



**WYDAWNICTWO WOJEWÓDZKIEGO URZĘDU PRACY
W BIAŁYMSTOKU**

**PROCESY RESTRUKTURYZACYJNE W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA
I ICH WPŁYW NA ZMIANY NA RYNKU PRACY WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO**

Dariusz Klimek, Paweł Pietras

Białystok 2009

WSZELKIE PRAWA ZASTRZEŻONE

Praca ta w całości ani we fragmentach nie może być powielana ani rozpowszechniana za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych bez pisemnej zgody właściciela praw autorskich.

All of the products and software mentioned in this book are registered trademarks of their owners.

Redaktorzy: Dariusz Klimek
Paweł Pietras

Recenzent:

Wydawnictwo Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Białymstoku
ul. Pogodna 22

Wydawnictwo: 15-354 Białystok
tel: 085 74 97 200, fax: 085 74 97 209
www.up.podlasie.pl, sekretariat@wup.wrotapodlasia.pl

Druk: Media-Press Sp. z o.o. w Łodzi

ISBN: 978-83-926324-4-3

Nakład: 60 egz.

Spis treści

Wstęp.....	3
1. Metodologia i realizacja badania.....	7
1.1. Metodologia badania	7
1.2. Próba badawcza w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.....	9
1.3. Próba badawcza w środowiskach medycznych.....	11
2. Analiza problematyki funkcjonowania sektora ochrony zdrowia.....	14
2.1. Transformacja systemu opieki zdrowotnej w latach 1945-2009	14
2.2. Aktualny stan prawny regulujący system opieki zdrowotnej.....	19
2.3. Organizacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce	20
2.3.1. Ogólne zasady systemu opieki zdrowotnej w Polsce	20
2.3.2. Jednostki systemu opieki zdrowotnej w Polsce.....	24
2.3.3. Finansowanie systemu opieki zdrowotnej	27
2.4. Potencjał systemu opieki zdrowotnej w województwie podlaskim	30
2.5. Przekształcenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej	42
2.6. Stan i struktura zatrudnienia personelu medycznego w Polsce i w województwie podlaskim	44
2.6.1. Stan i struktura zatrudnienia personelu medycznego w Polsce	44
2.6.2. Stan i struktura zatrudnienia w województwie podlaskim	47
2.6.3. Szkolnictwo medyczne w województwie podlaskim	54
2.6.4. Popyt i podaż pracy w zawodach medycznych	55
3. Analiza danych zastanych w badanych jednostkach medycznych.....	57
3.1. Analiza danych ekonomiczno-finansowych.....	58
3.1.1. Analiza zyskowności	58
3.1.2. Analiza przychodów	60
3.1.3. Analiza kosztów	61
3.1.4. Analiza rentowności i wydajności.....	65
3.2. Analiza kadr badanych jednostek.....	67
4. Analiza opinii kadry zarządzającej służbą zdrowia	71
4.1. Opis próby badawczej	71
4.2. Ocena problemów służby zdrowia	75
4.3. Ocena procesów restrukturyzacyjnych.....	78
4.4. Ocena potrzeb kadrowych i potencjału rynku pracy w zawodach medycznych	85
4.5. Ocena elementów strategii zarządzania zasobami ludzkimi	89
4.6. Ocena stopnia doksztalcania kadry zarządzającej ZOZ	92
5. Analiza i interpretacja wyników wywiadów pogłębionych z przedstawicielami środowisk medycznych.....	94
6. Wnioski i rekomendacje dla badanych jednostek, organu założycielskiego, publicznych służb zatrudnienia.....	104
6.1. Podstawowe wnioski z badań dotyczące sytuacji ekonomicznej i procesów restrukturyzacji.....	104
6.2. Podstawowe wnioski z badań dotyczące zatrudnienia	107
Podsumowanie	114

Wstęp

Raport z badań społecznych pn. „Procesy restrukturyzacyjne w sektorze ochrony zdrowia i ich wpływ na zmiany na rynku pracy w zakresie struktury zatrudnienia w województwie podlaskim” powstał na zamówienie Samorządu Województwa Podlaskiego reprezentowanego przez Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku. Wykonawcą byli specjaliści z Kancelarii Doradztwa Gospodarczego „Final Invest” Sp. z o.o. w Łodzi. Raport przedstawia wyniki badań przeprowadzonych na obszarze województwa podlaskiego w okresie od sierpnia do października 2009 roku.

Zakres badań obejmował:

- publiczne zakłady opieki zdrowotnej zlokalizowane na terenie województwa podlaskiego niezależnie od organu założycielskiego – podległe ministerstwu zdrowia, samorządowi województwa, powiatów i gmin (z uwzględnieniem stacji sanitarno-epidemiologicznych ale z pominięciem zakładów podległych ministerstwu sprawiedliwości, obrony narodowej i ministerstwu spraw wewnętrznych)
- wybrane środowiska medyczne (niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, indywidualne praktyki lekarskie, apteki, izby, organy kontroli i nadzoru)

Przedmiotem badań były:

- procesy w sektorze ochrony zdrowia w województwie podlaskim na przykładzie funkcjonowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej
- wpływ tych procesów na strukturę zatrudnienia w tym sektorze
- skutki tych procesów w postaci negatywnych zjawisk mogących wystąpić na rynku pracy

Badania obejmowały w szczególności zagadnienia:

- sytuacji prawnej i ekonomiczno-społecznej w sektorze ochrony zdrowia (na przykładzie publicznych zakładów opieki zdrowotnej)
- procesów restrukturyzacyjnych
- form zarządzania jednostkami i wpływu zarządzania na ich kondycję, ocenę jakości zarządzania i funkcjonowania kadry menedżerskiej
- stanu i struktury zatrudnienia w badanych jednostkach oraz stanu zatrudnienia pod kątem jakości
- planowanych zmian organizacyjnych oraz planowanych zmian w zatrudnieniu
- potrzeb w zakresie wsparcia doradczego związanego z sytuacją prawno-ekonomiczną jednostki i zmianami reorganizacyjnymi

- oceny wpływu zjawisk związanych z procesami restrukturyzacyjnymi w sektorze ochrony zdrowia na sytuację na rynku pracy

Badania służą do opracowania diagnozy na temat funkcjonowania i kondycji ekonomicznej zakładów opieki zdrowotnej, procesów restrukturyzacyjnych w nich zachodzących i ich wpływu na poprawę efektywności ekonomicznej, stanu i dynamiki zatrudnienia w badanych jednostkach, potrzeb w zakresie wsparcia doradczego, szkoleń pracowników i kadry zarządzającej.

Wyniki badań służą również do prognozy sytuacji w zakresie przewidywanych przeobrażeń w sektorze ochrony zdrowia oraz w zakresie tworzenia i likwidacji miejsc pracy. Prognoza powinna stanowić podstawę do podejmowania skutecznych działań w zakresie kreowania i koordynowania regionalnej polityki rynku pracy w województwie podlaskim.

