

MAŁGORZATA KRASOWSKA-MARCZYK

PWSZ w Gorzowie Wielkopolskim,

Luw (Lubuski Urząd Wojewódzki) w Gorzowie Wielkopolskim

## ANALIZA I OCENA DZIAŁAŃ SAMORZĄDÓW TERYTORIALNYCH WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO W ZAKRESIE ZARZĄDZANIA JEDNOSTKAMI OCHRONY ZDROWIA

### Wprowadzenie

Zmiana systemu politycznego i ekonomicznego w Polsce w latach 90. ubiegłego wieku, postrzegana jako reforma ukierunkowana na kapitałowe przekształcenia własnościowe gospodarki narodowej, zapoczątkowała równoległe proces przemian społecznych. Proces transformacji państwa w kierunku demokracji politycznej jako zasady ustrojowej państwa prawa zaowocował procesem decentralizacji władzy państwowej, w efekcie którego w 1990 roku powołano do życia samorząd gminny i miejski<sup>1</sup>, przekazując im zadania i kompetencje zastrzeżone dotychczas dla administracji centralnej i działającej od 1950 roku administracji terenowej (system rad narodowych). W wyniku zmian ustrojowych administracja samorządowa stała się obok administracji rządowej podstawowym elementem systemu administracji publicznej<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym, DzU nr 16, poz. 95; DzU 2001, nr 142.

<sup>2</sup> M. Barański, *Model samorządu terytorialnego w procesie reformy społeczno-administracyjnej państwa*, w: *Samorządowa polityka społeczna*, red. A. Frąckiewicz-Wronka, Wydawnictwo Elipsa, Warszawa 2002, s. 31.

Zmianom ustrojowym podporządkowano logikę zmian systemu zabezpieczenia społecznego, ze szczególnym uwzględnieniem ubezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia dotychczas funkcjonalnie i strukturalnie przystosowanych do założeń scentralizowanego państwa. Zadaniem polityki regionalnej i lokalnej na poziomie mezo (województwo) czy mikro (powiaty, gminy) jest skupienie się na typowych dla danego obszaru potrzebach oraz sposobach ich zaspokojenia, przy zachowaniu zgodności z polityką państwa (poziom makro). Zdefiniowanie zdrowia jako podstawowej potrzeby i wartości w życiu każdego człowieka oraz wartości dla społeczeństwa sprawiło, że większość państw uznała swoją odpowiedzialność za systematyczny rozwój ochrony zdrowia i zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego swoich obywateli, co znalazło odbicie w uregulowaniach prawnych.

## 1. Samorząd terytorialny jako podmiot polityki ochrony zdrowia

Po 1945 roku wraz z przeobrażeniami polityczno-gospodarczymi w Polsce zlikwidowano wpływ samorządów na organizację i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej<sup>3</sup>, zastępując go modelem zaopatrzeniowym (system Siemaszki), który zdominował systemy zdrowotne krajów Europy Środkowej i Wschodniej. Częściowy powrót do rozwiązań międzywojennych nastąpił po 1989 roku. Odtworzenie w 1990 roku samorządu terytorialnego, przy nadaniu jednostkom osobowości prawnej, umożliwiło wspólnotom przejęcie na własność znacznej części majątku państwowego, a tym samym stworzenie bazy prowadzenia wszelkiej działalności. Równoległe wprowadzenie do systemu w 1991 roku ustawy o zakładach opieki zdrowotnej<sup>4</sup> umożliwiło funkcjonowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i zapoczątkowało rozwój rynku regulowanego w polskim systemie ochrony zdrowia. W 1995 roku 46 największych polskich miast uzyskało uprawnienia, wraz z funduszami,

---

<sup>3</sup> Ochrona zdrowia w Polsce już w okresie międzywojennym w dużej mierze była finansowana przez samorządy, do zadań których należało utrzymywanie m.in. szpitali, przychodni, poradni oraz personelu medycznego. Zadania państwa ochrony zdrowia zostały określone w Konstytucji z 1921 r. oraz ustawie sanitarnej 1919 r. Z budżetu państwa były pokrywane wydatki związane ze zwalczaniem chorób zakaźnych i wenerycznych oraz dofinansowywane gminy wykazujące niedobór środków na ochronę zdrowia.

