezwykle istotną sprawą jest ustalenie właściwej sieci szpitali województwa. Konieczne jest w tym celu określenie potrzeb województwa w zakresie leczenia zamkniętego, liczby szpitali, oddziałów i łóżek.

Jednym z przyjętych priorytetów systemu ochrony zdrowia jest wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej, opartej na koncepcji medycyny rodzinnej.

Jednocześnie należy pamiętać, że podsystem opieki stacjonarnej jest częścią całego systemu opieki zdrowotnej i nie może być przekształcany w oderwaniu od całości, a odpowiedni rozwój POZ wpływa na istotne zmniejszenie zapotrzebowania na łóżka szpitalne.

Konieczne jest także zweryfikowanie ogólnopolskich zaleceń kierunkowych wskaźników poprzez uwzględnienie specyfiki lokalnej określającej zapotrzebowanie na leczenie szpitalne w regionie, takie jak: epidemiologię, ilość realizowanych procedur medycznych, wykorzystywane technologie medyczne oraz lecznicze, przyzwyczajenia kadr medycznych.

Należy przy tym uwzględnić inne wskaźniki, obejmujące obłożenie łóżek w oddziałach według poszczególnych specjalności (grup) medycznych.

Powinno się dążyć do sytuacji, w której średnie wykorzystanie łóżek krótkoterminowych wyniesie 85%, a łóżek długoterminowych i psychiatrycznych - około 90%.

DOSTOSOWANIE STRUKTURY ŁÓŻEK DO POTRZEB ZDROWOTNYCH

Restrukturyzacja i planowanie tzw. „sieci” szpitali i innych zakładów opieki stacjonarnej musi uwzględniać potrzebę dostosowania funkcjonowania opieki zdrowotnej do warunków gospodarki rynkowej.

Należy dążyć do świadczenia na większą skalę *usług form opieki dziennej i postępowania interwencyjnego z krótką hospitalizacją*. Służyć to będzie zwiększeniu ich efektywności.

Typowa opieka szpitalna będzie także w coraz większym stopniu wspomagana przez *instytucję hospitalizacji domowej*. Dzięki temu odciążone zostaną zasoby w innych zakresach tradycyjnej opieki szpitalnej.

W miarę poprawy leczenia ambulatoryjnego będzie się stopniowo odchodzić od hospitalizacji, co będzie się wiązało ze spadkiem hospitalizacji diagnostycznych, skróceniem czasu hospitalizacji (hospitalizacje krótkie, chirurgia jednego dnia) oraz odstępowaniem od hospitalizacji w oddziałach dermatologicznych, okulistycznych, laryngologicznych, eliminując je do niezbędnego minimum.

RESTRUKTURYZACJA SZPITALI

Celem nadrzędnym restrukturyzacji jest stworzenie warunków do racjonalizacji i wydatkowania środków ponoszonych na utrzymanie bazy i kadry stacjonarnej opieki

zdrowotnej. Chodzi również o bardziej efektywne wykorzystanie istniejących szpitali i poszczególnych oddziałów przy zachowaniu odpowiedniego poziomu fachowego świadczeń i lepszym zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych.

Poszukiwać należy rozwiązań zgodnych ze wskaźnikami kierunkowymi na poziomie regionu, bez zakłócania konkurencji. Sprzyjać się będzie tworzeniu oddziałów zgodnych ze wskaźnikami kierunkowymi: oddziały długoterminowe, opieki dziennej, opieki domowej.

W wyniku zmian demograficznych zwiększać się będzie zapotrzebowanie na miejsca w szpitalach i oddziałach dla dłuższego pobytu i rehabilitacji osób przewlekle chorych oraz innych miejsc opieki długoterminowej w instytucjach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz prowadzących opiekę paliatywną.

Należy wobec tego dążyć do zmniejszenia obecnych zasobów szpitalnych, z jednoczesnym przekształceniem części szpitali lub oddziałów w jednostki dłuższego pobytu, opieki paliatywnej i pielęgnacyjno-opiekuńczej.

Restrukturyzacja psychiatrycznej opieki stacjonarnej powinna polegać na zwiększaniu liczby oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, przy jednoczesnym zmniejszaniu liczby łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych oraz sukcesywnej organizacji oddziałów psychiatrycznych dziennych.

Różnicując szpitale (oddziały) i wyodrębniając jednostki dłuższego pobytu, zyska się znaczne odciążenie szpitali krótkiego pobytu i uwolnienie łóżek dla pacjentów oczekujących na ostre, intensywne leczenie.

W odniesieniu do szpitali opieki krótkoterminowej, optymalizując liczbę łóżek ostrych, główny akcent powinien zostać położony na zapewnienie posiadania odpowiedniego zaplecza diagnostycznego i operacyjnego szpitala, połączonego z funkcjonalną izbą przyjęć.

PRYWATYZACJA

Docelowo prywatyzacja powinna zostać dokonana w całym obszarze służby zdrowia, z wyjątkiem ośrodków badawczych i szkoleniowych.

Prywatyzacja w opiece stomatologicznej powinna objąć wszelkie aspekty działalności, tj. świadczenie usług, zarządzanie oraz majątek trwały. Konkurencja prywatnych podmiotów w opiece stomatologicznej powinna rozstrzygać sytuacje na rynkach atrakcyjnych - zamożnych, o dużej liczbie populacji. W przypadku mniej zamożnych społeczności gminnych, wymagane jest większe zaangażowanie samorządów lokalnych.

Konieczne jest zapewnienie współistnienia na równych prawach placówek medycznych publicznych, będących własnością instytucji użyteczności publicznej oraz szpitali prywatnych.

Podjęte powinny zostać wysiłki zmierzające do prywatyzacji, przede wszystkim leczenia otwartego. Możliwe są przy tym w chwili obecnej następujące modele prywatyzacji:

1. Poprzez likwidację SP ZOZ- u.
2. Sprzedaż majątku po zlikwidowanym zakładzie inwestorom zakładającym NZOZ.
3. Po likwidacji powołanie fundacji, przez którą samorząd terytorialny może stać się współnikiem w NZOZ, będącego spółką prawa handlowego.

Można domniemywać, że w najbliższym czasie powstaną przepisy prawne umożliwiające różnorodne ścieżki prywatyzacyjne, analogiczne do tych, które zawarte są w ustawie o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych.

Usamodzielnienie personelu zatrudnionego w POZ spowodować ma zmiany w kierunku większej racjonalności i efektywności pracy tego podsystemu, a w konsekwencji do powstania optymalnych form organizacyjnych z punktu widzenia usługodawcy, płatnika i pacjentów. Proces ten wymaga jednak wspierania, zwłaszcza ze strony samorządów lokalnych, czyli organów założycielskich dla zakładów opieki zdrowotnej.

Prywatyzacja podmiotów sama doprowadzić powinna do racjonalizacji wykorzystania zasobów na drodze koncentracji lub kooperacji podmiotów usługowych. Należy jedynie ramowo uregulować rynek, mając na względzie dobro pacjenta, określając takie przykładowe kwestie, jak: godziny i sposób dostępności do świadczeń POZ, czy maksymalna liczba pacjentów pod opieką lekarza.

Podczas prywatyzacji, skutecznym sposobem wpływania organów gminy, odpowiadających za zapewnienie ochrony zdrowia na swoim terenie, na sposób realizacji funkcji zdrowotnych powinno być pozostawienie zasobów lokalowych w rękach administracji samorządowej. Dysponowanie majątkiem powinno następować na mocy zabezpieczonych przed wpływami politycznymi wieloletnich umów dzierżawy z podmiotem świadczącym usługi medyczne. Warunkiem jej trwania powinno być świadczenie określonych usług w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez dany podmiot usługowy.

Kluczowym obszarem przewagi konkurencyjnej branży pod uwagę podczas wyboru firmy mającej świadczyć usługi medycznej, powinny być cechy opisujące medyczną działalność usługową, a nie rynkowe zasady „kto da więcej”.

Odpłatność z tytułu dzierżawy naliczana w takim przypadku przez samorząd lokalny nie powinna przekraczać wartości amortyzacji.

Decyzje o prywatyzacji POZ powinny być podejmowane jako efekt indywidualnej analizy, gdzie szczególną uwagę należy zwracać na sytuację finansową jednostek, sposób zarządzania i organizacji świadczeń, oczekiwania i dążenia pracowników zakładów.

Prywatyzacja funkcji (podmiotu usługowego) wyeliminować ma ryzyko ewentualnych strat finansowych po stronie samorządów, w wyniku prowadzenia działalności gospodarczej. Wspierane powinny być inicjatywy służące pomocy w uzyskaniu pracy przez odchodzących w wyniku restrukturyzacji zatrudnienia pracowników służby zdrowia.

POPRAWA W ZAKRESIE JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH USŁUG

DOSTĘP DO ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

Powinno się wspierać powstawanie *Centrów Opieki Zdrowotnej*, organizowanych dla 35 do 70 tysięcy populacji, funkcjonujących od poniedziałku do piątku, obejmujących opiekę podstawową, wybraną opiekę specjalistyczną i dostępną w dzień pomoc w nagłych przypadkach. W Centrach tych powinny być oddziały dzienne i chirurgii jednego dnia, funkcjonować podstawowa baza diagnostyczna (laboratorium, radiologia), opieka stacjonarna dla osób starszych (domy opieki, rehabilitacja) i kilka łóżek obserwacyjnych. Takim przekształceniom mogą podlegać zagrożone likwidacją szpitale w mniejszych miejscowościach, których rejon działania odpowiada wskaźnikom pożądanym dla tej formy działalności. System ten sprawdzony w krajach Europy Zachodniej pozwala na znaczne ograniczenie kosztów. Jednocześnie elementem racjonalizującym koszty powinno być zróżnicowanie interesu lekarzy pierwszego kontaktu z pozostałą częścią systemu.

Ważne są dwa rozbieżne kryteria optymalizowania liczebności populacji pod opieką podmiotu POZ. Z jednej strony mniejsza populacja gwarantuje bezpośredni kontakt personelu medycznego z populacją objętą opieką POZ, z drugiej strony większa populacja generuje proporcjonalnie większe przychody, zaś w zakresie części kosztów zastosowanie znajduje zasada ekonomii skali. W praktyce, zawarty powinien być kompromis między tymi dwoma kryteriami.

Ważną kwestią, określającą dostępność do opieki medycznej, jest także mobilność kadr. Intensywność wizyt domowych lekarzy oraz pielęgniarek i położnych

środowiskowych powinna być dostosowana do rzeczywistych potrzeb ludności. Wizyty domowe ułatwią integrację kadr medycznych z lokalną społecznością.

Podstawowe szpitale powiatowe powinny obsługiwać rejon zamieszkiwany przez około 100 tysięcy osób, czyli tyle, ile jest niezbędne, aby racjonalnie wykorzystać kompetentny personel i mieć dostateczną liczbę pacjentów dla funkcjonującej 24 godziny na dobę izby przyjęć. Istnienie szpitali obsługujących mniejszą liczbą pacjentów może być uzasadnione jedynie w przypadku, gdy zagrożona jest tzw. „złota godzina”, w trakcie której pacjent miałby zostać dostarczony w nagłym przypadku do placówki. Racjonalnie, dla takiej populacji szpital może być nawet dwuoddziałowy (medycyna wewnętrzna i chirurgia ogólna), a ambulatoryjnie zatrudniać ginekologa i pediatrę.

Szpital wojewódzki obsługujący swoim działaniem populację od 100 do 200 tysięcy mieszkańców w zależności od położenia geograficznego, powinien mieć w swojej strukturze inne specjalności i z reguły oddzielne specjalistyczne oddziały, np.: ortopedyczne, ginekologiczne z położnictwem, okulistykę, laryngologię.

Szpital regionalny, stojący na najwyższym, III poziomie referencyjnym lub funkcjonujący jako klinika, powinien obsługiwać od 500 tys. do 1 miliona ludzi.

Należy dążyć do wyrównywania dysproporcji w zapewnieniu opieki zdrowotnej pomiędzy środowiskiem wiejskim i miejskim. Wykorzystać należy także dobre nasycenie infrastrukturą komunikacyjną, pozwalającą na większą mobilność zarówno pacjentów, jak i lekarzy, szybszą wymianę doświadczeń i nowych idei.

WYKORZYSTANIE SPECJALISTYCZNEGO SPRZĘTU

Możliwości hospitalizacji pacjentów na oddziałach szpitalnych są pochodną nie tylko liczby łóżek, ale także ich użytkowania. Dlatego ważne jest skracanie pobytu w ostrej fazie leczenia, intensyfikując postępowanie diagnostyczne i interwencyjne oraz podnoszenie wykorzystania łóżek. W ten sposób zwiększeniu ulega liczba możliwych leczonych pacjentów.

Jednocześnie ważne jest wspieranie sprzętem diagnostycznym i kompetencjami opiekę podstawową, utrwalając bieżącą współpracę pomiędzy POZ a personelem medycznym szpitala.

Powinna być zwiększana dostępność do szybkiej diagnostyki, w tym laboratoryjnej i obrazowej oraz oddziałów dziennej chirurgii. Usługi te powinny być zapewnione w promieniu do 25 kilometrów od miejsca zamieszkania 99% ludności województwa.

Najlepszym miejscem lokalizacji centrów diagnostycznych dla podstawowego zakresu badań, tj. laboratoryjnych i bakteriologicznych, endoskopowych i mammograficznych są szpitalne centralne laboratoria. W przychodniach i ośrodkach zdrowia powinny być zlokalizowane punkty pobrania materiałów do badań i wykonywane podstawowe analizy. Niezbędne jest takie zapewnienie przekazywania materiałów oraz zwrotnie wyników badań, aby zapewnić skuteczność medyczną.

W każdej placówce medycznej realizowane są liczne medyczne i niemedyczne funkcje pomocnicze. Dysponują one w większości przestarzałym i wadliwym sprzętem. Organizacja wewnętrzna pracy powinna być nowocześniejsza i bardziej wydajna, a stosunkowo duży potencjał usługowy tych komórek - lepiej wykorzystany. Należy przy tym dążyć do wyeliminowania „produkcji” niepotrzebnych świadczeń, zwracając jednak uwagę na niedopuszczenie do powstawania związanych z tym zagrożeń dla pacjentów.

Wspierać należy jednocześnie prywatyzację działalności pomocniczej, z przejęciem przez prywatne przedsiębiorstwo zobowiązań pracodawcy wobec zatrudnionego personelu.

MINIMALIZACJA KOSZTÓW – MAKSYMALIZACJA JAKOŚCI

Konieczne są inicjatywy służące zwiększeniu koordynacji działań różnych szczebli ochrony zdrowia zarówno w zakresie medycznej działalności bieżącej, jak i harmonogramów zakupów i inwestycji. Powinien powstać spójny system realizacji zadań ochrony zdrowia i bezpieczeństwa przez samorząd na szczeblu wojewódzkim. System powinien zapewniać koordynację działań w zakresie ochrony zdrowia. Umożliwiona powinna zostać w ramach systemu analiza zasadności i realizacji zadań inwestycyjnych jednostek oraz umożliwienie monitorowania stanu zdrowia mieszkańców.

Wspierane powinno być łączenie jednostek szpitalnych, zmierzające do zmniejszenia udziału obsługi administracyjnej w ogólnych kosztach funkcjonowania szpitali. W tym celu konieczne jest przełamywanie oporów na poziomie samorządów powiatowych i gminnych, a decyzje o przekształceniach powinny być podejmowane w oparciu o rzetelny materiał analityczny oraz planistyczny.

Poszukiwane powinny być rozwiązania redukujące koszty stałe w skali regionu oraz radykalnie podnoszące efektywność pracy pracowników służby zdrowia.

Konieczne jest stopniowe przechodzenie w kierunku kontraktowania procedur medycznych oraz określenia i ścisłego przestrzegania standardów. Płacenie za usługę doprowadzi do ograniczenia hospitalizacji zachowawczych oraz wymusi restrukturyzację poprzez pojawienie się rywalizacji rynkowej.

CIĄGŁE DOSKONALENIE JAKOŚCI

Podnoszenie jakości świadczeń zdrowotnych powinno być realizowane jednocześnie w różnych sferach. Powinna być realizowana sprawna polityka informacyjna, kreująca postawy świadomego swoich praw pacjenta - konsumenta świadczeń. W tym celu niezbędne jest wdrożenie procesu systematycznego badania satysfakcji pacjenta.

Powierzchnia uzyskana w wyniku redukcji łóżek szpitalnych, powinna być generalnie wykorzystana na polepszenie pobytu pacjenta i rodziny w szpitalu oraz tworzenie oddziałów deficytowych. Niezbędne jest także tworzenie w przypadku oddziałów dziecięcych, miejsc hotelowych dla matek.

Konieczne jest tworzenie miejsc prostej rehabilitacji, umożliwiającej wydłużanie okresu względnej samodzielności tej grupy ludzi. Należy dążyć do odtwarzania więzi funkcjonalnych między agendami pomocy społecznej, a ogniwami systemu pomocy medycznej.

Należy z informatyzować ZOZ- y w oparciu o jednolite standardy i komunikację z płatnikiem „on line”. Nastąpić powinna także standaryzacja procedur oraz wspierane powinny być grupy jakości i różne formy ustawicznego kształcenia.

Wspieranie tendencji do tworzenia tzw. grup podstawowej opieki zdrowotnej - integrujących lekarzy ogólnych, lekarzy zapewniających świadczenia ambulatoryjne oraz pielęgniarki środowiskowe. Do zadań takich grup należałaby: prewencja, edukacja zdrowotna, opieka prenatalna, opieka nad dziećmi zdrowymi, diagnostyka i leczenie na pierwszym poziomie referencyjnym, leczenie chorób przewlekłych, opieka domowa i środowiskowa oraz opieka psychiatryczna.

Wspieranie uzyskiwania przez personel medyczny dostępu do informacji na temat opieki medycznej, co ma służyć doskonaleniu własnych umiejętności oraz doksztalcaniu się. Szczególna uwaga zostanie zwrócona na umożliwienie dostępu do internetu, pozwalającego na dostęp do informacji medycznej oraz przesyłanie informacji diagnostycznych.

Wspierane powinny być czynności zmierzające do powołania i rozwoju kierunków kształcenia wyższego w zakresie farmacji, pielęgniarstwa i diagnostyki laboratoryjnej. Niezwykle istotny jest także ciągły rozwój kształcenia podyplomowego.

ROZDZIAŁ IX

PROPOZYCJE NAPRAWY OCHRONY ZDROWIA W WYMIARZE KRAJOWYM I LOKALNYM

9.1. Propozycje rozwiązań według „Prawa i Sprawiedliwości”

„Prawo i Sprawiedliwość” uważa, że nie jest możliwa skuteczna ochrona zdrowia społeczeństwa bez wzrostu nakładów finansowych do poziomu, co najmniej 6-ciu procent PKB. Nawet stosunkowo wysoki wzrost nakładów nie usprawni¹³² systemu, jeżeli nie dokona się również zmiana w jego wewnętrznej organizacji.

Wyjście z tej sytuacji, jak sądzą przedstawiciele PiS, znajduje się w konieczności zrealizowania następujących zadań:

- Likwidacja systemu ubezpieczeniowego opartego na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia.
- Przejęcie zadań finansowania priorytetowych obszarów ochrony zdrowia w Polsce przez budżet państwa.
- Utworzenie społecznie akceptowalnego, finansowanego z budżetu państwa Pakietu Świadczeń Zdrowotnych (Koszyk Gwarantowanych Świadczeń Zdrowotnych).
- Stworzenie Krajowej Sieci Szpitali, zapewniającej bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów wymagających hospitalizacji.
- Ujednolicenie organów właścicielskich dla szpitali publicznych na poziomie województwa samorządowego.
- Natychmiastowe wdrożenie systemu ratownictwa medycznego, którego zadaniem jest zabezpieczenie fachowej opieki medycznej w zaistniałej nagłej konieczności ratowania życia.
- Stworzenie warunków do działalności rynku ubezpieczeń komercyjnych, dodatkowych (finansowanie świadczeń medycznych poza pakietem gwarantowanym) i alternatywnych (obejmujących tych obywateli, którzy zrezygnowali z powszechnego budżetowego systemu

¹³² Program wyborczy „Prawa i Sprawiedliwości”, październik 2007.

ochrony zdrowia), przy założeniu obowiązku odprowadzania składek na ubezpieczenie zdrowotne, odliczanego w części z podatku dochodowego.

Celem zmiany powinno być spełnienie trzech warunków właściwego funkcjonowania publicznej służby zdrowia: a) sprawiedliwego dostępu do świadczeń zdrowotnych, b) przestrzegania praw pacjentów i c) przejrzystość finansowa.

Konieczność zapewnienia sprawiedliwego dostępu wynika z szybkiego rozwoju nauk medycznych i ograniczonych możliwości korzystania przez szersze grupy społeczne z najnowszych technologii medycznych.

Przestrzeganie praw pacjentów wymaga w szczególności poszanowania ich autonomii, a także stworzenia szerokich możliwości dokonywania przez nich wyboru i podejmowania podstawowych decyzji.

Przejrzystość finansową osiąga się dzięki racjonalnemu i gospodarnemu dysponowaniu środkami publicznymi na podstawie ustalonych kryteriów. Pozwala to wyeliminować nieformalne finansowe drogi dostępu do systemu opieki zdrowotnej. Aby móc spełnić te warunki, konieczne jest uchwalenie nowej ustawy o publicznej służbie zdrowia,

Program PiS dotyczący przebudowy ochrony zdrowia jest propozycją uporządkowania systemu organizacyjnego i finansowego. Odejście od modelu ubezpieczeniowego wynika z analizy obecnej sytuacji w polskiej ochronie zdrowia, a także z obserwacji funkcjonowania podobnych systemów w Europie i w świecie.

Prawo i Sprawiedliwość opowiada się za *systemem budżetowo – ubezpieczeniowym*, a przede wszystkim za zbudowaniem silnego segmentu publicznej opieki zdrowotnej. Obok publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, powinien istnieć sektor prywatnych placówek ochrony zdrowia, ale zbudowany w oparciu o kapitał własny inwestorów, a nie na uwłaszczeniu się na publicznych placówkach służby zdrowia, czyli z poniesieniem określonego ryzyka.

PROJEKT MINISTRA ZDROWIA ZBIGNIEWA RELIGI. SIEĆ SZPITALI

Obraz propozycji przedstawionych przez partie polityczne w zakresie reformowania ochrony zdrowia będzie bardziej wyrazisty, kiedy zostanie omówiony projekt byłego Ministra Zdrowia Zbigniewa Religi w zakresie tworzenia tzw. sieci szpitali¹³³.

