

Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska, Ewa Kusideł***

ZMIANY W POTENCJALE OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE W LATACH 1995–2005

1. WPROWADZENIE

Rozwój społeczno-gospodarczy i cywilizacyjny przyczynił się do rozwoju systemu ochrony zdrowia. Zmiany w strukturze demograficznej, rosnące oczekiwania zdrowotne obywateli, rozwój medycyny itp. przyczyniają się do tego, że w zakresie systemu ochrony zdrowia od kilkudziesięciu lat zachodzą zmiany. W jednych państwach konstrukcja systemu zdrowotnego oparta jest na modelu budżetowym, w innych na ubezpieczeniowym, ale ciągle nie zostało znalezione optymalne rozwiązanie. Dlatego wydaje się konieczne podejmowanie badań, zmierzających do wskazywania kierunków koniecznych zmian. Celem niniejszej pracy jest analiza zmian zachodzących w organizacji opieki zdrowotnej w Polsce oraz zróżnicowania zatrudnienia w służbie zdrowia, co może stanowić wskazówkę dla kształtowania polskiego systemu ochrony zdrowia.

2. ZARYS SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Rok 1989 przyniósł zmiany nie tylko w gospodarce czy polityce, ale również w ochronie zdrowia. Choć nie doszło do urynkwienia opieki zdrowotnej (z wyjątkiem znacznej części usług stomatologicznych), to rozpoczęła się ewolucja systemu, polegająca m. in. na:

- ograniczeniu środków budżetowych,
- przekształceniu jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (w celu zmiany metod ich finansowania),
- prywatyzacji aptek i hurtowni leków,
- wprowadzeniu rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

* Dr, adiunkt, Katedra Ekonomii Przemysłu i Rynku Kapitałowego, Uniwersytet Łódzki.

** Dr, adiunkt, Katedra Ekonometrii Przestrzennej, Uniwersytet Łódzki.

Ale dopiero w 1999 r. została wdrożona w Polsce reforma służby zdrowia, której podstawowym celem była zamiana organizacji i struktury finansowania ochrony zdrowia, tzn. przejście z systemu budżetowego do ubezpieczeniowego. Konstrukcję systemu oparto na następujących zasadach¹:

- zagwarantowania przez państwo dostępu do bezpłatnej opieki zdrowotnej,
- solidarności społecznej,
- samorządności i samofinansowania,
- równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz wolnego wyboru lekarza i kasy chorych,
- gospodarności i celowości działania kas chorych.

Kształtujący się system ochrony zdrowia połączony został z przekazaniem uprawnień w tym zakresie poszczególnym szczeblom samorządu terytorialnego jako organizacjom znacznie lepiej znającym potrzeby lokalne, a w związku z tym wydajniej zarządzającym².

Istotnym elementem reformy stało się utworzenie kas chorych, które³:

- określały warunki udzielania świadczeń zdrowotnych,
- zapewniały odpowiednią jakość i dostępność usług medycznych,
- rozliczały koszty świadczeń,
- wdrażały mechanizmy ograniczające wzrost świadczeń,
- kontrolowały umowy.

Ich zadaniem była alokacja publicznych środków na ochronę zdrowia (obligatoryjne było równoważenie wydatków z przychodami), tak więc stały się nabywcą usług zdrowotnych – zarówno od publicznych, jak i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Rok 2003 r. przyniósł kolejną reformę systemu – od 1 kwietnia odpowiedzialność za dostęp do świadczeń zdrowotnych ponoszą wspólnie⁴:

- organy administracji rządowej,
- jednostki samorządu terytorialnego,
- Narodowy Fundusz Zdrowia (który odpowiada za zapewnienie ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielanych w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i położu oraz w celu zapobiegania chorobom, a także promocję zdrowia).

¹ Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1997 r., DzU 1997, nr 28, poz. 153 z późn. zm.

² A. Kozierkiewicz, M. Kulis, *Ochrona zdrowia w samorządzie lokalnym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1999, s. 20.

³ Ustawa [...] z 6 lutego 1997...

⁴ Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2003 r., DzU 2003, nr 45, poz. 391 z późn. zm.

Zmiany zostały wprowadzone również w innych obszarach, i tak:

- zlikwidowano Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, a jego kompetencje przekazano ministrowi zdrowia,
- stworzono krajową (nadzorowaną przez ministra zdrowia) i regionalną (pozostającą w gestii samorządu) sieć szpitali,
- wprowadzono Rejestr Usług Medycznych (system zbierania i przetwarzania danych o wykonanych usługach medycznych i wybranych lekach),
- ujednolicono zasady kontraktowania świadczeń zdrowotnych i zasady sprawozdawczości,
- wprowadzono jawność umów poprzez umieszczenie w Internecie informacji o zawartych umowach (uwzględnieniem liczby, rodzaju i ceny zakupionych usług) oraz maksymalnej kwoty zobowiązań NFZ wobec danej jednostki.

Krytycy tego rozwiązania wskazywali, że podporządkowanie całej strony podaźowej regułom planowania musi doprowadzić do spadku dynamiki procesów zarządczych zachodzących u świadczeniodawców⁵. Dzisiejsza kondycja większości placówek służby zdrowia, również strajki lekarzy (maj 2007) potwierdzają te obawy.

3. EWOLUCJA ORGANIZACJI OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

Kluczowym elementem działań, podejmowanych przez dyrektorów wielu ZOZ-ów, było przeprowadzenie natychmiast po usamodzielnieniu się placówek swoistej „terapii szokowej”. W ramach tej „terapii” restrukturyzowano placówki (np. wydzielając i prywatyzując większość tych elementów struktury organizacyjnej, które wykraczały poza zakres opieki zdrowotnej) i w szpitalach poddano *outsourcingowi* takie obszary pozamedycznej działalności, jak: sprzątanie, pranie, przyrządzanie i dostarczanie posiłków, ochrona budynków, często usługi hydrauliczne, remontowe itp.; towarzyszyło temu zmniejszenie liczby osób zatrudnionych bezpośrednio przez szpital⁶. Innym charakterystycznym rozwiązaniem było i jest wprowadzenie kontraktów przy zatrudnianiu lekarzy.

Obok zmian w strukturze organizacyjnej szpitali (w tym również w obszarze rozwiązań medycznych, np. liczba oddziałów czy łóżek w szpitalach), doszło do istotnych zmian w strukturze własności szpitali (por. tab. 1). W 1995 r. szpitale niepubliczne stanowiły jedynie 1,3% wszystkich szpitali ogólnych

⁵ Por. np. C. Włodarczyk, *Niebezpieczna koncentracja władzy, o projekcie ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia*, „Służba Zdrowia” 2002, nr 57–62, s. 6; J. Kukurba, *Powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Analiza systemu, jego ewolucji i propozycji zmian*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2002, nr 6, s. 52–53.