Przeprowadzone badania pozwalają na pozyskanie opinii i poglądów oraz wiedzy, która jest potrzebna do podejmowania decyzji w obszarze opieki zdrowotnej a nie jest znana z oficjalnych sprawozdań medycznych, ekonomicznych czy statystycznych. Przesłankami uzasadniającymi potrzebę badania był stan systemu opieki zdrowotnej w Polsce, który od wielu lat przeżywa poważne trudności, które obecnie objawiają się:

- utrudnionym dostępem do leczenia specjalistycznego (w szczególności szpitalnego) i długimi kolejkami oczekujących na świadczenia,
- niezadowalającą jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- emigracją specjalistycznych kadr medycznych do innych krajów Unii Europejskiej,
- zadłużaniem się publicznych zakładów opieki zdrowotnej i handlem ich długami.

1. Metodologia i realizacja badania

1.1. Metodologia badania

Badania prowadzono stosując różne metody badawcze. W tabeli ujęto stosowane podczas badania podstawowe metody badawcze a także obszar i cel badań oraz kategorie respondentów.

Tabela 1. Zestawienie obszaru, celu, respondentów i metod badawczych

Obszar badań	Cel	Respondenci	Metody badawcze
Sektor opieki zdrowotnej w Polsce i na obszarze województwa podlaskiego	Analiza stanu zastanego w zakresie organizacji, prawa, kadr i finansów	–	Metody badania dokumentów (desk research), ekstrapolacji trendów oraz metody PEST
Publiczne zakłady opieki zdrowotnej na terenie województwa podlaskiego	Analiza stanu zastanego w zakresie organizacji, prawa, kadr i finansów	Kierownicy komórek personalnych i finansowych	Kwestionariusz skategoryzowany (ankieta) – dane wpisuje badany
	Badanie opinii i poglądów	Kadra kierownicza: dyrekcja, kierownicy komórek medycznych i niemedycznych, pielęgniarki oddziałowe	Wywiad skategoryzowany przy pomocy kwestionariusza – dane wpisuje badający
Środowiska medyczne na terenie województwa podlaskiego	Badanie opinii i poglądów	Zarządzający i właściciele niepublicznych zakładów, lekarze prowadzący indywidualne praktyki, właściciele i kierownicy aptek, organy nadzoru i kontroli, związki zawodowe i samorządy zawodowe	Wywiad nieskategoryzowany z wykorzystaniem techniki wywiadu pogłębionego IDI z jednoczesną obserwacją uczestniczącą – dane zapisuje badający

Dla sprawnego przebiegu badań i osiągnięcia maksymalnie wiarygodnych danych zastosowano określone niżej podejścia metodologiczne:

- wywiady ustandaryzowane realizowane za pomocą kwestionariusza jak i wywiady swobodne za pomocą metody IDI były wpisywane lub zapisywane przez prowadzącego wywiad (z wyłączeniem części pierwszej kwestionariusza zawierające dane zastane, którą wypełniał określony zakład samodzielnie z reguły wykonywał to kierownik komórki personalnej i główny księgowy) nie były rejestrowane w jakiegokolwiek formie elektronicznej,
- badania w poszczególnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej poprzedzone były spotkaniami informacyjnymi z kierownictwem, natomiast badania w środowiskach

medycznych odbywały się bez spotkania informacyjnego po telefonicznym uzgodnieniu terminu spotkania,

- badania odbywały się wyłącznie w siedzibie respondenta,
- na okres badań podjęto działania informacyjno-marketingowe w postaci: spotkań informacyjnych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, uruchomienia na okres od 20 sierpnia do 20 października strony informacyjnej WWW, opracowania pisma-ulotki informującego o badaniach, podawania w trakcie badań dwóch numerów telefonów kontaktowych gdzie badający wyjaśniali sprawy związane z prawidłowym wypełnieniem kwestionariuszy w pierwszej części (analiza stanu zastanego),
- dobór respondentów miał charakter losowy,
- w publicznych zakładach opieki zdrowotnej prowadzących hospitalizację badaniami objęto 100% osób ścisłego kierownictwa zakładu (dyrektor, zastępcy, główny księgowy), 50% osób losowo wybranych - kierowników jednostek medycznych prowadzących hospitalizację (ordynatorzy oddziałów), 20% osób losowo wybranych – kierownicy innych jednostek medycznych tj. pracowni, laboratoriów, przychodni, 20% osób losowo wybranych – kierowników działów administracyjnych, technicznych, zarządzania i podobnych o niemedyceznym charakterze, 20% osób losowo wybranych - wiodących pielęgniarek (naczelnia pielęgniarka, pielęgniarki oddziałowe),
- w zakładach nie prowadzących hospitalizacji badaniami objęto: 100% osób ścisłego kierownictwa (dyrektor lub kierownik oraz zastępcy) oraz 20% osób losowo wybranych na stanowiskach menedżerskich (komórki administracyjne, przychodnie, gabinety).

Procedura realizacji badań obejmowała następujące etapy:

- opracowanie koncepcji realizacji badania odpowiadającej celom badania,
- opracowanie metodologii badawczej i narzędzi badawczych,
- opracowanie diagnozy w oparciu o analizę ogólnego stanu faktycznego, prawnego, sytuacji ekonomicznej sektora ochrony zdrowia,
- realizację badania (zebranie materiału empirycznego – przeprowadzenie wywiadów pogłębionych wśród kadry menedżerskiej zakładów opieki zdrowotnej oraz wywiadów pogłębionych wśród przedstawicieli środowisk związanych i działających na rzecz ochrony zdrowia),
- opracowanie zebranego materiału empirycznego,
- opracowanie raportu końcowego z badań, zawierającego wnioski i rekomendacje,
- przygotowanie prezentacji Power Point, zawierającej wyniki przeprowadzonych badań oraz rekomendacje zespołu badawczego.

Dla analizy stanu zastanego w Polsce i na obszarze województwa podlaskiego wykorzystano m.in.

- Mały Rocznik Statystyczny 2009,

- opracowanie „Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia podjętych decyzją jednostek samorządu terytorialnego na przestrzeni lat 1999-2009”, Ministerstwo Zdrowia, lipiec 2009,
- opracowanie „Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w województwie podlaskim w 2008 roku” wykonane przez pracowników Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego Wydziału Polityki Społecznej PUW w Białymstoku w czerwcu 2009 roku,
- opracowanie „Stan obecny i perspektywy specjalizacji lekarskich” wykonane przez dr hab. Romana Danielewicza, Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwo Zdrowia,
- informacje Statystyczne z Portalu Zakładów Opieki Zdrowotnej, www.rejestr.gov.pl,
- Biuletyny z lat 2005-2008 Centrum Systemów Informacyjnych MOZ www.rejestr.gov.pl.

Badania dotyczyły sytuacji sektora ochrony zdrowia na tle ogólnej sytuacji społeczno-ekonomicznej kraju i sytuacji na rynku pracy oraz analizę uregulowań prawnych związanych z funkcjonowaniem podmiotów w sektorze ochrony zdrowia, a także obejmowały analizę popytu i podaży pracy w zawodach medycznych.