<sup>4</sup> Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991, poz. 408; DzU 2007, nr 14, poz. 89 z późn. zm.

do przejęcia jako zadań własnych między innymi zakładów opieki zdrowotnej (bez zakładów specjalistycznych)<sup>5</sup>. W 1999 roku, obok głębokich zmian nie tylko w organizacji planowania i udzielania świadczeń medycznych, lecz przede wszystkim w sposobie finansowania i funkcjonowania opieki zdrowotnej, wprowadzono jednocześnie reformę administracyjną, która stworzyła trzy szczeble władz samorządowych, czyli samorzady wojewódzkie, powiatowe<sup>6</sup> i gminne, mające swój udział w realizacji tej reformy i przypisano im zadania dotyczące zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych<sup>7</sup>. W zamyśle twórców reformy ważnym jej elementem jest wprowadzenie samorządu jako partnera przez komunalizację mienia i nadanie samorządom statusu organu założycielskiego, przy czym samorząd wypełnia zadania jako: organizator i płatnik (w ograniczonym zakresie), właściciel, nadzorca i zarządca publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej. Główne zadania władz publicznych wynikające z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obejmują: tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; promocję zdrowia i profilaktykę oraz finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej. Działania reformatorskie zdążające w kierunku samorządności systemu opieki zdrowotnej zostały zrealizowane między innymi dzięki przywróceniu instytucji samorządów zawodowych pracowników medycznych oraz wyznaczeniu organów samorządów terytorialnych jako instytucji odpowiedzialnych za zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych ludności. Wraz z zadaniami prowadzenia polityki zdrowotnej samorządom została przekazana odpowiedzialność za utrzymanie najbardziej kosztownego elementu systemu opieki zdrowotnej – lecznictwa stacjo-

---

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 24 listopada 1995 r. o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz o miejskich strefach usług publicznych, DzU nr 141, poz. 692.

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, DzU 1998, nr 91, poz. 576, 578; DzU 2001, nr 142, poz. 1590, 1591, 1592, z późn. zm.

<sup>7</sup> Zadania w zakresie ochrony zdrowia nałożone zostały na samorzady także w kluczowych aktach prawnych wprowadzających nowe zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej:

- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU 1997, nr 28, poz. 153.
- Ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU nr 45, poz. 391.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2004, nr 210, poz. 2135, z późn. zm.

narne. Mimo że wprowadzony od 1999 roku „ubezpieczeniowy” system ochrony zdrowia wskazywał najpierw Kasę Chorych, a obecnie NFZ jako głównego płatnika finansującego świadczenia zdrowotne, to postanowienia wielu innych aktów prawnych, w tym wprowadzających reformę administracji publicznej z 13 października 1998 roku, nałożyły na jednostki samorządu terytorialnego poważne obowiązki organizacji ochrony zdrowia. Uprawnienia i zadania samorządu powiatowego zasadniczo można podzielić na dwie grupy: zadania i kompetencje dotyczące planowania struktury opieki zdrowotnej; oraz, zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej, kompetencje w zakresie wykonywania funkcji organu tworzącego samodzielny zakład opieki zdrowotnej, w tym tworzenie, przekształcanie i likwidacja SPZOZ oraz zatwierdzanie jego statutu uchwalonego przez radę społeczną, powoływaną przez samorząd.

## **2. Zmiany organizacyjne i restrukturyzacyjne zakładów opieki zdrowotnej – na przykładzie województwa lubuskiego**

Województwo lubuskie zlokalizowane w środkowozachodniej Polsce, o obszarze 13 984 km kw. (4,5% powierzchni kraju – 13. co do wielkości) jest najmniejsze w Polsce po względem liczby ludności (ok. 1 mln – 2,6% ludności Polski). W obecnych granicach województwo funkcjonuje od 1 stycznia 1999 roku jako wynik połączenia dwóch województw – gorzowskiego i zielonogórskiego oraz dwóch gmin województwa leszczyńskiego. Strukturę administracyjną województwa tworzą 83 gminy wchodzące w skład 14 powiatów, w tym 12 ziemskich i 2 grodzkich (Gorzów Wlkp. i Zielona Góra).

Celem pierwszych zmian w sektorze ochrony zdrowia przeprowadzanych w latach 1996–2000 było uruchomienie mechanizmów rynkowych racjonalizujących wykorzystanie środków publicznych do poprawy poziomu i dostępności świadczeń medycznych.

Już w 1996 roku na terenie byłego województwa gorzowskiego powstało w ramach pilotażu 5 pierwszych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, z którymi w latach 1997–1998 wojewoda gorzowski zawarł kontrakty na świadczenie usług medycznych. W 1996 roku rozpoczęto także prace nad organizacją i wdrażaniem Rejestru Usług Medycznych – województwo lubuskie wdrożyło w pełni i wykorzystuje nadal ten system. Wprowadzono także rozliczanie procedur wysokospecjalistycznych i przygotowano jednostki

ochrony zdrowia do prowadzenia rozliczeń międzywojewódzkich oraz rozliczeń między zakładami opieki zdrowotnej w zakresie badań i hospitalizacji.