Na posiedzeniu 26 czerwca 2007 roku Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy o sieci szpitali. Rząd proponował, aby do sieci były włączone szpitale, których działalność jest niezbędna do zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego ludności poszczególnych województw i kraju. Szpital włączony do sieci, oprócz udzielania rutynowych świadczeń zdrowotnych, będzie podejmował wszelkie niezbędne działania na wypadek katastrof, awarii technicznych czy epidemii.

Poprzez utworzenie sieci szpitali pacjenci będą mieli większy dostęp do świadczeń zdrowotnych wysokiej jakości. Struktura opieki szpitalnej i jej potencjał diagnostyczno-leczniczy zostanie dostosowana do realnych uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Przygotowana koncepcja sieci ma przyczynić się także do lepszego zarządzania środkami publicznymi w ochronie zdrowia.

W projekcie ustawy określono kryteria, które będą musiały spełnić szpitale, aby zostać włączone do sieci. Będą ją tworzyć zwłaszcza te placówki, które m.in. zapewniają kompleksową opiekę nad pacjentem, udzielają świadczeń wysokospecjalistycznych, realizują zadania związane z ratownictwem medycznym, realizują zadania z zakresu obronności i bezpieczeństwa zdrowotnego państwa, uczestniczą w kształceniu kadr medycznych oraz prowadzą badania naukowe. Jeżeli chodzi o zapewnienie w województwie opieki medycznej kryterium wyboru oparte będzie m.in. na optymalnej liczbie łóżek odpowiadających potrzebom na danym terenie. Liczbę łóżek w województwie określi minister zdrowia, biorąc pod uwagę prognozowaną liczbę hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców, średni czas hospitalizacji oraz stopień wykorzystania łóżek.

O tym, które placówki znajdą się w sieci, zdecyduje ostatecznie Minister Zdrowia. Wcześniej jednak zasięgnie w tej sprawie opinii Krajowej oraz Regionalnej Rady ds. Szpitali.

W skład Krajowej Rady ds. Szpitali wejdą przedstawiciele ministra zdrowia, MON, MSWiA, organizacji zrzeszających podmioty tworzące szpitale oraz Narodowego Funduszu Zdrowia

¹³³ Śląskie Centrum Zdrowia Publicznego, opracowano na podstawie materiałów Centrum Informacyjnego Rządu, Katowice, lipiec 2007.

(NFZ). Jej kadencja będzie trwać 5 lat, a przewodniczącym zostanie osoba reprezentująca ministra zdrowia.

Regionalne Rady ds. Szpitali, jak przewiduje projekt ustawy, powstaną przy każdym wojewodzie. Do najważniejszych zadań będzie należało sporządzanie 5-letnich projektów planów opieki szpitalnej w danym regionie. Projekty planów będą opiniowane przez Radę Krajową i przedkładane do zatwierdzenia ministrowi zdrowia.

Opinie rad będą, potrzebne także przy kwalifikowaniu oddziałów szpitali ujętych w sieci na trzy poziomy referencyjne: *podstawowy, rozszerzony i wysokospecjalistyczny*. O włączeniu oddziału do jednego z trzech wymienionych poziomów zdecydują m.in. możliwości diagnostyczno-lecznicze, kwalifikacje personelu i wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, zakres i rodzaj udzielanych świadczeń, w tym wysokospecjalistycznych, możliwości kształcenia kadr medycznych oraz prowadzenie badań naukowych.

Obowiązkiem szpitali sieciowych będzie prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością wykonywanych świadczeń. Jakość udzielnych świadczeń zdrowotnych będzie podlegała także ocenie zewnętrznej prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast ich sytuacja ekonomiczno-finansowa (zyskowność, płynność, efektywność i zadłużenie) będzie monitorowana przez wojewodę.

W projekcie ustawy uregulowano również zagadnienia związane z działaniami osłonowymi dla pracowników szpitali, które starają się o włączenie do sieci. Będzie to dotyczyło tych placówek, w których konieczne będą zmiany restrukturyzacyjne (podniesienie kwalifikacji personelu lub konieczność redukcji personelu). W tej sytuacji rząd proponuje możliwość zrefundowania całości albo części kosztów kursów i szkoleń specjalistycznych oraz pokrycie części kosztów odpraw dla pracowników. Przepisy te będą miały również zastosowanie do pracowników szpitala, któremu odmówiono włączenia do sieci lub podmiot go tworzący podjął decyzję o jego likwidacji.

Rząd proponował, aby ustawa zaczęła obowiązywać od 1 stycznia 2008 r., a pierwsze wnioski o włączenie szpitali do sieci były składane do 31 maja 2008 roku.

9.2. Proponowane ustawy przez „Platformę Obywatelską”

Najogólniej rzecz ujmując, chce większego urynkowania systemu i rozwoju różnych form ubezpieczania się obywateli¹³⁴.

Zapowiedziała również uchwalenie *ustawy o ochronie praw pacjenta*, w skład której będzie wchodzić Karta Praw Pacjenta oraz instytucja rzecznika praw pacjenta.

Rzecznik miałby prawo reprezentowania poszkodowanych w wyniku leczenia nie tylko przed sądami, ale również przed dyrektorami szpitali, w których doszło do popełnienia błędu medycznego. Dodatkowo pacjenci zyskaliby możliwość zgłoszenia sprzeciwu wobec orzeczenia lekarskiego. Oznacza to, że osoba, która nie zgadza się z opinią wydaną przez lekarza, będzie mogła domagać się zwołania konsylium lekarskiego, które ponownie oceniałoby stan jej zdrowia i potwierdziło albo zaleciło inną metodę leczenia.

Oprócz ustawy o prawach pacjenta PO w 2008 roku proponować będzie uchwalenie jeszcze kilku ustaw:

Pierwsza z nich – ustawa o ZOZ-ach – ma umożliwić przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego.

Druga dotyczyć będzie wprowadzenia w Polsce dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Trzecia - koszyka negatywnego, czyli listy procedur medycznych, za które Narodowy Fundusz Zdrowia nie będzie płacił i jednocześnie koszyka usług gwarantowanych.

Celem tworzenia tego „koszyka” jest zapewnienie społeczeństwu (beneficjentom systemu) możliwie największego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym:

- do świadczeń najważniejszych z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa,
- do świadczeń o udowodnionej efektywności medycznej,
- do świadczeń najbardziej opłacalnych z możliwych do realizacji,
- do świadczeń finansowanych w ramach dostępnych środków finansowych.

Czwarta – akredytacji w ochronie zdrowia. Reguluje możliwość wystąpienia przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych z wnioskiem o potwierdzenie spełniania określonych standardów ich udzielania. Potwierdzenie ma wydawać minister zdrowia, na wniosek Rady Akredytacyjnej, w formie certyfikatu.

¹³⁴ „Platforma Obywatelska”, *Propozycje reform w ochronie zdrowia*, grudzień 2007.

Piąta – o szczególnych uprawnieniach pracowników medycznych. Zawiera między innymi propozycję wydłużenia czasu pracy osób zatrudnionych w ZOZ-ach, określa maksymalną długość czasu pracy na dyżurach i prawa do odpoczynku oraz liczbę godzin nadliczbowych.

Przede wszystkim wydłuża czas pracy techników medycznych i diagnostów. Mieliby oni pracować 7 godzin i 55 minut na dobę, a nie jak dotychczas 5 godzin.

Według Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Techników Medycznych Elektroradiologii zmiana przepisów spowoduje zwiększenie ryzyka chorób zawodowych pracowników, którzy są narażeni na promieniowanie jonizujące. Ponadto zwiększy się bezrobocie we wszystkich grupach zawodowych objętych zmianą przepisów.

Zdaniem pracowników medycznych największym mankamentem projektu jest brak jednoznacznych przepisów dotyczących wzrostu wynagrodzeń oraz określenia poziomu minimalnego wynagrodzenia.

Kolejna – o konsultantach krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia. Projekt reguluje zasady ich powoływania i odwoływania oraz zadania, które mają wykonywać.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej ma zawierać regulacje dotyczące organizacji i funkcjonowania tychże zakładów, tj. utrzymaniu podziału na publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, czyli obok SP ZOZ-ów będą funkcjonować szpitale przekształcone w spółki prawa handlowego (zasada fakultatywności).

W tej ustawie proponuje się wprowadzenie oprócz ordynatorskiego systemu zarządzania oddziałem, tak zwany system konsultancki. Byłaby możliwość zarządzania oddziałem szpitala przez innego niż ordynator lekarza z odstępniem od wymogu przeprowadzania konkursu na to stanowisko.

Innym przedkładanym rozwiązaniem byłaby możliwość pobierania przez szpital opłaty za zapewnienie pacjentowi, na jego życzenie, pomieszczenia o wyższym standardzie. Wysokość tej opłaty ustalana byłaby przez kierownika zakładu.

Jednak najistotniejsze z punktu widzenia funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej są *propozycje przepisów zakładające dopuszczenie możliwości działania zakładu opieki zdrowotnej w formie spółek handlowych z wyłączeniem spółek osobowych*, co oznacza możliwość powstawania spółek z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółek akcyjnych.

W myśl propozycji przepisów ustawy spółka taka wstępowałaby we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Grunt Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego przekazane będą spółce na własność. Budynki i inne urządzenia oraz lokale znajdujące się na tych gruntach staną się z mocy prawa własnością spółki.

W przypadku szpitali klinicznych zaproponowano ustalenie wysokości udziału publicznej uczelni medycznej w spółce na poziomie co najmniej 75%, bez możliwości zbywania akcji lub udziałów, w wyniku którego udział podmiotu publicznego w kapitale zakładowym byłby mniejszy niż 75%.

W odniesieniu do pozostałych zakładów opieki zdrowotnej minimalny udział Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego ustalony został na 51%.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które nie zostaną przekształcone w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną będą mogły nadal funkcjonować w dotychczasowej formie SP ZOZ.

Dobrowolność przekształcenia spowoduje z pewnością, iż w pierwszej kolejności skorzystają z tej możliwości najbardziej zainteresowane zakłady opieki zdrowotnej, znajdujące się w najlepszej sytuacji finansowej, a ich przykład może zachęcić do naśladownictwa pozostałe.

Odrębny rozdział w ustawie poświęcono zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej.

Odpowiedzialność za zarządzanie ponosi kierownik zakładu, a w przypadku zakładu działającego w formie spółki – zarząd spółki, do którego stosuje się przepisy kodeksu spółek handlowych. Zarządowi podlega bezpośrednio kierownik medyczny, który zarządza zakładem pod względem diagnostyczno – leczniczym. Nowum ustawy, to okoliczności, w jakich kierownik może być odwołany – a mianowicie kwestia jego odpowiedzialności za sytuację finansową zakładu.

W ustawie zrezygnowano z powoływania w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej rady społecznej, gdyż członkowie rady nie uczestniczą w podejmowaniu istotnych dla funkcjonowania zakładu decyzji, natomiast obowiązek uzyskania ich opinii w niektórych sprawach powoduje jedynie wydłużenie procedur postępowania.

W projekcie tej ustawy wprowadza się ograniczenie w zakresie udzielania przez podmioty niepubliczne na obszarze nieruchomości będących w posiadaniu publicznego zakładu opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych konkurencyjnych w stosunku do tych, których – zgodnie ze swoim statutem – udziela zakład publiczny. Wprowadzenie zakazu w tym zakresie oznacza konieczność zmiany lokalizacji lub nawet w skrajnych przypadkach likwidacji ich gabinetów.

Odrębny rozdział został poświęcony gospodarce finansowej. Obowiązywać będą dwie podstawowe zasady w tym zakresie, stanowiące, iż:

- a) samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej oraz spółka publiczna – przeznaczają zysk wyłącznie na cele statutowe,
- b) SP ZOZ pokrywa ujemny wynik finansowy we własnym zakresie.

Określony został szczegółowy tryb postępowania w przypadku, gdy ujemny wynik finansowy nie może być pokryty przez zakład we własnym zakresie. Podmiot, który utworzył zakład może wówczas pokryć ujemny wynik finansowy zakładu w stopniu umożliwiającym dalsze nieprzerwane udzielanie świadczeń zdrowotnych, przez okres nie dłuższy niż 6 miesięcy.

Jednocześnie zakład zobligowany jest do opracowania programu naprawczego, określającego działania naprawcze mające na celu osiągnięcie przez zakład takiej sytuacji finansowo – ekonomicznej, która pozwoli na nieprzerwane udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Sytuacja, w której podmiot tworzący pokrywa ujemny wynik finansowy zakładu może nastąpić nie częściej niż raz na 3 lata.

W przypadku, gdy ujemny wynik finansowy zakładu nie może być pokryty przez sam zakład ani przez podmiot, który zakład utworzył, ustawa nakłada na podmiot tworzący zakład obowiązek zmiany formy zakładu albo jego likwidacji.

Szpitala będą miały również prawo pobierać opłaty od pacjentów za świadczenia ponadstandardowe oraz wykonywać zabiegi i operacje na zasadach komercyjnych.

Ponadto projekt ustawy stwarza możliwość nieodpłatnego nabycia udziałów albo akcji przez uprawnionych pracowników SP ZOZ- u, przekształcanego w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną. Wysokość udziału pracowników w publicznej spółce nie może przekraczać 15 procent.

Projekt ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych wprowadza do systemu ubezpieczeń zdrowotnych możliwość zawierania umów ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej, a więc zawarcia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego na zasadzie dobrowolności. Wprowadzane przepisy mają na celu:

- a) poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej,
- b) wprowadzenie innych, obok Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), płatników świadczeń opieki zdrowotnej, a co za tym idzie stworzenie świadczeniodawcom alternatywnych źródeł finansowania tych świadczeń oraz zapewnienie im większych możliwości finansowania rzadkich kwalifikacji,

- c) zwiększenie poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej,
- d) wprowadzenie mechanizmów ekonomicznych motywujących świadczeniodawców do podnoszenia poziomu jakości realizacji świadczeń opieki zdrowotnej,
- e) pełne wykorzystanie potencjału placówki, tj.: specjalistycznej aparatury, bazy łóżkowej oraz kadry medycznej.

Ustawa w ramach ubezpieczeń dobrowolnych przewiduje:

1. *suplementarne ubezpieczenie zdrowotne* – dobrowolne dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, w ramach którego zakład ubezpieczeń zapewnia ubezpieczonemu dostęp do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, z których korzystania ubezpieczony zrzekł się na zasadach określonych w ustawie,
2. *komplementarne ubezpieczenie zdrowotne* – dobrowolne dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, w ramach którego zakład ubezpieczeń zapewnia ubezpieczonemu dostęp do niegwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej lub sfinansowanie części kosztów świadczeń częściowo gwarantowanych.

Umowę dodatkowego ubezpieczenia będzie się zawierać na czas nie krótszy niż 12 miesięcy.

Ponadto ustawa stwarza każdemu pracodawcy możliwości dopłaty do dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. W przypadku podjęcia przez pracodawcę decyzji o przeznaczeniu określonej części tych środków na wyżej wymieniony cel, znacznie zmniejszą się wydatki ubezpieczonego na składkę ubezpieczeniową.

Dzięki dodatkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu pacjent będzie mógł ominąć szpitalną kolejkę, jak również mieć zapewniony wyższy standard w pokoju szpitalnym; również wybrać lekarza, który ma go leczyć, zapewnić sobie dodatkową opiekę pielęgniarstwa, jak i żądane badania diagnostyczne (polisa takiego ubezpieczenia może miesięcznie wynosić nawet 1,5 tys. zł.). Mniej zamożni obywatele będą mogli wykupić ubezpieczenie, dzięki któremu pokryją tylko koszty świadczeń nierefundowanych lub tylko częściowo opłacanych przez NFZ (w tym przypadku polisa może kosztować tylko kilkadziesiąt złotych).

Może się tak stać jednak dopiero wtedy, kiedy zapewni się odpowiednią wielkość zasobów po stronie podaży usług, tak aby istniała potencjalna możliwość przyjęcia bez istotnej zwłoki każdego „doubezpieczonego” pacjenta i zapewnienia mu usług o odpowiedniej jakości.

Jednak posiadanie tańszej polisy nie przyspieszy terminu operacji ani nie zapewni pobytu w szpitalu w lepszych warunkach.

Jednak, jeżeli chory będzie chciał mieć wykonaną usługę medyczną inną metodą niż opłacana przez fundusz, to koszt zabiegu pokryje dodatkowe ubezpieczenie.

O tym, czy Polacy będą zainteresowani tańszym ubezpieczeniem, zdecyduje wykaz procedur, za jakie NFZ będzie płacił w 100 procentach, a jakie będą tylko częściowo refundowane lub całkowicie odpłatne dla pacjenta.

Im więcej świadczeń znajdzie się poza tzw. koszykiem gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, tym większa będzie skłonność pacjentów do doubezpieczania się.

Osoba wykupująca dodatkową polisę rezygnowałaby jednocześnie z korzystania ze świadczeń w ramach obowiązkowego ubezpieczenia w NFZ i dlatego nie będzie naruszony art. 68 Konstytucji (nierówne traktowanie pacjentów).

Zdaniem ministra zdrowia Ewy Kopacz, *najpierw trzeba uszczelnić system* i wprowadzić koszyk gwarantowanych świadczeń tak, aby pacjenci wiedzieli, za co płacą ze składek, a za co będą płacić z tzw. ubezpieczeń dobrowolnych.

Z ustawą o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach ściśle powiązana jest *ustawa o tzw. koszyku negatywnym*.

Na obecnym etapie rozwoju kraju nie jest możliwe zapewnienie wszystkim ubezpieczonym równego dostępu do wszystkich możliwych (w oparciu o dostępną wiedzę i umiejętności medyczne) świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Wiedza ta staje się tezą powszechnie zrozumiałą, chociaż niekoniecznie akceptowaną.

Na mocy ustawy o koszyku świadczeń gwarantowanych Minister Zdrowia będzie mógł określić w drodze rozporządzenia wykaz świadczeń niegwarantowanych, czyli tych, które nie będą finansowane ze środków publicznych oraz określić wykaz świadczeń częściowo gwarantowanych, czyli tych, które będą w części opłacane ze środków publicznych. Wszystkie pozostałe świadczenia będą gwarantowane, czyli opłacane z ubezpieczenia. Ustawa określi tryb podejmowania decyzji oraz procedury w zakresie kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń częściowo gwarantowanych albo niegwarantowanych. Określenie trybu i procedur jest niezbędne dla transparentności procesu podejmowania decyzji w tym zakresie.

Dzięki wprowadzeniu koszyka gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej *pacjent* uzyska wiedzę o tym, do jakich świadczeń i na jakich zasadach ma uprawnienia w ramach systemu opieki zdrowotnej.

Dla świadczeniodawcy koszyk stanowić będzie informację o tym, za jakie świadczenia może uzyskać płatność ze środków publicznych, którymi dysponuje płatnik.

Dla płatnika koszyk będzie informacją o składowych produktu kontraktowego, który stanowi podstawę do rozliczeń ze świadczeniodawcami. Pozwoli to określić, jaką ilość zdefiniowanych w katalogu świadczeń opieki zdrowotnej płatnik jest w stanie sfinansować w ramach planowanych przychodów finansowych.

Dla polityków „koszyk” będzie stanowił podstawę do dyskusji o zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i stopniu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli w powiązaniu z wiedzą o wielkości środków publicznych przekazywanych do systemu opieki zdrowotnej.

Z punktu widzenia zawartości procedur koszyki można podzielić na tzw.: biedne, umiarkowane i bogate.

„Biedny koszyk” można określić jako obejmujący 50 – 60% wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej.

„Koszyki umiarkowane” to te, w których świadczenia finansowane przez państwo obejmują 60 – 80% całości.

„Koszyki bogate” przekraczają 80% świadczeń, dochodząc w niektórych krajach do 95%.

Powstaje pytanie, na jakim poziomie powinien być zdefiniowany polski koszyk świadczeń gwarantowanych?

Ze źródeł ministerstwa zdrowia mówi się o poziomie ok. 70% całości wydatków.

Odpowiedź na to pytanie jest niezmiernie ważna, gdyż od tego zależy wysokość i zakres dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Minister Zdrowia Ewa Kopacz podczas obrad „Białego Szczytu” w dniu 21 stycznia 2008 roku podała następujące przykłady wad i uchybień występujących w systemie ochrony zdrowia:

PACJENT

- niedopuszczalnie długi okres oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej specjalistyki, jak również na planowane zabiegi w leczeniu szpitalnym,
- niedostateczne zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych niektórych grup chorych (np. hemofilia),
- brak znajomości praw i obowiązków pacjenta, faktyczna trudność w egzekwowaniu praw pacjenta,
- niewystarczająca promocja zdrowia i edukacja prozdrowotna.

KADRY

- niedostosowanie liczby specjalistów w wielu dziedzinach medycyny do potrzeb zdrowotnych obywateli,
- niedostosowanie liczby pielęgniarek i położnych do potrzeb w zakresie opieki pielęgniarstwa w systemie ochrony zdrowia,
- wieloletni brak strategii w zakresie wynagradzania personelu medycznego oraz powiązania wynagrodzeń z procesem podnoszenia kwalifikacji,
- system doskonalenia kadr medycznych oderwany od potrzeb systemu.

FINANSE I ZARZĄDZANIE

- monopolistyczna pozycja NFZ,
- przerzucanie odpowiedzialności i kosztów na publiczne zakłady opieki zdrowotnej z tytułu diagnostyki i ewentualnych powikłań,
- brak instrumentów do rozpoznania realnych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa,
- brak systemu informatycznego umożliwiającego pełną identyfikację i kontrolę faktycznie wykonywanych świadczeń zdrowotnych,
- nieracjonalne wydatkowanie środków publicznych – zbyt niskie finansowanie profilaktyki i diagnostyki (pacjent trafia do lekarza specjalisty zbyt późno, co znacznie podraża koszt leczenia),
- niedostosowanie struktury szpitali do potrzeb zdrowotnych obywateli (łóżka „ostre” i „przewlekłe”),
- niewłaściwa polityka lekowa, brak jasnych kryteriów tworzenia list leków refundowanych,
- znaczne opóźnienia w procesie uzupełniania dokumentacji produktów leczniczych, zgodnie z wymogami UE, co może skutkować od 1 stycznia 2009 roku wycofaniem z obrotu znaczącej liczby produktów leczniczych,
- zbyt skomplikowana sprawozdawczość,
- brak regulacji ustawowych wykonywania wielu zawodów medycznych.

Również rząd PO – PSL zadeklarował, że nie będzie kontynuować prac nad ustawą o sieci szpitali.