⁶ Zmiany polegały w dużej mierze na przechodzeniu pracowników szpitala do firm, które przejmowały wydzielone zadania.

(liczba łóżek odpowiednio – 6,7%), a w 2005 r. już 21,8% (choć liczba łóżek – tylko 4,6% ogólnej liczby). Trudno o daleko posunięte wnioski na podstawie tych danych, ale nie ulega wątpliwości, że forma własności szpitala wpływa na sposób i organizację jego pracy (np. zabiegi ambulatoryjne i pobyty jednodniowe w niepublicznych placówkach, zamiast długotrwałej hospitalizacji). Należy jednak podkreślić, że zmniejszenie liczby łóżek w szpitalach zmierza w kierunku racjonalizacji ich wykorzystania (współczynnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców z 57,2 w 1990 r. uległ obniżeniu do 47,0 w 2005 r.).

Z danych przedstawionych w tab. 1 wynika, że w okresie 1990–2005 liczba szpitali ogólnych wzrosła o 15,5%, a łóżek w tych szpitalach zmalała o 18%. W okresie 1995–2005 liczba szpitali wzrosła o 11%, przy czym liczba szpitali publicznych zmalała o 12%, natomiast szpitale niepubliczne odnotowały blisko 19-krotny wzrost liczebności. Zmiany w liczebności łóżek w szpitalach ogólnych w okresie 1995–2005 przedstawiały się następująco: w szpitalach ogółem odnotowano 16% spadek, co było spowodowane 20% spadkiem liczby łóżek w szpitalach publicznych z jednej strony i 57-krotnym wzrostem liczby łóżek w szpitalach niepublicznych – z drugiej.

Zmiany w liczebności szpitali i łóżek (w tym liczba łóżek na 10 tys. ludności) po reformie 1999 r. w układzie województw przedstawiono w tab. 2.

Wzrost liczby szpitali w Polsce był związany ze wzrostem liczby szpitali w 9 województwach, w dwóch województwach liczba szpitali nie uległa zmianie, natomiast w 5 – zmniejszyła się (w tym: w opolskim – 22%, śląskim – 13%, zachodniopomorskim – 7%, dolnośląskim – 5,4%, pomorskim – 5%). Natomiast, jeśli chodzi o liczbę łóżek, to tylko w jednym województwie była odwrotna tendencja niż w Polsce ogółem – w województwie podkarpackim wzrost o niecałe 2%.

Jak już podkreślono, od 1999 r. nastąpiło zmniejszenie finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych. Zakres tej zmiany przedstawiono w tab. 3.

Na uwagę zasługuje poziom wydatków na ochronę zdrowia w odsetkach PKB, w 2005 r. wyniósł 0,4%, a strajkujący lekarze domagają się podwyższenia tego współczynnika do 5% PKB, co świadczy o potrzebach systemu.

Jednak problematyka finansów w ochronie zdrowia to nie tylko wydatki budżetu państwa, NFZ czy osób prywatnych (np. na dentystę, ginekologa, szczepienia ochronne nowej generacji dla dzieci), ale również zarządzanie finansami w placówkach zdrowia. Ustawa z 15.04.2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej wprowadziła mechanizmy umożliwiające restrukturyzację zobowiązań publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek badawczo-rozwojowych, które zatrudniały na dzień 1.01.2001 r. powyżej 50 osób⁷. Restrukturyzacja zobowiązań wymagała

⁷ Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej z dnia 15 kwietnia 2005 r., DzU 2005, nr 78, poz. 684 z późn. zm.

Zmiany w szpitalnictwie ogólnym w Polsce

Analizowana wielkość	1990	1995	1998	1999	2000	2002	2003	2004	2005
Szpitale ogółem, w tym:	677	705	715	715	716	739	732	790	781
publiczne	–	696	702	699	683	678	660	643	611
niepubliczne	–	9	13	16	33	61	72	147	170
Łóżka ogółem, w tym:	218 560	213 969	205 248	198 688	190 952	188 038	186 043	183 280	179 493
w szp. publicznych	–	213 826	204 740	198 242	186 378	183 817	180 888	175 631	171 278
w szp. niepublicznych	–	143	508	446	1 574	4 221	5 155	7 649	8 215
na 10 tys. ludności	57,2	55,4	53,1	51,4	49,9	49,2	48,7	48	47

Źródło: dane GUS.

Tabela 2

Liczba szpitali ogólnych i łóżek szpitalnych w Polsce – w układzie województw

Województwa	2000			2001			2002			2005		
	Sz	Ł	W	Sz	Ł	W	Sz	Ł	W	Sz	Ł	W
Dolnośląskie	73	15 868	53,4	75	15 689	52,8	77	15 283	52,6	69	14 146	49
Kujawsko-pomorskie	33	9 281	44,2	35	9 324	44,4	35	9 373	45,3	35	9 015	43,6
Lubelskie	35	12 253	54,9	38	11 846	53,2	38	11 829	53,8	41	11 072	50,8
Lubuskie	23	4 664	45,5	26	4 801	46,9	23	5 413	53,7	23	4 329	42,9
Łódzkie	52	14 104	53,4	51	13 912	52,8	56	14 554	55,8	60	13 713	53,2
Małopolskie	56	15 020	46,4	60	14 785	45,6	60	14 631	45,2	75	13 900	42,6
Mazowieckie	87	24 294	47,9	93	23 873	47	94	24 112	47	98	23 516	45,6
Opolskie	27	5 034	46,4	26	4 748	43,9	26	4 763	44,9	21	4 165	39,8
Podkarpackie	27	8 710	40,9	26	8 731	41	27	8 841	42	29	8 870	42,3
Podlaskie	26	6 413	52,5	24	6 410	52,5	26	6 620	54,8	26	6 109	50,9
Pomorskie	39	9 587	43,6	41	9 599	43,5	42	9 578	43,9	37	8 552	38,9
Śląskie	119	29 219	60,3	121	28 450	58,9	119	28 184	59,6	104	26 764	57,1
Świętokrzyskie	21	6 089	46	21	6 090	46,1	21	6 153	47,5	23	5 778	45
Warmińsko-mazurskie	33	6 052	41,2	34	6 315	43	35	6 436	45,1	38	6 034	42,2
Wielkopolskie	67	16 103	47,9	67	15 903	47,2	64	16 189	48,2	69	15 698	46,5
Zachodniopomorskie	35	8 599	49,6	36	8 329	48	34	8 544	50,3	33	7 832	46,2

Sz – szpitale ogółem, Ł – łóżka ogółem, W – wskaźniki: łóżka na 10 tys. ludności.

