

Małgorzata Januszewska, Elżbieta Nawrocka*

PROCES ZMIAN SYSTEMOWYCH W PODMIOTACH OPIEKI ZDROWOTNEJ NA PRZYKŁADZIE REGIONU POŁUDNIOWO-ZACHODNIEJ POLSKI

1. Wstęp

Wyzwania obecnego wieku wymagają zmian w podejściu do osiągania wzrostu społeczno-gospodarczego, na arenie zarówno międzynarodowej, krajowej, jak i lokalnej, polegających na przyjęciu założeń zrównoważonego rozwoju w każdej dziedzinie: energetyce, turystyce, ochronie zdrowia, transporcie, rolnictwie itp. Zasady tego rozwoju zawarte są w wielu dokumentach, np. w Światowej Karcie Przyrody, Karcie Ziemi i dokumentach Unii Europejskiej. Obecnie trwa na forum UE proces konstrukcji strategii, na potrzeby której opracowuje się zestaw wskaźników pozwalający na monitorowanie i ocenę zrównoważonego rozwoju. Wśród nich można wyróżnić mierniki pozwalające zidentyfikować poziom rozwoju opieki zdrowotnej i zmiany w stanie zdrowia publicznego. Jednym ze wskaźników zrównoważonego rozwoju są nakłady na ochronę zdrowia jako procent PKB [1]. W Polsce nakłady te systematycznie rosną, ale ich wielkość jest nadal niewystarczająca w stosunku do istniejących potrzeb. Stąd zasadne jest dokonanie takich zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce, które wprowadziłyby racjonalność wydatków, poprawiłyby stan zdrowia ludności i wiedzę zdrowotną, wprowadziłyby ład ekonomiczny z zachowaniem równowagi przyrodniczej, a także zapewniłyby międzypokoleniową sprawiedliwość.

W Polsce występuje pilna potrzeba dokonania przemian (restrukturyzacji) w zarządzaniu podmiotami świadczącymi usługi w zakresie opieki zdrowotnej, uwzględniających zmiany zachodzące w ich otoczeniu.

* Katedra Marketingu i Zarządzania Gospodarką Turystyczną Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu – Wydział w Jeleniej Górze.

Restrukturyzacja przedsiębiorstwa jest procesem diagnostyczno-projektowym, zmierzającym do przekształcenia jego formy organizacyjnej celem dostosowania jej do zakresu działania, racjonalizacji systemów informacyjno-decyzyjnych zarządzania, optymalizacji [4, s. 36]. Obejmuje ona istotne zmiany struktur różnych podsystemów funkcjonalnych przedsiębiorstwa, nadszających za przekształceniami w jego otoczeniu (por. [6, s. 16-17; 10, s. 32]).

Celem niniejszego opracowania jest analiza i ocena procesu restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej (dalej zoz) na obszarze województwa dolno-śląskiego. Aby osiągnąć wyznaczony cel, przeprowadzono badanie ankietowe, którym objęto całą populację generalną największych zakładów, czyli 24 samodzielne publiczne zoz-y (SPZOZ), świadczące kompleksowe usługi zdrowotne, w tym hospitalizacyjne, zlokalizowane w południowo-zachodniej części województwa dolnośląskiego, tj. w powiatach zgorzeleckim, lubańskim, jeleniogórskim, lwóweckim, kamiennogórskim i bolesławieckim. Celowy dobór próby był podyktowany faktem, że restrukturyzacja placówek ochrony zdrowia była oparta zazwyczaj na przekształceniach SPZOZ-ów. Zakłady te, ograniczając strukturę asortymentową, przyczyniały się do powstawania nowych, prywatnych podmiotów zagospodarowujących nierealizowane usługi. Badania przeprowadzono wśród dyrektorów wymienionych zakładów.

2. Proces restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej w Polsce

Proces restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej w Polsce został zapoczątkowany w 1989 r. zmianami w otoczeniu tych podmiotów, głównie Ustawą o samorządzie terytorialnym z dnia 8 marca 1990 r. (DzU nr 16, poz. 95).

Decentralizacja władzy i rozwój samorządności lokalnej zbiegły się z reformą systemu ochrony zdrowia, która została ramowo wyznaczona Ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408) i Ustawą z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (dalej puz) (DzU nr 28, poz. 153). W latach 1991-1998 nastąpiła ewolucja rozwiązań prawnych. Spowodowała ona zwiększenie autonomii zakładów opieki zdrowotnej, którym gwarantowała coraz bardziej realny wpływ na własne sprawy i na proces zarządzania nimi. Przełomowe znaczenie miało Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1993 r. [8] w sprawie przekazywania środków na świadczenia zdrowotne, na mocy którego środki publiczne przeznaczone na opiekę zdrowotną mogły być przekazywane na określonych warunkach poza sektor publiczny do prywatnych dostawców świadczeń zdrowotnych [2, s. 56-57]. Istotną zmianą z punktu widzenia procesu przekształceń była nowelizacja ustawy o zoz przyjęta przez Sejm w dniu 20 czerwca 1997 r. W zapisach art. 8 jest mowa o tym, iż m.in. osoby prawne lub fizyczne mogą tworzyć niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