Ponadto, jednym z priorytetów PO ma być decentralizacja Narodowego Funduszu Zdrowia, a w jego miejsce powołanie sześciu konkurujących ze sobą funduszy publicznych, mających siedziby w: Warszawie, Katowicach, Wrocławiu, Poznaniu, Gdańsku i Krakowie. Przeciwnicy tego pomysłu uważają, że najpierw należy zdefiniować koszyk świadczeń gwarantowanych, dokonać wyceny świadczeń (określić, za co płaci NFZ, a za co pacjent z własnej kieszeni lub prywatnego ubezpieczenia). Dopiero bowiem po określeniu procedur gwarantowanych i odpłatnych, oddziały NFZ mogłyby zacząć ze sobą konkurować, np. przez rozszerzenie listy procedur przez nie opłacanych. Jeśli do tego dodano by konkurencję prywatnych firm brokerskich, szpitale zostałyby zmuszone do racjonalizacji wydatków. To z kolei spowodowałoby oszczędności dla oddziałów NFZ, które dzięki zwiększonej zasobności byłyby bardziej konkurencyjne. Według oponentów pomysł jest tym bardziej zaskakujący, że NFZ działa coraz lepiej i notuje coraz bardziej znaczący przyrost funduszy. *Paradoks polega również na tym, że od 2006 roku centralny fundusz wprowadzili Szwedzi, a Bundestag i Bundesrat zdecydowały, że od 2009 roku powstanie w Niemczech centralny federalny fundusz zdrowia.* Kraje te zwróciły uwagę, że o wiele łatwiej zarządzać pieniędzmi, utrzymać płynność finansową i racjonalizować wydatki, gdy fundusze są zgromadzone w jednym miejscu.

Problemem dalej nie rozwiązany są ogromne zadłużenia szpitali. Z danych resortu zdrowia wynika, że w kraju 40 proc. szpitali wciąż jest zadłużonych. Dzięki ustawie o pomocy publicznej z 2005 roku udało się zredukować z 4,9 mld zł. do 3,3 mld zł. tzw. zobowiązania wymagalne, czyli takie, których termin płatności już minął. Jednak całkowity dług szpitali wynosi wciąż 10 mld złotych.

Pomysłem resortu zdrowia jest zamiana tego zadłużenia na długoletnie obligacje (emitowane na 15 – 20 lat, ze stosunkowo niskim oprocentowaniem, a ich gwarantem byłby Skarb Państwa).

Ministerstwo Zdrowia zakłada, że z możliwości zamiany długu w obligacje (konwersji zadłużenia) mogłyby skorzystać te placówki, które jednocześnie zobowiązują się do przekształcenia w spółki prawa handlowego.

Wzrost zadłużania się szpitali również spowodowany jest skróceniem czasu pracy lekarzy (dyrektywa o klauzuli opt – out). Lekarz może, a nie musi, wyrazić zgodę na wydłużenie czasu pracy powyżej 48 godzin na tydzień. Pierwotnie koszty wprowadzenia tej dyrektywy w życie oszacowano na 750 milionów w skali roku, a rzeczywiście wynosić one

będą 2,4 mld złotych. Oczywiście takich kwot nie posiada ani Narodowy Fundusz Zdrowia ani tym bardziej szpitale. Poprzedni minister zdrowia (Z. Religa) tłumaczy, że niedoszacowanie wzięło się stąd, iż ustawę przygotowywano na przełomie 2006/2007 roku, kiedy nikt nie sądził, że nastąpią tak wysokie podwyżki w służbie zdrowia.

Najnowszym pomysłem rządu D. Tuska (marzec 2008 r.) jest brak zgody na współpłacenie przez pacjentów (np. 2 zł. za wypisanie recepty lub 5 zł. za wizytę u lekarza pierwszego kontaktu), gdyż przyływ środków finansowych jest prawie żaden, a rozwiązania organizacyjne zbyt uciążliwe i nie akceptowalne społecznie.

Jednocześnie dopuszcza się możliwość wprowadzenia tak zwanych opłat hotelowych za pobyt w szpitalu (koszty żywienia i zakwaterowania pacjentów).

Natomiast zdaniem Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń powinno być powiązane z ustaleniem drobnych opłat dla pacjentów, czyli współpłaceniem.

W opinii liderów OZZL to współpłacenie jest niezbędne, aby znieść limitowanie świadczeń i zapewnić chorym niezawodny dostęp do potrzebnej pomocy medycznej.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych podczas obrad „białego szczytu” zgłosił, że bezpieczne przekształcanie SP ZOZ w spółki kapitałowe wymaga ustalenia regionalnych sieci szpitali, rozwiązania problemu najbardziej zadłużonych placówek oraz objęcia prawem upadłościowym i naprawczym tych szpitali, które nie zostaną przekształcone.

Stwierdzono także, że rolnicy powinni płacić składkę na ubezpieczenie zdrowotne tak jak inni obywatele.

Platforma Obywatelska i jej minister zdrowia Ewa Kopacz jest przeciwna podwyższaniu co roku składki zdrowotnej o 1 proc., tak aby w 2011 r. wynosiła 13 procent.

Jednocześnie zapowiedziano również, że będzie rekomendacja podwyższenia składki zdrowotnej o 1 procent w 2010 roku.

Które z tych propozycji zostaną wprowadzone w życie, trudno w tej chwili przewidywać.

Na pewno ochrona zdrowia wymaga natychmiastowych reform, gdyż system nie działa prawidłowo, jest powszechnie krytykowany i niewydolny.

9.3. Program naprawy ochrony zdrowia proponowany przez „Lewicę i Demokratów”

Cele programu „Lewicy i Demokratów” w zakresie ochrony zdrowia i propozycje rozwiązań¹³⁵:

Strategicznym celem programu jest naprawa systemu ochrony zdrowia w taki sposób, aby osiągnąć poprawę dostępności, jakości i organizacji usług medycznych, rozwój profilaktyki i opieki długoterminowej oraz zapewnienie warunków rozwoju porównywalnego do najlepszych współczesnych systemów leczenia, w tym szczególnie onkologicznego.

Porozumienie „Lewica i Demokraci” zakłada, że osiągnięcie tego celu wymaga przyjęcia, że jego realizacja będzie, obok rozwoju edukacji i gospodarki opartej na wiedzy oraz walki z biedą i wykluczeniem społecznym; przynajmniej na okres jednej kadencji priorytetem w polityce państwa, realizowanym w ramach realnych jego możliwości i przy zachowaniu pełnej równowagi finansów publicznych. Wymaga to realizacji celów i zarazem zadań szczegółowych:

- zapewnienia sposobu finansowania systemu opieki zdrowotnej, który umożliwi wykorzystanie dodatkowych źródeł,
- ograniczenia możliwości zadłużania szpitali poprzez zmiany organizacyjno - prawne ZOZ-ów,
- wprowadzenia mechanizmów i narzędzi zapewniających pełną efektywność wykorzystania zasobów i środków przeznaczonych na ochronę zdrowia.

1) Funkcjonowanie szpitali w obecnej formie organizacyjno-prawnej powoduje ich zadłużanie, słabą efektywność zarządzania, utrudnia dostęp pacjentów do usług medycznych oraz osłabia motywację białego personelu. Dlatego należy *przeprowadzić proces pełnego przekształcenia szpitali w spółki użyteczności publicznej z większościowym udziałem państwa, np. samorządów lokalnych*. Celem takich zmian jest dobro pacjenta, szacunek dla płaconej przez niego składki, a także zwiększenie efektywności zarządzania placówkami publicznymi, zwiększenie nadzoru właścicielskiego oraz wprowadzenie mechanizmów zapobiegających zadłużeniu się, uzyskanie płynności finansowej, motywacja pracowników do pracy.

2) W Polsce konieczność zmian w systemie ochrony zdrowia wiąże się z potrzebą zwiększenia efektywności wykorzystania dostępnych zasobów przeznaczonych na ochronę

¹³⁵ program wyborczy „Lewicy i Demokratów”; *Nowa polityka, Nowa nadzieja*, 9 września 2007.

zdrowia. „Lewica i Demokraci” proponuje zorganizowanie okrągłego stołu, w którym uczestniczyliby przedstawiciele rządu oraz reprezentacje lekarzy, ekonomistów, przedstawicieli związków zawodowych, w tym rolniczych, pacjentów z udziałem również ekspertów z zakresu organizacji i finansowania systemów opieki zdrowotnej. Przedmiotem obrad byłaby kwestia zwiększenia zasobów systemu ochrony zdrowia i udziału zainteresowanych środowisk w ich tworzeniu, a także problem efektywności wykorzystania tych zasobów.

3) Zmiany demograficzne związane z tzw. starzeniem się populacji spowodują, że w 2020 roku ponad 20% polskiego społeczeństwa należeć będzie do grupy poprodukcyjnej, a popyt na świadczenia pielęgnacyjne znacznie wzrośnie i trzeba będzie nie tylko znaleźć struktury organizacyjne (Zakłady Opiekuńczo Lecznicze, Zakłady Pielęgnacyjno Lecznicze, Domy Pomocy Społecznej), ale także zapewnić ich finansowanie. Dlatego *należy rozwijać wszelkie formy organizacyjne związane z opieką długoterminową, kształceniem geriatrów, tworzenia systemu form opieki domowej*. Wzorem modelu skandynawskiego należy rozwijać profilaktykę, szczególnie w zakresie świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży oraz wad postawy.

4) LID proponuje zaliczenie usług zdrowotnych do puli dóbr i usług, które mogą być nabywane z funduszu socjalnego. Rozwiązanie to nie podniesie obciążeń pracodawcy, ani nie uszczupli przychodów budżetu. Należy podjąć starania o odblokowanie „0” % podatku VAT za usługi zdrowotne. W związku z brakiem w systemie ochrony zdrowia publicznych środków na inwestowanie w infrastrukturę szpitali, należy dopuścić dodatkowy kapitał na zasadzie partnerstwa publiczno-prywatnego.

5) Należy zmierzać do rozdzielenia funkcji w zakresie oceny efektywności klinicznej i ekonomicznej od taryfikacji i powołanie Agencji Taryfikacji Usług Medycznych. Umożliwi to rzeczywiste policzenie kosztów i oddzielenie dwóch odrębnych zadań, jakimi są opracowanie koszyka świadczeń medycznych oraz wycena procedur medycznych.

6) Trzeba dążyć do rozwiązania zapewniającego właściwą liczbę lekarzy i pielęgniarek poprzez zwiększenie liczby miejsc w uczelniach medycznych; finansowanie kosztów specjalizacji ze środków budżetowych dla wszystkich absolwentów oraz znaczącego podwyższenia wynagrodzeń pracowników medycznych.

7) Powinno się rozbudować system informacji elektronicznej w ochronie zdrowia w zakresie dostępności pacjentów do usług medycznych oraz dokumentacji medycznej i finansowej. Jest to strategiczne rozwiązanie poprawiające diagnostykę, leczenie, profilaktykę chorób, bezpieczeństwo pacjenta, zmniejszające poziom zagrożenia popełniania błędów przez

świadczeniodawcę oraz pracochłonność i koszty administracyjne podmiotów działających w ochronie zdrowia. Tego typu działania dają informację kontrolną i planistyczną w sprawie kosztów, skuteczności i efektywności leczenia oraz obiegu pieniędzy i usług w systemie.

Na uwiarygodnienie swoich propozycji LiD w dniu 30 stycznia 2008 roku złożył do łaski marszałkowskiej dwa projekty ustaw dotyczące ochrony zdrowia. Celem tych projektów jest naprawa publicznego systemu opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie finansowania systemu oraz jego „uszczelnienie”.

1. Pierwszy projekt – nowelizacja ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw – zakłada etapowe zwiększanie składki zdrowotnej do 12% w roku 2012 w sposób nie obciążający dochodów ubezpieczonych (rekompensata poprzez odpowiednie obniżenie podatku).
2. Drugi projekt – nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – ma na celu poprawę gospodarki finansowej „publicznych” zakładów opieki zdrowotnej i zapobieganie niekontrolowanemu narastaniu zobowiązań, m. in. poprzez wprowadzenie nowej formy organizacyjno – prawnej zakładów opieki zdrowotnej – spółki użyteczności publicznej (SUP).

Ad. 1) Celem nowelizacji byłoby zwiększenie przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez podwyższenie składki na ubezpieczenie zdrowotne z obecnych 9% do 12%. Umożliwi to zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia do poziomu 6% PKB.

Osiągnięcie poziomu 6% PKB przez nakłady publiczne jest uzasadnione koniecznością zapewnienia takiego finansowania publicznego systemu opieki, który poprawi dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób odczuwalny przez ubezpieczonych oraz umożliwi wyrównanie dysproporcji płacowych personelu medycznego.

Przyrost składki powyżej 9% w całości będzie podlegać odliczeniu, na obecnie obowiązujących zasadach, od podatku płaconego przez ubezpieczonych.

Skutki dla budżetu państwa (zmniejszenie dochodów i zwiększenie wydatków) będą wynosić (w warunkach 2007 r.): w 2009 roku ok. 3,2 mld zł. i w kolejnych latach będą się zwiększać po ok. 4,6 mld zł. rocznie, aż do ok. 17 mld zł. w roku 2012.

Ad. 2) Celem projektu ustawy jest poprawa gospodarki finansowej „publicznych” zakładów opieki zdrowotnej oraz zapobieganie niekontrolowanemu narastaniu zobowiązań, w szczególności w tych zakładach, których sytuacja finansowa uległa poprawie dzięki ustawie

z dnia 15 kwietnia 2005 roku o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Projekt wprowadza nową formę organizacyjno – prawną zakładów opieki zdrowotnej – spółkę użyteczności publicznej – SUP, co umożliwi prowadzenie działalności w oparciu o kodeks spółek handlowych. Efektem proponowanych zmian będzie m. in.:

- zwiększenie kontroli właścicielskiej nad zakładami opieki zdrowotnej,
- wprowadzenie profesjonalnego zarządu, dbającego nie tylko o medyczną działalność zakładu, ale także o jego wyniki finansowe,
- zwiększenie odpowiedzialności zarządzających zakładem opieki zdrowotnej za podejmowane decyzje,
- wprowadzenie zdolności układowej i upadłościowej zakładów opieki zdrowotnej (samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – SP ZOZ-ów oraz spółek użyteczności publicznej – SUP-ów).

Projekt zakłada przyjęcie modelu spółki kapitałowej – jako modelu podstawowego dla „publicznych” zakładów opieki zdrowotnej. Jednakże przy nadaniu spółce kapitałowej, która ma działać w sferze nie w pełni poddawalnej mechanizmom rynkowym (a taką dziedziną jest opieka zdrowotna) szczególnego statusu – spółki użyteczności publicznej (publicznej w rozumieniu właścicielskim i udziału w wykonywaniu publicznych zadań z zakresu ochrony zdrowia, a niepublicznej w rozumieniu przepisów o publicznym obrocie papierami wartościowymi).

Spółka użyteczności publicznej jest zakładem opieki zdrowotnej będącym spółką kapitałową, w której co najmniej 75% udziałów (akcji) należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego lub państwowej uczelni medycznej. Zbycie udziałów (akcji) lub podwyższenie kapitału zakładowego spółki użyteczności publicznej nie może powodować, że udział podmiotu publicznego, który utworzył spółkę w kapitale zakładowym jest mniejszy niż 75 procent. Począwszy od 1 stycznia 2010 roku SP ZOZ- y zostaną objęte prawem upadłościowym i naprawczym. Nowo tworzone „publiczne” zakłady opieki zdrowotnej będą miały formę SUP- u od początku.

Projekt przewiduje przekazanie SUP- om gruntów, budynków i innych urządzeń oraz lokali według następujących zasad:

- 1) grunty stanowiące własność Skarbu Państwa lub samorządu użytkowane przez SP ZOZ stają się nieodpłatnie z mocy prawa przedmiotem użytkowania wieczystego spółki,

- 2) budynki i inne urządzenia oraz lokale znajdujące się na gruntach stanowiących własność Skarbu Państwa lub samorządu użytkowane przez SP ZOZ stają się nieodpłatnie z mocy prawa własnością spółki.

Zarząd w spółce użyteczności publicznej ma być jednoosobowy. Będzie powoływany i odwoływany przez radę nadzorczą po przeprowadzeniu postępowania konkursowego.

Funkcję nadzoru w spółce użyteczności publicznej pełni rada nadzorcza. W skład rady nadzorczej SUP liczącej maksymalnie 6 osób wchodzi:

- przedstawiciele wspólników (akcjonariuszy) posiadających co najmniej 20% kapitału zakładowego – stanowiący co najmniej połowę składu rady,
- przedstawiciele osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych, jeżeli akt założycielski spółki tak stanowi,
- przedstawiciel pracowników,
- przedstawiciel ministra zdrowia – w przypadku szpitali.

W projekcie ustawy wprowadza się dodatkowy podmiot, tzn. kierownika medycznego zakładu, który ma sprawować nadzór nad działaniami medycznymi. Kierownik medyczny ma być powoływany po przeprowadzeniu konkursu.

Jednym z efektów przyjęcia modelu spółki kapitałowej będzie uzyskanie przez „publiczne” zakłady opieki zdrowotnej nie tylko zdolności układowej, tj. podlegania upadłości obejmującej zawarcie układu z wierzycielami, ale i zdolności upadłościowej, tj. podlegania upadłości obejmującej likwidację majątku spółki. Jednakże w tym zakresie proponuje się wprowadzić zmiany w prawie upadłościowym i naprawczym, które w stosunku do SUP ograniczają stosowanie przepisów o upadłości. Sąd będzie ogłaszał upadłość SUP z możliwością zawarcia układu. Dopiero, kiedy do zawarcia układu nie dojdzie sąd będzie zmieniał postanowienie o ogłoszeniu upadłości z możliwością zawarcia układu na postanowienie obejmujące likwidację majątku spółki. Minister właściwy do spraw zdrowia będzie zawsze uczestnikiem postępowania upadłościowego. Za zobowiązania SUP powstałe po wydaniu decyzji odpowiadają solidarnie Skarb Państwa oraz SUP.

RÓŻNICE MIĘDZY PROJEKTEM USTAWY O PRZEKSZTAŁCENIACH ZAKŁADÓW
OPIEKI ZDROWOTNEJ W SPÓŁKI PRAWA HANDLOWEGO (PROPOZYCJA PO) A
PROPOZYCJĄ LiD – PRZEKSZTAŁCENIA W SPÓŁKI UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ

1. większy pakiet udziałów (akcji) w rękach prywatnych – do 49% (PO),
2. przejęcie wszystkich szpitali samorządowych przez samorządy województw – z mocy prawa – co oznacza pozbawienie powiatów możliwości prowadzenia szpitali (PO),
3. brak szczególnych regulacji w prawie upadłościowym i naprawczym chroniących interes publiczny (PO),
4. brak mechanizmów „uszczelniających” gospodarkę finansową publicznych zakładów nie przekształconych w spółki – m. in. nie objęcie SP ZOZ-ów prawem upadłościowym i naprawczym oraz możliwość permanentnego oddłużania SP ZOZ-ów w trzyletnich cyklach (PO),
5. możliwość nieodpłatnego przekazania do 15% udziałów (akcji) pracownikom SP ZOZ-ów przekształconych w spółki (PO).

Oczywiście szanse na realizację wyżej wymienionych projektów są znikome (LiD jest partią opozycyjną), ale na tyle ciekawe, że z punktu widzenia teoretycznych rozważań merytorycznie uzasadnione.

9.4. Przekształcenie Miejskiego Szpitala Zespólnego w Częstochowskie Centrum Zdrowia spółka z o. o. z siedzibą w Częstochowie

W dniu 13 grudnia 2007 roku Rada Miasta podjęła uchwałę w sprawie utworzenia przez Gminę Miasto Częstochowa spółki z ograniczoną odpowiedzialnością pod nazwą: Częstochowskie Centrum Zdrowia.

W uzasadnieniu podjęcia decyzji stwierdzono, że dalsze funkcjonowanie Miejskiego Szpitala Zespólnego w formie SP ZOZ ze względów ekonomicznych i organizacyjnych oraz z uwagi na jego zadłużenie jest niemożliwe.

Jedynym i optymalnym rozwiązaniem mającym umożliwić funkcjonowanie Miejskiego Szpitala Zespólnego jest zmiana dotychczasowej formy prawnej jego działania, czyli utworzenie spółki prawa handlowego, w tym przypadku spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. Wiąże się to z koniecznością likwidacji SP ZOZ. Nowa placówka rozpocznie pracę bez długów i zobowiązań wobec osób trzecich.

PRZYCZYNY PLANOWANEJ ZMIANY FORMY ORGANIZACYJNO- PRAWNEJ

Za najbardziej istotne powody podjęcia decyzji o zmianie formy organizacyjno- prawnej uznano:

- Wysoki stan zobowiązań finansowych i duże prawdopodobieństwo ich narastania w perspektywie najbliższych miesięcy w związku z utratą płynności finansowej i rosnącą stratą na działalności operacyjnej.
- Bardzo wysoki stopień wielkości kosztów stałych w stosunku do przychodów Szpitala.
- Niebezpieczeństwo coraz większego obciążania budżetu Miasta zobowiązaniami SP ZOZ.
- Dalsza działalność w strukturze SP ZOZ stwarza realne zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów w zakresie ciągłości udzielania świadczeń

zdrowotnych. Rosnące zobowiązania, brak płynności finansowej, strajki personelu białego z powodu niskich płac mogą spowodować, iż Szpital nie będzie posiadał środków finansowych na zakup niezbędnych leków, materiałów medycznych, usług diagnostycznych, a także nie będzie posiadał personelu do udzielania usług medycznych.

Utworzenie Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej nieobciążonego kosztami obsługi długu ma służyć:

- Poprawie systemu zarządzania i odpowiedzialności za podejmowane decyzje, co skutkować będzie dodatnim wynikiem finansowym.
- Stworzeniu sprawniejszych form nadzoru właścicielskiego.
- Dalszemu rozwojowi zakładu przez rozszerzanie lub szybkie zmiany zakresu działalności medycznej i uzyskiwanie dodatkowych przychodów z rozwoju diagnostyki i lepszego wykorzystania istniejącej bazy diagnostycznej i medycznej, rozwoju działalności pielęgnacyjno- opiekuńczej i innych działań uzasadnionych ekonomicznie.
- Wzmocnieniu obecnej pozycji szpitala na rynku świadczeń zdrowotnych.
- Stworzeniu szans na zaangażowanie kapitału zewnętrznego w planowane inwestycje i przedsięwzięcia organizacyjne.