Źródło: dane GUS.

Tabela 3

Wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia na tle wydatków ogółem

	1991	1995	1998	1999	2001	2002	2003	2004	2005
Ogółem	24 185,8	91 169,7	139 751,5	138 401,2	172 885,2	182 922,4	189 153,6	197 698,0	208 133,0
Wydatki budżetu na ochronę zdrowia	3 885,4	13 132,2	20 919,5	6 312,6	4 600,8	3 594,1	3 714,5	3 835,0	3 864,0
W %	16,1	14,4	15,0	4,6	2,7	2,0	2,0	1,9	1,9
W % PKB	–	–	–	1,0	0,6	–	0,5	–	0,4

Źródło: dane GUS.

podjęcia przez zakłady wielu działań naprawczych, służących poprawie sytuacji finansowo-ekonomicznej. Zadłużone zakłady opieki zdrowotnej – zgodnie z art. 4 ustawy – mogły uczestniczyć w procesie restrukturyzacji finansowej⁸, który obejmował zobowiązania (znane, powstałe w okresie 1.01.1999 r.– 31.12.2004 r.) publicznoprawne i cywilnoprawne⁹.

Restrukturyzacja finansowa przeprowadzana jest w ZOZ-ach, dla których organem restrukturyzacyjnym jest minister zdrowia oraz w zakładach jednostek samorządu terytorialnego, dla których organem restrukturyzacyjnym jest wojewoda. Do 1.09.2006 r. proces restrukturyzacji przebiegał następująco¹⁰:

1) do organów restrukturyzacyjnych wpłynęły 572 wnioski o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego¹¹,

2) 108 zakładów, które mogły skorzystać z ustawy nie złożyło wniosków o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego¹².

⁸ Celem uzyskania środków na restrukturyzację finansową, ZOZ mógł zaciągnąć pożyczkę z budżetu państwa, emitować obligacje, a także zaciągać kredyty bankowe. W budżecie państwa na 2005 r. na pożyczkę zarezerwowano środki w wysokości 2,2 mld zł. W ustawie budżetowej na rok 2006 – 1,1 mld zł, przy jednoczesnym założeniu, że suma dokonanych wypłat z tego tytułu w latach budżetowych 2005–2006 nie przekroczy łącznej kwoty 2,2 mld zł. Pożyczka jest oprocentowana w wysokości 3% w stosunku rocznym.

⁹ W zakresach:

– indywidualnych roszczeń pracowników, wynikających z tzw. „ustawy 203” (ustawa ta dała możliwość regulowania tych zobowiązań z pożyczki Skarbu Państwa i mogła wiązać się z zawarciem przez zakład indywidualnych uгод z pracownikami),

– zobowiązań publicznoprawnych – restrukturyzacja polegała na ich umorzeniu wraz z odsetkami po zakończonym procesie restrukturyzacji (jeśli ZOZ spełnił warunki określone w decyzji organu restrukturyzacyjnego),

– zobowiązań cywilnoprawnych – restrukturyzacja polegała m. in. na zawarciu przez zakład ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami, określającej sposób uregulowania zobowiązań (rozłożenie spłaty na raty, umorzenie części lub całości zobowiązań).

¹⁰ Informacja Ministerstwa Zdrowia z przebiegu realizacji *Ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, www.mz.gov.pl.

¹¹ Podjęte zostały następujące kroki:

– wydano 565 postanowień o wszczęciu postępowania (wydano 524 decyzje o warunkach restrukturyzacji do dnia 1.09.2006 r., 22 postępowania restrukturyzacyjne zawieszono, w tym: 16 na mocy ustawy w związku ze złożeniem wniosku do sądu o uchylenie ugody restrukturyzacyjnej, 5 na wniosek ZOZ-u, 1 z urzędu; a także wydano 20 decyzji o umorzeniu postępowania restrukturyzacyjnego);

– wydano 7 decyzji o odmowie wszczęcia postępowania restrukturyzacyjnego (z uwagi m. in. na złożenie wniosku przez zakłady będące w stanie likwidacji czy też nieuzyskanie pozytywnej opinii organu tworzącego dla projektu programu restrukturyzacji).

¹² O nieprzystąpieniu do restrukturyzacji finansowej zadecydowały przesłanki:

1) prawne, m. in.: zmiana formy organizacyjno-prawnej zakładu – przekształcenie wydzielonej części ZOZ-u w niepubliczny ZOZ z kapitałem jednostki samorządu terytorialnego; likwidacja zakładu i utworzenie na bazie zlikwidowanej jednostki niepublicznego ZOZ-u

Wysokość zobowiązań zakładów opieki zdrowotnej objętych procesem restrukturyzacji finansowej wyniosła ogółem 4,1 mld zł, z czego:

- 447 ZOZ-ów zawarło ugody cywilnoprawne, obejmujące zobowiązania na sumę 2 mld zł,
- 351 zakładów wykazało zobowiązania publicznoprawne na kwotę 1,3 mld zł, podlegające umorzeniu lub spłacie, w tym z pożyczki Skarbu Państwa,
- 432 zakłady posiadały zobowiązania wynikające z indywidualnych roszczeń pracowników na podstawie art. 4a ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw, na kwotę 764 mln zł, podlegające spłacie z pożyczki Skarbu Państwa.

Z badania rzeczywistego przebiegu realizacji ustawy o pomocy publicznej wynika, że zakłady korzystają z następujących źródeł finansowania (z uwagi na ciągły przebieg procesu restrukturyzacji i bieżące zbieranie informacji, przedstawione dane nie obejmują wszystkich jednostek i prezentują dane na 30.06.2006 r.):

- 549 zakładów korzysta z pożyczki Skarbu Państwa na kwotę 1,6 mld zł,
- 173 zakłady korzystają z kredytów bankowych na kwotę 1,1 mld zł,
- wobec 409 zakładów umorzone będą zobowiązania publicznoprawne na kwotę 622 mln zł,
- 259 zakładów zawarło ugodę restrukturyzacyjną, polegającą m. in. na umorzeniu zobowiązań cywilnoprawnych na kwotę 195 mln zł,
- wobec 64 zakładów opieki zdrowotnej zobowiązania cywilnoprawne przejmują organy założycielskie na kwotę 153 mln zł,
- 4 zakłady ubiegają się o organizację emisji obligacji na kwotę 66 mln zł,

z kapitałem jednostki samorządu terytorialnego; likwidacja ZOZ-u; negatywna opinia organu tworzącego zakład do projektu programu restrukturyzacyjnego; brak zgody organu tworzącego; rozpoczęcie działalności zakładu po 2004 r. (tj. po terminie, w którym zobowiązania podlegały restrukturyzacji); niespełnienie wymogów wynikających z ustawy o pomocy publicznej – zatrudnienie w zakładzie nie przekraczało 50 osób,