Zmiany, jakie nastąpiły do końca 1998 r., pozwoliły na pojawienie się nowego systemu z elementami rynku regulowanego. Proces ten uległ przyspieszeniu po 1 stycznia 1999 r. Wówczas to weszła ustawa o puz, wprowadzająca nowe zasady odpowiedzialności za zdrowie oraz nowego partnera w ochronie zdrowia – kasę chorych, powołując tym samym do życia nowy ubezpieczeniowo-budżetowy system ochrony zdrowia w Polsce. Wprowadzona w 1999 r. reforma opieki zdrowotnej radykalnie zmieniła zarówno organizację, jak i finansowanie świadczeń zdrowotnych oraz zwiększyła efektywność funkcjonowania placówek ochrony zdrowia. Niezupełnie jednak spełniła pokładane w niej oczekiwania. Oprócz pozytywnych skutków system posiadał wiele mankamentów, które należało korygować. Zdecydowano się jednak na radykalną zmianę, poprzez przyjęcie nowej ustawy, która weszła w życie 1 kwietnia 2003 r.¹ Ten akt prawny wprowadził Narodowy Fundusz Zdrowia z szesnastoma oddziałami regionalnymi, w miejsce poprzednio działających kas chorych. Zlikwidowany został również Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, a nadzór nad Funduszem spoczął na Ministrze Zdrowia. Największe zastrzeżenie w nowym systemie budzi jego centralistyczne zarządzanie i sztywność modelu, co sprawia, że jest on droższy i mniej efektywny niż system zdecentralizowany.

Konsekwencją zmian w otoczeniu legislacyjnym były przekształcenia w zoz polegające głównie na ich restrukturyzacji. Restrukturyzacja ta w świetle obowiązującego prawa może obejmować następujące zmiany:

1. Przekształcenia techniczno-technologiczne i asortymentowe ukierunkowane na:

- zmiany w obszarze techniki wytwarzania usług,
- zmiany w obszarze technologii procesu usługowego.

Ten rodzaj zmian nazywany jest w literaturze restrukturyzacją przedmiotową.

2. Przekształcenia prawno-organizacyjno-ekonomiczne ukierunkowane na:

- zmiany w obszarze organizacji i zarządzania,
- zmiany w obszarze ekonomiki zakładu i rynku,
- zmiany organizacyjno-prawne i przekształcenia własnościowe.

Temu rodzajowi zmian nadaje się miano restrukturyzacji podmiotowej.

Restrukturyzacja obejmuje wszelkiego rodzaju zmiany dotyczące:

- 1) struktury majątkowej (własności),
- 2) struktury kapitałowej,

¹ Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2003 r. (DzU nr 45, poz. 391), która wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego będzie obowiązywać tylko do 31 grudnia 2004 r., ponieważ zasady zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, organizacja gospodarki finansowej oraz zasady nadzoru i kontroli wykonywania zadań NFZ są niezgodne z art. 68 i art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Ustawa ta, tworząc instytucję publiczną w kształcie uniemożliwiającym jej rzetelne i sprawne działanie, narusza zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

- 3) struktury organizacyjnej i procesu zarządzania,
- 4) organizacji procesów pracy,
- 5) poziomu i struktury zatrudnienia,
- 6) zagadnień asortymentowych,
- 7) spraw techniczno-technologicznych,
- 8) rynków zaopatrzenia i zbytu [4, s. 36].

W obecnych warunkach otoczenia proces prywatyzacji jest niezbędny do pełnej restrukturyzacji publicznych zoz. Prywatyzacja musi być wypadkową dwóch kategorii: korzyści ekonomicznych – szczególnie w długiej perspektywie i społecznej zgody, przyzwolenia społecznego.

Duże tempo zmian własnościowych obserwuje się przede wszystkim w podstawowej opiece zdrowotnej, natomiast w szpitalach występują liczne bariery ograniczające zakres tego procesu. Głównymi barierami prywatyzacji szpitali są:

- 1) niejednoznaczność podstaw legislacyjnych dla prywatyzacji SPZOZ,
- 2) niekompletność i niewyłączność praw własności SPZOZ – skomplikowana struktura właścicielska majątku,
- 3) problemy umocowania zarządzających szpitalami – decyzja o prywatyzacji uzależniona jest od wielu podmiotów z otoczenia,
- 4) brak woli przekształceń w samorządowych organach założycielskich,
- 5) brak woli politycznej kół rządzących.

Pomimo wyżej wymienionych barier występuje społeczna akceptacja procesu prywatyzacji ze strony zarówno pacjentów, jak i zarządzających zakładami opieki zdrowotnej². Obserwuje się, że prywatyzacja przynosi pozytywne skutki, do których można zaliczyć:

- 1) pojawienie się struktury podmiotowej zdolnej do lepszego dostosowania się do potrzeb rynku usług zdrowotnych,
- 2) konkurowanie podmiotów pod względem jakości i ceny,
- 3) osiąganie wyższej efektywności gospodarowania w długim okresie, poprzez lepsze wykorzystanie nieruchomości i sprzętu, zmniejszenie kosztów świadczenia usług pozamedycznych,
- 4) likwidacja pozycji kosztowych związanych z funkcjami założycielskimi,
- 5) pozyskanie kapitałów prywatnych na inwestycje w nową technikę i technologię medyczną, poprawę jakości i warunków pracy, rozbudowę i modernizację budynków i budowli;
- 6) wykształcenie się większej lojalności pracowników, szczególnie w przypadku prywatyzacji pracowniczej;
- 7) przyspieszenie rozwoju rynku usług zdrowotnych.