Przebieg badań poddany był nadzorowi i kontroli prowadzonej w firmie badającej. Wyniki prac były przedstawiane na cotygodniowych spotkaniach roboczych zespołu. Nadzór nad badaniami prowadził kierownik badań. Największym problemem zespołu badawczego był dostęp do badanych zakładów opieki zdrowotnej. Tylko dla części badanych zakładów organem założycielskim był samorząd województwa podlaskiego – zamawiający badania. Spowodowało to m.in. odmowę badań w niektórych jednostkach opieki zdrowotnej podległych ministerstwu sprawiedliwości, obrony narodowej i spraw wewnętrznych. Odmowa dotyczyła także niektórych jednostek, dla których organem założycielskim był samorząd województwa czy powiatu. W przypadku rozmów z respondentami w publicznych zakładach również dość często spotykano przypadki odmowy brania udziału w badaniu. Często spotykanym problemem badających było terminowe wypełnienie danych kwestionariusza w części pierwszej dotyczących danych zastanych. Wypełniający wskazywali, iż obligatoryjnych ankiet, kwestionariuszy i sprawozdań w okresie miesiąca sporządzali dla kilku różnych instytucji.

Badający nie weryfikowali zgodności wypełnionych przez pracowników zakładów opieki zdrowotnej kwestionariuszy w części pierwszej (dane zastane) w dobrej wierze co do ich zgodności ze stanem faktycznym.

1.2. Próba badawcza w publicznych zakładach opieki zdrowotnej

Badania przeprowadzono w publicznych zakładach opieki zdrowotnej wymienionych w tabeli 2.

Tabela 2. Wykaz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej objętych badaniem

Lp.	Powiat	Nazwa	Adres
1.	Augustowski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	16-300 Augustów ul. Szpitalna 12
2.	Augustowski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipsku	16-315 Lipsk ul. Rynek 7
3.	Augustowski	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Długoterminowej	16-300 Augustów ul. I Pułk Ułanów Krechowieckich 17
4.	Augustowski	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Augustowie	16-300 Augustów ul. Brzostowskiego 10
5.	Białostocki	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach	18-100 Łapy ul. Korczaka 23
6.	Białostocki	Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr Stanisława Deresza w Choroszczy	16-070 Choroszcz pl. Brodowicza 1
7.	Białystok	Podlaski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Białymstoku	15-062 Białystok ul. Warszawska 15
8.	Białystok	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku	15-874 Białystok ul. Poleska 89
9.	Białystok	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. K. Dłuskiego	15-540 Białystok ul. Żurawia 14
10.	Białystok	Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku	15-027 Białystok ul. Ogrodowa 12
11.	Białystok	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku	15-950 Białystok ul. M. Skłodowskiej-Curie 26
12.	Białystok	Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku	15-003 Białystok ul. Sienkiewicza 79
13.	Białystok	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	15-276 Białystok ul. M.C. Skłodowskiej 24 A
14.	Białystok	Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku	15-274 Białystok ul. J. Waszyngtona 17
15.	Białystok	Ośrodek Diagnostyczno-Badawczy Chorób Przenoszonych Drogą Płciową w Białymstoku	15-879 Białystok ul. Św. Rocha 3
16.	Białystok	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Białymstoku	15-950 Białystok ul. M. Skłodowskiej - Curie 23
17.	Białystok	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Białymstoku	15-099 Białystok ul. Legionów 8
18.	Bielski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim	17-100 Bielsk Podlaski ul. Kleszczelowska 1
19.	Bielski	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bielsku Podlaskim	17-100 Bielsk Podlaski ul. Białowieska 28
20.	Grajewski	Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Grajewie	19-200 Grajewo - Kolejowa 8
21.	Grajewski	Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie	19-203 Grajewo ul. Konstytucji 3 Maja 34
22.	Grajewski	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Grajewie	19-200 Grajewo pl. Niepodległości 12
23.	Hajnowski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	17-200 Hajnówka - Lipowa 190
24.	Hajnowski	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Hajnówce	17-200 Hajnówka ul. Piłsudskiego 10
25.	Kolneński	Szpital Ogólny w Kolnie	18-500 Kolno ul. Wojska Polskiego 69
26.	Kolneński	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Kolnie	18-500 Kolno ul. Wojska Polskiego 4

27.	Łomża	Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży	18-400 Łomża ul. Rybaki 3
28.	Łomża	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łomży	18-400 Łomża ul. Szosa Zambrowska 1/19
29.	Łomża	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży	18-404 Łomża ul. Al. Piłsudskiego 11
30.	Łomża	Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Łomży	18-400 Łomża - Szosa Zambrowska 1/27
31.	Łomża	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Łomży	18-400 Łomża ul. Księcia Janusza I 1
32.	Moniecki	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach	19-100 Mońki al. Niepodległości 9
33.	Moniecki	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. E. Jelskiego	19-120 Knyszyn ul. Grodzieńska 96
34.	Sejneński	Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia	16-515 Puńsk ul. Szkolna 26
35.	Sejneński	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sejnach	16-500 Sejny ul. Rittlera 2
36.	Siemiatycki	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Siemiatyczach	17-300 Siemiatycze ul. Kilińskiego 32
37.	Siemiatycki	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach	17-300 Siemiatycze ul. Szpitalna 8
38.	Sokółski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce	16-100 Sokółka ul. Sikorskiego 40
39.	Sokółski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej	16-200 Dąbrowa Białostocka ul. Skłodowskiej 15
40.	Sokółski	Samodzielny Publiczny Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy	16-120 Krynki ul. Grodzieńska 40
41.	Sokółski	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sokółce	16-100 Sokółka ul. 1-go Maja 13 A
42.	Suwałki	Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	16-400 Suwałki ul. Szpitalna 62
43.	Suwałki	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Suwałkach	16-400 Suwałki ul. Szpitalna 60
44.	Suwałki	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach	16-400 Suwałki ul. Szpitalna 54
45.	Suwałki	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach	16-400 Suwałki ul. Mickiewicza 11
46.	Suwałki	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Suwałkach	16-400 Suwałki ul. Utrata 9 A
47.	Suwałki	Graniczna Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Suwałkach	16-400 Suwałki ul. Utrata 9
48.	Wysokomazowiecki	Szpital Ogólny w Wysokim Mazowieckiem	18-200 Wysokie Mazowieckie ul. Szpitalna 5
49.	Wysokomazowiecki	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Wysokim Mazowieckiem	18-200 Wysokie Mazowieckie ul. 1 Maja 9

1.3. Próba badawcza w środowiskach medycznych

Badania wśród przedstawicieli środowisk medycznych związanych i działających na rzecz ochrony zdrowia prowadzone były w liczbie 100 wywiadów pogłębionych z wykorzystaniem techniki wywiadu pogłębionego IDI u respondentów dobranych wg metody losowo-kwotowej.