TABELA 23. HARMONOGRAM PRAC ZWIĄZANYCH ZE ZMIANĄ FORMY ORGANIZACYJNO-PRAWNEJ MIEJSKIEGO SZPITALA ZESPOŁONEGO

ZADANIE	OSTATECZNY TERMIN REALIZACJI	PODEJMOWANE DZIAŁANIA
UTWORZENIE SPÓŁKI „CZĘSTOCHOWSKIE CENTRUM ZDROWIA Sp. z o.o.”	GRUDZIEŃ 2007 (podjęcie uchwały Rady Miasta)	Określenie formy spółki, nazwy spółki, celu spółki, przedmiotu działalności spółki, % udziału miasta w spółce, określenie wartości wniesionych wkładów w formie pieniężnej – do 20 listopada 2007 - sporządzenie aktu założycielskiego ustalenie składu osobowego Zarządu Spółki - ustalenie składu osobowego Rady Nadzorczej - rejestracja Spółki w KRS, zgłoszenie w Urzędzie Statystycznym, założenie rachunku bankowego, zgłoszenie w Urzędzie Skarbowym oraz w ZUS - utworzenie Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (statut, powołanie kierownika NZOZ, rejestr wojewody, kontrakt z NFZ)

DZIERŻAWA NIERUCHOMOŚCI PRZY UL. MICKIEWICZA 12 (procedura prowadzona przez MSZ)	STYCZEŃ/LUTY 2008 (Podpisanie umowy)	Przygotowanie dokumentacji, opinia Rady Społecznej, określenie warunków udziału w postępowaniu Ogłoszenie przetargu - listopad/grudzień 2007
LIKWIDACJA MIEJSKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO (przekazanie zadań do realizacji przez Spółkę oraz podmiot wyłoniony w przetargu)	MARZEC 2008 (podjęcie uchwały Rady Miasta) otwarcie likwidacji- 1.05.2008 zakończenie działalności med. 31.08.2008 zakończenie czynności likwidacyjnych 31.12.2008.	przygotowanie projektu uchwały Rady Miasta, opinia Rady Społecznej, związków zawodowych, wojewody. gmin/powiatów- styczeń/luty 2008 powołanie likwidatora wraz z określeniem zadań) - kwiecień 2008
WNIESIENIA WKŁADÓW DO SPÓŁKI z o.o.	Utworzenie NZOZ – 1.09.2008 SIERPIEŃ 2008 - (podjęcie uchwały Rady Miasta)	Określenie łącznej wartości wniesionych wkładów w formie niepieniężnej (aport) i pieniężnej - wysokość kapitału zakładowego

Źródło: Urząd Miasta, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych.

Przedstawiony harmonogram prac został zmieniony z powodu zapowiedzi rychłego uchwalenia przez parlament nowej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w której zostaną doprecyzowane procedury związane z przekształceniem SP ZOZ-ów i zmianą form właścicielskich.

Wnioski końcowe

- Realizacja programu daje szansę na powstanie sprawnej i dostosowanej do istniejących warunków niepublicznej placówki ochrony zdrowia w mieście Częstochowa.
- Zmiana formy organizacyjno - prawnej nie zmieni podstawowej funkcji - zagwarantowania mieszkańcom Częstochowy i regionu dostępu do usług medycznych finansowanych poprzez system ubezpieczenia społecznego.
- Dobro chorego pozostanie nadal nadrzędnym celem nowego zakładu, nigdy i w żadnym przypadku nie zejdzie ono na dalszy plan mimo zakładanej konieczności uzyskiwania dodatniego wyniku finansowego.

Ponadto możliwe będzie wzbogacenie oferty ponadstandardowej dostępnej za odpłatnością, co nie oznacza, że nowy NZOZ będzie „szpitalem dla bogatych”, gdyż fakt finansowania zadań w głównej części przez NFZ gwarantować będzie ubezpieczonym bezpłatne świadczenia przewidziane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Działalność Spółki będzie koncentrowała się na udzielaniu świadczeń zdrowotnych dotychczas realizowanych w budynkach szpitalnych przy ul. Mirowskiej 15 (d. Szpital im. dr L. Rydygiera) oraz ul. Bony 1/3 (d. Szpital im. T. Chałubińskiego). Natomiast wszystkie świadczenia zdrowotne dotąd realizowane przy ul. Mickiewicza 12 (d. Szpital im. Wł. Biegańskiego) zostaną przejęte przez podmiot wyłoniony w drodze przetargu.

Poniżej tabelka przedstawiająca strukturę organizacyjną Częstochowskiego Centrum Zdrowia.

**TABELA 24 Proponowana liczba łóżek
dostosowana do kontraktu z NFZ i z zachowaniem bezpieczeństwa pacjentów**

Ośrodek zadaniowy	Liczba łóżek aktualna	Liczba łóżek NZOZ	- zmniejszenie + zwiększenie
Szpital przy ul. Mirowskiej 15			
Oddział Chorób Wewnętrznych	40	40	0
Oddział Chirurgiczny Ogólny	45	45	0
Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej	43	43	0
Oddział Urologiczny	34	25	-9
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	6	8	2
Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc	69	45	-24
SOR	4	4	0
Oddział Neurologiczny	50	35	-15
RAZEM	291	245	-46
Szpital przy ul. Bony1/3			
Pododdział Oddziału Chorób Wewnętrznych z ul. Mirowskiej 15	65	55	-10
Oddział Dermatologiczny	32	20	-12
Oddział Pediatriczny	33	22	-11
Oddział Psychiatryczny Dzienny z Pododdziałem Psychiatrycznym Dziennym dla Dzieci i Młodzieży	30	30	0
Oddział Geriatryczny	20	20	0
Zakład Opiekuńczo Leczniczy	60	60	0
RAZEM	240	207	-33
OGÓŁEM	531	207	-79

Źródło: Urząd Miasta, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych.

9.5. Projekt Zarządu Województwa Śląskiego dotyczący połączenia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym. Sierpień 2007 roku

UZASADNIENIE UCHWAŁY

Aktualnie Województwo Śląskie pełni funkcję organu założycielskiego dla trzech częstochowskich szpitali, z czego dwa wcześniej wymienione mają charakter jednostek wysokospecjalistycznych. Głównym celem Samorządu Województwa Śląskiego jest utworzenie w rejonie częstochowskim szpitala wiodącego, wielospecjalistycznego, mającego strategiczny charakter dla naszego regionu.

Mając na uwadze złą sytuację finansową Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego, którego straty bilansowe za lata ubiegłe wynoszą 20.190.161,98 zł. i według biegłego rewidenta kontynuacja działalności w obecnej strukturze bez dokapitalizowania i radykalnej restrukturyzacji gospodarczo-ekonomicznej grozi jego likwidacją.

Zarząd Województwa Śląskiego podjął decyzję o połączeniu placówek w jeden Zakład. Połączenie to nastąpi poprzez przeniesienie mienia Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. prof. dr Witolda Orłowskiego w Częstochowie przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.

Zmiana struktury winna przynieść dobre efekty w postaci jakości i dostępności udzielanych usług zdrowotnych. Pacjenci będą mieli dostęp do kompleksowego leczenia, co jest bardzo istotne w przypadku osób będących w stanie ciężkim. Dodatkowo, po połączeniu jednostek będzie możliwe uporządkowanie i pogrupowanie bazy łóżkowej zgodnie z zaleceniami Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Dotychczas część oddziałów i poradni w obydwu szpitalach dublowała się, część zaś była dla siebie komplementarna.

W przyszłości Samorząd Województwa Śląskiego planuje wyspecjalizowanie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny jako zakładu opieki krótkoterminowej z rozwojem ośrodka onkologicznego.

Nim projekt uchwały zostanie skierowany pod obrady Radnych Wojewódzkich, zostanie on przedłożony do zaopiniowania Wojewodzie Śląskiemu, radom społecznym obydwóch szpitali oraz związkom zawodowym reprezentujących pracowników ochrony zdrowia łączonych zakładów.

Zanim do tego dojdzie, Zarząd Województwa Śląskiego zapowiedział, że wystąpi o pozyskanie niezależnych ekspertyz i opinii na temat przewidywanych zmian na rynku usług medycznych regionu północnego województwa śląskiego.

WNIOSKI WYNIKAJĄCE Z BADAŃ

Restrukturyzacja to proces polegający na przemianie sposobu zorganizowania instytucji oraz na zmianie jej powiązań zewnętrznych.

Restrukturyzacja według *idei lean management'u* to także zmiany w sposobie myślenia pracowników i kadry zarządzającej. Z kolei *lean management* to taka technika zarządzania przedsiębiorstwem, której celem jest tworzenie prostych i przejrzystych struktur w przedsiębiorstwie oraz nadanie większego znaczenia zasobom pracy, aby można je było wykorzystać jak najlepiej.

W ochronie zdrowia mamy do czynienia z różnymi typami restrukturyzacji, a mianowicie z:

- *restrukturyzacją antycypacyjną* - przewidywania. Oparta jest na benchmarkingu. Przedsiębiorstwa często dokonują porównywania się z innymi firmami tego samego typu, aby natychmiast zająć rynek i być najlepszym. Restrukturyzacja ta głównie dotyczy organizacji pracy, zatrudnienia, wyników finansowych, wskazań marketingowych,
- *restrukturyzacją kreatywną*. Polega ona na tym, że kreuje się pewne zmiany w czasie, a efekty tego wprowadzenia widać dopiero po jakimś czasie,
- *restrukturyzacją dostosowawczą*. Jest inicjowana, gdy przedsiębiorstwo zaczyna osiągać złe wyniki, tzn. ma mały zysk lub ujemny wynik finansowy,
- *restrukturyzacją naprawczą*. Polega ona na wprowadzaniu zmian, które mają naprawić przedsiębiorstwo w celu ustabilizowania jego funkcjonowania oraz osiągnięcia dodatniego bilansu.

Najczęściej w ochronie zdrowia mamy do czynienia z ostatnim rodzajem restrukturyzacji uzupełnionej elementami restrukturyzacji: antycypacyjnej, kreatywnej i dostosowawczej. Zakład opieki zdrowotnej nie może pozostawać niezmienny wobec zmieniającego się otoczenia. Planując przyszłość musi wiedzieć, czym chce być, jakie cele i w jaki sposób ma je osiągnąć oraz z jakimi zagrożeniami musi się liczyć. Musi posiadać własny plan działania, a w sytuacjach kryzysowych program restrukturyzacji, który uwzględni niepewność rynku i dostosowanie się do zmian w otoczeniu.

System ochrony zdrowia w Polsce wymaga kompleksowej naprawy. Zarówno jego części, jak i sposób wzajemnego oddziaływania nie dają pozytywnego efektu końcowego. Taka właśnie sytuacja ma miejsce w ochronie zdrowia od kilkunastu lat. Gdy nastał 1989 rok

i można było porządkować wiele spraw, reforma opieki zdrowotnej była jedną z najbardziej oczekiwanych zmian. Zniechęceni dotychczasowymi doświadczeniami państwowej, centralnie zarządzanej służby zdrowia, prawie wszyscy, tj.: pacjenci, pracownicy sektora ochrony zdrowia, politycy myśleli w sposób następujący – należy wprowadzić ubezpieczenie zdrowotne, konkurencję między szpitalami i przychodniami, aby firmy ubezpieczeniowe zabiegały o klientów, proponując im najlepsze warunki ubezpieczenia, a lekarze i szpitale miały starać się i „walczyć” o pacjentów oferując im leczenie na możliwie najlepszym poziomie. Niestety, nie udało się wprowadzić tych prostych zasad w życie. Politykom i kolejnym rządów zabrakło determinacji.

Przekształcenia w ochronie zdrowia powinny mieć charakter ewolucyjny. Nagłe i niedostatecznie przygotowane zmiany mogą prowadzić do powstania większych szkód niż korzyści. Doświadczenia krajów zachodnich pokazują, że proces reformy nie ma charakteru zamkniętego. Oznacza to, że system opieki zdrowotnej nieustannie wymaga odpowiednich korekt. Należy więc założyć, że w kolejnych latach reforma będzie kontynuowana, ale na wyższym jakościowo poziomie organizacji i usprawniania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Poniżej przedstawiam listę koniecznych przedsięwzięć, które w całości mogą uruchomić pozytywne sprzężenia i wprowadzić system opieki zdrowotnej na ścieżkę równowagi, tworzenia warunków do uzyskiwania wyższej skuteczności i jakości w realizowaniu świadczeń medycznych oraz znaczniejszej efektywności kosztowej, która w efekcie doprowadziłaby do zahamowania zadłużania się placówek ochrony zdrowia.

Należy doprowadzić do:

- 1) zrównoważenia systemu pod względem finansowym zgodnie z zasadą makroekonomicznego bilansu: środki pozyskiwane = koszty wytwarzania = wartość wykorzystanych świadczeń przez pacjentów z uwzględnieniem:
 - zmiany sposobu opłacania składki przez rolników,
 - wprowadzenia zasady finansowania świadczeń zdrowotnych w oparciu o regułę „zwrotu kosztów”, to znaczy, że każdy świadczeniodawca otrzymuje od płatnika tę samą kwotę uśrednionej refundacji za to samo świadczenie,
 - pełnego opłacania składki ze środków budżetowych za bezdomnych, podopiecznych ośrodków pomocy społecznej oraz innych osób nie płacących składek,
 - wskazania środków i metod finansowania inwestycji rozwojowych,

- wprowadzenia stałej obserwacji i kontroli ordynacji i zużycia leków,
 - wprowadzenia monitorowania i systemu kontroli cen leków refundowanych,
 - prowadzenia kontroli czasu pracy personelu medycznego (szczególnie lekarzy) oraz pobierania przez nich nieuzasadnionych gratyfikacji,
 - przeprowadzenia analizy wysokości cen świadczeń w aspekcie permanentnego ich zaniżania przez płatnika,
 - wprowadzenia monitorowania i analizy korzystania ze świadczeń zdrowotnych (wskaźniki dotyczące hospitalizacji, czasu opieki stacjonarnej, czasu oczekiwania),
 - poszukiwania możliwości podwyższenia składki zdrowotnej bez konieczności obniżania dochodów netto ubezpieczonych.
- 2) wprowadzenia systemu racjonowania świadczeń zdrowotnych poprzez zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych, tj.:
- powołania niezależnej wspólnej komisji z udziałem: agencji ds. technologii medycznych, ministerstwa zdrowia i płatnika celem wyboru procedur do dokonania kwalifikacji ich włączenia lub wyłączenia z koszyka świadczeń gwarantowanych,
 - zabezpieczenia pełnego dostępu obywateli do świadczeń możliwych do sfinansowania ze środków publicznych zgodnie z kryteriami przyjętymi i akceptowanymi medycznie oraz społecznie.
- 3) poprawianie systemu zarządzania i organizacji na szczeblu rządowym i samorządu terytorialnego, poprzez:
- zabezpieczenie informacyjne niezbędne do zarządzania systemem; z jednej strony – informacje o zasobach (sprzęt, stan infrastruktury), koszty udzielanych świadczeń, a z drugiej – analiza potrzeb zdrowotnych oraz inne informacje o charakterze epidemiologicznym, stanie zdrowia populacji, itd...,
 - opracowanie i wprowadzenie w życie zasad racjonalnej lokalizacji placówek (sieć placówek),
 - przygotowanie kompleksowej regulacji dotyczącej praw pacjenta i wskazanie warunków ich realizacji oraz sankcji w sytuacji ich nieprzestrzegania,

- opracowanie podstaw i zasad dialogu niezbędnego w sytuacjach sprzeczności interesów oraz konfliktów,
 - stworzenie podstaw do analizy oceny jakości świadczeń medycznych,
 - wprowadzenie zasady przygotowywania i ogłaszania corocznego raportu dla społeczeństwa o stanie systemu zdrowotnego oraz kondycji zdrowotnej populacji,
 - prowadzenie skutecznej profilaktyki połączonej z propagowaniem badań przesiewowych (skriningowych), których celem jest wykrycie choroby we wczesnej fazie i dzięki temu zredukowaniu śmiertelności wśród pacjentów, a tym samym zmniejszeniem niepotrzebnych nakładów na ochronę zdrowia,
 - rozstrzygnięcie na szczeblu samorządu terytorialnego odpowiedzialności właścicielskiej za kondycję i rozwój placówek zdrowotnych. W obecnych warunkach jest to odpowiedzialność bez instrumentów i większych konsekwencji,
 - zwiększenie możliwości koordynacji współpracy między jednostkami samorządu terytorialnego. Rozważeniu wymaga kwestia ewentualnej pozycji samorządu wojewódzkiego jako jednostki odpowiedzialnej za zaprogramowanie zabezpieczenia świadczeń leczenia zamkniętego i specjalistycznego na poziomie regionalnym.
- 4) ustanowienia na poziomie mikroekonomicznym (szpitali) takich reguł, które je zabezpieczą przed zadłużaniem się, a jednocześnie doprowadzą do podniesienia jakości świadczonych przez nie usług medycznych uwzględniających:
- obowiązek badania satysfakcji pacjenta w warunkach pozwalających na wyrażenie mu swobodnej opinii (najlepiej po wyjściu ze szpitala) i wprowadzanie uzasadnionych wniosków wynikających z tych badań do zarządzania placówką,
 - konieczność stworzenia systemu do wykazywania błędów w sztuce lekarskiej,
 - wprowadzenie merytorycznych reguł powoływania menedżerów na stanowiska kierownicze,
 - opracowanie systemu motywowania sprzyjającego poddawaniu się procesom akredytacji i uzyskiwania certyfikatów jakości,

- edukowanie i motywowanie personelu medycznego do życzliwego traktowania pacjentów i ich rodzin celem wyeliminowania poczucia zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego wśród świadczeniobiorców usług medycznych.

Wydaje się, że jednym z trudniejszych zadań będzie rezygnacja z limitowania świadczeń. Aby stało się to możliwe należy wprowadzić inne mechanizmy równoważące popyt z podażą świadczeń zdrowotnych. Należą do nich:

- bezpośrednie dopłaty pacjentów do niektórych świadczeń zdrowotnych,
- odpowiednia kontrola zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych, prowadzona przez płatnika; w tym skuteczne metody rejestracji usług medycznych,
- właściwe zdefiniowanie świadczeń (poprzez standaryzację postępowania w poszczególnych jednostkowych procedurach medycznych i kompleksowych standardach jednorodnych grup pacjentów- JGP).

Nawet najlepiej rozwinięte i najbogatsze kraje wielką wagę przykładają do racjonalnego wydatkowania środków finansowych na ochronę zdrowia, gdyż na opiekę zdrowotną, jak wiadomo, można wydać każdą ilość pieniędzy. Priorytetem polityki zdrowotnej powinna stać się reguła: *value for money* (wysoka jakość za niską cenę, najlepszy stosunek wartości do ceny).

Analizowane szpitale należą do różnego układu instytucjonalnego. Dla szpitali miejskich organem założycielskim jest Rada Miasta Częstochowy – są to szpitale tzw. I-go stopnia referencyjności, a dla szpitali marszałkowskich Sejmik Województwa Śląskiego – są to szpitale tzw. II-go stopnia referencyjności (głównie realizują procedury specjalistyczne). Mówiąc o skutkach restrukturyzacji szpitalnictwa częstochowskiego, w pierwszym rzędzie należy omówić reakcję na jej przeprowadzenie przez pracowników zatrudnionych w tych placówkach.

Najbardziej daleko zaawansowane są zmiany organizacyjne, jakie mają miejsce w szpitalach miejskich. Powstanie Częstochowskiego Centrum Zdrowia doprowadziło do likwidacji Miejskiego Szpitala Zespołowego.

Przeciwko proponowanym zmianom wystąpiły niektóre ze związków zawodowych, działających w Miejskim Szpitalu Zespolonym.

I tak NSZZ „Solidarność” Służby Zdrowia zorganizowała referendum, w którym wzięło udział 618 pracowników z 923 osobowej załogi trzech szpitali, co stanowiło 67% i na pytanie: „Czy jesteś za prywatyzacją Zespołu Szpitali Miejskich?” – *Nie* – odpowiedziało 571 osób, co stanowi 92,4% biorących udział w głosowaniu. *Za prywatyzacją* opowiedziało się 39 osób (6,3%), a 8 głosów było nieważnych. Referendum przeprowadzono w maju 2007 roku.

Jak wiadomo, pomimo takich sprzeciwów, Rada Miasta uchwałę o przekształceniu przyjęła, co z pewnością spowoduje protesty ze strony pracowników tych szpitali.

26 marca 2008 roku kilkudziesięciu pracowników Miejskiego Szpitala Zespolonego okupowało budynek magistratu wyrażając obawy, że w sprywatyzowanej lecznicy aż 200 osób straci zatrudnienie – głównie niższy i średni personel medyczny oraz administracyjno-techniczny. Również perspektywą przekształceń zaniepokojeni są lekarze, głównie z powodu zmian dotyczących organizacji czasu pracy.

Związkowcy z miejskiego szpitala domagają się podpisania zakładowego układu zbiorowego pracy.

Dyrekcji i władzom miasta przedstawiono następujące żądania:

- przy zwolnieniach grupowych każdy z pracowników otrzymałby odprawę w wysokości 12-miesięcznych zarobków,
- okres wypowiedzenia umowy o pracę zostanie przedłużony z 3 do 4 miesięcy,
- stworzenia specjalnego funduszu nagród, który stanowiłby 1% rocznego kontraktu,
- za przebywanie na zwolnieniu lekarskim 85- procentowego wynagrodzenia (kodeks pracy przewiduje 80 procent),
- na ślub własny – 3 dni urlopu, a na ślub dziecka – 2 dni (prawo pracy przewiduje odpowiednio 2 i 1 dzień),
- płatne urlopy na każdy rodzaj szkoleń i studiów.

Władze miasta uważają, że żądania związków są niemożliwe do spełnienia, bo przekładają się na ogromne kwoty, których szpital nie ma. Szpital posiada jedynie długi, a przekształcenie go w spółkę, to jedyna droga uratowania miejskich lecznic.

W dalszym ciągu władze miasta Częstochowy pomysł tak daleko idących przekształceń oceniają pozytywnie i entuzjastycznie.

W chwili obecnej trudno przewidzieć, jakie będą dalsze reakcje ze strony pracowników szpitala, jak i organu założycielskiego, ale na pewno można stwierdzić, że potrzebny jest w

tej kwestii kompromis, który w pierwszym rzędzie zabezpieczałby interesy pacjentów i ich bezpieczeństwo zdrowotne.