Zasadniczym celem rozpoczętego w 1999 roku procesu reformy systemu ochrony zdrowia była poprawa dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych przy równoczesnej racjonalizacji kosztów. Realizacja tego założenia wymagała:

- zmiany form organizacyjnych jednostek świadczących usługi medyczne (powstanie i rozwój niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej),
- odejścia od finansowania bazy materialnej i kadrowej na rzecz finansowania świadczeń zdrowotnych,
- wzmocnienia roli podstawowej opieki zdrowotnej realizowanej przez lekarzy i zespoły lekarzy rodzinnych,
- restrukturyzacji bazy szpitalnej i jej przekształcanie na podstawie analizy potrzeb demograficzno-społecznych oraz wskaźników świadczących o wykorzystaniu zasobów i wskaźników epidemiologicznych,
- tworzenia tańszych, alternatywnych form opieki stacjonarnej,
- poprawy dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych,
- stworzenia systemu monitorowania działalności ochrony zdrowia.

W 1999 roku, na mocy ustawy z dnia 19 października 1998 roku (przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną), Skarb Państwa reprezentowany przez wojewodę lubuskiego rozpoczął przejmowanie zobowiązań byłych jednostek budżetowych ochrony zdrowia powstałych do dnia 31 grudnia 1998 roku nie później jednak niż do dnia rejestracji jednostek w Sądzie Rejonowym jako samodzielne publiczne jednostki ochrony zdrowia.

W roku 1999, jako element restrukturyzacji zatrudnienia związany z reformą ochrony zdrowia, powstał rządowy program działań wspierających dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej. W ramach tego programu zostały zrealizowane wnioski 27 SPZOZ dotyczące uzyskania odpraw z tytułu restrukturyzacji zatrudnienia oraz przeznaczono kwotę 5 781 820 zł na kontynuację inwestycji, remonty i modernizację, zakup aparatury i sprzętu medycznego. Ponadto 5 zakładów zakwalifikowano do uzyskania dofinansowania na łączną kwotę 663 800 zł na tworzenie zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych i opieki paliatywno-hospicyjnej.

W roku 2000 zmieniły się zasady i procedura postępowania w celu uzyskania środków finansowych w ramach restrukturyzacji. Opracowano Regionalny Program Restrukturyzacji na 2001 rok. Przy marszałku województwa lubuskiego został powołany Regionalny Komitet Sterujący, oceniający programy

restrukturyzacyjne pod kątem ich zasadności i zgodności z rekomendacjami Regionalnej Grupy Wsparcia. Program zakładał możliwość pozyskania środków finansowych na restrukturyzację zatrudnienia, wydatki bieżące i inwestycyjne. Kwota przyznanej dotacji dla województwa, w ramach rezerwy celowej zapisanej w ustawie budżetowej na rok 2000, wynosiła ok. 8 mln zł, a w 2001 roku na program restrukturyzacji województwa lubuskiego przyznano ogółem środki w wysokości ok. 10 mln zł.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 roku o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (DzU nr 78, poz. 684, z późn. zm.) umożliwiła SPZOZ przystąpienie do restrukturyzacji finansowej powstałych w okresie od 1.01.1999 roku do 31.12.2004 zobowiązań publicznoprawnych (umorzenie wraz z odsetkami), 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 na restrukturyzację finansową zakład mógł między innymi zaciągnąć pożyczkę z budżetu państwa z możliwością umorzenia części spłaty.

Do restrukturyzacji w województwie lubuskim przystąpiło 19 zakładów i w 16 z nich przeprowadzono restrukturyzację. W przypadku 3 zakładów wojewoda lubuski wydał decyzję o umorzeniu postępowania restrukturyzacyjnego.

Wprowadzony w 2009 roku program wieloletni *Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia*<sup>8</sup> przewidywał cztery warianty postępowania i procedury pozyskania środków z budżetu państwa przez: 1) likwidację SPZOZ i powołanie spółki przez JST; 2) likwidację SPZOZ bez powołania spółki; 3) likwidację „wydmuszki” (tj. SPZOZ, na bazie którego powstała spółka przejmująca większość działalności, a pozostał niewielki podmiot, który nadal generuje zobowiązania); 4) wsparcie dla jednostek już przekształconych<sup>9</sup>. Program spotkał się z dużym zainteresowaniem na terenie województwa lubuskiego, został ustanowiony w celu wsparcia jednostek samorządu terytorialnego podejmujących działania

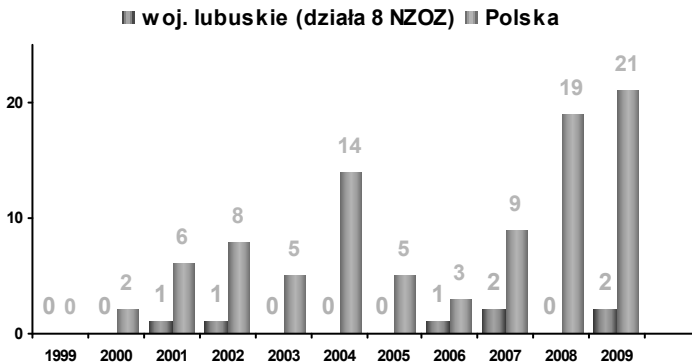
---

<sup>8</sup> Uchwała nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r., program wieloletni *Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia*.