2) przesłanki ekonomiczne, m. in.: dobra sytuacja ekonomiczna zakładu; efektywna restrukturyzacja zakładu w latach 2000–2004; obawy przed wzrostem zadłużenia w związku z zaciągnięciem pożyczki z budżetu państwa; obawy przed brakiem możliwości wydatkowania pożyczki z budżetu państwa; wysokość zobowiązań nieprzekraczająca zdolności płatniczych ZOZ-u; systematyczne realizowanie zobowiązań z tytułu tzw. „ustawy 203” na podstawie zawartych porozumień; wysokie zobowiązania wobec pracowników z tytułu podwyżki „203”, trzynastek oraz niewypłaconych wynagrodzeń w latach 2002–2003, objęte postępowaniem egzekucyjnym, które nie podlegają zawieszeniu; brak wsparcia i pomocy finansowej ze strony organu założycielskiego, w przypadku ZOZ-ów, dla których organem tworzącym są w szczególności jednostki samorządu terytorialnego, z uwagi na spłacanie przez jednostki samorządu terytorialnego poręczenia bankowego wcześniej zaciągniętego kredytu przez zakład.

- 49 zakładów otrzymało dotację od jednostek samorządu terytorialnego na kwotę 162 mln zł¹³,
- 68 zakładów korzysta z innych źródeł dofinansowania na kwotę 112 mln zł.

Z analiz Ministerstwa Zdrowia w zakresie poziomu zadłużenia samodzielnych publicznych ZOZ-ów¹⁴ wynika, że łączna wartość zobowiązań wymagalnych w skali kraju wyniosła 30.06.2006 r. 4344,8 mln zł i nastąpił spadek wartości zobowiązań w porównaniu do poprzedniego kwartału o 5%. Z łącznej kwoty zadłużenia największymi są zobowiązania:

- publicznoprawne – 1860,5 mln zł,
- wobec dostawców leków i materiałów medycznych – 865,7 mln zł,
- z tytułu zakupu usług obcych – 371,9 mln zł,
- wobec pracowników – 257,4 mln zł.

Na spadek wartości zobowiązań wymagalnych w porównaniu z I kwartałem 2006 r. największy wpływ miał spadek zobowiązań publicznoprawnych o 154,1 mln zł (7,7%), wobec pracowników o 42,2 mln (14%) oraz wobec dostawców energii, gazu i wody, gdzie odnotowano obniżenie o 32,1 mln zł (12,6%). Największe zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej występuje w województwach: dolnośląskim (909,5 mln zł), mazowieckim (465,6 mln zł), łódzkim (428,6 mln zł), lubuskim (407,6 mln zł). Najmniejsze zadłużenie ZOZ-ów występuje w województwie opolskim (47,7 mln zł), warmińsko-mazurskim (56,5 mln zł), podlaskim (74 mln zł), ale należy zwrócić uwagę, że w tych województwach znajduje się mniejsza liczba ZOZ-ów. W ciągu II kwartału 2006 r. zobowiązania wymagalne uległy obniżeniu w skali całego kraju, a największy nominalny spadek wartości zobowiązań wystąpił w województwie pomorskim (81,2 mln zł). Jednak w 6 województwach zauważalny jest wzrost zadłużenia – największy w województwie lubelskim (o 27,1 mln zł).

¹³ Zgodnie z art. 55, ust. 1 *Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r.* (DzU 1991, Nr 91, poz. 408, z późn. zm.) zakład opieki zdrowotnej prowadzony w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może otrzymywać dotacje budżetowe na:

1) realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia,

2) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne,

3) remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego,

4) cele szczególne określone w odrębnych przepisach.

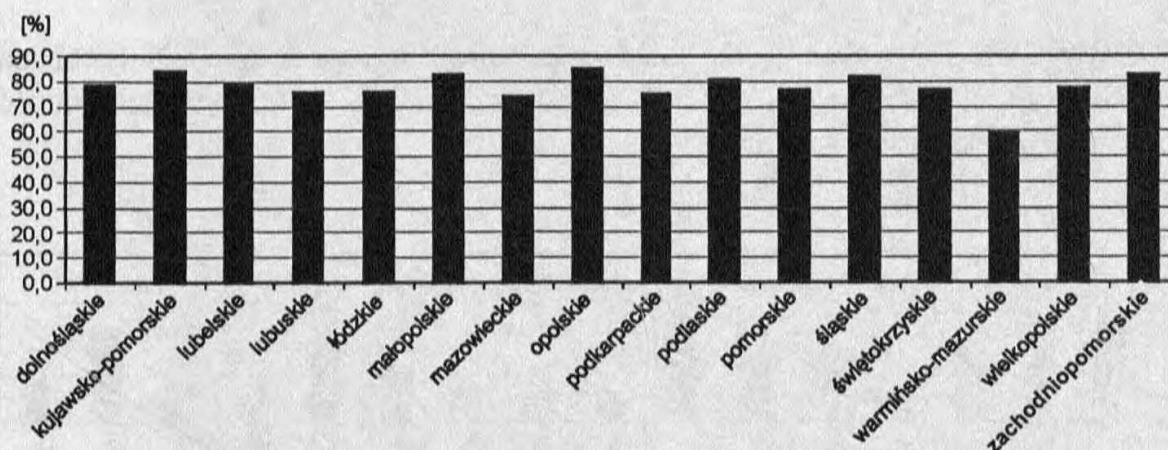
¹⁴ Na podstawie danych uzyskiwanych od wojewodów, uczelni medycznych, MON, MSWiA i jednostek nadzorowanych przez ministra zdrowia.

4. WOJEWÓDZKIE ZRÓŻNICOWANIE ZATRUDNIENIA W OCHRONIE ZDROWIA W LATACH 1995–2005

Badanie zmian w potencjale opieki zdrowotnej można przeprowadzić w oparciu o dane dotyczące zatrudnienia w tej gałęzi gospodarki. Jedną z najważniejszych statystycznych klasyfikacji danych jest Polska Klasyfikacja Działalności (PKD), w której wśród 17 głównych grupowań rodzajów działalności przedsiębiorstw (publicznych i prywatnych) znajdujemy sekcję N („Ochrona zdrowia i pomoc społeczna”). Sekcja ta obejmuje działalność w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego (szpitalnictwo, praktykę lekarską, pielęgnarską, stomatologiczną, fizjoterapeutyczną), weterynarię oraz opiekę wychowawczą i społeczną (pomoc społeczną, żłobki i poradnie psychologiczno-pedagogiczne).