Władze miasta Częstochowy zdając sobie sprawę, że szpitale miejskie nie mogą funkcjonować bez współpracy z lecznictwem wysokospecjalistycznym zaproponowały Urzędowi Marszałkowskiemu stworzenie w przyszłości jednej spółki szpitalnej, do której weszłyby szpitale marszałkowskie i Częstochowskie Centrum Zdrowia. Warunkiem jest, aby szpitale marszałkowskie weszły do spółki oddłużone, co jednak nie będzie możliwe, gdyż Urząd Marszałkowski nie posiada takich środków (ponad 100 milionów złotych). Władze wojewódzkie szansę na oddłużenie szpitali widzą w rządzie i parlamencie, a dokładnie w proponowanych ustawach przedstawionych przez ministra zdrowia i Platformę Obywatelską.

W innej sytuacji są szpitale marszałkowskie, tj.: „Parkitka” i „Tysiąclecie”. Z pewnością, w niedługim czasie, trzeba będzie podjąć decyzje, w jakiej formule organizacyjnej będą funkcjonować te szpitale.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny ma bardzo trudną sytuację finansową (wysokie zobowiązania) i brak perspektyw na oddłużenie przez organ założycielski, tak jak się to stało w przypadku szpitali miejskich.

Z kolei Wojewódzki Szpital Zespolony ma problemy wynikające ze zmniejszania się ilości oddziałów wykonujących usługi medyczne (zwalnianie się lekarzy z pracy z przyczyn niezadowolenia z wysokości wynagrodzeń – brak dyżurów, system zmianowy).

Jak na razie Urząd Marszałkowski nie przedstawił konkretnego pomysłu na rozwiązanie tego problemu.

Były wicemarszałek Grzegorz Szpyrka (odpowiedzialny za służbę zdrowia – wypowiedź z listopada 2007 roku), stwierdził, że dobrym rozwiązaniem pod względem logistycznym byłoby skupienie w Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny działalności o charakterze krótkoterminowym w zakresie wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, natomiast w Szpitalu Zespolonym im. W. Orłowskiego – stworzenie Centrum Geriatrii. Łączenie miałoby dotyczyć administracji. Do Szpitala na „Parkitce” przeniesione byłyby oddziały zabiegowe z „Tysiąclecia”. Natomiast na „Tysiącleciu” obok Centrum Geriatrii funkcjonowałyby m.in.: oddziały: neurologii, psychiatrii, rehabilitacji wieku podeszłego oraz zakład opiekuńczo – leczniczy dla osób starszych.

Najnowszy pomysł to utworzenie swego rodzaju *holdingu szpitalnego* złożonego ze szpitali marszałkowskich i miejskich. Jest on jednak nie do realizacji, chociażby z braku środków finansowych na oddłużenie szpitali marszałkowskich.

Bardzo ogromnym problemem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego są jego wysokie koszty osobowe (około 95% kosztów ogółem). Jest oczywiste, że szpital przy tak wysokich kosztach wynagrodzeń nie może prowadzić działalności bieżącej (brak środków finansowych na realizację procedur medycznych).

Pomysłem dyrekcji Szpitala jest wprowadzenie systemu równoważnego czasu pracy, który zastąpiłby dyżury medyczne. System równoważnych norm czasu pracy polega na tym, że w niektórych dniach dopuszczalne jest przedłużenie czasu pracy do 12 godzin, przy jednoczesnym obniżeniu tego wymiaru w innych dniach albo wprowadzenie dni wolnych z tytułu przepracowanych godzin, tak aby w okresie rozliczeniowym zachować przeciętną 40- godzinną normę tygodniową.

Dobowa norma czasu pracy nie może przekroczyć maksymalnie 12 godzin, ale pracodawca może przedłużyć czas pracy do 9, 10, czy też 11 godzin.

Do systemu równoważnego czasu pracy ma zastosowanie norma 5 – dniowego tygodnia pracy. W ten sposób pracodawca może ustalić pracę tak, że w jednym tygodniu jest ona wykonywana przez 6 dni, a w innych przez 4 lub 5 dni. Warunkiem podstawowym jest, aby w przyjętym okresie rozliczeniowym pracownik pracował przeciętnie 5 dni w tygodniu.

Co do zasady, okres rozliczeniowy w tym systemie wynosi 1 miesiąc.

Jak można było się spodziewać, powyższa propozycja spotkała się z powszechną dezaprobatą ze strony środowiska lekarskiego z dwóch powodów:

- finansowych (obniżenie poziomu wynagrodzeń),
- organizacyjnych (dyspozycyjność wobec pracodawcy).

Ponadto wszyscy pracownicy wyrażają obawy, że może dojść do postawienia szpitala w stan upadłości z przyczyn ekonomicznych. Wtedy znaczna część pracowników mogłaby ponownie nie być zatrudniona (około 300 osób, głównie salowych, pielęgniarek, pracowników administracyjno – technicznych).

Generalnie można postawić tezę, że w szpitalach marszałkowskich panuje atmosfera wyczekiwania przed mającymi nastąpić radykalnymi rozwiązaniami przekształceniowymi połączonymi z głębokimi zmianami restrukturyzacyjnymi.

Najbardziej wskazana i racjonalna byłaby współpraca dwóch szpitali wojewódzkich w przeprowadzaniu tej restrukturyzacji, a polegającej na przemieszczaniu lub łączeniu oddziałów, co w efekcie doprowadziłoby do takiego przeprofilowania szpitali, aby w przyszłości nie mogły się zadłużać z jednoczesnym polepszeniem świadczonych usług medycznych.

Na podstawie obserwacji i opinii wyrażanych przez dyrektorów szpitali stan częstochowskiego lecznictwa stacjonarnego można zdiagnozować w sposób następujący:

1. Niedoszacowanie kontraktów przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co oznacza wpływ zbyt małych środków finansowych przeznaczonych na leczenie. Głównym przejawem niedoszacowania jest zbyt niska tzw. cena punktu za realizowane procedury medyczne, jak również przyznana zbyt mała liczba punktów na wykonywanie tych świadczeń.
 2. Znaczne rozproszenie potencjału służące realizacji procedur wykonywanych w lecznictwie stacjonarnym, tj. fachowego personelu medycznego oraz sprzętu medycznego w oddziałach, które się powielają (np. trzy oddziały ginekologiczno – położnicze, trzy chirurgii urazowo – ortopedycznej, itp.) w sześciu szpitalach na terenie miasta.
 3. Niewłaściwa struktura rozlokowania łóżek, polegająca na zbyt dużej liczbie tzw. łóżek ostrych, a zbyt małej do leczenia przewlekłego, zachowawczego. „Łóżka ostre”, znacznie droższe od „łóżek przewlekłych”, są nadmiernie obciążone, ponieważ po ukończeniu intensywnego leczenia nie ma możliwości przeniesienia pacjenta celem dalszej poprawy stanu zdrowia do leczenia i rehabilitacji na tańsze łóżko, mniej „nasycone” kadrą medyczną i sprzętem.
 4. Brak właściwej współpracy pomiędzy organami założycielskimi szpitali.
- Wszystkie szpitale w Częstochowie służą jej mieszkańcom i konieczne jest ich współdziałanie, które obecnie wobec różnych organów założycielskich, przedstawia wiele do życzenia. Ogłaszane „porozumienia” bardziej mają charakter życzeniowy, czy też deklaracyjny, niż ustaleń do realizacji.

Odnosząc się do pytań badawczych sformułowanych w założeniach badawczych, a dotyczących hipotezy I - szej należy stwierdzić, że:

1. Były wielokrotnie czynione starania ze strony dyrekcji częstochowskich szpitali celem podwyższenia finansowania tych placówek przez płatnika. Ewidentnym przykładem było porozumienie dyrekcji pięciu szpitali, tj.: Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP, Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. W. Orłowskiego, Miejskiego Szpitala Zespolonego, szpitala z Myszkowa i szpitala z Blachowni, którzy nie podpisali pod koniec 2007 roku umów z Narodowym Funduszem Zdrowia na rok 2008, argumentując swoje stanowisko zbyt niskimi kontraktami, jakie otrzymali od płatnika. Co prawda, w lutym 2008 roku podpisano kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w takiej propozycji, jaką wcześniej przedstawiał płatnik, z jedyną różnicą, że umowę będzie

można renegocjować. W rezultacie NFZ postawił na swoim, ale osiągnięto „efekt propagandowy” mówiący o fakcie niedoszacowania i zaniżania kontraktów przez publicznego płatnika.

2. Do spotkań między przedstawicielami organów założycielskich i dyrekcjami częstochowskich szpitali dochodziło w kwestiach dotyczących racjonalizacji ilości łóżek i likwidacji niektórych oddziałów (ostatnie przykłady z końca 2007 roku – rozmowy w Urzędzie Miasta reprezentantów samorządu województwa śląskiego, powiatowego i miejskiego). W tym przypadku bardziej można mówić o spotkaniach niż o rzeczywistej współpracy. Dotychczasowe rezultaty tych spotkań są raczej mizerne. W przeciągu ostatnich kilku lat doszło do dwóch przemieszczeń oddziałów, a mianowicie przeniesienie Oddziału Laryngologii z Miejskiego Szpitala Zespołowego do Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego oraz przekazanie pododdziału Chirurgii Twarzowo-Szczękowej z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu. Biorąc pod uwagę ilość spotkań i wzajemnych deklaracji dobrej woli o współpracy, trzeba jeszcze raz podkreślić, że efekty tej „współpracy” są prawie żadne. Przy tej okazji należy jeszcze raz przypomnieć, że rozmieszczenie niektórych oddziałów i ich dublowanie się, jest jedną z głównych przyczyn niewydolności częstochowskiego leczenia stacjonarnego.

3. Obiecujące są propozycje utworzenia nowych oddziałów, które mają odciążyć tzw. oddziały ostre i polepszyć dostępność do świadczeń medycznych. Planowane jest:

- a) utworzenie zakładu opiekuńczo – leczniczego w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym („Tysiąclecie”),
- b) powstanie rehabilitacji w szpitalu na „Tysiącleciu”,
- c) ulokowanie oddziału geriatrycznego w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym,
- d) powstanie oddziału urologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym.

To, że w Częstochowie brakuje oddziałów opieki długoterminowej, rehabilitacji oraz oddziałów zajmujących się chorobami wieku podeszłego, jest wiadome od dawna i należy mieć nadzieję, że takie oddziały w najbliższym czasie powstaną.

4. Dotychczasowe działania restrukturyzacyjne mało znacząco wpłynęły na poprawę sytuacji finansowej szpitali. Głównym powodem był brak konsekwencji w realizacji tych programów, a szczególnie opór i sprzeciw związków zawodowych. Również nie wykorzystano pierwszych lat funkcjonowania placówek w formie samodzielnych publicznych zakładów

opieki zdrowotnej (rok 1999 i 2000), kiedy było większe przyzwolenie ze strony pracowników na dokonywanie istotnych zmian.

5. Przeprowadzane restrukturyzacje w największym stopniu wpłynęły na zmianę struktury organizacyjnej w Miejskim Szpitalu Zespolonym i z perspektywy czasu można powiedzieć, że przyczyniły się do tzw. przeprofilowania szpitali, tj.:

a) dawny Szpital Miejski im. L. Rydygiera „umocnił się”, jako szpital chirurgiczno-zabiegowy,

b) dawny Szpital Miejski im. T. Chałubińskiego specjalizuje się w leczeniu chorób przewlekłych, natomiast

c) dawny Szpital im. W. Biegańskiego jest szpitalem internistyczno – kardiologicznym.

Również znacząco zmalało zatrudnienie we wszystkich częstochowskich szpitalach (najwięcej osób zostało zwolnionych z działów administracyjno-technicznych i spośród niższego personelu medycznego). W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym powstały nowe oddziały w zakresie kardiologii inwazyjnej i leczenia onkologicznego (Zakład Radioterapii). Natomiast Wojewódzki Szpital Zespolony „stracił” trzy oddziały: urologię, urazowo-ortopedyczny i de facto okulistykę (zwalnianie się lekarzy z powodów finansowych).

6. W ramach restrukturyzacji finansowej w szpitalach podjęto różnorakie czynności, a mianowicie:

a) zawierano układy ratalne z kontrahentami na spłatę zobowiązań wymagalnych (restrukturyzacja zadłużenia),

b) redukowano koszty i wydatki w wyniku oszczędnego gospodarowania zasobami materiałowymi,

c) poprawiono windykację należności od dłużników szpitali korzystających z usług medycznych,

d) podpisywano porozumienia z dostawcami leków, pozwalające na zamianę przeterminowanych wierzytelności krótkoterminowych na weksle (konwersja zadłużenia),

e) występowano o renegotiacje umów z Narodowym Funduszem Zdrowia (zapłata za wykonane przez szpital świadczenia ponadlimitowe),

f) dokonywano wynajmu zbędnych pomieszczeń, obiektów i placów firmom prowadzącym działalność gospodarczą,

g) wskazywano na konieczność wprowadzenia systemu budżetowania oddziałów.

Wszystkie powyższe czynności związane z restrukturyzacją finansową były i są skuteczne w krótkim okresie czasu. Pozwalają na uniknięcie całkowitej utraty płynności finansowej szpitali, natomiast nie są zasadniczym remedium na znaczącą poprawę ich sytuacji finansowej, w szczególności, kiedy kontrakty na leczenie są niedoszacowane, a koszty ich realizacji dużo wyższe, niż środki otrzymywane od płatnika.

7. Jakie są zadania jednostek samorządu terytorialnego, szczegółowo ten problem przedstawiono w podrozdziale dotyczącym roli samorządów w systemie ochrony zdrowia. Natomiast odpowiadając na pytanie, który samorząd (miejski czy wojewódzki) bardziej angażuje się na rzecz podległych sobie placówek medycznych, zdecydowanie można stwierdzić, że Miejski Szpital Zespolony bardziej może liczyć w tym względzie na zaangażowanie swojego organu założycielskiego niż szpitale wojewódzkie („Parkitka” i „Tysiąclecie”).

Z pewnością powód jest taki, że sejmik województwa śląskiego jest organem założycielskim dla 56 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a Rada Miasta Częstochowy dla jednego szpitala funkcjonującego w trzech budynkach. Zadłużenie szpitali wojewódzkich osiągnęło poziom ok. 500 mln złotych, co stanowi mniej więcej połowę rocznego budżetu województwa śląskiego.

8. W chwili obecnej trudno przewidzieć, jakie będą ewentualne korzyści dla pacjentów wynikające z przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego, jeśli oprócz tej ustawy nie zostaną uchwalone inne, takie jak: o koszyku świadczeń gwarantowanych i dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych oraz jeśli nie zostanie zmieniony sposób finansowania placówek ochrony zdrowia (zniesienie limitów, płacenie za wszystkie uzasadnione medycznie procedury ratujące zdrowie i życie pacjentów). Pracownicy placówek ochrony zdrowia do tych przekształceń nie podchodzą zbyt entuzjastycznie, gdyż generalnie mają skojarzenia z nieuchronnością redukcji zatrudnienia i większych wobec nich wymagań ze strony nowych pracodawców działających w oparciu o reguły rynkowe. Twierdzą, że nie ma sensu prywatyzacji dobrych szpitali, natomiast uważają, że te zadłużone mogą masowo upadać i w efekcie pogorszy się dostępność do świadczeń medycznych. Istnieje również niebezpieczeństwo możliwości

przerzucania kosztów leczenia skomplikowanych przypadków na publiczne placówki ze względu na groźbę dużych strat po stronie prywatnego podmiotu.

9. Zwiększenia nakładów na służbę zdrowia nie da się uniknąć. W Polsce, z publicznych pieniędzy, wydajemy na nią – w stosunku do naszego produktu krajowego brutto – najmniej w Unii Europejskiej. Środki finansowe będą potrzebne na coraz droższe i nowocześniejsze leki oraz sprzęt medyczny. Już za kilkanaście lat nasza służba zdrowia odczuje skutki starzenia się społeczeństwa. Trzeba też sprostać coraz wyższym oczekiwaniom finansowym pracowników służby zdrowia.

Nie wiadomo w chwili obecnej, czyja koncepcja podwyższenia składki zdrowotnej przeważy. Jeśli rządowa (a więc PO – z obecnych 9% do 10% w 2010 roku i nie będzie jej można odliczać od podatku), to wzrost dochodów NFZ będzie z tego tytułu stosunkowo niewielki, a faktycznie wzrosną podatki.

Projekt PIS to ogromne obciążenie budżetu państwa: składka rośnie do 13% i jest w całości odliczana od podatku, a do NFZ trafiłoby z budżetu kilkadziesiąt miliardów złotych. Pośrednia propozycja LiD-u, to składaka 12-to procentowa, podwyższana kosztem budżetu państwa i częściowo finansowana przez obywateli.

Podwyższenie składki zdrowotnej to mniejsze ulgi podatkowe na dzieci i mniejsze dochody samorządów, które m.in. zależą od PIT.

Ustawa o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych jest uwarunkowana wprowadzeniem w życie tzw. koszyka negatywnego, w którym wskazuje się jakie świadczenia nie będą finansowane ze środków publicznych.

Podwyższenie składki zdrowotnej, dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i koszyka negatywnego z pewnością doprowadzi do poprawy sytuacji finansowej placówek ochrony zdrowia, ale w dużym stopniu (szczególnie w pierwszym okresie funkcjonowania tych ustaw) ograniczy dostępność pacjentów do szeregu procedur, zwłaszcza dla ludzi o niższym statusie ekonomicznym.

10. Decentralizacja Narodowego Funduszu Zdrowia z założenia ma na celu stworzenie konkurencji pomiędzy płatnikami za świadczenia zdrowotne; to powstanie kilku publicznych, autonomicznych regionalnych funduszy, co z kolei miałoby się przyczynić do poprawy jakości zarówno zarządzania funduszami, jak i dbałości o ubezpieczonego.

I najważniejsze – obecnie NFZ nie negocjuje, lecz dyktuje warunki kontraktów. Jeśli byłoby kilka funduszy, dyrektor mógłby wybrać ten, który oferowałby mu najlepsze warunki.

Wprowadzenie na rynek komercyjnych kas chorych miałooby podobne skutki, co decentralizacja NFZ, a pacjent mógłby decydować o wyborze płatnika.

Status finansowy szpitali w wyniku decentralizacji NFZ i wprowadzeniu na rynek komercyjnych kas chorych zmieniłby się na lepsze, gdyby rzeczywiście płatnicy mieli instrumenty ekonomiczne, aby konkurować o świadczeniodawcę, czyli posiadali więcej środków finansowych na zakup świadczeń medycznych.

11. Z aktualnych planów finansowych NFZ wynika, że szeroko rozumiana opieka medyczna kosztować będzie blisko 49 mld złotych; z czego ok. 18,5 mld zł. zostanie przekazanych na leczenie szpitalne, ok. 5,5 mld zł. na podstawową opiekę zdrowotną, a 7,3 mld zł. na refundację leków kupowanych przez pacjentów w aptekach. Resztę pochłona m.in.: ratownictwo medyczne, rehabilitacja, leczenie sanatoryjne.

W Polsce mamy blisko 15 tys. zarejestrowanych preparatów medycznych i niemal żadnych standardów leczenia określających, które specyfiki w konkretnym przypadku gwarantują najlepszą relację ceny i skuteczności terapii, czyli konkurencyjność kosztową preparatu.

Pod uwagę nie bierze się również czasu terapii, czyli jego efektywności.

Ponadto trzeba mieć na uwadze fakt, że w przeważającej większości leki krajowe są około czterokrotnie tańsze od leków importowanych i około dwukrotnie tańsze od zagranicznych generyków.

Taka sytuacja szokuje specjalistów z bogatych krajów, ile leków refundowanych w Polsce funkcjonuje bez wytycznych, kiedy i jak je stosować.

Rocznie budżet NFZ traci na tym ok. 1 mld złotych.

W USA koszty leczenia ujęte są w systemie JGP (Jednorodnych Grup Pacjentów), określającym maksymalną stawkę, jaką za wyleczenie konkretnej choroby zapłaci ubezpieczyciel. Lekarz nie może przepisać leku droższego od przewidzianych w systemie.

Co roku na leki wydajemy w Polsce ok. 20 mld. zł., z czego ponad 30% pokrywa NFZ w ramach refundacji. O tym, co znajdzie się na recepcie, oczywiście decyduje lekarz, a pacjent w większości przypadków nie jest informowany o cenie leku i o możliwości zmiany na tańszy.

Dlaczego tak się dzieje?

Odpowiedź na to pytanie jest znana- *medyków i firmy farmaceutyczne łączą wspólne interesy.*

W różnym kształcie: począwszy od płatnego udziału w ankietach i badaniach, przez fundowanie szkoleń, po wyjazdy na seminaria do egzotycznych krajów. W zamian firmy oczekują dowodu wdzięczności w postaci wybrania ich leków do terapii.

Jeśli chcemy zmniejszyć wydatki budżetu państwa na leki refundowane, przy tworzeniu wykazów tych leków przede wszystkim należy uwzględnić obok wartości terapeutycznej leku i bezpieczeństwa jego stosowania – koszt terapii.

Należy opierać się na wykazach refundacyjnych z listy leków podstawowych opracowanych przez „Światową Organizację Zdrowia” (WHO), która uwzględniając efektywność kosztową, zawiera przede wszystkim preparaty umożliwiające skuteczne zmniejszanie śmiertelności i poprawiające jakość życia.

Natomiast polityka lekowa państwa powinna dążyć do racjonalizacji wydatków związanych z farmakoterapią faworyzując dostępność do tanich leków odtwórczych i spełniać dwie funkcje: poprawę działań prozdrowotnych i zmniejszenie wydatków budżetowych.

Oszczędności w budżecie NFZ z tego tytułu pozwolą sfinansować wiele świadczeń medycznych, które teraz są limitowane.

12. Z całą pewnością wprowadzenie dodatkowego obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, poza dotychczasową składką zdrowotną, poprawiłoby jakość opieki medycznej wobec ludzi starszych i niepełnosprawnych i jednocześnie doprowadziłoby do polepszenia możliwości finansowych płatnika, gdyż jak wiadomo leczenie chorób przewlekłych jest czasochłonne i kosztowne.

Ubezpieczenie pielęgnacyjne powinno opierać się na zasadzie solidaryzmu społecznego i stworzyć możliwości godnego życia ludziom niezdolnym do samodzielnej egzystencji z powodu chorób, urazów lub starości.

Resort zdrowia przewiduje, że w momencie obowiązywania ubezpieczenia pielęgnacyjnego do systemu lecznictwa wpłynęłoby dodatkowo ok. 8,5 mld złotych.