<sup>9</sup> Program przewiduje w tym przypadku dotację w wysokości zobowiązań publicznoprawnych SPZOZ przejętych przez JST na podstawie art. 60 ust. 6 ustawy o ZOZ według stanu na dzień zakończenia likwidacji.

na rzecz poprawy efektywności udzielania świadczeń zdrowotnych i promowania racjonalnych zasad gospodarowania w zakładach opieki zdrowotnej. Na terenie województwa lubuskiego 10 jednostek samorządu terytorialnego (w tym samorząd województwa) zgłosiło zainteresowanie udziałem w programie. Do likwidacji, z jednoczesnym utworzeniem spółki kapitałowej, planowanych jest 9 SPZOZ oraz 4 do likwidacji bez utworzenia spółki kapitałowej (ze względu na możliwość zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w innym zakładzie opieki zdrowotnej). Zainteresowanie zgłoszono także w przypadku 3 ZOZ, które już zakończyły działalność statutową.

W wyniku realizacji programów restrukturyzacji<sup>10</sup> ochrony zdrowia na terenie województwa lubuskiego nastąpiły zmiany polegające między innymi na racjonalizacji wykorzystania bazy oraz łączeniu publicznych zakładów opieki zdrowotnej, tworzeniu systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego, rozwoju sieci zakładów opieki długoterminowej oraz przenoszeniu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej do sektora niepublicznego.



Rys. 1. Liczba szpitali przekształconych w Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej w latach 1999–2009 (stan na 31.12.2009) – województwo lubuskie na tle kraju

Źródło: opracowanie na podstawie *Informacji o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010 (wrzesień)*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, wrzesień 2010, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl).

<sup>10</sup> Restrukturyzacja w najprostszym rozumieniu to przebudowa systemowa lub rekonstrukcja struktury, proces zasadniczych, gruntownych zmian wywołanych głównie czynnikami zewnętrznymi – krytycznymi sytuacjami w rozwoju struktur.

Województwo lubuskie w porównaniu z innymi województwami cechuje wysoki stopień prywatyzacji ochrony zdrowia, szczególnie podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. W rejestrze zakładów opieki zdrowotnej prowadzonym przez wojewodę lubuskiego według stanu na początek 1999 roku figurowało 78 publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz 209 niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Według stanu na 31 grudnia 2008 roku zarejestrowanych było 471 ZOZ, w tym 433 niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej i 38 publicznych ZOZ, a na koniec roku 2009 – 503 zakłady, w tym 38 publicznych i 465 niepublicznych<sup>11</sup>.



Rys. 2. Zakłady opieki stacjonarnej na terenie województwa lubuskiego – według stanu na dzień 31.12.2009 r.

Źródło: opracowanie na podstawie danych Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gorzowie Wlkp.

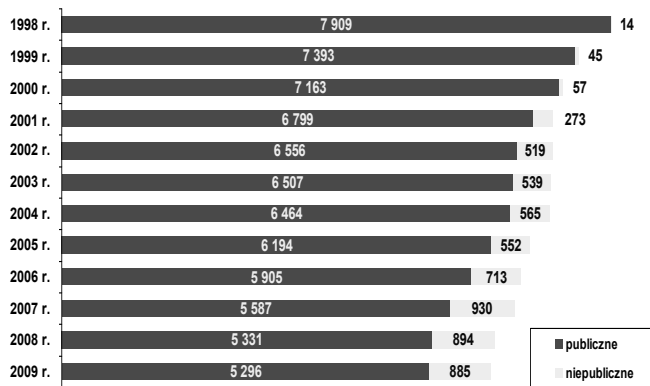
<sup>11</sup> Na podstawie Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej Wojewody Lubuskiego.



W województwie lubuskim dominują zakłady opieki zdrowotnej o profilu podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej wielospecjalistycznej, stomatologicznej i zakłady rehabilitacji. Profil ich działalności ulega zmianom w zależności od zapotrzebowania i kontraktów na świadczenia zdrowotne. Oprócz tego funkcjonuje system prywatnych praktyk lekarskich i pielęgniarskich rejestrowanych przez Okręgowe Izby Lekarskie oraz Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych.