² Badania pacjentów wykazały, iż 42% respondentów chciałoby się leczyć w prywatnym szpitalu. Zob. [9, s. XIII]. Natomiast wśród zarządzających szpitalami jest ok. 56% zwolenników prywatyzacji tych podmiotów. Zob.: [3, s. II].

3. Proces restrukturyzacji w systemie ochrony zdrowia w województwie dolnośląskim

Proces zmian w województwie dolnośląskim rozpoczął się od 1997 r., kiedy to pojawiły się niepubliczne placówki ochrony zdrowia. Były to jednak przykłady pojedyncze. Duże zmiany w strukturze zakładów opieki zdrowotnej zaszły w wyniku restrukturyzacji od 1999 r.

W województwie dolnośląskim w latach 1999-2002 proces przekształceń przebiegał w sposób słabo skoordynowany. Wynikało to m.in. z wielości dokumentów, które przedstawiały różne punkty widzenia, a nie wyznaczały jednolitego kierunku zmian. Wśród nich najważniejsze to: „Programy operacyjne w zakresie restrukturyzacji placówek opieki zdrowotnej Województwa Dolnośląskiego” Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego”, „Regionalny Program Restrukturyzacji Ochrony Zdrowia Województwa Dolnośląskiego” przygotowany przez Wrocławską Agencję Rozwoju Regionalnego i „Lokalne prawo przekształceń własnościowych zakładów opieki zdrowotnej” przygotowany przez zespół pracowników Akademii Ekonomicznej. Dały one podstawy ogólnego opracowania pt. „Program restrukturyzacji opieki zdrowotnej w województwie dolnośląskim”. Dokument ten otrzymał najwyższą ocenę w Ministerstwie Zdrowia, ale nie został przyjęty przez sejmik województwa, gdyż miał opinię zbyt radykalnego. Samorząd wojewódzki do połowy 2001 r. preferował przy prywatyzacji dużych jednostek przekształcenia własnościowe o charakterze wyłączeniowym, częściowym (pośrednim lub bezpośrednim). Zmiany takie mogły być realizowane w trakcie funkcjonowania SPZOZ, dotyczyły części jego mienia i nie wymagały likwidacji podmiotu.

Województwo dolnośląskie doczekało się zatwierdzonego przez sejmik wojewódzki programu restrukturyzacji placówek ochrony zdrowia dopiero w lipcu 2002 r. Według opinii specjalistów nowy program bazował na sztywnych wskaźnikach zalecanych przez Ministerstwo Zdrowia i zakładał ograniczanie działalności, a tym samym zmniejszanie liczby świadczonych usług bez konieczności likwidacji placówek.

W następnym okresie władze samorządowe województwa dolnośląskiego założyły, że restrukturyzacja podmiotów ochrony zdrowia zostanie przeprowadzona w dwóch etapach. Pierwszy miał polegać na konsolidacji jednostek, drugi – na bilansowaniu finansowym zoz-ów przy udziale zewnętrznej jednostki finansującej. Na potrzeby tych założeń podjęto uchwałę z dnia 30 maja 2003 r. w sprawie przyjęcia do realizacji „Programu działań osłonowych i restrukturyzacji w ochronie zdrowia w roku 2003” oraz „Programu zmian w sieci publicznych zakładów opieki zdrowotnej na Dolnym Śląsku”.

Aktualnym dokumentem z zakresu restrukturyzacji w omawianym województwie jest „Raport o stanie działań w zakresie ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku” Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego. Obejmuje on

Dolnośląski Plan Zdrowotny. Dokument opublikowano na początku 2004 r. Zakłada on przekształcenia jednostek, polegające głównie na ich konsolidacji, zmianie profili i funkcji, a także na łączeniu oddziałów. Zaplanowano również, w miejsce likwidowanych podmiotów, tworzenie jednostek opieki długoterminowej lub innych wykonujących usługi uzupełniające. Innymi działaniami mają być tworzenie całodobowych ambulatoriów zabezpieczających podstawowe potrzeby medyczne z podstacjami Pogotowia Ratunkowego, a także dążenie do organizowania leczenia zamkniętego w sposób kompleksowy.

Zmiany w strukturze podmiotów ochrony zdrowia w województwie dolnośląskim można prześledzić na podstawie danych statystycznych przedstawionych w tab. 1, 2 i 3.

Tabela 1. Zmiany w strukturze podmiotowej w Polsce i w województwie dolnośląskim, stan w dniu 31 grudnia

Wyszczególnienie	Polska					Dolny Śląsk				
	1999	2000	2002	dynamika		1999	2000	2002	dynamika	
				2000/ 1999	2002/ 2000				2000/ 1999	2002/ 2000
Szpitala publiczne	694	686	678	98,8	98,8	71	70	67	98,6	95,70
Łóżka w szpitalach publicznych	197 644	189 378	183 817	95,8	97,1	16 958	15 501	15 054	91,4	97,1
Przychodnie publiczne	3378	2699	1762	79,9	65,3	260	213	136	81,9	63,8
Szpitala niepubliczne	21	30	61	142,9	203,3	2	2	9	100,0	450,0
Łóżka w szpitalach niepublicznych	1044	1574	4421	150,8	280,9	198	252	359	127,3	142,5
Przychodnie niepubliczne	2047	2986	3895	204,9	130,4	149	221	270	462,5	122,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Rocznik Statystyczny Polski rok 2000 i 2003; Rocznik Statystyczny Polski według województw rok 2000, 2001 i 2003; Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego rok 2000, 2001 i 2003.