Zastosowanie kombinacji próby losowej z próbą kwotową tzw. metody losowo-kwotowej pozwoliło połączyć walory losowości z „wagą” danej grupy, określoną ilością reprezentantów w danej grupie oraz ekspercką oceną wagi. Wyższa ekspercka ocena wagi była przypisywana reprezentantom środowiska medycznego mającym większy od średniej wpływ na opinie i poglądy. Zastosowanie metody oznaczało procentowy wybór respondentów proporcjonalnie do ilości przedstawicieli w danej grupie. Podział do losowania w województwie podlaskim dla zachowania reprezentatywności próby był następujący (kolejność grup przypadkowa):

- grupa nr 1 – obejmowała niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej: szpitale, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, sanatoria, prewentoria, hospicja stacjonarne, inny niewymienione z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Liczba jednostek z których dokonywano losowania wynosiła 8,
- grupa nr 2 – obejmowała niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej: przychodnie, ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria, pogotowie ratunkowe, medyczne laboratoria diagnostyczne, pracownie protetyki stomatologicznej i ortodoncji, zakłady rehabilitacji leczniczej, żłobki oraz inne zakłady niepubliczne spełniające warunki określone w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Grupa z uwagi na liczbę i różnorodność podzielono dla potrzeb badań w szczególności zwiększenia reprezentatywności na podgrupy:
 - podgrupa 2a – przychodnie, poradnie i inne niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej o charakterze ogólnym i rodzinnym. Liczba jednostek w województwie z których dokonywano losowania wynosiła 316,
 - podgrupa 2b – przychodnie, poradnie i inne niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej o charakterze specjalistycznym. Liczba jednostek w województwie z których dokonywano losowania wynosiła 107,
 - podgrupa 2c – centra i laboratoria diagnostyczne. Liczba jednostek w województwie z których dokonywano losowania wynosiła 86,
 - podgrupa 2d – przychodnie, poradnie i inne niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej o charakterze stomatologicznym. Liczba jednostek w województwie z których dokonywano losowania wynosiła 29,
- grupa nr 3 – obejmowała praktyki (w nawiasie liczba jednostek z których dokonywano losowania): lekarskie (100), lekarsko-dentystyczne (1), stomatologiczne (26), pielęgniarские (16) oraz położnych (2) wskazane są w załączniku nr 4. Łączna liczba praktyk z których dokonywano losowania wynosiła 145,
- grupa nr 4 – obejmowała apteki, punkty apteczne i sklepy zielarsko-medyczne. Liczba jednostek z których dokonywano losowania (w nawiasie) : w Białymstoku (126), w miastach

powiatowych i innych (pow. 3 aptek w miejscowości -168), w mniejszych miejscowościach (1-2 apteki w miejscowości- 125). Łączna liczba aptek z których dokonywano losowania wynosiła 419,

- grupa nr 5 – obejmowała organy kontroli i nadzoru w tym konsultantów wojewódzkich w poszczególnych specjalnościach medycznych. Łączna liczba jednostek z których dokonywano losowania wynosiła 80,
- grupa nr 6 – samorządy zawodowe. Badania prowadzono w jednej izbie,
- grupa nr 7 – związki zawodowe, liczba jednostek z których dokonywano losowania wynosiła 51.

Tabela 3. Próba badawcza dla środowisk medycznych województwa podlaskiego poza publicznymi zakładami opieki zdrowotnej

Grupa	Faktyczna liczba reprezentantów w grupie	Waga ekspercka	Iloczyn liczba * waga	Obliczenia liczby respondentów	Liczba respondentów losowanych z grupy
1	8	3	24	1,02	1
2a	316	2	632	26,75	27
2b	107	2	214	9,06	9
2c	86	2	172	7,28	7
2d	29	2	58	2,45	2
3	145	2	290	12,27	12
4	419	1	419	17,73	18
5	80	5	400	16,93	17
6	3	8	24	1,02	1
7	72	2	144	6,09	6
Razem	1264		2363		100

2. Analiza problematyki funkcjonowania sektora ochrony zdrowia

2.1. Transformacja systemu opieki zdrowotnej w latach 1945-2009

System ochrony zdrowia do 1989 roku był silnie scentralizowany. Centralizacja dotyczyła wszystkich obszarów opieki zdrowotnej nazywanej w tamtych czasach „służbą zdrowia”, a także rejonizacji polegającej na przyporządkowaniu pacjenta do określonej placówki służby zdrowia. Mimo centralizacji, w Polsce zawsze istniała w służbie zdrowia, podobnie jak w innych obszarach życia gospodarczego (rolnictwo, drobny handel, rzemiosło), prywatna opieka medyczna w postaci prywatnych praktyk lekarskich i stomatologicznych oraz spółdzielni lekarskich. W tym zakresie system był znacznie korzystniejszy od całkowicie scentralizowanego systemu opieki zdrowotnej w modelu radzieckim, gdzie prywatna działalność medyczna była zakazana prawnie.

Do 1989 roku w służbie zdrowia kilkakrotnie przeprowadzano istotne zmiany strukturalne. Podstawowe zmiany miały na celu rozwinięcie bezpłatnej i powszechnej opieki zdrowotnej. Wiązało się to z budową i rozbudową sieci szpitali i innych placówek służby zdrowia. Powstawały także branżowe zakłady opieki zdrowotnej w miejscach pracy. Bezpłatna opieka zdrowotna nie dotyczyła jednak rolników indywidualnych i ich rodzin. Opieka zdrowotna dla rolników pojawiła się dopiero w 1972 roku. Mimo objęcia bezpłatną opieką medyczną rolników nie zwiększono jednak równolegle środków finansowych przeznaczanych na państwową służbę zdrowia. Utworzono natomiast zintegrowane zespoły opieki zdrowotnej (ZOZ), w skład których wchodziły: szpitale, przychodnie - podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, a także częściowo opieki społecznej.

Zmiany sektora opieki zdrowotnej w latach 80-tych, idące w kierunku decentralizacji podporządkowania jednostek służby zdrowia, były podejmowane razem z próbami zdecentralizowania struktury administracyjnej kraju przez tworzenie nowych województw i gmin. W 1983 roku kompetencje Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej zostały ograniczone, znaczną część jednostek służby zdrowia podporządkowano organom administracji samorządowej różnych szczebli. W całym tym okresie finansowanie służby zdrowia odbywało się w systemie budżetowym z centralnie zbieranych podatków. Nie istniały instrumenty i mechanizmy ekonomiczne wymuszające lepsze wykorzystanie środków finansowych, majątku służby zdrowia i kadr. Średnie wynagrodzenia służby zdrowia były niskie, niższe od wynagrodzeń robotników wykwalifikowanych i średniej krajowej.