### 2.1. Struktura bazy łóżek szpitalnych po przekształceniach własnościowych

Od roku 1998 odnotowano sukcesywne zmniejszanie liczby łóżek w opiece stacjonarnej na terenie województwa lubuskiego. W porównaniu z 1998 rokiem nastąpił **spadek liczby łóżek o 1742**, czyli o 22,0% (z 7923 łóżek w 1998 do 6181 łóżek w 2009), głównie w publicznych ZOZ (o 2613), przy równoczesnym zwiększeniu się liczby łóżek w zakładach niepublicznych (o 871).



Rys. 3. Zmiany liczby łóżek opieki stacjonarnej (bez resortowej służby zdrowia oraz miejsc dla noworodków) w latach 1998–2009

Źródło: opracowanie na podstawie sprawozdania Mz-29, Mz-29A, Mz-30- dane LUW w Gorzowie Wlkp.

Analiza ostatnich 10 lat wskazuje na dużą dynamiką zmian. W porównaniu do 1998 roku największe redukcje liczby łóżek odnotowano na oddziałach: psychiatrycznych (82,4%), dziecięcych (61,6%), chorób zakaźnych (63,9%) i dermatologicznych (70,2%). Z kolei znaczne zwiększenie liczby łóżek zauważalne jest na oddziałach: rehabilitacyjnych (87,6%), onkologicznych (58,8%), kardiologicznych (25,3%) oraz Zakładach Opiekuńczo-Lecznicznych o profilu psychiatrycznym (49,2%)<sup>12</sup>.

## 2.2. Restrukturyzacja zatrudnienia

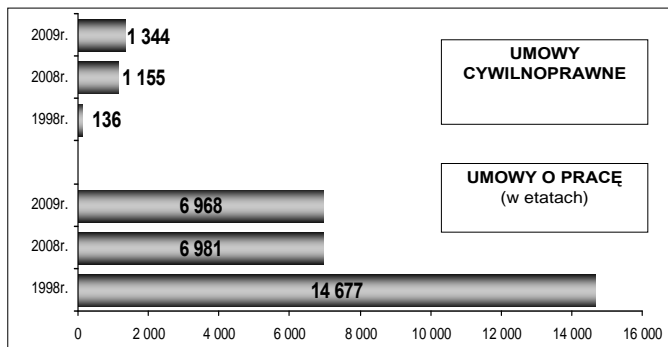
Efektom prowadzonych działań był znaczny wzrost zatrudnienia w sektorze zakładów niepublicznych, przy spadku zatrudnienia w publicznych samodzielnych zakładach opieki zdrowotnej. W SPZOZ liczba osób zatrudnionych w ramach umów o pracę zmniejszyła się o ponad połowę (z 15 696 w 1998 roku do 7376 w 2008). Największy spadek odnotowano w pierwszych latach po reformie, kiedy zatrudnienie zmniejszyło się o 19,4% w 1999 roku, o 12,9% w 2000 roku i o 10,2% w 2001 roku, co związane było z realizacją programu restrukturyzacji zatrudnienia. Faktyczną falę zwolnień minimalizowały świadczenia emerytalne i przedemerytalne oraz tworzenie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (m.in. tworzenie zakładów opieki długoterminowej), a także zmiana formy zatrudnienia z umów o pracę na umowy cywilnoprawne (por. rys. 4). W porównaniu do 1998 roku w szpitalach publicznych zatrudnienie na umowę o pracę zmniejszyło się o 7709 etatów, przy równoczesnym zwiększeniu zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych o 1208 osób. W szpitalach niepublicznych do 2008 roku powstało 960 etatów w ramach umów o pracę oraz zatrudniono 387 osób na umowy cywilnoprawne.

Obecnie przeciętny udział kosztów zatrudnienia w kosztach ogółem kształtuje się w SPZOZ województw lubuskiego w granicach od 66,1% do 74,3%, gdy w NZOZ wynosi od 63,7% do 64,9%<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Dane Lubuskiego Centrum Zdrowia Publicznego.

<sup>13</sup> Na podstawie comiesięcznych raportów *Informacja dot. sytuacji finansowej ZOZ, LCZP*, dane za 2009 rok.



Rys. 4. Zatrudnienie ogółem w PZOZ stacjonarnych województwa lubuskiego w latach 1998, 2008, 2009

Źródło: opracowanie na podstawie ankiet przesłanych przez dyrektorów ZOZ, dane LCZP w Gorzowie Wlkp.