Do zbadania zmian w zatrudnieniu¹⁵ w ochronie zdrowia użyliśmy danych pochodzących z „Badania aktywności ekonomicznej ludności” z okresu od I kwartału 1995 do IV kwartału 2005 r., co stanowi 44 obserwacje. Dostęp do nieidentyfikowalnych ankiet BAEL dla IV kwartału 2005 r. pozwolił na obliczenie, jaką część zatrudnienia w ochronie zdrowia stanowi zatrudnienie w poszczególnych działach tej sekcji, a mianowicie:

- ochrony zdrowia ludzkiego,
- weterynarii,
- opieki wychowawczej i społecznej.

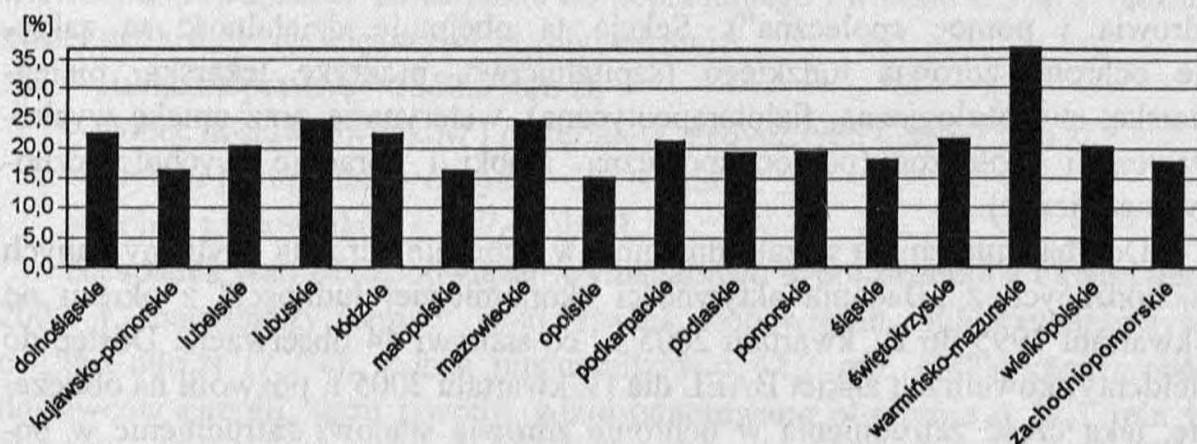


Wykres 1. Udział pracujących w działalności w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego w ogólnej liczbie pracujących w sekcji N (ochrona zdrowia i pomoc społeczna) w IV kwartale 2005 r.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych BAEL.

¹⁵ Zamiennie używamy tutaj pojęcia pracujący i zatrudnieni. Zawsze jednakże mamy na myśli kategorię definiowaną przez BAEL jako „pracujący”.

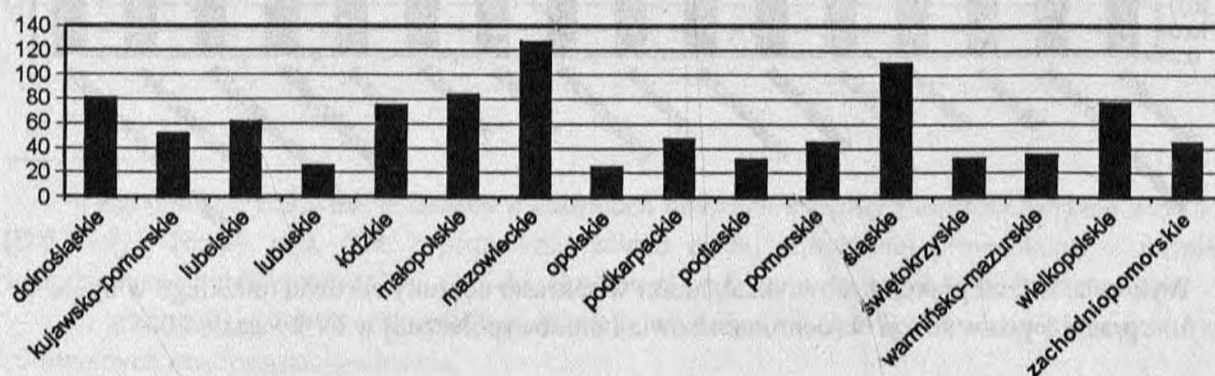
Wykresy 1 i 2 wskazują, że zatrudnienie w działalności związanej z ochroną zdrowia ludzkiego stanowi 80–90% (w zależności od województwa – por. wykres 1) całkowitego zatrudnienia w tej sekcji. Prawie całą pozostałą część stanowi zatrudnienie w opiece wychowawczej i społecznej – por. wykres 2. Znikome zatrudnienie w działalności weterynaryjnej spowodowało brak danych na ten temat w niektórych województwach, dlatego nie prezentujemy dla tego działu wykresu.



Wykres 2. Udział pracujących w działalności związanej z opieką wychowawczą i społeczną w ogóle pracujących w sekcji N (ochrona zdrowia i pomoc społeczna) w IV kwartale 2005 r.

Źródło: jak do wykresu 1.

Wykresy 1 i 2 wskazują, że analizując dane dotyczące sekcji N (ochrona zdrowia i opieka społeczna), mamy przede wszystkim na myśli działalność w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego.

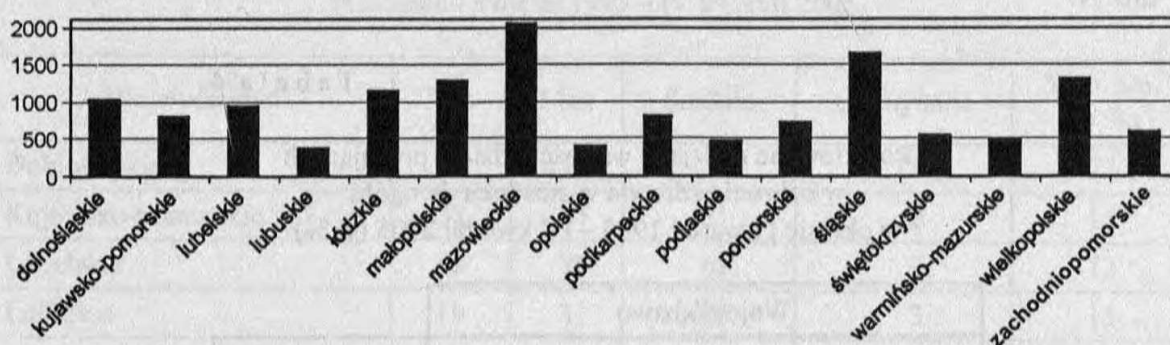


Wykres 3. Średnia liczba zatrudnionych w sekcji N (ochrona zdrowia i pomoc społeczna) w okresie I kwartał 1995 – IV kwartał 2005 (w tys. osób)

Źródło: jak do wykresu 1.