Na podstawie informacji zawartych w tab. 1 można stwierdzić, iż w latach 1999-2000 w przypadku sektora publicznego zmiany dokonujące się na Dolnym Śląsku były podobne do procesów zachodzących w całym kraju. Różnice ujawniły się w sektorze prywatnym. Przekształcenia w grupie szpitali niepublicznych w omawianym województwie przebiegały wolniej niż w Polsce, odwrotną tendencję wykazywały przychodnie niepubliczne, których przyrost był w początkowym okresie badania ponaddwukrotnie wyższy niż zaobserwowany w Polsce. W latach 2000-2002 w sektorze publicznym tendencje zmian na Dolnym Śląsku w stosunku do Polski były podobne do opisywanych powyżej, natomiast w sektorze niepublicznym obserwuje się inną sytuację. W przypadku szpitali bowiem przekształ-

czenia przebiegały w omawianym województwie znacznie szybciej, natomiast w grupie przychodni nieznacznie wolniej w stosunku do sytuacji w Polsce.

Tabela 2. Działalność kas chorych w woj. dolnośląskim (głównie DRKCh i BKCh) w latach 1999-2001

Podmioty kontraktowane	Rok			Dynamika 2001/1999
	1999	2000	2001	
Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej	439	418	375	85,4
Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej	518	449	637	123,0
Praktyki indywidualne	391	625	786	201,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego 2001 i 2002.

Na podstawie danych statystycznych (tab. 2) można zaobserwować, że w latach 1999-2001 liczba podmiotów kontraktowanych przez kasy chorych na Dolnym Śląsku w grupie SPZOZ zmalała o ok. 15%. W grupie praktyk indywidualnych dostrzega się odwrotną tendencję (wzrost o 101%), natomiast w grupie NZOZ liczebność w poszczególnych latach jest zróżnicowana, jednak w całym okresie badawczym obserwuje się wzrost o 23%.

W celu uszczegółowienia analizy sięgnięto po informacje DRKCh i Oddziału Dolnośląskiego NFZ i na ich podstawie prześledzono zmiany liczby podmiotów kontraktowanych w tej kasie, ze szczególnym uwzględnieniem formy własności i miejsca zlokalizowania podmiotu (tab. 3).

Tabela 3. Podmioty kontraktowane w DRKCh i Oddziale Dolnośląskim NFZ w wybranych powiatach województwa dolnośląskiego (układ powiatowy) w latach 2000-2003

Wyszczególnienie	2000			2001			2002			2003		
	spzoz	nzoz	praktyki indyw.	spzoz	nzoz	praktyki indyw.	spzoz	nzoz	praktyki indyw.	spzoz	nzoz	praktyki indyw.
Woj. dolnośląskie, w tym powiaty:	210	304	508	193	414	779	189	492	757	185	543	725
- jeleniogórski	14	12	77	15	26	94	12	27	80	11	31	76
- bolesławiecki	7	5	26	7	7	28	5	8	22	5	9	20
- zgorzelecki	5	9	26	3	10	30	3	10	27	3	10	26
- lwówecki	3	1	7	3	3	12	3	3	14	3	4	13
- kamiennogórski	4	2	3	4	1	5	3	1	4	3	3	3
- lubański	3	12	15	3	14	17	3	12	16	3	13	15

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych DRKCh i Oddziału Dolnośląskiego NFZ.

Analiza danych z tab. 3 dostarcza informacji na temat zmian w liczbie podmiotów opieki zdrowotnej kontraktowanych przez wymienione instytucje. Wynika z niej, że liczba publicznych zakładów zawierających umowy maleje, jednak zmiany te są niewielkie. Występuje natomiast wyraźna zmiana w przypadku liczby niepublicznych zakładów i praktyk indywidualnych kontraktujących świadczenia. Dynamika zmian liczby podmiotów w latach 2000-2001 pozostaje na poziomie odpowiednio 136 i 119%, w latach 2001-2002 odpowiednio 153 i 97%, natomiast w latach 2002-2003 wyniosła 110 i 96%. Można zaobserwować, iż w badanym okresie następowały ilościowe i własnościowe zmiany strony poda-żowej rynku usług zdrowotnych. Przekształcenia charakteryzowały się wyraźnym przejściem z własności publicznej na prywatną, a w dalszym okresie koncentracją mniejszych podmiotów w większe niepubliczne, w tym prywatne.

4. Proces restrukturyzacji w wybranych zakładach opieki zdrowotnej

Przedmiotem badania ankietowego były zmiany w obszarach ekonomiki i organizacyjno-prawnym, dotyczące oceny polskiego systemu ochrony zdrowia, a także procesu restrukturyzacji przebiegającego w wybranych podmiotach.

Kwestionariusz ankietowy składał się z trzech części: pierwszej – ogólnej, w której pytania dotyczyły oceny zmian finansowania świadczeń zdrowotnych po roku 1999, drugiej, obejmującej okres podjęcia działań i sfer objętych restrukturyzacją oraz trzeciej – szczegółowej, zawierającej zagadnienia restrukturyzacji usług i zmian w zakresie majątku badanych podmiotów.