### 2.3. Analiza sytuacji finansowej SPZOZ województwa lubuskiego

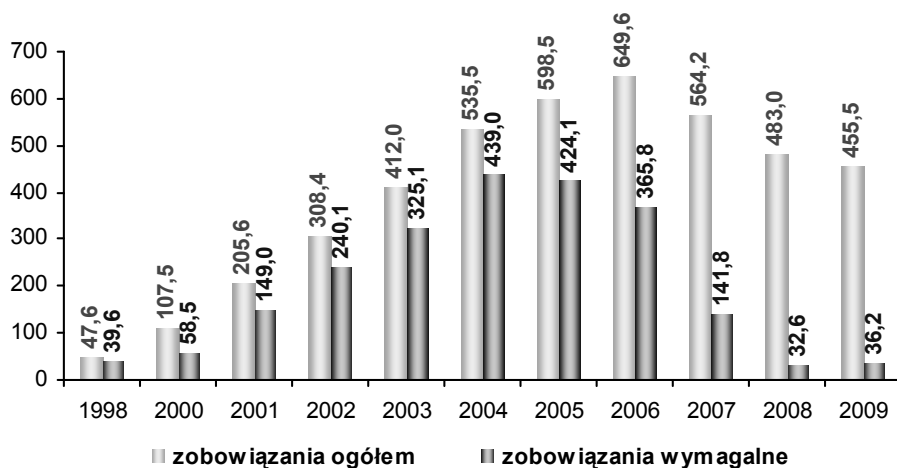
Z informacji przekazywanych przez szpitale publiczne (SPZOZ) z terenu województwa lubuskiego wynika, że rok 1998 zamknął się bilansem 47,6 mln zł zadłużenia, przy czym zobowiązania wymagalne wynosiły 39,6 mln zł (tj. 83,2%). Na koniec 2009 roku zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wynosiły 455,5 mln zł, w tym zobowiązania wymagalne – 36,2 mln zł (tj. 8,0%).

W roku 2009 w SPZOZ z terenu województwa lubuskiego w porównaniu do 1998 roku nastąpił wzrost zobowiązań o 407,3 mln zł ogółem, przy równoczesnym spadku stanu zobowiązań wymagalnych o 3,4 mln zł oraz udziału zobowiązań wymagalnych w zobowiązaniach ogółem z 83,2% w 1998 roku do 8,0% w 2009 roku.

W roku 1998 spośród 43 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej 20 zakładów (tj. 49%) nie miało zobowiązań wymagalnych, natomiast w 2008 roku zobowiązań wymagalnych nie miało 18 spośród 31 zakładów (tj. 58%).

Na koniec 2009 roku w zobowiązaniach wymagalnych szpitali – 36,2 mln zł, dominowały zobowiązania z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych (56,4%), usług obcych (18,2%) oraz wobec pracowników (7,2%).

Zmiany stanu zobowiązań ogółem oraz wymagalnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej w lubuskiej ochronie zdrowia na przestrzeni lat 1998–2009, zaprezentowano na rysunku 5.



Rys. 5. Zobowiązania ogółem i wymagalne szpitali publicznych w latach 1998–2009 (w mln zł)

Źródło: opracowanie na podstawie ankiet przesłanych przez dyrektorów SP ZOZ, dane LCZP w Gorzowie Wlkp.

W szpitalach publicznych porównując rok 2009 z rokiem 2008 odnotowano wzrost: przychodów z NFZ o 5,1%, kosztów ogółem o 8,8%, przychodów ogółem o 10,5%, wynagrodzeń z tytułu umów o pracę, zlecenia i o dzieło o 5,0%, kontraktów lekarskich o 32,6%, ponad dwukrotny wzrost kontraktów pielęgniarских.

Ze wstępnej informacji dotyczącej sytuacji finansowej SPZOZ z terenu województwa lubuskiego (bez resortowej służby zdrowia) wynika, że pod względem wysokości zobowiązań (ogółem SPZOZ) na koniec 2009 roku województwo znalazło się na IX miejscu w kraju (2008 – VIII miejsce, 2007 – VI miejsce, 2006 – VI miejsce). Równocześnie wzrosła liczba szpitali publicznych osiągających zysk z działalności gospodarczej. Na terenie województwa lubuskiego stratę z działalności gospodarczej poniosło: w 2007 roku – 7 z 8 szpitali publicznych (bez resortowej służby zdrowia), w 2008 i 2009 roku od-

powiednio – 6 i 4 szpitale. Natomiast po uwzględnieniu wyniku zdarzeń nadzwyczajnych stratę netto wykazały w 2007 roku 2 z 18 szpitali publicznych, w 2008 i 2009 roku 5 szpitali (bez resortowej służby zdrowia).