W latach 80-tych służba zdrowia znalazła się podobnie jak cała gospodarka w zapaści ekonomicznej. Wg powszechnej opinii nastąpiło ograniczenie dostępności pacjentów do świadczeń. Dokonując oceny okresu 1945-1989 można stwierdzić, że mimo prób zmian nie doprowadziły one do sprawnego funkcjonowania sektora ochrony zdrowia. Przyczyny złego stanu służby zdrowia były różne, wynikały z uwarunkowań ówczesnego systemu politycznego i ekonomicznego oraz niskiego poziomu życia i rozwoju państwa. Reasumując w momencie rozpoczęcia transformacji ustrojowej w Polsce w 1989 roku sfera służby zdrowia charakteryzowała się:

- nierównomiernym rozmieszczeniem jednostek służby zdrowia znacznie odbiegającym od zapotrzebowania na opiekę zdrowotną na danym terenie,
- nierównomiernym rozmieszczeniem kadr i ogólnie niskim poziomem specjalizacji lekarzy,
- niskim poziomem wynagrodzeń, odbiegającym od średniej krajowej,
- nieukończonymi, nadmiernymi i nieracjonalnymi inwestycjami budowlanymi,
- niską efektywnością zarządzania i brakiem racjonalnej gospodarki finansowej zarówno w zakładach opieki zdrowotnej, jak i na szczeblach administracji samorządowej i centralnej
- utrwalonym złym sposobem finansowania, nastawionym na rozbudowę, zakupy sprzętu i wzrost zatrudnienia przy braku analizy efektywności kosztów i aktywności działania dla oszczędności kosztów lub pozyskiwania ich z dodatkowych źródeł,
- niekontrolowanymi, bez analizy celowości i racjonalności, zakupami sprzętu i materiałów medycznych oraz nieprzestrzeganiem prawa zamówień publicznych,
- systematycznie rosnącym zadłużeniem budżetu państwa z tytułu dopłat do leków refundowanych, nadużywaniem uprawnień do bezpłatnych leków oraz nieskuteczną kontrolą wystawianych recept,
- brakiem poszanowania praw pacjentów np. w zakresie nierespektowania prawa do wyrażania zgody na świadczenia medyczne oraz prawa do intymności i udostępniania informacji o stanie zdrowia.

Na początku lat 90-tych wobec zapaści systemu opieki zdrowotnej, podjęto prace nad reformowaniem tego systemu, których celem głównym było poprawienie poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. W latach 1991-1993 w kilku ośrodkach w tym w Sejmowej Komisji Zdrowia opracowano założenia systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Prace nad aktami normatywnymi były prowadzone także poza parlamentem, a następnie w Komisji Nadzwyczajnej Sejmu II kadencji. W lutym 1997 r. Sejm uchwalił Ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym przywracającą instytucję okresu międzywojennego – kasy chorych. Ustawa nie była doskonała pod kątem rozwiązań organizacyjnych (zmieniano ją ponad 40 razy) jednak niesła za sobą zasadnicze zmiany kształtujące sposób funkcjonowania i finansowania służby zdrowia a przede wszystkim ubezpieczenia pacjentów.

Powszechne ubezpieczenie zdrowotne w Polsce miało funkcjonować wg zasad:

- samorządności i samofinansowania,
- solidarności społecznej (część kosztów leczenia biedniejszych lub bardziej chorych powinno być pokrywane ze składek pozostałych ubezpieczonych),
- prawa pacjentów do wolnego wyboru lekarza i Kasy Chorych,
- zapewnienia równego dostępu do świadczeń wszystkich ubezpieczonych,
- funkcjonowania Kas Chorych jako jednostek nie działających dla zysku.

Zmiany systemowe w sektorze ochrony zdrowia rozpoczęły się 1 stycznia 1999 roku poprzez wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Podstawą zmian stało się odejście od finansowania służby zdrowia bezpośrednio z budżetu państwa. Podstawowe zmiany polegały na:

- wprowadzeniu systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego opartego na funduszach ubezpieczeniowych, funkcjonujących niezależnie od administracji rządowej i samorządowej. Obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym objęci zostali prawie wszyscy obywatele. Osoby, które nie były ubezpieczone z mocy prawa, mogły ubezpieczać się dobrowolnie. Koszty leczenia osób nie objętych ubezpieczeniem, których nie stać na ich ponoszenie, były finansowane ze środków pomocy społecznej,
- rozdzieleniu funkcji płatnika i świadczeniodawcy. Płatnikiem stały się Kasy Chorych zrzeszające ubezpieczonych, podlegających ubezpieczeniu obowiązkowemu bądź dobrowolnemu. Powstało 17 niezależnych i samorządnych Kas Chorych – jedna w każdym województwie oraz jedna tzw. Branżowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych. Zadaniem Kas było gromadzenie składek ludności i zarządzanie zgromadzonymi w ten sposób funduszami. Część zadań finansowało nadal z budżetu państwo np. programy polityki zdrowotnej m.in.: Program Opieki nad Matką i Dzieckiem, Narodowy Program Ochrony Serca oraz profilaktyczne programy zdrowotne: zwalczanie alkoholizmu, zapobieganie narkomanii i AIDS. Pozostałe środki finansowe pochodziły ze składek od podatku dochodowego od osób fizycznych, a także z dotacji i darowizn,
- określeniu roli lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, „lekarza pierwszego kontaktu” jako przewodnika pacjenta po systemie ochrony zdrowia. Zadaniem lekarza pierwszego kontaktu było sprawowanie opieki nad pacjentami zapisanymi na jego liście. Zgodnie z założeniem lekarz miał kierować leczeniem swoich pacjentów na badania oraz do lekarzy specjalistów oraz pełnić rolę opiekuna pacjenta,
- zdefiniowaniu zasad korzystania ze świadczeń zdrowotnych, w szczególności określono prawa pacjenta do nabycia nieodpłatnych świadczeń i leków w ramach ubezpieczenia. Zabezpieczenie ubezpieczonym usług medycznych odbywało się na zasadzie kontraktowania świadczeń. W umowach zawieranych przez Kasy Chorych ze świadczeniodawcami, określano prawa, obowiązki i odpowiedzialność podmiotów udzielających świadczeń,
- zwiększeniu nakładów na ochronę zdrowia, określonych procentowo w budżecie,
- wprowadzeniu mechanizmów oddłużenia zakładów opieki zdrowotnej korelowanych z działaniami naprawczymi zapobiegającymi powtórnemu narastaniu zadłużenia,
- zmianie otoczenia organizacyjnego ochrony zdrowia. Zakłady opieki zdrowotnej, które chciały uczestniczyć w systemie musiały zmienić swój status z jednostek i zakładów budżetowych w posiadające osobowość prawną samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Jako jednostki samodzielne, posiadające osobowość prawną, mogły prowadzić własną politykę kadrową i płacową, samodzielną gospodarkę finansową i być zdolne do podejmowania czynności prawnych a więc zaciągać zobowiązania i nabywać uprawnienia,
- zniesieniu rejonizacji. Ubezpieczeni na podstawie tzw. „promes” zyskali możliwość korzystania ze świadczeń wybranego przez siebie szpitala, przychodni, lekarza spośród posiadających umowę z

Kasą Chorych ubezpieczonego. System promes nie przyjął się. Ubezpieczeni mieli także prawo wyboru Kasy Chorych, której chcieli być członkami.