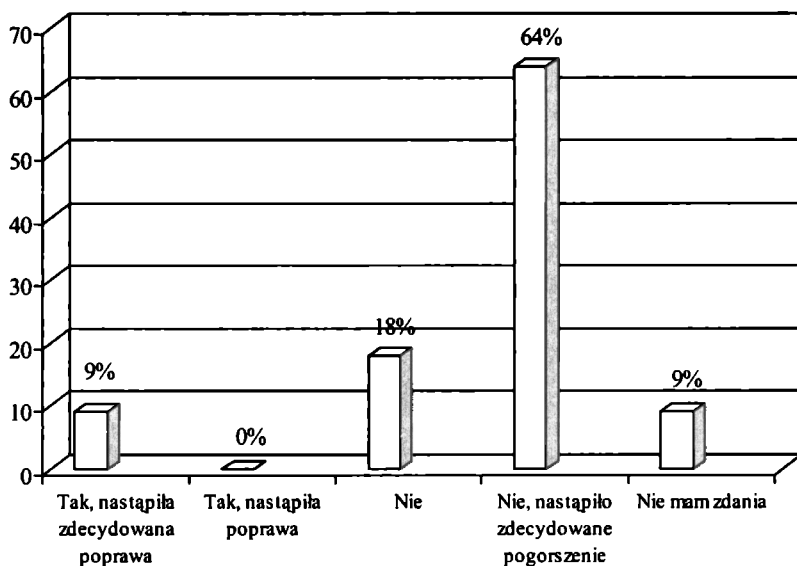
Pierwsza część ankiety dała odpowiedź na pytania dotyczące ocen w kwestii finansowania działalności badanych podmiotów (rys. 1, 2 i 3).

Z rysunku 1 wynika, że zdecydowana większość (64%) badanych zauważyła zdecydowane pogorszenie w wielkości wpływów finansowych, 18% nie widzi zmian, a tylko 9% stwierdziło znaczną poprawę; tyleż samo badanych podmiotów nie miało zdania w tej kwestii.

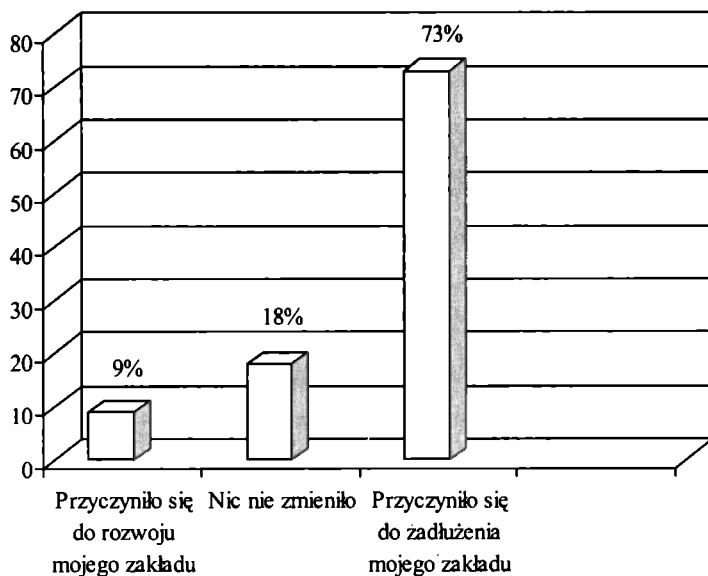
Na podstawie przedstawionych danych (rys. 2) można stwierdzić, że w głównej mierze finansowanie przez kasy chorych przyczyniło się do zadłużenia zakładu (73% odpowiedzi), w dużo mniejszym stopniu (9% podmiotów) poprawiło ono sytuację, a 18% badanych stwierdziło brak zmian w stosunku do poprzedniego okresu.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia zostało ocenione dużo gorzej w stosunku do poprzedniego systemu. Żaden badany podmiot bowiem nie określił je jako lepsze, a aż 63% respondentów stwierdziło, że jest gorzej, w tym 45% że zdecydowanie mniej korzystnie. W opinii 36% ankietowanych sytuacja nie uległa zmianie (rys. 3).

Druga i trzecia część kwestionariusza ankietowego pokazała w sposób szczegółowy przebieg i zakres procesu restrukturyzacji wybranych podmiotów.

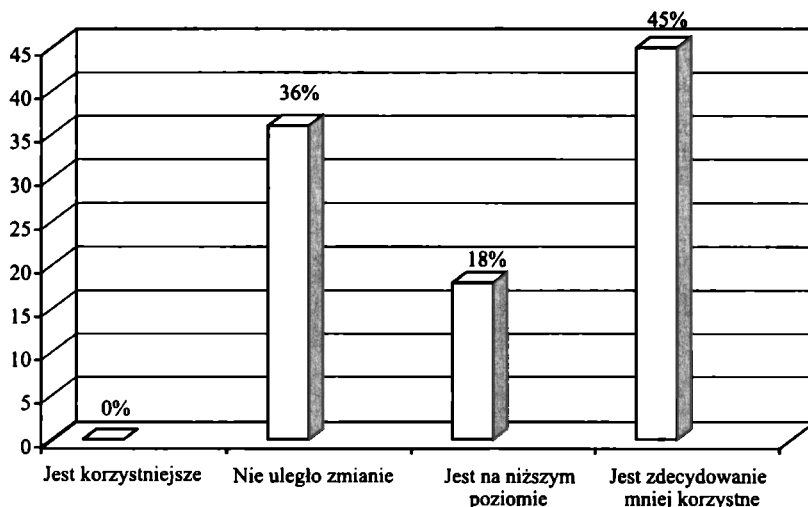


Rys. 1. Ocena zmian wielkości wpływów finansowych w SPZOZ po 1999 r.
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.