## Podsumowanie

Wprowadzenie reformy ochrony zdrowia w województwie lubuskim zostało poprzedzone między innymi usamodzielnieniem pilotażowych zakładów opieki zdrowotnej, szkoleniem lekarzy rodzinnych, pielęgniarek i położnych rodzinnych, wdrożeniem systemu powszechnego i do tej pory obowiązującego – Rejestru Usług Medycznych.

W porównaniu z innymi województwami lubuskie cechuje bardzo wysoki stopień prywatyzacji lecznictwa podstawowego i specjalistycznego oraz znacznie zaawansowana restrukturyzacja bazy szpitalnej (zmiana profilu łóżek z krótko- na długoterminowe, przekształcenia szpitali publicznych w niepubliczne).

W zakładach opieki stacjonarnej (szpitale ogólne i psychiatryczne, ZOL, ZPO i hospicja) obserwuje się: zmniejszanie liczby łóżek w PZOZ, przy równoczesnym zwiększaniu liczby łóżek w NZOZ, skracanie pobytu pacjenta (z 10,6 dnia w 2006 roku do 10,1 dnia w 2008), wzrost liczby leczonych na 1 łóżko (z 26,6 w 2006 roku do 28,6 w 2008), wzrost średniego wskaźnika wykorzystania łóżek (z 77,3% w 2006 roku do 78,8% w 2008). W roku 2008 wskaźnik łóżek szpitali ogólnych na 10 tys. ludności w województwie lubuskim (44,1) był niższy niż średnia w kraju (48,1) – XIII miejsce w kraju, ale stopień wykorzystania tych łóżek był także niższy aniżeli w kraju (lubuskie – 67,9%, kraj – 70,3%).

Wiążąca się z przekształceniami, głównie bazy szpitalnej, restrukturyzacja zatrudnienia w województwie lubuskim miała szeroki zasięg, zwłaszcza w latach 1998–2001. Obecnie występuje względnie stabilna sytuacja zatrudnienia w szpitalach – zmiany w zatrudnieniu dotyczą głównie formy zatrudnienia. W opiece stacjonarnej zmniejsza się liczba zatrudnionych na podstawie umów o pracę na rzecz umów cywilnoprawnych.

Biorąc pod uwagę wskaźnik zatrudnienia na 10 tys. ludności, województwo lubuskie, w porównaniu z krajem, dysponuje większą liczbą lekarzy dentyстів i położnych, natomiast mniej niż średnio w kraju pracuje tu lekarzy, far-

maceutów, analityków medycznych, pielęgniarek oraz rehabilitantów medycznych.

Reforma ochrony zdrowia, także w ujęciu regionalnym, jest procesem bardzo trudnym i skomplikowanym nie tylko w aspekcie ograniczonych zasobów finansowych, ale także w obszarze legislacyjnym. Częste zmiany przepisów nie sprzyjają stabilizacji i prowadzeniu przez zakłady opieki zdrowotnej i jednostki samorządu terytorialnego planowych działań w dłuższym horyzoncie czasowym.

Wprowadzenie reformy wymusiło zmiany sposobu finansowania – z infrastruktury (łóżka, etaty) na rzecz finansowania świadczeń, a w efekcie przekształcenia dostosowujące świadczenia zdrowotne do faktycznych potrzeb ludności. Nakłady na ochronę zdrowia wzrosły, jednak brak dopływu środków z innych niż publiczny płatnik źródeł przyczynił się między innymi do zwiększających się zobowiązań publicznych zakładów opieki zdrowotnej (zwłaszcza szpitali). Mimo że przeprowadzono oddłużenia i różne formy pomocy i działań oszczędnościowych, sytuacja szpitali nadal pozostaje bardzo trudna. Nie można również pominąć faktu, że koszty świadczeń naliczane na jednego ubezpieczonego Lubuszanina są niższe niż średnio w kraju, a na sytuację niektórych szpitali niewątpliwie wpływ miały także nieprawidłowości w zarządzaniu i liczne zmiany na stanowiskach kierowniczych.

Rozproszenie i wybiórczość informacji dostępnych na poziomie mikro, niezbędnych do kształtowania polityki ochrony zdrowia na poziomie danej jednostki samorządu terytorialnego, sprawia, że wielokrotnie wprowadzane zmiany nie odzwierciedlają faktycznych potrzeb populacji. Pokazują natomiast ograniczone środki głównego płatnika i dążenie do utrzymania największego pracodawcy w regionie, jakim niejednokrotnie jest zakład opieki zdrowotnej, na podstawie finansowania dostępnej infrastruktury. Wielokrotnie kształt polityki na poziomie lokalnym poddany zostaje także inicjatywom, naciskom i propozycjom ze strony „centrum”. Od momentu zastąpienia Kas Chorych przez NFZ czynniki i rozwiązania regionalne w kontraktowaniu traciły na znaczeniu na rzecz czynników i wpływów na poziomie centrum, mimo że kontrakty zawierane były na poziomie regionu – województwa. Strategie te, mimo pewnego zróżnicowania w strukturze kontraktu, nie stanowiły czytelnego komunikatu o ce-

lach i nie były odbierane jako sygnał o lokalnych potrzebach zdrowotnych ani o priorytetach dla lokalnej polityki zdrowotnej<sup>14</sup>.