Problemem nie rozstrzygniętym jest, czy składka byłaby wspólnie odprowadzana przez pracownika i pracodawcę, czy też byłaby odpisywana (ustalony procent) od podatku brutto.

To pierwsze rozwiązanie oznaczałoby dla osób pracujących niższe dochody, natomiast dla firm podwyżkę kosztów pracy.

Drugi sposób naliczania składki nie obciążałby bezpośrednio podatników, jednak oznaczałoby obniżenie dochodów państwa.

Potrzeby w zakresie leczenia osób starszych będą coraz wyższe.

W 2000 roku w Polsce było 14,7% kobiet w wieku powyżej 60 lat i mężczyzn w wieku powyżej 65 lat. Natomiast w 2015 roku takich osób będzie 18,5%, a w 2030 roku już co czwarty Polak będzie miał więcej niż 65 lat.

13. Z opinii osób zajmujących się problematyką ochrony zdrowia wynika, że główną przyczyną słabości polskiego systemu ochrony zdrowia są niewystarczające zasoby finansowe. Polska wśród krajów OECD jest na „szarym końcu” listy. Średnie wydatki na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca w tych krajach w latach 1999 – 2003 były o 3,4 razy wyższe, niż w Polsce. Do momentu, kiedy ochrona zdrowia w Polsce będzie dalej niedofinansowana, trudno liczyć na zmiany, które będą satysfakcjonować pacjentów i pracowników.

Analizując zasoby kadr medycznych w Polsce można stwierdzić, że największym problemem są migracje personelu medycznego do innych krajów, chociaż nie należy tego zjawiska demonizować i prorokować, że w niedługim czasie nie będzie miał kto leczyć mieszkańców naszego kraju. Liczba lekarzy aktywnych zawodowo jest mniej więcej taka sama od kilku lat (ok. 125 tys.), jak również pielęgniarek posiadających prawo wykonywania zawodu (ok. 275 tys.). Skutkiem migracji wśród lekarzy jest deficyt specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, a wśród pielęgniarek i położnych wykwalifikowanych kadr w grupie osób najmłodszych wiekiem. W najbliższych latach może następować wzrost liczby osób zainteresowanych podjęciem pracy za granicą wynikający ze zwiększającej się liczby personelu ze znajomością języka angielskiego. W najbliższych latach kryzys kadr medycznych w Polsce może się pogłębiać. Zmiany demograficzne ludności (starzenie się społeczeństwa), będą bezpośrednią przyczyną zwiększonego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne i kadry medyczne, które tych świadczeń udzielą. Wydaje się, że to zjawisko będzie bardziej negatywnie rzutować na ocenę funkcjonowania ochrony zdrowia, niż ewentualny ubytek ilościowy kadry medycznej zatrudnionej w zakładach opieki zdrowotnej.

Pod względem infrastrukturalnym polska ochrona zdrowia jest bardzo zaniedbana. Brak inwestycji w tej dziedzinie spowodował, że z ponad 700 szpitali 90 procent ma więcej niż 30 lat. Szpitale są niedostosowane funkcjonalnie, technologicznie i powierzchniowo do wymagań współczesnej medycyny i stanowią istotne zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów, a wysokie koszty użytkowania wpływają znacząco na wzrost kosztów całkowitych działalności. Opłaty eksploatacyjne budynków szpitalnych w wielu przypadkach bywają dwu- i trzykrotnie wyższe od standardowych. Z punktu widzenia architektonicznego i infrastrukturalnego szpital powinien być: dostosowany do wymogów stosowanych w terapii leczniczej, właściwie wkomponowany w środowisko, wspierać efektywność opieki nad pacjentem oraz stwarzać najlepsze warunki pobytu pacjentom. Władze publiczne powinny tworzyć jak najlepsze warunki powstawania i utrzymywania infrastruktury w ochronie zdrowia. Najbardziej rozsądnym jest, aby takie zadania spoczywały na samorządzie wojewódzkim, który opracowałby plan rozwoju infrastruktury, tak w dziedzinie nowych inwestycji, jak i podtrzymaniu stanu infrastruktury istniejącej. Opracowywany plan rozwoju infrastruktury powinien powstawać w uzgodnieniu z wojewódzkim oddziałem NFZ, a to znaczy, że decyzje dotyczące nowych inwestycji powinny podlegać weryfikacji w związku z możliwością zakontraktowania nowych świadczeń medycznych. Reasumując, zasoby finansowe i infrastrukturalne są przysłowiową piętą achillesową polskiej ochrony zdrowia.

14. Dyrekcje szpitali podczas negocjacji kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia nie były formalnie wspierane przez organy założycielskie, a jeśli takie jednostkowe przypadki miały miejsce – nie były one skuteczne.

Częściej w te kwestie angażowali się parlamentarzyści (posłowie i senatorowie), chociaż również ich ingerencje miały bardziej charakter informacyjny, niż przynoszące konkretne efekty. W pismach do NFZ zwracano uwagę, że kontrakty są niedoszacowane, przyznane limity wykonane, przez co jednostki szpitalne coraz bardziej się zadłużają, a najczęstszą odpowiedzią płatnika było powoływanie się na plany rzeczowo – finansowe zatwierdzone przez centralę funduszu i w związku z powyższym w konkluzji stwierdzano, że brak jest możliwości finansowych na ich realizację.

Póki nie zmieni się sposób finansowania i alokacji środków w ochronie zdrowia, tego rodzaju interwencje będą mieć charakter fasadowy, a ich ewentualny wydźwięk nie przyczyni się do naprawy służby zdrowia, a jedynie spowoduje przesunięcie problemu w czasie.

15. Najprostszym sposobem uszczelnienia systemu opieki zdrowotnej pod względem racjonalizacji wydatkowania środków finansowych jest rejestr usług medycznych, który powinien umożliwić ocenę, jak wydawane są pieniądze w publicznych placówkach ochrony zdrowia. RUM miał być stopniowo wprowadzany od początku 2008 roku. Tymczasem obecny rząd PO – PSL odsunął prace nad wdrożeniem systemu w mglistą przyszłość. Prezes NFZ zarzucił poprzednikom, a konkretnie Andrzejowi Sośnierzowi, złe przygotowanie przetargu, a ponadto stwierdził, że poprzednia koncepcja funkcjonowania rejestru będzie musiała ulec zmianie w związku z planowanym przez rząd i ministerstwo zdrowia podziałem Narodowego Funduszu Zdrowia. Wymaga to adaptacji systemu RUM do takich form organizacyjnych, które przybiorą ubezpieczenia za kilka lat.

Inny sposób, to zmiana zasad tworzenia listy leków refundowanych i ograniczenia wpływu firm farmaceutycznych na jej kształt.

Należy również większą uwagę zwrócić na profilaktykę. To właśnie styl życia i warunki w jakich żyjemy w największym stopniu decydują o tym, czy zachorujemy i na co; wszyscy wiedzą, że lepiej i taniej zapobiegać, niż leczyć.

Sposobem na racjonalizację wydatków, o którym prawie w ogóle się nie mówi, jest posiadanie wiedzy o rzeczywistych wzorcach korzystania z pomocy medycznej oraz rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjentów. Wtedy można byłoby popyt świadczeń dostosować do podaży, czyli racjonalnie dysponować ilością procedur i środkami finansowymi przeznaczanymi na ich realizację.

Na pewno racją jest, że najpierw uszczelnienie, oszczędności i racjonalizacja wydatków, a dopiero później dodatkowe środki finansowe dla systemu ochrony zdrowia.

Z powyższych rozważań i odpowiedzi na pytania badawcze wynika, że postawiona hipoteza mówiąca, że im w większym stopniu system ochrony zdrowia jest niedoszacowany finansowo, tym bardziej narażony jest na radykalne zmiany podczas przeprowadzania procesów restrukturyzacyjnych – okazała się prawdziwa.

Odnosząc się do hipotezy II - giej i pytań badawczych sformułowanych dla jej weryfikacji, należy stwierdzić, że:

1. W ostatnim okresie czasu na spotkaniu w dniu 14 grudnia 2007 roku, które odbyło się w Urzędzie Miasta Częstochowy, doszło do opracowania w miarę spójnego programu optymalizacji opieki stacjonarnej w mieście Częstochowa. W spotkaniu uczestniczyli

przedstawiciele Urzędu Marszałkowskiego, Starostwa Powiatowego oraz Prezydenta Miasta Częstochowy.

Przedyskutowano, jakie oddziały będą funkcjonowały w poszczególnych szpitalach oraz jakie można sobie wzajemnie przekazać.

Po dyskusji ustalono:

- ogólna ilość łóżek internistycznych ulegnie zmniejszeniu o około 15,
- oddział wewnętrzny będzie funkcjonował w Miejskim Szpitalu Zespolonym, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym, Szpitalu Hutniczym, w ZOZ Blachowni, w Szpitalu w Lublińcu,
- oddział geriatry (20 łóżek) będzie funkcjonował tylko w Miejskim Szpitalu Zespolonym,
- oddział gastroenterologii, nefrologii, chirurgii dziecięcej, reumatologii tylko na Parkitce,
- chirurgia urazowo-ortopedyczna, Szpital Tysiąclecie praktycznie nie przyjmuje pacjentów. Chirurgia urazowo – ortopedyczna z Tysiąclecia zostanie częściowo przeniesiona na Parkitkę.

Pozostałą część kontraktu będzie można podzielić pomiędzy pozostałe szpitale:

- chirurgia ogólna będzie funkcjonowała w Miejskim Szpitalu Zespolonym, Blachowni i na Parkitce,
- otolaryngologia będzie tylko na Parkitce,
- pediatria; Szpital Blachownia odda świadczenia w zakresie pediatrii. Miejski Szpital Zespolony ograniczy ilość łóżek pediatrycznych do 22, tj. o 11 lub ewentualnie odda pediatrię, jeżeli nie spowoduje to zagrożenia, że NFZ nie podpisze kontraktu na Szpitalny Oddział Ratunkowy bez pediatrii,
- urologia; funkcjonuje w Miejskim Szpitalu Zespolonym. Docelowo Parkitka będzie realizowała świadczenia z tego zakresu, po likwidacji tegoż oddziału na Tysiącleciu,
- neurologia będzie funkcjonowała w Miejskim Szpitalu Zespolonym i na Parkitce,
- onkologia, chemioterapia tylko na Parkitce,
- okulistyka, jak najszybciej należy przekazać z Tysiąclecia na Parkitkę, docelowo będzie jeden taki oddział,
- ginekologiczno-położniczy; Blachownia odda położnictwo i noworodki, a pozostawi ginekologię, z Tysiąclecia oddział zostanie przeniesiony na Parkitkę, dodatkowo będzie funkcjonował w budynku przy ul. Mickiewicza (budynek i świadczenia zostaną w drodze przetargu przekazane prywatnemu podmiotowi) i w Lublińcu,
- patologia ciąży, wcześniaki, noworodki – na Parkitce,

- gruźlicy i chorób płuc; obecnie funkcjonuje w Miejskim Szpitalu Zespolonym, na Parkitce oraz w Lublińcu, który chce te świadczenia oddać. Zaproponowano, aby docelowo taki oddział wraz z wtyżjatrią funkcjonował na Tysiącleciu,
- intensywnej opieki medycznej; będzie funkcjonował w Miejski Szpitalu Zespolonym, który rozważa zwiększenie liczby łóżek oraz na Parkitce,
- zakład opiekuńczo-leczniczy będzie funkcjonował w Miejskim Szpitalu Zespolonym ze zwiększoną liczbą łóżek i docelowo na Tysiącleciu,
- dermatologia tylko w Miejskim Szpitalu Zespolonym,
- zakaźny tylko na Tysiącleciu,
- psychiatria, jest możliwe aby funkcjonowała w budynku przy ul. Bony, czyli w strukturach Miejskiego Szpitala Zespolonego oraz docelowo na Tysiącleciu,
- rehabilitacja docelowo na Tysiącleciu oraz w budynku przy ul. Mickiewicza.

Uznano, że powyższe ustalenia są wstępem do dalszych działań związanych z określeniem docelowego funkcjonowania lecznictwa stacjonarnego oraz racjonalnego wykorzystania kontraktu z Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z potrzebami zdrowotnymi mieszkańców subregionu częstochowskiego.

2. Budżetowanie, jako metodę zarządzania szpitalem, w różnych okresach czasu, wprowadzano we wszystkich badanych szpitalach, aczkolwiek efekty nie były zadowalające i odbiegały od zamierzonych. Wprowadzenie budżetowania w szpitalu pozwala na poprawę jego kondycji finansowej oraz na dyscyplinowanie i kontrolę wydatkowania środków finansowych. Wpływa na obniżenie poziomu ryzyka i niepewności w prowadzeniu bieżącej działalności, umożliwia podejmowanie decyzji o przyszłych stanach zasobów. W procesie budżetowania ogranicza się wydatki do zapreliminowanych (przewidywanych) wartości. W ten sposób wprowadza się dyscyplinę realizacji planów finansowych.

Budżetowanie, nie spotyka się z akceptacją wśród personelu medycznego, a szczególnie wśród lekarzy.

Wymaga się od nich oszczędzania, rozliczania kosztowego z realizacji procedur medycznych. Biorąc pod uwagę zjawisko umieszczania na oddziałach „swoich” pacjentów, ten sposób zarządzania zmusza ich do wyjaśnień, dlaczego leczą drogo, a niekoniecznie efektywnie.

Przy niedoborach w zaopatrzeniu medycznym oddziałów, spowodowanym brakiem wystarczającej ilości środków finansowych na prowadzenie optymalnej działalności bieżącej, metoda budżetowania z tego chociażby powodu nie mogła być wdrożona.

Z pewnością, jest to jeden z lepszych sposobów na uszczelnienie systemu i prowadzenie racjonalnej polityki finansowej w placówkach ochrony zdrowia.

W częstochowskich szpitalach metoda budżetowania w żadnej placówce na dłużej nie funkcjonowała, co niewątpliwie jest jedną z przyczyn ich trudnej sytuacji finansowej.

3. Tak Urząd Marszałkowski, jak i Urząd Miasta Częstochowy w znaczący sposób angażowały się w finansowanie remontów i zakupu sprzętu medycznego dla podległych sobie szpitali.

Szczególnie widoczne były działania wspomagające w tej kwestii Miejski Szpital Zespolony. Rozbudowa Pawilonu „C” o funkcję Bloku Operacyjnego (koszt 21.200.000 zł.), remonty wielu oddziałów znacząco poprawiły infrastrukturę szpitali miejskich.

Z kolei zaangażowanie Urzędu Marszałkowskiego wobec częstochowskich szpitali wojewódzkich było znacznie mniejsze. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny pozyskał duże środki finansowe z Ministerstwa Zdrowia na zakup sprzętu dla Zakładu Radioterapii (ok. 12 mln zł.). W okresie ostatnich dwóch lat „Parkitka” otrzymała stosunkowo duże środki finansowe na zakup wysokiej klasy sprzętu diagnostycznego, w tym tomografu komputerowego do Zakładu Diagnostyki Obrazowej (łącznie ok. 13 mln złotych). W związku z poważną awarią rezonansu magnetycznego, którego naprawa i wymiana części kosztowałyby prawie 600 tys. złotych zarząd województwa śląskiego postanowił przeznaczyć na zakup nowego sprzętu 4,5 mln złotych. Szpital nowy rezonans otrzyma dopiero w ostatnim kwartale 2008 roku (po rozstrzygnięciu wszystkich procedur przetargowych).

Dużo mniej środków finansowych (w porównaniu do Miejskiego Szpitala Zespolonego i Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego) otrzymał Wojewódzki Szpital Zespolony. Była to pomoc na remont niektórych oddziałów (ginekologiczno-położniczego i neurologii) oraz na termomodernizację budynków szpitalnych. Pod względem infrastruktury i posiadania nowoczesnego sprzętu Wojewódzki Szpital Zespolony jest zaniedbany i wymaga znacznego doinwestowania.

Należy pamiętać, że istnieje wprost proporcjonalna zależność między kwotami wydanymi na inwestycje w infrastrukturę szpitalną, a wzrostem podaży świadczeń medycznych, które doprowadzają do zwiększenia popytu na te usługi. Każda złotówka wydana na infrastrukturę medyczną wymaga kolejnych nakładów, które trzeba przeznaczyć na sfinansowanie nowych, jakościowo lepszych usług medycznych. Biorąc pod uwagę fakt, że część tych świadczeń nie jest zrefinansowana przez NFZ (gdyż nie była w takiej ilości

wcześniej zakontraktowana), dochodzi do powstania tzw. nadwykonań i w efekcie do powstawania zobowiązań wobec dostawców leków i sprzętu medycznego, a więc dalszego zadłużania się. To zjawisko i ten mechanizm spowodował częściowe pogorszenie sytuacji finansowej szczególnie dwóch szpitali, tj.: Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego i Miejskiego Szpitala Zespołowego.

4. Limitowanie świadczeń przez NFZ wynika z braku wystarczającej ilości środków finansowych w stosunku do ilości świadczeń medycznych, które powinny być sfinansowane.

Z punktu widzenia logiki rynku między szpitalami powinna występować uczciwa konkurencja, a więc placówka medyczna, która jest lepsza od innej, nie powinna otrzymywać takiego samego limitu na realizację usług medycznych – to pacjent powinien decydować, gdzie się chce leczyć.

Narodowy Fundusz Zdrowia mając do dyspozycji ograniczone środki finansowe, nie mogąc, z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, nadmiernie limitować świadczeń, stosuje inną metodę – znacznie obniża ceny za realizację procedur. Skutek dla szpitali może być tylko jeden – nie mając możliwości powstrzymania przyjęć pacjentów, szczególnie na oddziały specjalistyczne, placówka zadłuża się, gdyż musi wykonywać usługi medyczne po cenach niższych od rzeczywistych kosztów ich realizacji.

Dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej nie mając innych możliwości (monopol NFZ) muszą dostosowywać się do stale pogarszających się warunków finansowych kontraktów z funduszem.

Największy problem z limitami mają zarządzający szpitalami pod koniec każdego roku.

W większości oddziałów limity są wyczerpane, a nie można odmówić przyjęć pacjentów, szczególnie w stanach zagrożenia życia (jeden z artykułów ustawy o zoz-ach mówi: ...”żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia”).

Pomoc ze względu na „zagrożenie życia” nie budzi żadnych kontrowersji, ale sformułowanie „zagrożenie zdrowia” nie jest już do końca tak precyzyjne, bo skoro choruje, to ma zagrożone zdrowie.

Z tego wynika, że zoz właściwie nie może odmówić udzielenia świadczenia w żadnym przypadku. Także i w takim, kiedy z góry jest wiadome, że nikt szpitalowi za to świadczenie nie zapłaci lub zapłaci tylko w części.

Co prawda, na początku roku następnego, za niektóre świadczenia ponadlimitowe fundusz może zapłacić, ale *metodą degresywną*, czyli – im więcej usług ponad kontrakt, tym mniejsza cena za każdą z nich.

„Sposobem” na limitowanie świadczeń miało być wprowadzenie systemu kolejkowego – listy oczekujących na leczenie. Jak można było przewidzieć, tego systemu tak naprawdę nigdy nie zaczęto stosować; z prostego powodu – z obawy lekarzy, że jeśli pacjenta umieszczą w kolejce, a jego stan zdrowia w międzyczasie pogorszy się, wtedy cała odpowiedzialność za ten stan rzeczy obciążyłaby właśnie tych lekarzy.

Z częstochowskich szpitali największe straty z powodu limitowania świadczeń ponosi Wojewódzki Szpital Specjalistyczny (realizuje najwięcej procedur kosztownych, wysokospecjalistycznych).

Natomiast najmniej strat z tego tytułu poniósł Wojewódzki Szpital Zespolony i stąd, między innymi, jego lepsza sytuacja finansowa w porównaniu do pozostałych placówek lecznictwa stacjonarnego.

5. Sytuacja w częstochowskim lecznictwie stacjonarnym w wyniku przeprowadzonych akcji strajkowych zmieniła się w sposób znaczący, biorąc pod uwagę wzrost kosztów osobowych do tak zwanych kosztów ogółem.

Innymi słowy, koszty związane z wynagrodzeniami w niektórych szpitalach są już tak wysokie (przykład Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego – ok. 85%, a granicą bezpieczeństwa jest 60%), że zagrażają ich dalszemu funkcjonowaniu, a wręcz mogą doprowadzić do postawienia ich w stan upadłości.

Głównym powodem wzrostu kosztów osobowych są wysokie stawki dyżurowe (przykład z „Parkitki” – 100 zł. za godzinę dyżuru świątecznego dla lekarza anestezjologa) co musiało doprowadzić do takiej sytuacji, że brakuje środków finansowych na działalność bieżącą, a więc leczenie i powoduje dalsze zadłużanie się szpitala.

Inna sytuacja ma miejsce w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym, w którym obowiązuje system zmianowy i lekarze pracują w tej placówce tylko w oparciu o umowy o pracę.

Z drugiej strony, właśnie z tego powodu już trzy oddziały nie funkcjonują w tym szpitalu (zwolnienia z pracy lekarzy z przyczyn płacowych).

Rekapitułując, nie jest łatwym zadaniem dla dyrekcji szpitali znaleźć pośrednie – satysfakcjonujące pracowników i nie wpływające na znaczące pogorszenie kondycji finansowej placówki – rozwiązanie, które mogłoby przeciwdziałać tym dwóm negatywnym zjawiskom, czyli: ewentualnej katastrofie finansowej, czy też ograniczeniom w statutowej działalności jednostki.

Być może rozwiązaniem problemu byłoby wprowadzenie dla lekarzy kontraktowego systemu zatrudniania, który byłby swoistym kompromisem pomiędzy sposobem wynagradzania lekarzy w omawianych szpitalach.

Wprowadzenie kontraktowego systemu pracy wyłącza funkcjonowanie systemu dyżurowego i zmianowego, umożliwia płacenie za wykonanie konkretnych czynności w czasie pracy najbardziej optymalnym do realizacji procedur medycznych.

Z powyższych rozważań wynika, że postawiona hipoteza mówiąca, że im więcej społecznego niezadowolenia z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, tym większe prawdopodobieństwo wdrożenia programów restrukturyzacji podmiotowej związanej ze zmianami w obrębie systemów zarządzania, organizacji, finansów oraz przekształceń prawno – własnościowych, okazała się prawdziwa.

Ewidentnym tego przykładem jest przekształcenie Miejskiego Szpitala Zespołowego w „Częstochowskie Centrum Zdrowia spółka z o.o.” i projekt Zarządu Województwa Śląskiego dotyczący połączenia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego z Wojewódzkim Szpitalem Zespołowym.