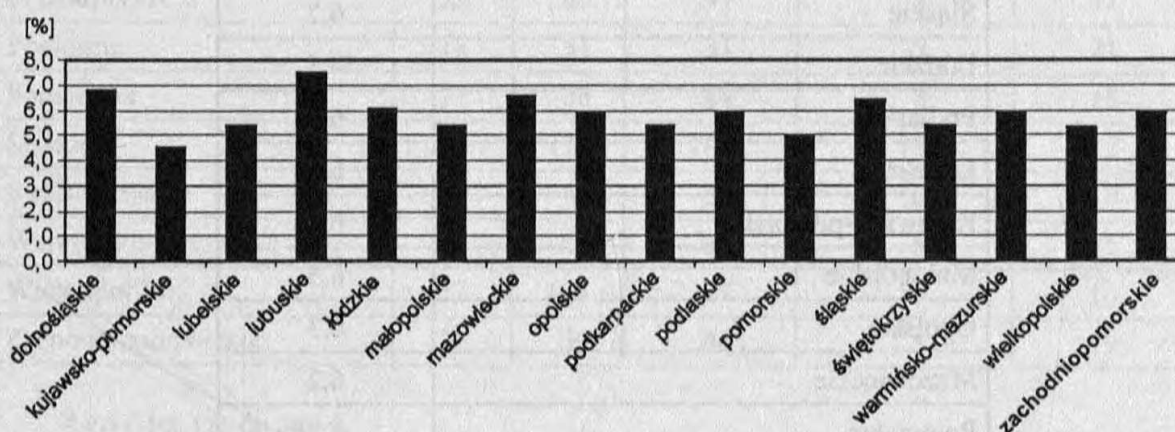
Na wykresie 3 pokazano średnią liczbę zatrudnionych w sekcji ochrony zdrowia¹⁶. Odczytujemy z niego, że najwięcej osób w tej sekcji zatrudnia się w województwie mazowieckim – średnio 127 tys. osób, najmniej w województwie opolskim – 24 tys. osób i lubuskim – 23 tys. osób.

Z wykresu 3 nie wynikają jednakże różnice pomiędzy województwami w potencjale opieki zdrowotnej, ze względu na różną skalę zjawiska zatrudnienia. Pokazano to na wykresie 4, z którego odczytujemy, że największym pracodawcą w Polsce jest województwo mazowieckie, które w okresie I kwartał 1995 – IV kwartał 2005 zatrudniało średnio 2045 tys. osób. Województwa opolskie i lubuskie zatrudniały w tym okresie najmniejszą liczbę osób: odpowiednio 386 tys. i 367 tys.



Wykres 4. Średnia liczba zatrudnionych w okresie I kwartał 1995–IV kwartał 2005 (w tys. osób)

Źródło: jak do wykresu 1.



Wykres 5. Udział pracujących w sekcji N (ochrona zdrowia i opieka społeczna) w ogóle pracujących w danym województwie w okresie I kwartał 1995–IV kwartał 2005

Źródło: jak do wykresu 1.

¹⁶ Mówiąc o ochronie zdrowia, będziemy mieli na myśli wszystko to, co obejmuje sekcja N (ochrona zdrowia i pomoc społeczna).

Aby stwierdzić, które z województw cieszy się stosunkowo najlepszą kondycją opieki zdrowotnej (mierzoną liczbą zatrudnionych w sekcji N), a które najgorszą, policzono udziały średniego zatrudnienia (dane z wykresu 3) w ogóle zatrudnionych w danym województwie (dane z wykresu 4). Tak wyliczone frakcje uwidoczniono na wykresie 5.

Z wykresu 5 wynika, że najlepszym dostępem do opieki zdrowotnej (mierzoną frakcją pracujących w ochronie zdrowia) charakteryzowało się województwo dolnośląskie, gdzie udział pracujących w ochronie zdrowia wynosił 7,9% ogółu pracujących w tym województwie. Na ostatnim miejscu pod tym względem jest województwo wielkopolskie z odsetkiem rzędu 5,9%. Posortowane malejąco wartości udziału pracujących w ochronie zdrowia przedstawiono w tab. 4.

Tabela 4

Posortowane malejąco wartości udziału pracujących
w ochronie zdrowia w stosunku do ogółu
w okresie I kwartał 1995 – IV kwartał 2005 (w %)

Województwo	
Dolnośląskie	7,9
Zachodniopomorskie	7,6
Warmińsko-mazurskie	7,1
Lubuskie	6,8
Śląskie	6,7
Łódzkie	6,5
Podlaskie	6,5
Lubelskie	6,5
Kujawsko-pomorskie	6,5
Małopolskie	6,5
Opolskie	6,3
Mazowieckie	6,2
Pomorskie	6,2
Podkarpackie	6,0
Świętokrzyskie	5,9
Wielkopolskie	5,9

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych BAEL.

Zaprezentowane obliczenia dotyczą średnich wartości z okresu I kwartał 1995 – IV kwartał 2005. Biorąc pod uwagę przemiany społeczno-gospodarcze w Polsce w tym okresie, należy spodziewać się, że w tak długim horyzoncie czasowym zachodziły zmiany, które różnicowały dostęp do opieki zdrowotnej w ramach danego województwa. Hipotezę tę potwierdzają dane z tab. 5, w której obok wartości średniej liczby pracujących podano wartość minimalną i maksymalną w badanym okresie oraz dodatkowo odchylenie standardowe i współczynnik zmienności liczby pracujących w danym województwie¹⁷.