W kontekście procesu transformacji systemu ochrony zdrowia wielokrotnie zapomina się o właściwej polityce regionalnej. Jej brak może skutkować wielością i różnorodnością prowadzonych zmian, skupionych często na zwolnieniach i redukcji łóżek szpitalnych, a nie na restrukturyzacji, która powinna być elementem regionalnego programu zdrowotnego. Wydaje się, że szpitale coraz bardziej zdecydowanie oczekiwane będą od organów założycielskich właśnie polityki rozumianej jako umiejętność przekształcania układów lokalnych tak, aby stworzyć koalicje wokół celów, które można zrealizować siłami układu lokalnego i które są rozwiązaniem rzeczywistych jego problemów.

Znając potrzeby regionu, to właśnie samorzady powinny ustalać profile działalności medycznej na swoim obszarze działania. W tym kontekście możliwość prowadzenia regionalnej polityki zdrowotnej należałoby traktować jako przywilej, a nie niechciany obowiązek. Ważne jest także, aby polityka jednostek samorządów terytorialnych, przy zachowaniu pewnej samodzielności, była prowadzona zgodnie z celami polityki całego państwa.

Wiele mankamentów towarzyszyło wprowadzaniu w życie reformy systemu ochrony zdrowia, można jednak zaobserwować korzystne zmiany, w tym między innymi: wzrost funkcjonalności struktur organizacyjnych (efekt łączenia lub przemieszczenia lokalowo-przestrzennego), pomiar i kontrolę kosztów świadczeń zdrowotnych, podejmowanie działań oszczędnościowych (logistyka, prywatyzacja usług pomocniczych, racjonalna gospodarka lekiem), dostosowanie świadczeń do faktycznego zapotrzebowania oraz wzrost świadomości społecznej w kwestiach dotyczących zdrowia.

## Literatura

Barański M., *Model samorządu terytorialnego w procesie reformy społeczno-administracyjnej państwa*, w: *Samorządowa polityka społeczna*, red. A. Frąckiewicz-Wronka, Wydawnictwo Elipsa, Warszawa 2002.

---

<sup>14</sup> W. Górecki, *Szpital i lokalny system ochrony zdrowia, cele i strategie głównych aktorów – faza analityczna projektu. Raport końcowy*. Wydział Badań i Analiz Socjologicznych CSIOZ Warszawa, czerwiec 2008; [www.csioz.gov.pl](http://www.csioz.gov.pl).

- Górecki W., *Szpital i lokalny system ochrony zdrowia, cele i strategie głównych aktorów – faza analityczna projektu. Raport końcowy*, Wydział Badań i Analiz Socjologicznych CSIOZ Warszawa, czerwiec 2008, [www.csioz.gov.pl](http://www.csioz.gov.pl).
- Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, wrzesień 2010, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl).
- Uchwała nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. Program wieloletni *Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia*.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991, poz. 408, DzU 2007, nr 14, poz. 89, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 24 listopada 1995 r. o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz o miejskich strefach usług publicznych, DzU nr 141, poz. 692.
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym, DzU 1990, nr 16, poz. 95, tekst jednolity DzU 2001, nr 142, poz. 159, z późn. zm.; Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym; Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, DzU 1998, nr 91; poz. 576, 578; DzU 2001, nr 142.
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU 1997, nr 28, poz. 153.
- Ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU nr 45, poz. 391.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2004, nr 210, poz. 2135, z późn. zm., tekst jednolity DzU 2008, nr 164, poz. 1027, z późn. zm.

**THE ANALYSIS AND ASSESSMENT OF ACTIVITY  
OF THE LOCAL GOVERNMENTS IN THE LUBUSKIE VOIVODSHIP  
(REGION) CONCERNING THE MANAGEMENT  
OF HEALTH PROTECTION UNITS**

**Summary**

The author's subject of interest are the changes that take place in the healthcare centres connected with the activities of their founding organs, namely, the local governments, in the process of adjusting to the political-economic changes and health



system transformation. The work comprises the analysis and an attempt to assess the process of organizational transformation and restructurization of healthcare centres. The main focus is placed on changes in the database of hospital places, restructuring of employment and financial effectiveness. The units analyzed and assessed are located within the lubuskie region.

*Translated by Małgorzata Krasowska-Marczyk*