Odnosząc się do pytań badawczych, a dotyczących hipotezy III-ciej należy stwierdzić, że:

1. Mówiąc o dostępności i jakości udzielanych świadczeń medycznych analizujemy te kwestie w aspekcie: jakości opieki, efektywności oraz wyniku opieki, czyli stanu zdrowia pacjenta oraz poziomu satysfakcji ze świadczonych usług, będących wynikiem opieki.

Jakość opieki zdrowotnej można podzielić na wzajemnie zależne płaszczyzny:

- jakość „techniczną” (jej celem jest uzyskanie możliwie najlepszego stanu zdrowia przez optymalne wykorzystanie metod klinicznych i dostępnej „technologii medycznej”),
- wzajemnych relacji i komunikacji między pacjentem a personelem medycznym (m.in. okazanie mu wrażliwości, zrozumienia oraz ochronę jego autonomii),

- otoczenie, czyli warunki lokalowe i czasowe, w jakich są świadczone usługi medyczne.

Największy wpływ na jakość opieki zdrowotnej ma proces leczenia i wynik leczenia, którego artykułowanym przejawem jest poziom satysfakcji ze sprawowanej opieki nad pacjentem.

W badanych szpital poprawiła się jakość udzielanych świadczeń, co w dużym stopniu jest wynikiem procesów restrukturyzacyjnych, jakie miały miejsce w tych placówkach.

Na pewno poprawie uległa:

- sprawność dokonywania formalności związanych z przyjęciem do szpitala,
- czystość w oddziałach (szczególnie po przeprowadzeniu remontów niektórych z tych oddziałów),
- estetyka, jakość, przestrzeganie czasu podawanych posiłków,
- sprawność wykonywania badań diagnostycznych i laboratoryjnych,
- uprzejmość i życzliwość personelu pielęgniarского,
- opieka i życzliwość lekarzy powiązana z ich większymi możliwościami diagnostycznymi i terapeutycznymi – leczniczymi (nowocześniejszy sprzęt).

Bezdyskusyjnie, największe „możliwości technologiczne” posiada Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, a coraz mniejsze – Wojewódzki Szpital Zespolony, który w latach 80-tych ubiegłego wieku był szpitalem wiodącym w regionie częstochowskim, chociaż np. oddział ginekologiczno – położniczy tego szpitala jest nadal uznawany przez większość pacjentek za najlepszy.

Z pewnością, jakość i dostępność usług medycznych jeszcze bardziej ulegnie poprawie, kiedy wreszcie dojdzie do takich zmian organizacyjnych w częstochowskim lecznictwie stacjonarnym, iż w szpitalach niektóre oddziały nie będą się dublować, powstaną nowe, których obecnie brakuje (głównie w lecznictwie opieki długoterminowej), a szpitale dokonają tzw. przeprofilowania w kontekście specjalizowania się w wykonywaniu najlepszych z punktu widzenia swoich potencjalnych możliwości realizacji takich usług medycznych, które zracjonalizują i zoptymalizują rynek świadczeń z korzyścią dla pacjentów, placówek medycznych i świadczeniodawcy – Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Restrukturyzacja jest procesem kulturowym, którego korzenie tkwią w sferze świadomości społecznej, w preferowanym systemie wartości i głównie dotyczy zmian w zakresie myślenia, zachowania i działania.

Restrukturyzacja burzy określony porządek rzeczy i dlatego napotyka na opór grup, których dotyczy zakresem i treścią wprowadzanych zmian.

Związki Zawodowe reprezentujące partykularne interesy określonych grup zawodowych z reguły są przeciwne wszelkim zmianom, nawet gdyby w perspektywie przyniosły one korzyści ich członkom.

Najczęściej zajmują się rewindykacją i stawianiem takich żądań, które w większości nie są do zrealizowania. Bronią określonego status quo, a jeśli już jakieś zmiany akceptują, to tylko takie, które w efekcie nic nie zmieniają- są kosmetyczne.

Praktyka, w wielu dziedzinach życia społecznego pokazuje, że nadmierne żądania związków zawodowych i ich realizacja (jeśli jest zgoda decydentów), prowadzą nie tylko do zahamowania reform, ale nawet upadłości i likwidacji wielu przedsiębiorstw.

W skali globalnej podwyżki płac prowadzą do wzrostu inflacji, spadku siły nabywczej złotówki, do recesji, a w efekcie odbijają się negatywnie na dochodach społeczeństwa, w tym oczywiście samych strajkujących. Umiarkowanie w kwestii płac jest konieczne, aby zagwarantować stabilność finansową rynku.

Podobnie jest w służbie zdrowia. Żądania płacowe pracowników (szczególnie lekarzy i pielęgniarek), a jednocześnie brak zgody na restrukturyzację (głównie zatrudnienia, nawet jeśli są to tzw. przerosty), powoduje dalsze zadłużanie się placówek, co w niedalekiej przyszłości może doprowadzić do radykalnych przekształceń, a nawet tzw. dzięki prywatyzacji niektórych placówek ochrony zdrowia.

Oczywiście problem jest dalece bardziej skomplikowany, gdyż wzajemne relacje: związki zawodowe – dyrekcja, są również w dużej mierze uzależnione od postawy strony drugiej. W sytuacji braku porozumienia, wzajemnych niechęci, czy nawet wrogości dochodzi do konfrontacji i najczęściej zmiany zarządzającego. Tak najczęściej dzieje się w ochronie zdrowia – organy założycielskie nie są zainteresowane przedłużaniem konfliktów z uwagi na dobro i interes zdrowotny pacjentów. Skłonności koncyliacyjne związki zawodowe wykazują w sytuacjach zagrożenia upadłością, czy też likwidacją przedsiębiorstwa, ale wtedy niekiedy jest już za późno, aby powstrzymać rozpoczęte destrukcyjne procesy.

Taka sytuacja ma miejsce w szpitalach, w których dyrektorzy zgodzili się na wysokie stawki dyżurowe dla lekarzy i jednocześnie podwyżki wynagrodzeń dla pozostałych pracowników.

3. Utworzenie Zespołu Szpitali Miejskich z punktu widzenia oceny poprawy dostępności i jakości świadczonych usług medycznych dla pacjentów można ocenić pozytywnie.

Dzięki przemieszczeniom niektórych oddziałów wewnątrz Zespołu Szpitali Miejskich, a później Miejskiego Szpitala Zespołonego, dokonano łączenia oddziałów dublujących się (chirurgia urazowo – ortopedyczna i chirurgia ogólna) i jednocześnie „profilowania” szpitali: im. L. Rydygiera jako placówki o charakterze zabiegowo – chirurgicznym; im. W. Biegańskiego, jako szpitala internistyczno – kardiologicznego i im. T. Chałubińskiego, jako jednostki o charakterze placówki zachowawczej z leczeniem chorób przewlekłych.

Mogło się to zrealizować tylko dzięki temu, że powstała jedna, wspólna dyrekcja, realizująca pomysły własne i organu założycielskiego. Również z punktu widzenia interesów pacjenta zmiany powyższe należy uznać za satysfakcjonujące i korzystne.

Inny problem, to sytuacja finansowa Miejskiego Szpitala Zespołonego.

Można stwierdzić, że w pewnym momencie doszło do tzw. przeinwestowania, polegającego również na tym, że część robót inwestycyjno – modernizacyjnych była finansowana z budżetu szpitala, a nie wyłącznie ze środków organu założycielskiego (np. znane autorowi pracy remonty oddziałów rehabilitacji, ginekologii i chirurgii ogólnej w Szpitalu im. W. Biegańskiego).

Ponadto podjęto błędne decyzje przy wprowadzaniu systemu wynagradzania kontraktowego dla lekarzy, co doprowadziło do wypracowania tzw. nadwykonań, za które w większości Narodowy Fundusz Zdrowia w pełni nie zapłacił. Lekarze byli finansowo zainteresowani przekraczaniem limitów, gdyż każdy punkt realizowanych procedur był mnożony przez określoną kwotę, co w skali miesiąca doprowadziło do tego, że w 2006 roku niektórzy lekarze otrzymywali kilkunastotysięczne wynagrodzenia.

Przy zmianie dyrekcji wycofano się z tego pomysłu, ale długi niestety pozostały.

W tamtym okresie, jeśli wprowadzano taki system pracy (kontraktowy), to powinien się on opierać o budżet danego oddziału, tj. nie powodować przekroczenia ilości limitów i ograniczać się do kwot wynegocjowanych dla danego oddziału na realizację umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

4. Dyskusje dotyczące reorganizacji lecznictwa stacjonarnego w Częstochowie toczą się od wielu lat.

Kiedy projektowano budowę Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego były pomysły likwidacji dwóch szpitali miejskich. Był to okres, kiedy Częstochowa była województwem.

Następnie, na zlecenie marszałka województwa śląskiego, w 2000 roku, firma konsultingowa Nexus zaproponowała likwidację dwóch częstochowskich szpitali, tj.: im. L. Rydygiera i im. W. Biegańskiego.

Jak wiadomo, efektem było utworzenie Zespołu Szpitali Miejskich, czyli faktycznie utrzymano status quo. Były też nieudane próby przejęcia przez miasto Częstochowę Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego.

Wreszcie w połowie 2007 roku ówczesny wicemarszałek województwa śląskiego wystąpił z projektem łączenia dwóch szpitali wojewódzkich, tj. „Parkitki” i „Tysiąclecia”.

Wojewódzki Szpital Zespolony zostałby przekształcony w Centrum Geriatrii i byłby zapleczem dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego.

Pomysł ten został oprotestowany przez częstochowskich polityków i mieszkańców.

Oczywiście sam pomysł łączenia tych dwóch szpitali nie jest w stanie niczego zmienić, tym bardziej, że nie ma przyzwolenia społecznego na jego realizację.

Natomiast wydaje się zasadnym, przy zachowaniu autonomii organizacyjnej Szpitali, doprowadzenie do przemieszczeń niektórych oddziałów, celem stworzenia silnych jednostek wykonujących usługi medyczne nie przynoszące strat i będące uzupełnieniem deficytów w brakujących specjalizacjach, np.: rehabilitacji, geriatrii, opieki długoterminowej i paliatywną oraz psychiatrii.

Aby doprowadzić do tego rodzaju przemian w organizacji częstochowskiego leczenia stacjonarnego, należy przede wszystkim uzyskać przyzwolenie i akceptację ze strony personelu tych placówek, głównie lekarzy i pielęgniarek. Można domniemywać, że taką zgodę można byłoby otrzymać, gdyby przeprowadzono z pracownikami tych Szpitali wiele merytorycznych dyskusji, używając racjonalnych argumentów, że być może jest to ostatnia szansa, aby uchronić szpitale przed bardziej radykalnymi zmianami, nad którymi tak naprawdę nikt nie miałby kontroli, tj. doprowadzenie do ich upadłości, a później trudno byłoby przewidzieć, z jaką „nową jakością” mielibyśmy do czynienia i czy nie straciliby na tym wszyscy, włącznie z mieszkańcami regionu częstochowskiego, czego ostatecznym skutkiem mogłaby być strata niektórych specjalistycznych oddziałów.

4. SPOSTRZEŻENIA DOTYCZĄCE NAJWAŻNIEJSZYCH PRZYCZYN NIESKUTECZNOŚCI PRZEPROWADZANYCH REFORM

Obecny stan systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest w dużym stopniu niezadowolający, chociaż sytuacja zdrowotna ludności Polski, po roku 1990, uległa niewątpliwie poprawie na tle przeciętnych wskaźników krajów Unii Europejskiej i OECD. Poprawę stanu zdrowia w dużej mierze zawdzięcza się większemu zróżnicowaniu produktów żywieniowych i zmianie stylu życia, w tym większej aktywności fizycznej, niż dzięki lepszemu funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej.

Polski system opieki zdrowotnej podlegał w ciągu ostatnich kilkunastu lat wielu modyfikacjom, spośród których najważniejsze to reformy z 1999, 2003, 2004 i 2005 roku. Nieskuteczność procesu reformatorskiego wynikała nie tyle z błędnej koncepcji pierwszej reformy, co z niespójności kolejnych kroków reformatorskich. W rezultacie każda nowa koalicja, która rozpoczynała kolejne zmiany systemowe, była narażona na dodatkowe trudności, wynikające z rozczarowania społecznego dotychczasowymi wynikami reform, żądań podwyżek płacowych, niechęci publicznych zakładów opieki zdrowotnej do wzrostu ich odpowiedzialności finansowej, czy wysokiego obciążenia pacjentów kosztami leczenia.

Drugim – obok niewydolności organizacyjnej – czynnikiem niesprawności systemu ochrony zdrowia w Polsce jest stan permanentnego nie dofinansowania. Całkowite wydatki na służbę zdrowia w Polsce należą do najniższych wśród krajów OECD i Unii Europejskiej. Są one blisko dwukrotnie niższe, niż w innych krajach transformacji ustrojowej : w Czechach, czy na Węgrzech.

W wyniku braku dofinansowania oraz sprawnego zarządzania systemem obserwuje się narastający stan nierównowagi między stroną przychodową, a kosztową. Stan ten przyczynia się do narastania zadłużenia placówek, dekapitalizacji infrastruktury, oraz zaniżania wynagrodzeń personelu medycznego.

Jednym z celów reformy z 1999 roku było wprowadzenie instytucji podstawowej opieki zdrowotnej, pełniącej funkcje ograniczania dostępu do bardziej kosztowych usług specjalistycznych i szpitalnych. Jednak badania pokazują, że cel skoncentrowania opieki na tańszych usługach podstawowej opieki zdrowotnej i silniejszej kontroli nad usługami specjalistycznymi i szpitalnymi nie został osiągnięty.

W efekcie obserwujemy koncentrację środków finansowych w segmencie specjalistycznego leczenia szpitalnego, kosztem dalszego ograniczenia możliwości diagnostycznych i terapeutycznych lekarzy pierwszego kontaktu, co oczywiście jeszcze bardziej zadłuża polski system opieki zdrowia.

Wprowadzenie przejrzystej polityki lekowej jest jednym z ważniejszych celów reformy. Osiągnięcie tego celu jest możliwe poprzez wprowadzenie następujących instrumentów:

- uruchomienie ogólnopolskiego systemu monitorowania refundacji leków przepisywanych przez lekarzy i sprzedawanych w aptekach, w celu zapewnienia przejrzystości refundacji, zapobiegania nadużyciom i zwiększenia efektywności leczenia,
- zwiększenie dostępu pacjentów do leków poprzez obniżenie obecnego poziomu przymusowego dopłacania i selektywne wprowadzanie leków innowacyjnych do systemu refundacji,
- wprowadzenie strategii informacyjnej w zakresie polityki lekowej obejmującej przekazywanie lekarzom aktualnych informacji o efektywności dostępnych leków oraz profilaktykę i promocję zdrowia skierowaną do pacjentów,
- wprowadzenie przejrzystych zasad współpracy przemysłu farmaceutycznego, lekarzy oraz administracji służby zdrowia opartych na powszechnie przestrzeganych standardach etycznych.

Sfera nieformalnych działań (zjawisko korupcji) w ochronie zdrowia nie jest dobrze rozpoznana, jednak badania prowadzone przez Fundację im. Stefana Batorego wskazują na jej duży zasięg. W świetle opinii uzyskanych w badaniach (na podstawie sondażu przygotowanego przez Lekarską Grupę Roboczą działającą przy Programie Przeciw Korupcji Fundacji S. Batorego w grudniu 2006 roku) ranga przypisywana problemowi korupcji plasuje go na pozycji piątej wśród najważniejszych problemów społecznych w Polsce. Szczególnie trudne jest uchwycenie, sygnalizowanego przez badaczy i zrozumiałego w sensie potocznym, zjawiska zaniżania odpowiedzi o własnym udziale respondentów w łapownictwie. Przy budzącej wśród specjalistów wątpliwości metodologii szacowania skali

owego zanizenia, jego poziom bywa umiejscawiany w przedziale 30 – 40%, co znaczy, że aż tak znaczny procent społeczeństwa zetknął się osobiście z problemem korupcji. Wśród przyczyn występowania zjawiska korupcji wskazywane są:

- niskie płace personelu medycznego jako wyłączna przyczyna,
- łączenie pracy w szpitalu publicznym z jednoczesną praktyką prywatną (kierowanie pacjenta na badania z gabinetu prywatnego do szpitala – diagnostyka na koszt publicznej placówki),
- niskie zarobki personelu i „mentalność Polaków” (pacjenci czują się lepiej, kiedy „dają” lekarzowi),
- niskie zarobki personelu w połączeniu z demoralizacją części środowiska medycznego (tzw. przyszłe zarobki z kopert),
- zły system jako całość (brak centralnego systemu rejestracji usług, niechęć do reform środowisk medycznych, dążenie do utrzymania status quo przez najsilniejsze grupy środowiska medycznego, np. ordynatorów),
- niskie dochody w połączeniu z brakiem pomocy finansowej w doksztalcaniu się lekarzy,
- brak ustalonego receptariusza, istnienie korupcji na styku firma farmaceutyczna-lekarz,
- funkcjonowanie systemu profesorsko-ordynatorskiego, co jest interpretowane jako przyjmowanie „prywatnych pacjentów”.

Działania korupcyjne, jak wiadomo, są bezprawne i moralnie naganne. Niezbędne są rozwiązania prowadzące do likwidacji tych zachowań, m. in. poprzez:

- wprowadzenie do programu studiów medycznych problemów z zakresu etyki i spraw publicznych,
- uporządkowanie relacji między sektorem prywatnym a publicznym, uniemożliwiające przerzucanie kosztów do sektora publicznego,
- stabilne regulacje prawne w zakresie opłat i dostępności usług.

Prowadzenie szerokich działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki przynosi pozytywne rezultaty zdrowotne w społeczeństwie oraz efektywnościowe – ze względu na zmniejszenie kosztów leczenia w przyszłości. W tym celu należy podnieść rangę działań

profilaktycznych w zakresie zdrowia publicznego na szczeblu podstawowej opieki zdrowotnej. Szczególnie istotne jest – ze względu na obecną wysoką zachorowalność – wczesne diagnozowanie chorób nowotworowych oraz – ze względu na postępujące starzenie się społeczeństwa – podniesienie rangi działań rehabilitacyjnych i pomocy w chorobach wieku podeszłego.

Dotychczas nie rozwiązany problem jest opieka zdrowotna państwa w stosunku do osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji z powodu chorób, urazów lub starości. Lucyna Frąckiewicz w swej pracy wskazuje, co należy zrobić i zmienić w systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej, aby ten stan rzeczy zmienić¹³⁶.

1. Poprawa ochrony zdrowia i dostępu do usług medycznych i pielęgnacyjnych oraz stworzenie systemu pomocy w organizowaniu samodzielnego życia.
2. Tworzenie warunków podtrzymywania niezależności ekonomicznej osób starszych.
3. Tworzenie systemu sprzyjającego dostosowaniu warunków mieszkaniowych do możliwości finansowych i potrzeb osób starszych.
4. Podtrzymywanie aktywności społecznej osób starszych poprzez kształtowanie przez całe życie, edukację zdrowotną, wolontariat.
5. Kształtowanie pozytywnych postaw wobec starości i osób starszych, działania na rzecz między- i wewnątrzgeneracyjnej integracji.
6. Stworzenie systemu przygotowania do starości (adresaci: młodsze generacje) w wymiarze ekonomicznym, zdrowotnym, edukacyjnym i w zachowaniu aktywności.
7. Prowadzenie spójnej polityki wobec starości i na rzecz osób starych.

Wzorem Niemiec w naszym kraju są propozycje wprowadzenia obligatoryjnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego z powodu szybkiego starzenia się naszego społeczeństwa. W chwili obecnej leczenie, pielęgnacja i opieka nad tymi osobami pokrywane są ze składki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

¹³⁶ L. Frąckiewicz, *W obliczu starości* (red.), Katowice 2007, s. 8-16.

Składka na ubezpieczenie pielęgnacyjne miałyby wynosić 2% od przychodu obywateli i wpływać nie do NFZ, a do odrębnej kasy ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Obecnie każda osoba powyżej 75 roku życia automatycznie, jeśli złoży odpowiedni wniosek, otrzymuje co miesiąc dodatek w wysokości 153,19 zł. Ubezpieczenia pielęgnacyjne mają skończyć z tą „urawniówką”. O tym, czy świadczenia z ubezpieczenia pielęgnacyjnego się należą będą decydować lekarze orzecznicy i ewentualnie stwierdzać jeden z trzech stopni niesamodzielności. Przewidywano dwa rodzaje pomocy: pieniężną i w postaci usług pielęgnacyjnych. Wysokość zasiłków od 460 do 920 złotych. Za te pieniądze osoby uprawnione lub ich opiekunowie będą mogli zapewnić sobie opiekę we własnym zakresie.

O tym, jaki zestaw świadczeń pielęgnacyjnych jest potrzebny danej osobie zadecyduje zespół złożony z pielęgniarzki, opiekuna medycznego i pracownika socjalnego. Są dwa założenia tego projektu: prymat rehabilitacji i opieki domowej nad opieką w placówkach. Opiekę medyczną osobie starszej mogliby zapewnić zarówno członkowie rodziny, jak i wykwalifikowani opiekunowie i pielęgniarzki.

Już teraz resort zdrowia planuje kształcenie w nowym zawodzie – opiekun medyczny. Tacy pracownicy odciążąby pielęgniarzki środowiskowe, zajmowałiby się czynnościami opiekuńczymi, a bardziej skomplikowanymi – medycznymi, np. robieniem zastrzyków, pielęgniarzki.

Obecna koalicja PO – PSL nie podnosi tematu związanego z ubezpieczeniami pielęgnacyjnymi, chociaż problem wymaga rozstrzygnięć w najbliższej przyszłości.

Wprowadzenie zasad konkurencji między szpitalami może, wbrew oczekiwaniom doprowadzić do wzrostu kosztów ich funkcjonowania, czego przejawem są nieefektywne zakupy nowych technologii. Zwiększanie, zamiast zmniejszania „mocy produkcyjnych” może prowadzić do dublowania się świadczeń, a realizacja procedur medycznych pozbawia ich nawet dużej części przychodów (nadwykonania, za które NFZ nie płaci w całości). Są również inne przykłady, że konkurencja może sprzyjać obniżaniu kosztów, jeśli spełnione są niezbędne warunki rynkowego otoczenia. Wtedy jest gotowość podjęcia większego ryzyka finansowego przy podejmowaniu leczenia pacjentów, a także stosowania większych upustów przy zakupie świadczeń, co również sprzyja obniżaniu kosztów.