Tabela 5

Podstawowe charakterystyki dla danych dotyczących zatrudnienia w ochronie zdrowia
w okresie I kwartał 1995 – IV kwartał 2005

Województwo	Min	Max	Średnia	Odchylenie	Wsp. zm. (w %)
Dolnośląskie	44	110	81	18	22
Kujawsko-pomorskie	32	65	51	8	15
Lubelskie	45	76	61	7	12
Lubuskie	19	31	25	3	13
Łódzkie	60	94	74	8	11
Małopolskie	59	104	83	13	16
Mazowieckie	94	154	127	15	12
Opolskie	15	34	24	5	20
Podkarpackie	25	60	47	8	17
Podlaskie	18	51	31	7	21
Pomorskie	27	66	44	8	18
Śląskie	80	133	109	13	12
Świętokrzyskie	21	46	31	6	19
Warmińsko-mazurskie	25	44	34	5	15
Wielkopolskie	57	104	77	13	16
Zachodniopomorskie	29	59	44	8	19

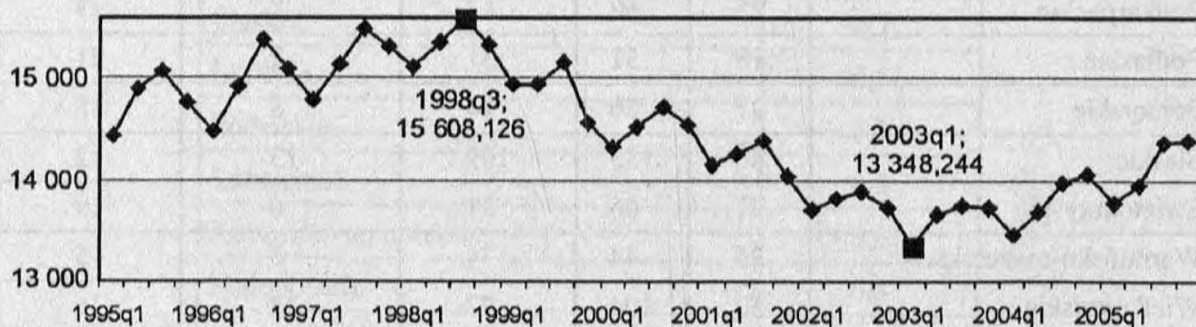
Źródło: jak do tab. 4.

Z tab. 5 odczytujemy, że liczba pracujących w ochronie zdrowia zmieniała się znacząco w badanym okresie. Wskazują na to różnice pomiędzy minimalną i maksymalną liczbą pracujących w poszczególnych kwartałach lat 1995–2005

¹⁷ Współczynnik zmienności obliczono jako iloraz odchylenia standardowego i średniej arytmetycznej zjawiska.

oraz stosunkowo wysokie współczynniki zmienności. Największe zmiany zaszyły w województwie dolnośląskim (współczynnik zmienności rzędu 22% oznacza, że wartości zjawiska odchylają się od wartości przeciętnej o średnio 22%), najmniejsze w województwie łódzkim (współczynnik zmienności wynosi 11%).

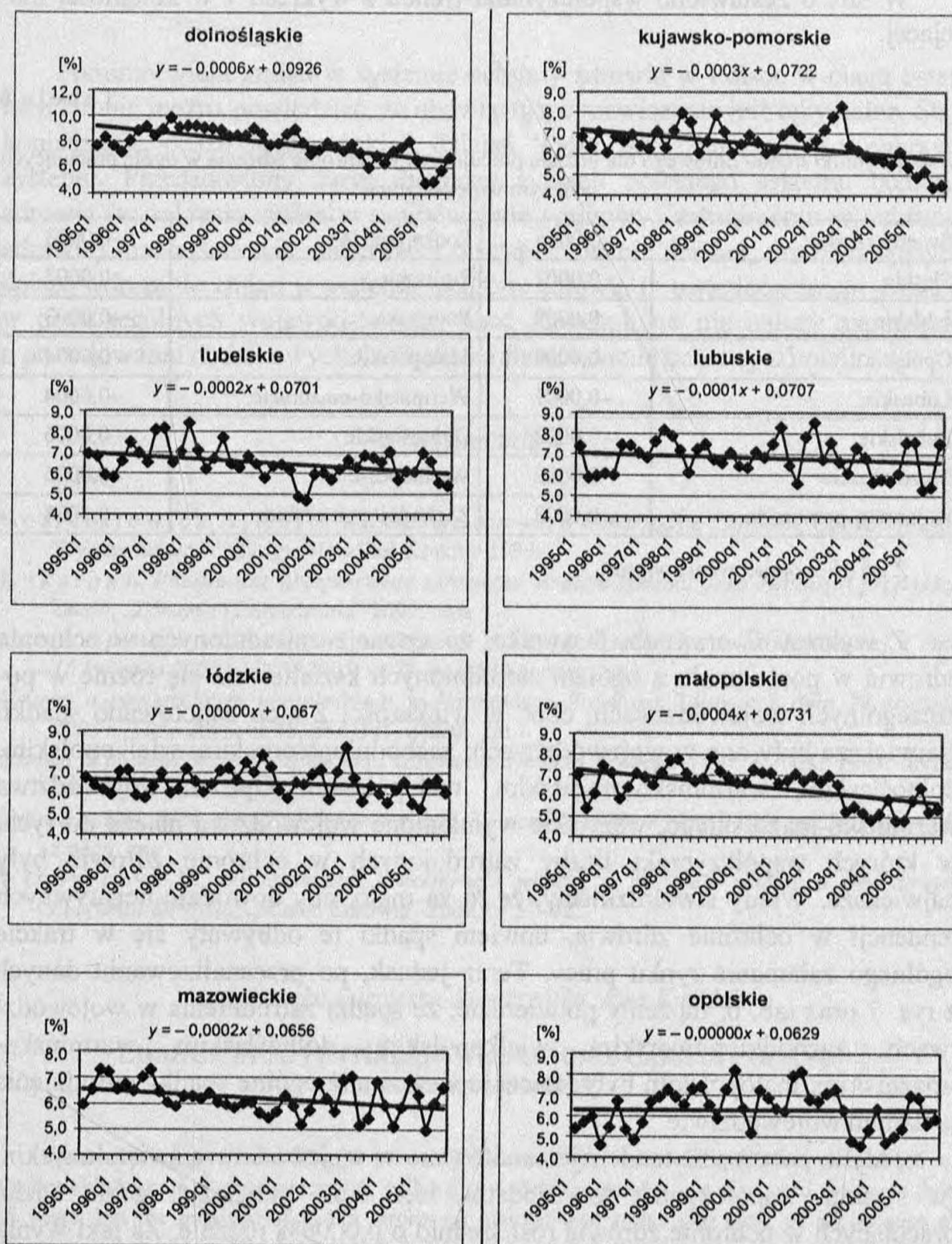
Aby stwierdzić, jaki kierunek miały te zmiany (wzrost/spadek), należy obliczyć parametry funkcji trendu, które pozwolą stwierdzić, o ile średnio – z kwartału na kwartał – wzrastała lub malała liczba pracujących w danym województwie. Obliczenia takie wskazują, że we wszystkich województwach, poza świętokrzyskim, mieliśmy do czynienia ze spadkiem liczby zatrudnionych. Największe spadki zanotowano w województwach (w kolejności siły zmian): zachodniopomorskim, dolnośląskim, wielkopolskim, podkarpackim, małopolskim, podlaskim, opolskim. Fakt, że we wszystkich niemalże województwach mieliśmy do czynienia ze spadkami zatrudnienia w służbie zdrowie nie dowodzi bynajmniej wyjątkowo złej kondycji tej sekcji gospodarki (a w każdym razie tego wniosku nie można wysunąć z powyższej przesłanki). Po prostu spadki w ochronie zdrowia są wynikiem ogólnego spadku zatrudnienia, który widoczny jest w większości sekcji gospodarczych we wszystkich województwach. Jest to konsekwencją złej kondycji rynku pracy w Polsce, która rozpoczęła się pod koniec 1998 r. (według BAEL pracowało wtedy 15 608 tys. osób) i trwała aż do początku roku 2003, w którym to pracowało prawie o 15% mniej ludzi (13 348 tys. osób) – por. wykres 6.