Krótki okres działalności Kas Chorych nie pozwala na pełną ocenę skutków ich działalności, z pewnością było to rozwiązanie nowatorskie nie tylko w stosunku do istniejącego systemu opieki zdrowotnej, ale także do Kas Chorych z okresu II Rzeczypospolitej.

Ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ), która weszła w życie 1 kwietnia 2003 r., zmieniono rozwiązania ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Odstąpiono od decentralizacji opieki zdrowotnej w szczególności w zakresie finansowania. Istniejące dotychczas 16 Kas Chorych i Branżowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych zostały połączone w jedną instytucję – Narodowy Fundusz Zdrowia. W strukturze NFZ działa obecnie Centrala i 16 oddziałów – po jednym w każdym województwie. Starano się także ujednolicić zasady finansowania świadczeń zdrowotnych oraz starano się stworzyć warunki zapewniające równy dostęp do świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych na terenie całego kraju. Jak się okazało i ta ustawa wymagała szeregu zmian i poprawek (ponad 25).

Do najważniejszych osiągnięć działania Funduszu należy zaliczyć:

- ujednolicenie zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych na terenie całego kraju,
- utworzenie Centralnego Rejestru Ubezpieczonych (CWU) zawierającego bazę danych osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych, co pozwoliło na wyeliminowanie wielokrotnych wystąpień tych samych osób w bazach danych byłych kas chorych, a tym samym na procentowe zmniejszenie przypadków nieuprawnionego wykazywania ubezpieczonych na listach,
- ujednolicenie systemów informatycznych funkcjonujących w dawnych kasach chorych,
- wprowadzenie jednolitych zasad rachunkowości NFZ (wprowadzenie jednakowych zasad wyceny majątku, jednakowe grupowanie operacji gospodarczych na takich kontach księgowych, ujednolicenie klasyfikacji księgowej świadczeń zdrowotnych), jednolity plan rozliczania kosztów administracyjnych, wprowadzenie jednolitych wzorów sprawozdań i jednolitą prezentację danych).

Wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 r.¹ stwierdzono iż Narodowy Fundusz Zdrowia został utworzony niezgodnie z Konstytucją RP. W uzasadnieniu wskazano, iż art. 68 Konstytucji RP daje obywatelom prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. W tym właśnie celu powołany został system powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia. Tymczasem Trybunał stwierdził, że NFZ nie jest w stanie zapewnić obywatelom realnych możliwości korzystania z ich konstytucyjnego prawa, ponieważ został utworzony w kształcie, który uniemożliwia mu rzetelne i sprawne działanie. Przez powołanie do życia tego rodzaju niesprawnej instytucji publicznej naruszone zostały zasady państwa prawnego, wykluczające legalność funkcjonowania modelu iluzorycznej lub czysto „potencjalnej” realizacji uprawnień. Z Ustawy z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia połowa przepisów została przez Trybunał

¹ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 r. (Dz. U. 2004 nr 5, poz. 37).

zakwestionowana, w szczególności: rozdziały 1 i 4 - w zakresie organizacji i zasad działania funduszu, rozdziały 5, 6, 7 i 8 - w zakresie zasad zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych i organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, rozdział 9 dotyczący gospodarki finansowej Funduszu oraz rozdział 13 regulujący zasady nadzoru i kontroli wykonywania zadań funduszu. W uzasadnieniu Trybunał wskazał:

- brak określenia koszyka świadczeń gwarantowanych albo przynajmniej listy świadczeń ponadstandardowych, finansowanych ze środków własnych pacjenta. Oznacza to iż ubezpieczony, odprowadzając swoją składkę, nie wie, do jakich świadczeń jest uprawniony bezpłatnie, a jakie może otrzymać za dodatkową opłatą,
- niedookreślenie kompetencji i zadań NFZ, a także dysfunkcjonalność w zakresie finansowania i niewykonalności przewidzianych ustawą rozwiązań prawnych. Trybunał uznał, że naruszeniem Konstytucji RP jest stanowienie przepisów niejasnych lub wieloznacznych, które nie pozwalają ubezpieczonemu przewidzieć konsekwencji prawnych jego zachowań. Jako przykład nieostrych i niejasnych określeń Trybunał wskazał pojęcia takie jak „najkorzystniejsza oferta” czy „świadczenie zdrowotne”. Duże zastrzeżenia Trybunału budziły przepisy regulujące gospodarkę finansową NFZ oraz strukturę i kompetencje jego organów,
- brak w ustawie instrumentów prawnych i procedur umożliwiających ubezpieczonemu egzekwowanie odpowiedzialności NFZ za realizację powierzonych mu zadań. Trybunał uznał, że dysponujący ogromnymi środkami publicznymi Fundusz nie został poddany należytej kontroli i nadzorowi ze strony organów państwa, ani organów założycielskich jednostek służby zdrowia ani zakładów opieki zdrowotnej.

Reasumując, Trybunał Konstytucyjny potwierdził wadliwość i niesprawność systemu organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych. Trybunał nie miał zastrzeżeń do systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, obejmujący: podleganie ubezpieczeniu, opłacanie składek, przetwarzanie danych oraz uprawnienia kontrolne ZUS i KRUS. Trybunał uznał, że w związku z tak poważnymi i podstawowymi wadami niemożliwe są poprawki częściowe w ustawie. Konieczne jest skonstruowanie od nowa całego systemu organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych. Trybunał, co jest oczywiste, nie wskazał żadnego modelu dla służby zdrowia, zaznaczył tylko, że bez względu na to, jaki model wybierze ustawodawca: scentralizowany czy zdecentralizowany, oparty na systemie kas chorych czy jednolitego funduszu, budżetowy czy ubezpieczeniowy, państwowy czy samorządowy - to musi on odpowiadać założeniom konstytucyjnym z punktu widzenia równości i powszechności dostępu do świadczeń zdrowotnych. Dając ustawodawcy odpowiedni czas na skonstruowanie nowego modelu i nowelizację bądź uchwalenie nowej ustawy, Trybunał orzekł, że zakwestionowane przez niego przepisy tracą moc 31 grudnia 2004 r.

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia straciła moc z dniem 1 października 2004 r. na podstawie art. 251 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135) – w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r.