W gronie ekonomistów zajmujących się problematyką ochrony zdrowia bardzo popularny jest pogląd, że *to nie odsetek PKB wydatkowany na służbę zdrowia jest ważny, ale alokacja środków publicznych między różnych świadczeniodawców i między różne rodzaje świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a więc zasady kontraktowania usług medycznych.*

Jakie są więc wady obecnego systemu kontraktowania?

1. Istniejąca w kontraktach silna motywacja do przerzucania kosztów na wyższe, droższe poziomy referencyjne i z sektora prywatnego do publicznego.
2. Intencje ukryte w kontraktach świadczeniodawców do maksymalizowania liczby świadczeń celem zoptymalizowania budżetu własnego, mimo że czasami prowadzi to do generowania kosztów (brak doszacowania wartościowego procedur medycznych).
3. Tendencje do zgłaszania chęci podpisania kontraktu tylko na finansowo atrakcyjne świadczenia, a już po podpisaniu, do ukrytej selekcji pacjentów, czyli uprzywilejowania w przyjmowaniu tych, którzy nie generują nadmiernych kosztów.
4. Brak stabilizacji zasad kontraktowania (choć znacznie rzadsze niż dawniej) i niepewność odnośnie szczegółowych warunków umów utrzymująca się niemal do ostatniej chwili przed ogłoszeniem konkursów ofert.
5. Zgoda (czasami wymuszona lobbieniem politycznym) na kontraktowanie nowych świadczeń medycznych bez uwzględnienia potrzeb medycznych społeczności określonego regionu. Brak regulowania strony podaźowej w efekcie prowadzi do obniżenia jakości usług medycznych. Więcej podmiotów otrzymuje środki finansowe na realizację tych samych usług medycznych, a przez to nie mają one takich możliwości rozwoju, właśnie z powodu ich rozdrobnienia. *Sumując, to właśnie racjonalna alokacja środków jest w wielu przypadkach przyczyną sukcesów lub porażek wielu zakładów opieki medycznej.*

Ponadto, konflikty płacowe pracowników ochrony zdrowia (głównie lekarzy) doprowadzają do dezorganizacji w funkcjonowaniu niektórych szpitali. Jaskrawym tego przykładem były wydarzenia, jakie miały miejsce w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu w ostatnich dniach marca 2008 roku. Lekarze odeszli od łóżek

pacjentów, gdyż nie otrzymali od dyrekcji szpitala żądanych podwyżek, na co zareagował wojewoda zamykając dwa oddziały.

Jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia stwierdził, że nie będzie tolerował takich sytuacji i całą odpowiedzialnością za ten stan rzeczy obarczył lekarzy, którzy według szefa NFZ sami zlikwidowali swoje stanowiska pracy, a szpital nie jest po to, aby zapewnić lekarzom zatrudnienie, ale opiekę mieszkańcom Radomia i okolic. Jerzy Paszkiewicz skonstatował, że szpital, a szczególnie lekarze stracili wiarygodność u publicznego płatnika. Według prezesa NFZ jest bardzo mało prawdopodobne, by szpital zdołał odnowić kontrakt na te oddziały jeszcze w tym roku a utrata ciągłości świadczeń kompletnie je dyskwalifikuje.

Natomiast zdaniem ministerstwa zdrowia lekarze nie dają rządowi szans na wprowadzenie w życie zapowiadanych reform i swoimi działaniami doprowadzają do dalszego zadłużania placówek, a tym samym utrudniając naprawę systemu funkcjonowania opieki zdrowotnej.

Systemu opieki zdrowotnej nie można zbudować z dowolnych i niezależnych od siebie elementów. System opieki zdrowotnej jest spójną całością i przyjęcie jednego założenia powoduje konieczność przyjęcia także innych rozwiązań, które są z poprzednimi immanentnie powiązane. Przykładem może być funkcjonowanie szpitali w formie spółek prawa handlowego. Z założenia, taki szpital, który ma właściciela, konkuruje z innymi o pacjenta, podlega ryzyku bankructwa, jest sprawniej zarządzany i funkcjonuje dużo efektywniej. Można jednak zastanowić się, czy po to, aby szpital stał się takim rynkowym przedsiębiorstwem, wystarczy zadeklarować to w ustawie. Przede wszystkim trzeba dopasować do tego inne elementy systemu, które zmuszą szpitale do takich rynkowych zachowań. Póki co, jest to niemożliwe. Decydują o tym trzy przeszkody, a mianowicie:

- limitowanie świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jeśli chce się mówić o konkurencji między szpitalami i o zasadzie, że pieniądź „idzie za pacjentem”, dzięki czemu dobre szpitale rozwijają się, a złe są eliminowane, to nie może być limitowania świadczeń, gdyż wtedy dobry szpital nie może wykazać swojej przewagi nad gorszym, przy otrzymaniu jednakowego limitu usług medycznych do realizacji.
- drugą przyczyną jest zaniżanie cen za kontraktowane świadczenia, co powoduje zadłużanie się szpitali „obleganych” przez pacjentów,

- trzecią jest upolitycznienie zarządzania szpitalami. Dyrektor jest powoływany przez lokalnych polityków i nierzadko kieruje się ich interesem, a nie dobrem szpitala.

Można więc postawić tezę, że bez wyeliminowania powyższych przeszkód szpitale nie staną się rynkowymi, efektywnymi przedsiębiorstwami, co zakłada wprowadzenie ustawy o przekształceniach SP ZOZ – ów w spółki prawa handlowego, a pacjenci i pracownicy dalej będą niezadowoleni z reform i stanu, w jakim znajduje się polska ochrona zdrowia.

Z powyższych analiz wynika, że postawiona hipoteza mówiąca, że im większa rozbieżność między sposobami finansowania szpitali, a możliwościami realizowania kontraktów medycznych za obecnie posiadane środki finansowe, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia niezadowolenia ze strony pacjentów, jak i samych pracowników okazała się prawdziwa.

Podejmowane w minionych latach próby reform nie spełniły pokładanych oczekiwań wśród pacjentów i pracowników sektora zdrowia. Reformy były niedostatecznie przygotowane, a częste kolejne zmiany strukturalne nasilały rozczarowania wprowadzanymi innowacjami. Nie można jednak mieć wątpliwości, że podstawową przyczyną niepowodzeń był fakt przeprowadzania zmian przy niezmiennie niskim poziomie finansowania ochrony zdrowia.

BIBLIOGRAFIA

POZYCJE KSIĄŻKOWE

1. Aksman E., Przekształcenie sektora publicznego i prywatnego w brytyjskiej i polskiej opiece zdrowotnej, Warszawa 2000.
2. Bowman E.H., Singh H., Overview of Corporate Restructuring. Trends and Cosequences. Mc Graw- Hill, New York 1990.
3. Czekaj J., Dresler Z., Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa, Warszawa 1998.
4. Dercz M., Izdebski H., Zmiany w ochronie zdrowia: permanentna reforma systemu [w:] M.Rymsza (red.), Reformy społeczne. Bilans dekady, Warszawa 2004.
5. Egeman M., Zarządzanie i restrukturyzacja przedsiębiorstwa, Centrum Prywatyzacji, Warszawa 1998.
6. Filar E., Skrzypek J., Biznes Plan, Warszawa 1989.
7. Frąckiewicz L., Bezpieczeństwo socjalne (red.), Katowice 2003.
8. Frąckiewicz L., Karta Praw Człowieka Starego, Warszawa 1985.
9. Frąckiewicz L., Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku (red.), Katowice 2002.
10. Frąckiewicz L., W obliczu starości (red.), Katowice 2007.
11. Jeżak J., Strategiczne zarządzanie przedsiębiorstwem, Łódź 1990.
12. Kleczkowski B.M., Roemer M.I., Van Der Werff A., National health systems and their reorientation towards health for all. Guidance for policy-making, WHO, Genewa 1984.
13. Kowalska K., Controlling w zarządzaniu przedsiębiorstwem, Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Dąbrowa Górnicza 2001.
14. Kowalski J., Lamentowicz W., Winczorek P., Teorie państwa, Warszawa 1978.
15. Krzyżanowski L., Podstawy nauki zarządzania, Warszawa 1998.
16. Leowski J., Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej, CeDeWu, 2004.
17. Marshall G. (red.), Oxford-Słownik socjologii i nauk społecznych, Warszawa 2004.
18. Mechanic D., Medical Sociology, The Free Press, NY, London 1978.
19. Mitręga M., Polityka socjalna wobec górników węgla kamiennego, Gliwice 1995.
20. Nalepka A., Restrukturyzacja przedsiębiorstwa. Zarys problematyki, Warszawa 1999.

21. Oblój K., Zarządzanie. Ujęcie praktyczne, Warszawa 1996.
22. Orczyk J., Polityka społeczna, Uwarunkowania i cele, Poznań 2005.
23. Parkoła A. (red.), Leksykon prywatyzacji, Warszawa 1996.
24. Penc Z.J., Strategie zarządzania organizacją, Łódź 1999.
25. Pierścionek Z., Strategie rozwoju firm, Warszawa 1996.
26. Piotrowska-Marczak K., Reforma ochrony zdrowia w Polsce- implikacje międzynarodowe, Łódź 1999.
27. Piotrowski J., Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie, Warszawa 1973.
28. Ratyński W., Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce, Warszawa 2003.
29. Roemer M.I., Comparative National Policies on Health Care, Marcel Dekker, Inc., NY & Basel, 1997.
30. Rosłanowska – Plichcińska K., Metodyka restrukturyzacji, Bydgoszcz 1999.
31. Ryfkin J., Koniec pracy. Schyłek siły roboczej na świecie i początek ery postrynkowej, Wrocław 2001.
32. Saltman R.B., Busse R., Balancing Regulation and Entrepreneurialism in Europe's Health Sector: Theory and Practice [w:] Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems, R.B.Saltman, R. Busse, E. Mossialos (editors), Open University Press, Buckingham, Philadelphia 2001.
33. Sapijaszka Z., Restrukturyzacja przedsiębiorstwa. Szanse i ograniczenia, Warszawa 1997.
34. Stoner J., Wankel H., Kierowanie, Warszawa 1994.
35. Sztumski J., Metodologiczne problemy restrukturyzacji [w:] Społeczno-gospodarcze i polityczne konsekwencje restrukturyzacji Górnego Śląska, Katowice 1996.
36. Sztumski J., Socjologia pracy, Katowice 1999.
37. Sztumski J., Społeczno – gospodarcze i polityczne konsekwencje restrukturyzacji, Katowice 1996.
38. Sztumski J., Wstęp do metod i technik badań społecznych, Katowice 1995.
39. Szukalski P., Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny, Łódź 2002.
40. Szuszyński C., Restrukturyzacja, konsolidacja, globalizacja przedsiębiorstw, PWE, Warszawa 2003.

41. Włodarczyk C., Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym, Kraków 1996.
42. Włodarczyk C., Poździoch S., Systemy zdrowotne, Kraków 2001.
43. Włodarczyk C., Reforma opieki zdrowotnej w Polsce, Kraków 1998.
44. Włodarczyk C., Reformy zdrowotne- uniwersalny kłopot, Kraków 2003.
45. Wójtowicz M., Praktyczne aspekty prywatyzacji rynku zdrowotnego, [w:] Procesy przekształceń w ochronie zdrowia – szanse i zagrożenia, Warszawa 2001.
46. Zieleniewski J., Organizacja zespołów ludzkich, Warszawa 1964.
47. Ziółkowski M., Teorie systemu i funkcjonalizm [w:] Współczesne teorie socjologiczne, praca zb. pod red. Jasińska-Kania J., Warszawa 2006.

CZASOPISMA

1. Bjorkman J. W., Altenstetter Ch., Globalized Concepts and Localized Practice: Convergence and Divergence in National Health Policy Reforms [w:] Health Policy Reform, National Variations and Globalization, edited by Ch. Altenstetter and J. W. Bjorkman, Macmillan Press & JPSA, Houndmills and London 1997.
2. Bowman E.H., Singh H., Corporate Restructuring. Reconfiguring The Firm. Strategic Management Journal, 1993.
3. Chandler A.D., Strategy and Structure MIT Press, Cambridge 1962.
4. Culyer A. J., Cost containment in Europe [w:] Health Care Financing, Annual Supplement, 1989.
5. Czarniecka K., Ryś A., Wpływ decentralizacji w latach 1999-2001 w Polsce na system ochrony zdrowia [w:] Raport Banku Światowego, Warszawa 2003.
5. Dercz M., Ochrona zdrowia potrzebuje menedżerów, „Rzeczpospolita”, 17.06.2002 r.
6. Dercz M., Samorządowy model systemu ochrony zdrowia [w:] Analizy i Opinie, Nr 43, sierpień 2005.
7. Dreyza J., Szpital Maltański (1939 – 1949), t. II, Almanach Częstochowy – 1989.
8. Golinowska S., Czepulis- Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada Ch., Włodarczyk C., Opieka zdrowotna w Polsce po reformie [w:] Centrum Analiz Społeczno- Ekonomicznych, Raporty CASE, Warszawa 2002.
9. Grzybowski J., Wspomnienia, Pamiętniki Lekarzy Częstochowskich, Częstochowa 2000.

10. Jamroga J., Bariery kadrowe procesu restrukturyzacji [w:] Organizacja i kierowanie, Nr 2 1999.
11. Jasiński G., Wybrane aspekty organizacji i metod finansowania systemów ochrony zdrowia w państwach europejskich, Biuletyn Kas Chorych, nr 3/4, marzec/kwiecień 2001.
12. Jasiński Z., Restrukturyzacja systemu zarządzania przedsiębiorstwem. Ekonomika i organizacja przedsiębiorstwa. Nr 8, 1992.
13. Kamela – Sowińska A., Marecki A.B., Niezbędne indywidualne podejście, Rzeczpospolita z 19.08.1992.
14. Kuratowska Z., Przemówienie wstępne [w:] „Solidarność” przy Stole, Oficyna Wydawnicza „Nasze Zdrowie i Życie”, Łódź 1989.
15. Leowski J., Polityka zdrowotna-dylematy i wyzwania reformy ochrony zdrowia w Polsce i na świecie [w:] „Prawo i Medycyna”, nr 2, vol. 1. 1999.
16. Michalska-Badziak R., Status prawny Kas Chorych. Zagadnienia wybrane [w:] Prawo i medycyna Nr 3, Warszawa 1999.
17. Nalepka A., Procedura przygotowania restrukturyzacji organizacyjnej przedsiębiorstwa [w:] Restrukturyzacja w procesie przekształceń i rozwoju przedsiębiorstw, Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej, Kraków 1996.
18. Nogalski B., Kreft Z., Szanse i zagrożenia w procesie restrukturyzacji przedsiębiorstwa [w:] Przegląd Organizacji, Nr 11 1994.
19. Penc J., Strategiczna transformacja firmy [w:] Organizacja i kierowanie, Nr 4, 1995.
20. Raport, Finansowanie Ochrony Zdrowia w Polsce – Zielona Księga, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, grudzień 2004.
21. Reinhardt U.E., Commentary, Health Care Financing Review, Annual Supplement, 1989.
22. S.Golinowska S., System Ochrony Zdrowia w Polsce po dotychczasowych reformach [w:] Forum Ochrony Zdrowia. Wyzwania i możliwości rozwiązań, Warszawa 2004.
23. Saltman R. B., Convergence, Social Embeddedness, and the Future of Health Systems in the Nordic Region [w:] Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements, edited by D. Chinitz and J. Cohen, J. Wiley & Sons, Chichester..., 1998.

24. Singh H., Challenges in Researching Corporate Restructuring. Journal of Management Studies 1993.
25. Skąd pieniądze na wynagrodzenia, Rzeczpospolita, 30.11.2000.
26. Stepień E., Lisowska B., Puls medycyny nr 13 (136), data publikacji 28.06.2006 r.
27. The Reform of Health Care Systems. A Review of Seven OECD Countries, Organization for Economic Cooperation and Development, Paris 1992.
28. The Stockholm Network, 35 Britania Row, wyd. I Londyn N1 8QH 2005.
29. The World Health Raport 2000. Health Systems: Improving Performance, WHO, Genewa 2000.
30. Travis Ph., Egger D., Davies Ph., Mechbal A., Towards better stewardship: concepts and critical issues, Evidence and Information of Policy, WHO, Geneva 2002.
31. Van Kemenade Y.W., Health Care In Europe 1997. The finance and reimbursement systems of 18 European countries, Elsevier, de Tijdstroom, Maarsen 1997.
34. Williams A., Equilty in Health Care: the Role of the Ideology, Oxford University Press, Oxford. NY., Tokyo 1993.
35. Włodarczyk C., Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius", Łódź- Kraków-Warszawa 1996.

ARCHIWALIA

1. Archiwum Jasnej Góry, ss.113,115, Nr 448.
2. Dane statystyczne o placówkach służby zdrowia w Częstochowie i powiecie w latach 1938/39 do 1973 r. Materiały statystyczne Wydziału Zdrowia w Częstochowie i ZOZ w Częstochowie.
3. Dziennik Praw Państwa Polskiego Nr 9 z 29 stycznia 1919 r., poz.122.
4. Przewodnik po pierwszej wystawie Kas Chorych w Polsce w Warszawie od 12-20 lipca 1925 r., Warszawa 1925.

AKTY PRAWNE. PROPOZYCJE USTAW

1. Art. 60., pkt 1. Konstytucji z 22 lipca 1952 roku.
2. Dz. U. RP. Nr 51, poz. 396.
3. Dz. U. RP. Nr 94, poz. 724.
4. Dz. U. Nr 78, poz. 684.
5. Dz. U. z 2003 r., Nr 45, poz. 391 ze zm., ustawa weszła w życie 1 kwietnia 2003 r.
6. Dz. U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135 ze zm..
7. Dz. U. RP. Nr 44, poz. 272.
8. Dz. U. z 2001 r., Nr 5, poz. 45.
9. Okrągły Stół, Podzespół do spraw zdrowia, protokół końcowy wraz z załącznikami, maszynopis powielony, Warszawa, 14 marca 1989.
10. „Platforma Obywatelska”, propozycje reform w ochronie zdrowia, grudzień 2007.
11. Projekt ustawy „O samorządowej opiece zdrowotnej”, Druk Sejmowy 414, z dnia 5.05.1998.
12. Projekt ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw, druki sejmowe Nr: 2278, 2278-A, 2278-B, 2278-C, Sejm IV kadencji.
13. Program restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2000 i perspektywy działań w latach następnych, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, marzec 2000.
14. Program wyborczy „Lewicy i Demokratów”; Nowa polityka, Nowa nadzieja, 9 września 2007.
15. Program wyborczy „Prawa i Sprawiedliwości”, październik 2007.
16. Regionalny program restrukturyzacji dla województwa śląskiego, Konsorcjum DORADCA/NEXUS, Ministerstwo Zdrowia, Gdynia 2000.
17. Rząd przyjął już w tej dziedzinie następujące strategie: „Strategia dla przemysłu farmaceutycznego do roku 2005”, „Polityka Lekowa Państwa 2004 – 2008”.
18. Śląskie Centrum Zdrowia Publicznego, opracowano na podstawie materiałów Centrum Informacyjnego Rządu, Katowice, lipiec 2007.
19. Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego przesłane do Marszałka Sejmu RP Macieja Płażyńskiego, Druk nr 2413, Warszawa, 17 XI 2000 r.

20. Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu ds. Wprowadzania Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, Warszawa 2000.
21. Uchwała Nr I/24/1/2000 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 25 września 2000 roku.
22. Uchwała Nr II/37/6/2005 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 4 lipca 2005 roku.
23. Ustawa o komercjalizacji i prywatyzacji z dnia 30 sierpnia 1996 r., Dz. U. Nr 118, poz. 561.
24. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, projekt, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, październik 2005.
25. Ustawa z 10 maja 1990 roku - przepisy wprowadzające ustawę o samorządzie terytorialnym i ustawę o pracownikach samorządowych, Dz.U.1990 nr 32, poz.191.
26. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7.01. 2004 roku, sygn. akt K 14/ 03 (Dz. U. Nr 5, poz. 37).
27. Zespół ekspercki przedstawił opinii publicznej projekt Reformy Systemu Ochrony Zdrowia, Warszawa, 3.07.2007 r.

Spis tabel

Nr tabeli	Tytuł tabeli	str.
1.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP. Wykaz oddziałów.	24
2.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP. Wykaz poradni dla dorosłych.	25
3.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP. Wykaz poradni dla dzieci.	25
4.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. W. Orłowskiego. Wykaz oddziałów.	27
5.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. W. Orłowskiego. Wykaz poradni.	27
6.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. W. Orłowskiego. Zakłady i pracownie.	28
7.	Szpital przy ul. Mirowskiej 15. Wykaz oddziałów.	29
8.	Szpital przy ul. Mirowskiej 15. Wykaz poradni i zakładów.	29
9.	Szpital przy ul. Mickiewicza 12. Wykaz oddziałów.	30
10.	Szpital przy ul. Mickiewicza 12. Wykaz poradni.	30
11.	Szpital przy ul. Bony 1/3. Wykaz oddziałów.	31
12.	Szpital przy ul. Bony 1/3. Wykaz poradni.	31
13.	Siedem elementów składowych systemu ochrony zdrowia według M.I. Roemera.	45
14.	System ubezpieczeń chorobowych.	49
15.	System Narodowej Służby Zdrowia.	50
16.	Cechy charakterystyczne modelu rezydualnego.	51
17.	Cechy charakterystyczne modelu Siemaszki.	52
18.	Finansowanie systemów opieki zdrowotnej w Europie.	54
19.	Metody postępowania przy oporze wobec zmian.	81
20.	Zalety i wady decentralizacji zarządzania w ochronie zdrowia.	138
21.	Wydatki całkowite na ochronę zdrowia per capita (w USD, według PPP) w wybranych krajach w latach 1992-2002.	173

22.	Dzierżawy pomieszczeń i powierzchni w WSZ (pozostałe).	288
23.	Harmonogram prac związanych ze zmianą formy organizacyjno-prawnej Miejskiego Szpitala Zespólnego.	361
24.	Proponowana liczba łóżek dostosowana do kontraktu z NFZ i z zachowaniem bezpieczeństwa pacjentów.	364

Spis wykresów

Nr wykresu	Tytuł wykresu	str.
1.	System opieki zdrowotnej w państwach EOG.	55
2.	Partnerzy regionalnego programu restrukturyzacji.	180
3.	Udział jednostek samorządu terytorialnego w przekształceniach własnościowych SP ZOZ w latach 1999 – 2006.	212
4.	Dynamika przekształceń własnościowych, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w sektorze ochrony zdrowia w latach 1999 – 2006.	213