Rys. 2. Ocena sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych SPZOZ
w okresie 1995 – 31 marca 2003 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.



Rys. 3. Ocena finansowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ w porównaniu z kasą chorych
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Omawiane zoz-y rozpoczęły proces restrukturyzacji z chwilą uzyskania samodzielności (zmiana formy prawnej z jednostki budżetowej na samodzielny publiczny zoz). Rok 1995 był pierwszym, w którym zaobserwowano zmiany. W tym czasie 8% omawianych podmiotów przystąpiło do procesu przekształceń. Przyspieszenie zmian nastąpiło w latach 1997-1999, kiedy to blisko 75% jednostek rozpoczęło restrukturyzację zakładu. Ostatnie 8% respondentów czekało z podjęciem decyzji o rozpoczęciu tego procesu do 2000 r. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy było przystosowanie się do warunków stawianych przez nowy podmiot na rynku usług zdrowotnych – kasę chorych. Proces restrukturyzacji polegał głównie na zmianach w organizacji (w 100%) i w zatrudnieniu (w 100%), poza tym na zmianie zakresu działalności (w 50%), na zmianach własnościowych (w 17%) i w sferze zarządzania (w 8%).

Na podstawie odpowiedzi można stwierdzić, iż proces ten rozpoczął się w 1996 r. (8%), jednakże aż 59% podmiotów zapoczątkowało zmiany dopiero w latach 1999-2000.

Przyczyny przekształceń, na które zwracały uwagę analizowane podmioty, można podzielić na wewnętrzne i zewnętrzne. Do podstawowych przyczyn wewnętrznych należy zaliczyć:

- chęć obniżenia zbyt wysokich kosztów funkcjonowania jednostki,
- koncentrację na działalności podstawowej,
- dążenie zarządu do zmian,
- poszukiwanie nowych źródeł przychodów.

Jako główne przyczyny zewnętrzne badane podmioty wskazywały:

- zmiany w zapotrzebowaniu rynku,
- urynkowanie usług medycznych,
- dostosowanie działalności jednostek do wymogów UE,
- presję na zmiany organu założycielskiego.

Proces restrukturyzacji usług przebiega w badanych podmiotach z różnym nasileniem w czasie i w odmiennym zakresie (zob. tab. 4).

Tabela 4. Istotne zmiany w zakresie usług w badanych zakładach

Rok	Usługi medyczne	Usługi pozamedyczne
1997	diagnostyka – 8%	brak zmian
1998	brak zmian	brak zmian
1999	ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 33%, lecznictwo stacjonarne – 33%, poz – 8%	zarządcze – 25%, remontowo-budowlane – 8%
2000	lecznictwo stacjonarne – 50%, poz – 41%, pomoc doraźna – 33%	inne* – 25%
2001	ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 25%,	usługi żywieniowe – 17%, usługi pralnicze – 17%
2002	diagnostyka – 8%	sprzątanie – 17%
2003	brak zmian	usługi pralnicze – 8%

* utylizacja odpadów i usługi informatyczne.

Źródło: opracowanie własne.

Należy zwrócić uwagę, że okresem bogatym w zmiany były lata 1999-2000. Restrukturyzacja dotyczyła szczególnie usług: leczenia stacjonarnego (zmiany asortymentowe), podstawowej opieki zdrowotnej (ograniczenie działalności), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (zmiany asortymentowe) i pomocy doraźnej (zmiany organizacji). Proces restrukturyzacji działalności pozamedycznej jest widoczny przede wszystkim w usługach zarządczych i innych, określanych jako utylizacja odpadów i usługi informatyczne, a także w usługach żywieniowych, pralniczych i sprzątaniu.

Proces restrukturyzacji w badanych podmiotach polega przede wszystkim na zleceniu usług na zewnątrz (92%) i uruchomieniu nowych usług (92%), a także rezygnacji z części dotychczas świadczonych usług (67%) i zastępowaniu umów o pracę umowami cywilnoprawnymi (67%). Należy zaznaczyć, że tylko 16% podmiotów czasowo zawieszało wykonywanie niektórych świadczeń zdrowotnych.

Omawiane jednostki jako główny skutek zmian wymieniają obniżenie kosztów w wyniku np. zmniejszenia zatrudnienia, zrationalizowania gospodarki lekami i drobnym sprzętem medycznym, zastosowania nowych technik i technologii. Innymi skutkami, na które warto wskazać, są:

- pozyskanie nowych grup klientów (w tym pacjentów),
- dotarcie do nowych źródeł finansowania,
- podwyższenie poziomu jakości świadczonych usług,

- podwyższenie efektywności świadczeń poprzez lepsze dostosowanie podaży do istniejącego popytu,
- zwiększenie dostępności do usług medycznych.

W ostatnich latach dostrzega się zainteresowanie zoz-ów podwyższaniem poziomu jakości świadczeń, stąd jednostki poddają się procedurze akredytacji, rozumianej jako system dobrowolnej, zewnętrznej i bezpośredniej oceny jakości. Jest ona jedynym kompleksowym systemem w Polsce wprowadzonym w 1998 r. [5, s. 34, 39]. Do chwili obecnej wśród badanych zakładów tylko jeden uzyskał certyfikat jakości. Nadal jednak posiadanie akredytacji nie warunkuje uzyskania kontraktu i nie ma odzwierciedlenia w wysokości ceny za zakontraktowaną usługę medyczną.