2.2. Aktualny stan prawny regulujący system opieki zdrowotnej

Aktualnie stan prawny systemu opieki zdrowotnej reguluje kilkaset aktów prawnych związanych z tematyką: ochrony zdrowia w Unii Europejskiej, praw pacjenta, wykonywania zawodów medycznych, zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej, świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, farmacji, wyrobów medycznych i produktów leczniczych, samorządu terytorialnego i służby zdrowia, prawa pracy w służbie zdrowia, odpowiedzialności cywilnej i karnej lekarzy, odpowiedzialności zawodowej lekarzy, zamówień publicznych, prawa sanitarnego. Podstawowe dwa akty prawne systemu opieki zdrowotnej to:

- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.), która określa:
 - 1) definicję zakładu opieki zdrowotnej i świadczenia zdrowotnego,
 - 2) prawa pacjenta,
 - 3) organizację i funkcjonowanie szpitali,
 - 4) rejestr usług medycznych,
 - 5) czas pracy pracowników zakładów opieki zdrowotnej,
 - 6) organizację i formy działania publicznych zakładów opieki zdrowotnej w tym: formy, tworzenie, przekształcenia i likwidację oraz zasady gospodarki publicznych zakładów,
 - 7) zasady kontroli zakładów opieki zdrowotnej,
 - 8) zakłady opieki zdrowotnej podlegające szczególnej rejestracji,
 - 9) zasady funkcjonowania transportu sanitarnego.
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008. Nr 164 poz. 1027). Ustawa określa:
 - 1) warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - 2) zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń,
 - 3) zasady powszechnego - obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 4) zasady i tryb finansowania świadczeń zdrowotnych,
 - 5) podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania rozporządzeń Rady (EWG),
 - 6) zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - 7) zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń.

Inne ważne akty prawne systemu opieki zdrowotnej to:

- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza (Dz. U. 2002 r. Nr 21, poz.204 z późn. zm.). Określa ona zasady i warunki wykonywania zawodów lekarza i lekarza stomatologa,
- Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej. (Dz. U. 2001 r. Nr 57, poz.602 z późn. zm.), która określa zasady i warunki wykonywania zawodów pielęgniarzy i położnej,

- Ustawa z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego. (Dz. U. 2002 r. Nr 241 poz. 2073 z późn. zm). Ustawa określa jednostki świadczące usługi ratownictwa medycznego i zasady ich finansowania,
- Ustawa z 6 lipca 2008 o konsultantach (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 419). Ustawa określa: zasady powoływania i odwoływania konsultantów krajowych, wojewódzkich oraz wojskowej służby zdrowia; zadania konsultantów krajowych, wojewódzkich oraz wojskowej służby zdrowia; sposób finansowania realizacji zadań.

2.3. Organizacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce

2.3.1. Ogólne zasady systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Artykuł 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, stanowi, iż:

- Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
- Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.
- Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej: dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.
- Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.

Ustawa z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazuje, że świadczeniobiorcy mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie: 1) badania diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną; 2) świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne; 3) podstawową opiekę zdrowotną; 4) świadczenia w środowisku nauczania i wychowania; 5) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne; 6) rehabilitację leczniczą; 7) świadczenia stomatologiczne; 8) leczenie szpitalne; 9) świadczenia wysokospecjalistyczne; 10) leczenie w domu chorego; 11) badania i terapię psychologiczną; 12) badania i terapię logopedyczną; 13) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze a także opiekę paliatywną i hospicyjną; 14) pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi; 15) opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu; 16) opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią; 17) opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia; 18) opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18; 19) leczenie uzdrowiskowe; 20)

zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze; 21) transport sanitarny; 22) ratownictwo medyczne.

Leki podstawowe, leki uzupełniające oraz leki recepturowe są wydawane świadczeniobiorcy na podstawie recepty, za odpłatnością: 1) ryczałtową - za leki podstawowe i recepturowe przygotowywane z surowców farmaceutycznych, 2) w wysokości 30% albo 50% ceny leku - za leki uzupełniające. Maksymalna opłata ryczałtowa za lek nie może przekraczać określonej w ustawie kwoty ale jest corocznie waloryzowana.

Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności:

- 1) tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
- 2) analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany;
- 3) promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu;
- 4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

- 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy,
- 2) przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach zdrowotnych,
- 3) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami,
- 4) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Do zadań własnych powiatu w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

- 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami,
- 2) przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach zdrowotnych,
- 3) inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu,
- 4) pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia,
- 5) podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.

Do zadań własnych samorządu województwa w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd należy w szczególności:

- 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami,
- 2) przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach zdrowotnych,
- 3) opracowywanie i wdrażanie programów służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia,
- 4) inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia,
- 5) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

Do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

- 1) ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa,
- 2) ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego,
- 3) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 15 lutego każdego roku, rocznych informacji o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz o programach zdrowotnych planowanych na ten rok.

Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie objętym ustawą należy w szczególności:

- 1) prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych,
- 2) ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi,
- 3) opracowywanie i finansowanie oraz ocena efektów programów zdrowotnych, a także nadzór nad ich realizacją,
- 4) finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych,
- 5) finansowanie innych świadczeń opieki zdrowotnej z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego,
- 6) współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia,
- 7) sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym w zakresie NFZ,
- 8) zatwierdzanie planu finansowego NFZ w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych,
- 9) opiniowanie sprawozdania finansowego NFZ,
- 10) przedkładanie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej sprawozdania rocznego z działalności NFZ.

Według kryterium roli – w systemie opieki zdrowotnej można wyróżnić:

- świadczeniobiorców (pacjentów),
- bezpośrednich świadczeniodawców w postaci: publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, indywidualnych praktyk lekarskich (lekarskie, lekarsko-dentystyczne, pielęgniarские oraz położnych), aptek,
- instytucje medyczne i niemedyczne nie świadczące bezpośrednio usług świadczeniobiorcom,
- instytucje koordynacji, kontroli i nadzoru,
- izby branżowe (lekarskie, pielęgniarские i położnych, farmaceutów) oraz organizacje pożytku publicznego związane ze służbą zdrowia.

Według kryterium własności system opieki zdrowotnej można podzielić na:

- sektor publiczny, którego organem założycielskim jest organ administracji centralnej lub samorządowej,
- sektor prywatny, utworzony przez osoby prywatne oraz powstały w wyniku prywatyzacji publicznych jednostek opieki zdrowotnej.

Według kryterium zasięgu i podległości można podzielić system opieki zdrowotnej na:

- poziom ogólnokrajowy do którego zaliczamy instytucje administracji centralnej oraz podległe jednostki medyczne i niemedyczne mające znaczenie ogólnokrajowe,
- poziom wojewódzki do którego zaliczamy instytucje administracji samorządowej i państwowej oraz podległe jednostki medyczne mające znaczenie regionalne,
- poziom powiatowy do którego zaliczamy instytucje administracji samorządowej i państwowej oraz podległe jednostki mające znaczenie lokalne,
- poziom gminy do którego zaliczamy instytucje administracji samorządowej oraz podległe jednostki mające znaczenie lokalne.

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub przez grupową praktykę lekarską i grupową praktykę pielęgniarek. Zakładem opieki zdrowotnej jest:

- 1) szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, hospicjum stacjonarne, inny niewymieniony z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu,
- 2) przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, ambulatorium,
- 3) pogotowie ratunkowe,
- 4) medyczne laboratorium diagnostyczne,
- 5) pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji,
- 6) zakład rehabilitacji leczniczej,
- 7) żłobek,

- 8) ambulatorium lub ambulatorium z izbą chorych jednostki wojskowej, Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz jednostki organizacyjnej Służby Więziennej,
- 9) stacja sanitarno-epidemiologiczna,
- 10) wojskowy ośrodek medycyny prewencyjnej,
- 11) jednostka organizacyjna publicznej służby krwi,
- 12) inny zakład spełniający warunki określone w ustawie.