Wykres 6. Liczba zatrudnionych w Polsce w okresie I kwartał 1995 – IV kwartał 2005

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Aby ocenić dynamikę zmian w ochronie zdrowia w kontekście ogólnie słabej kondycji rynku w pracy w Polsce, policzono parametry funkcji trendu dla udziałów pracujących w ochronie zdrowie w ogóle pracujących w danym województwie. Wyniki przedstawiono na wykresie 7 i w tab. 6.



Wykres 7. Wykresy przebiegu i liniowe funkcje trendu dla udziału pracujących w ochronie zdrowia w ogóle pracujących w danym województwie

U w a g a: Nie dla wszystkich województw i podokresów postać funkcji trendu jest liniowa. Aby jednak zapewnić sobie porównywalność oszacowań parametru trendu, zdecydowano się wszędzie przyjąć jedną postać funkcyjną – liniową.

Ź r ó d ł o: jak do wykresu 1.

W tab. 6 zestawiono współczynniki trendu z wykresu 7 w kolejności malejącej.

Tabela 6

Współczynniki trendu liniowego dla udziału pracujących w ochronie zdrowia w ogóle pracujących w danym województwie

Świętokrzyskie	0,0006	Podkarpackie	-0,0003
Śląskie	0,0002	Podlaskie	-0,0003
Łódzkie	0,0000	Pomorskie	-0,0003
Opolskie	0,0000	Małopolskie	-0,0004
Lubuskie	-0,0001	Warmińsko-mazurskie	-0,0004
Lubelskie	-0,0002	Dolnośląskie	-0,0006
Mazowieckie	-0,0002	Wielkopolskie	-0,0006
Kujawsko-pomorskie	-0,0003	Zachodniopomorskie	-0,0008

Źródło: opracowanie własne.

Z wykresu 7 oraz tab. 6 wynika, że sytuacja zatrudnionych w ochronie zdrowia w porównaniu z ogółem zatrudnionych kształtowała się różnie w poszczególnych województwach, choć w większości z nich zanotowano spadki. Największe były one w województwach: zachodniopomorskim, wielkopolskim, dolnośląskim, warmińsko-mazurskim, małopolskim. Oprócz województwa warmińsko-mazurskiego, wszystkie wymienione województwa należą do tych, w których współczynniki liczby zatrudnionych w ochronie zdrowia były największe. Wtedy stwierdziliśmy, że to za mało, aby dowodzić negatywnych tendencji w ochronie zdrowia, bowiem spadki te odbywały się w trakcie ogólnego załamania rynku pracy. Teraz jednak, po przeanalizowaniu danych z rys. 7 oraz tab. 6, możemy potwierdzić, że spadki zatrudnienia w województwach: zachodniopomorskim, wielkopolskim, dolnośląskim, warmińsko-mazurskim, małopolskim były znacznie wyższe niż ogólne spadki zatrudnienia w danym województwie.

Jedynie pozytywne tendencje zanotowano w województwie świętokrzyskim (w śląskim współczynnik jest dodatni, lecz dużo mniejszy), gdzie udział pracujących w ochronie zdrowia rósł średnio o 0,0006% rocznie. Za taki wynik w tym województwie odpowiada fakt niezmiennego się istotnie zatrudnienia w służbie zdrowia podczas znacząco spadającego zatrudnienia ogółem.

W sytuacji, w której w większości województw zanotowano spadki udziału pracujących w ochronie zdrowia, brak zmian w województwie łódzkim i opolskim należy uznać za tendencję optymistyczną.

5. PODSUMOWANIE

Pomimo wielu zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce w ciągu ostatnich lat, nie można powiedzieć, że obowiązujące rozwiązanie jest optymalne. Stąd konieczność poszukiwania takich działań, które przyczynią się do poprawy systemu. Przedstawiony zarys diagnozy sytuacji polskiego systemu ochrony zdrowia (w zakresie zmian w szpitalnictwie ogólnym i zatrudnieniu w ochronie zdrowia) może stanowić wskazówkę do zaplanowania działań, umożliwiających dalsze wdrażanie zmian w systemie ochrony zdrowia (z uwzględnieniem sytuacji w poszczególnych województwach), choć niewątpliwie nie należy zapominać o poszukiwaniu dodatkowych funduszy na finansowanie ochrony zdrowia.

LITERATURA

- Koziarkiewicz A., Kulis M., *Ochrona zdrowia w samorządzie lokalnym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1999.
- Kukurba J., *Powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Analiza systemu, jego ewolucji i propozycji zmian*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2002, nr 6.
- Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej z dnia 15 kwietnia 2005 r.*, DzU 2005, nr 78, poz. 684, z późn. zm.
- Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2003 r.*, DzU 2003, nr 45, poz. 391, z późn. zm.
- Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1997 r.*, DzU 1997, nr 28, poz. 153, z późn. zm.
- Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r.*, DzU 1991, nr 91, poz. 408, z późn. zm.
- Włodarczyk C., *Niebezpieczna koncentracja władzy, o projekcie ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia*, „Służba Zdrowia” 2002, nr 57–62.

Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska, Ewa Kusideł

CHANGE IN POTENTIAL OF WHOLESOME CARE IN POLAND IN YEARS 1995–2005

Restructuring problem of health care establishment – in sense of liquidation of ineffective establishments or cost-generating without any adequate results – is discussed for more than 15 years, but the pressure of health circles on maintenance *status quo* (first of all because of protection of employees) was stronger than economic account. But changes – in spite of resistance of the circle – in the staff, material resources and their allocation are happen and it is worth to evaluate their level (for examples for purpose directions of further changes in this area). The aim of this article is to define:

- changes in medical care's organization (with taking into account ownership structure of health care establishment),
- differentiation of employment in medical care in Poland in voivodship structure.