Ze względu na różnorodny zakres i tempo zmian restrukturyzacji prześlędzono bariery tego procesu. Podstawową przeszkodą, zdaniem dyrektorów badanych jednostek, jest brak środków pieniężnych na przeprowadzenie zmian. Równie ważną przeszkodą jest obawa załogi przed zmianami i protesty związków zawodowych. W dalszej kolejności wymieniano bariery legislacyjne i systemowe, brak przychylności organu założycielskiego dla procesu zmian, niejednorodną politykę płatnika świadczeń zdrowotnych (częste zmiany warunków kontraktów). W przypadku usług pozamedycznych w niektórych powiatach wskazano na braki podmiotów w otoczeniu zoz-ów, które mogłyby przejąć część tych usług, w innych natomiast powiatach obserwuje się małe zainteresowanie istniejących podmiotów współpracą z zakładami opieki zdrowotnej z powodu słabej płynności finansowej tych ostatnich.

Na podstawie odpowiedzi zawartych w części szczegółowej dotyczącej **restrukturyzacji majątku** można stwierdzić, iż proces ten zbiegł się z restrukturyzacją usług. Przyczyny, na które wskazywały badane podmioty, to przede wszystkim potrzeba obniżenia kosztów poprzez np. upłynnienie zbędnych i zdekapitalizowanych składników majątkowych, pozyskanie dodatkowych środków finansowych (w wyniku sprzedaży), zmniejszenie zapotrzebowania rynku na usługi, konieczność dostosowania struktury majątkowej do wymogów reformy, a także zwiększenie dostępności świadczeń.

Zmiany w majątku przebiegają wolniej i w mniejszym zakresie niż restrukturyzacja usług (zob. tab. 5).

Obserwuje się, że najbardziej charakterystyczny w przebiegu zmian w majątku był rok 2000. W zakresie działalności medycznej szczególnie widoczne przekształcenia nastąpiły w podstawowej opiece zdrowotnej i lecznictwie stacjonarnym. W działalności pozamedycznej odnotowano zmiany w majątku pralni, kuchni i pomieszczeń na potrzeby sprzątania, ochrony mienia i innej działalności, szczególnie magazynowej, hotelowej i mieszkaniowej.

Proces restrukturyzacji majątku w badanych podmiotach polega przede wszystkim na: oddaniu części majątku nieruchomego w dzierżawę (w 82%), zmianach modernizacyjno-inwestycyjnych (w 75%), zbyciu części majątku rucho-

meo (w 36%) i oddaniu części majątku ruchomego w dzierżawę (w 36%). Oddanie części majątku nieruchomego w dzierżawę dotyczy najczęściej podstawowej opieki zdrowotnej, pralni i sprzątania. Zmiany modernizacyjno-inwestycyjne zachodziły głównie w lecznictwie stacjonarnym. Z obserwacji autorek wynika, iż niektóre zakłady opieki zdrowotnej powracają do poprzedniego (przed restrukturyzacją) systemu zorganizowania usług sprzątania w obiektach szpitalnych (z wykorzystaniem salowych). Powodem tego stanu rzeczy są wyższe niż przewidywano koszty tych czynności.

Tabela 5. Istotne zmiany w zakresie majątku w badanych zakładach

Rok	Działalność medyczna	Działalność pozamedyczna
1997	działalność apteki – 8%	brak zmian
1998	rehabilitacja – 8%	pralnia – 8%, inne* – 8%
1999	poz – 8%, diagnostyka – 8%, lecznictwo stacjonarne – 8%	inne* – 17%, transport – 8%, remontowo-budowlane – 8%, ochrona mienia – 8%
2000	poz – 33%, lecznictwo stacjonarne – 25%, diagnostyka – 17%, ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 17%	pralnia – 17%, ochrona mienia – 17%
2001	poz – 17%, ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 8%	kuchnia – 17%, pralnia – 17%, sprzątanie – 17%, parking – 8%, ochrona mienia – 8%
2002	lecznictwo stacjonarne – 8%	sprzątanie – 17%
2003	brak zmian	brak zmian

* działalność magazynowa, hotelowa i mieszkaniowa

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie badania ankietowego można stwierdzić, iż podstawowymi skutkami procesu restrukturyzacji majątku są obniżenie kosztów poprzez np. zwiększenie efektywności wykorzystania nieruchomości i aparatury medycznej i pozamedycznej, a także poprawa sytuacji finansowej, poza tym poprawa jakości świadczonych usług, racjonalna gospodarka majątkowa, specjalizacja usług, dalszy rozwój zakładu, pozyskanie dodatkowych klientów (w tym pacjentów) i lepsze dostosowanie usług do potrzeb rynku.

Na podstawie opinii respondentów zidentyfikowano bariery procesu restrukturyzacji majątku, którymi są:

- uwarunkowania legislacyjne,
- rozdzielenie własności majątku między organ założycielski i zakład opieki zdrowotnej,
- coraz wyższe wymagania techniczne płatnika świadczeń zdrowotnych,
- brak dostępu do nowych technologii i kapitału,
- brak spójności polityki w dziedzinie ochrony zdrowia.

5. Wnioski

W otoczeniu legislacyjnym zakładów opieki zdrowotnej występuje duża zmienność założeń systemowych, która doprowadziła do niezgodności przepisów z Konstytucją RP. Trybunał Konstytucyjny bowiem uznał, że zespół norm zawartych w ustawie o ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, kształtujących kompetencje, prawne instrumenty działania oraz status prawny NFZ, tworzy system dysfunkcyjny i to w stopniu uniemożliwiającym realizowanie konstytucyjnie określonych zadań państwa w sferze ochrony zdrowia. Dysfunkcyjność systemu osiągnęła taki poziom, że przywrócenie ładu prawnego może się odbyć tylko przez przygotowanie nowej ustawy [13].

1. Polityka władz samorządowych w zakresie restrukturyzacji sektora ochrony zdrowia w województwie dolnośląskim nie zapewnia właściwego kierunku zmian i oczekiwanych ich efektów.

2. Na podstawie danych statystycznych, DRKCh i Oddziału Dolnośląskiego NFZ w latach 1999-2004 obserwuje się duży przyrost podmiotów niepublicznych, w tym przede wszystkim prywatnych, mogących przyczynić się do lepszego wykorzystania nakładów na ochronę zdrowia.

3. Proces restrukturyzacji w badanych zakładach opieki zdrowotnej rozpoczął się w 1995 r. i dotyczył głównie zmian w organizacji i zarządzaniu, poziomie i strukturze zatrudnienia w zakresie działalności usługowej i sytuacji majątkowej.

4. Zidentyfikowane przyczyny restrukturyzacji usług i majątku wskazują przede wszystkim na chęć obniżenia kosztów i konieczność zastosowania przez badane podmioty rozwiązań ekologicznych.

5. Głównymi skutkami procesu omawianych zmian w badanych podmiotach jest obniżenie kosztów własnych, podwyższenie jakości świadczeń, a w rezultacie lepsze dostosowanie do wymogów zrównoważonego rozwoju.

6. Duże rozbieżności wystąpiły w podawanych barierach obu zakresów zmian. W przypadku restrukturyzacji usług głównym hamulcem są uwarunkowania społeczne, a w przypadku zmian w majątku – uwarunkowania legislacyjne i rozdzielenie własności majątku.

7. Największe nasilenie zmian w badanych podmiotach nastąpiło w latach 1999-2001. Obecnie obserwuje się wyraźne spowolnienie tego procesu.

Podmioty na badanym obszarze powinny w większym stopniu wykorzystywać outsourcing, głównie w usługach pozamedycznych. Daje on obniżenie kosztów, zwiększa jakość świadczonych usług, podnosi konkurencyjność i powoduje lepszy społeczny odbiór. Uporządkowanie sytuacji własnościowej majątku zakładów opieki zdrowotnej mogłoby się przyczynić do przyspieszenia procesu restrukturyzacji majątku, a w konsekwencji prywatyzacji zoz-ów. W celu przełamania bariery społecznej badane podmioty winny na szerszą skalę stosować zasady marketingu wewnętrznego i/lub zarządzania kadrami. Sugeruje się, iż zakłady opieki zdrowotnej powinny przejawiać większą aktywność w pozyskiwaniu

środków finansowych z innych źródeł niż kasy chorych, budżet państwa i samorząd terytorialny.

Literatura

- [1] European Commission, Eurostat, Directorate E: Agriculture, fisheries, Structural Funds and environment statistics, Unit E-5: Environment and sustainable development, Seventh Meeting of the ESS Task Force on Methodological Issues for Sustainable Development Indicators, SDI Workshop, 9-11th February 2004, Stockholm.
- [2] Kautsch M., Whitfield M., Klich J., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2001.
- [3] Kozłowski A., *Szpitala kliniczne wobec prywatyzacji*, „Służba Zdrowia” 2000 nr 22-23.
- [4] Nalcipka A., *Restrukturyzacja przedsiębiorstwa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Kraków 1999.
- [5] Niżankowski R., *Początek akredytacji polskich szpitali*, „Zdrowie i Zarządzanie”, tom 1, 1999 nr 3.
- [6] Pierścionek Z., *Strategia rozwoju firmy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- [7] Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego 2000, 2001.
- [8] Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 5 sierpnia 1993 r. dotyczące ogólnych warunków i procedur zawierania kontraktów na świadczenie usług zdrowotnych oraz wynagradzania za te usługi (DzU nr 6, poz. 363).
- [9] Rymuza K., *Prywatyzacja jako szansa rozwoju szpitala*, „Służba Zdrowia” 1999 nr 78-80.
- [10] Sapieżaska E., *Restrukturyzacja przedsiębiorstw. Szanse i ograniczenia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- [11] Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (DzU nr 28, poz. 153).
- [12] Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (DzU nr 45, poz. 391).
- [13] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. (DzU nr 5, poz. 37).

THE PROCESS OF SYSTEM CHANGES IN HEALTH CARE INSTITUTIONS – THE REGION OF SOUTH-WESTERN POLAND AS AN EXAMPLE

Summary

The article deals with problems of restructuring health care institutions in Lower Silesia region. It describes theoretical assumptions of system changes and the subjective structure transformations of health care institutions in the studied province. In order to make the analysis more detailed a survey was conducted, which covered the total, general population of independent, public, health care institutions located in south-western part of the discussed region, which provide, among others, hospitalization services. Conclusions are included at the end of the article.