2.3.2. Jednostki systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Według krajowego rejestru zakładów opieki zdrowotnej w Polsce funkcjonuje 17.425 zakładów opieki zdrowotnej.

Tabela 4. Stacjonarna opieka lekarska w Polsce

Wyszczególnienie	Liczba zakładów		
	31.12.2004	31.12.2008	30.06.2009
Szpitalnictwo ogółem w tym:	1 361	1 494	1 524
Szpitala wielospecjalistyczne	677	690	692
Szpitala psychiatryczne i odwykowe	144	157	159
Szpitala jednospecjalistyczne	242	283	284
Sanatoria	140	155	156
Zakłady rehabilitacyjne	25	29	30
Zakłady udzielające świadczeń jednodniowych	288	393	421
Szpitala uzdrowiskowe	21	23	23
Stacjonarne zakłady opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej ogółem w tym:	427	480	488
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze inne niż psychiatryczne	333	376	384
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne	40	41	40
Ośrodki opiekuńcze dla osób starszych	17	21	21
Hospicja stacjonarne	61	73	75
Pozostałe zakłady	30	32	33

Źródło: Portal zakładów opieki zdrowotnej www.rejestrzoz.pl.

W 2007 r. w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej przebywało:

- w szpitalach ogólnych (bez międzywydziałowego ruchu chorych) 6.850 tys. osób (w 2000 r. – 6.007 tys., w 2005 r. – 6.739 tys., w 2006 r. – 6.791 tys.); przeciętny pobyt chorego wynosił 6,2 dnia,
- w ośrodkach leczenia odwykowego 11.356 osób (w 2000 r. – 8.377 osób, w 2005 r. – 11.239 osób, w 2006 r. – 11.334 osoby); przeciętny pobyt chorego wynosił 27,5 dnia,
- w ośrodkach rehabilitacyjnych dla narkomanów 7.514 osób (w 2000 r. – 4.613 osób, w 2005 r. – 7.845 osób, w 2006 r. – 8.458 osób); przeciętny pobyt chorego wynosił 101,1 dnia.

W 2007 r. w stacjonarnej opiece zdrowotnej na 10 tys. ludności przypadało 67,8 łóżka.

Tabela 5. Ambulatoryjna opieka zdrowotna (stan na 31.XII)

Wyszczególnienie	2000	2005	2007	2008		
				ogółem	zakłady	
					publiczne	niepubliczne
Zakłady opieki zdrowotnej	8 188	12 273	14 206	14 836	3 297	11 539
Praktyki lekarskie	5 080	7 587	7 610	6 516	-	6 516
W tym: miasta	4 211	6 044	5 894	4 898	-	4 898
W tym: wieś	869	1 543	1 716	1 618	-	1 618

Źródło: Mały Rocznik Statystyczny 2009

W zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej działają również praktyki lekarskie, które nie mają podpisanego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia lub zakładem opieki zdrowotnej, tj. działają wyłącznie w ramach środków niepublicznych. Szacuje się, że w 2007 r. działało 30,1 tys. praktyk lekarskich i 8,2 tys. praktyk stomatologicznych (odpowiednio: w 2000 r. – 24,0 tys. i 8,1 tys., w 2005 r. – 24,6 tys. i 7,9 tys., w 2006 r. – 24,2 tys. i 8,5 tys.).

Tabela 6. Ratownictwo medyczne (stan na 31.XII)

Wyszczególnienie	2005	2007	2008
Zespoły wyjazdowe ratownictwa	939	1 467	1 513
w tym: podstawowe	-	150	595
w tym: specjalistyczne	-	139	485
w tym: wypadkowe	456	651	232
w tym: reanimacyjne	398	431	151
Szpitalne oddziały ratunkowe	126	183	180
Izby przyjęć *	153	159	132
Lotnicze pogotowie ratunkowe **	17	18	18

* Komórki organizacyjne szpitali zgłoszone do współpracy z ratownictwem medycznym.

** Samolot lub śmigłowiec wraz z załogą, tj. pilotem i osobami udzielającymi pierwszej pomocy lub podejmującymi medyczne działania ratownicze.

Źródło: Mały Rocznik Statystyczny 2009

Tabela 7. Apteki ogólnodostępne i punkty apteczne (stan na 31.XII)*

Wyszczególnienie	2000	2005	2007	2008		
				ogółem	miasta	wieś
Apteki	8 318	10 019	10 632	10 620	8 795	1 825
w tym: prywatne	77 39	10 002	10 505	10 518	8 698	1 820
Punkty apteczne	271	941	1114	1 111	51	1 060

* Bez aptek szpitalnych w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej, działających na potrzeby tych zakładów.

Źródło: Mały Rocznik Statystyczny 2009

Tabela 8. Żłobki (stan na 31.XII)

Wyszczególnienie	2000	2005	2007	2008
Żłobki	428	371	373	392
W tym: publiczne	416	356	356	376
Oddziały żłobkowe	168	130	130	112
Miejsca	29 866	25 219	26 909	29 273

Źródło: Mały Rocznik Statystyczny 2009

Tabela 9. Jednostki nadzorowane i podległe Ministrowi Zdrowia

Narodowy Fundusz Zdrowia	posiada 16 oddziałów wojewódzkich
Uczelnie wyższe oraz centra egzaminacyjne i szkoleniowe	Akademie medyczne, uniwersytety medyczne, Uniwersytet Jagielloński w odniesieniu do Collegium Medicum oraz Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu w odniesieniu do Collegium Medicum w Bydgoszczy, Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie
Instytuty	Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Narodowy Instytut Leków w Warszawie, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła w Warszawie
Ośrodki badawcze, centra medyczne	Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Ośrodek Diagnostyczno – Badawczy Chorób Przenoszonych Drogą Płciową w Białymstoku, Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Krajowe Centrum do Spraw AIDS w Warszawie, Krajowe Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia w Łodzi, Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Branicach, Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Gostyninie-Zalesiu, Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim, Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w Łodzi, Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej w Warszawie, Lecznica – Centrum Lecznictwa Ogólnego i Geriatrii w Warszawie, Narodowe Centrum Krwi w Warszawie, Regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Bank Tkanek Oka w Warszawie, Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek w Warszawie,
Specjalistyczne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, ośrodki rehabilitacji, domy zdrowia	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Lotnicze Pogotowie Ratunkowe” w Warszawie, Specjalistyczne Centrum Medyczne w Polanicy - Zdroju Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralnego Ośrodka Medycyny Sportowej w Warszawie, Profilaktyczny Dom Zdrowia w Juracie, Domu Lekarza Seniora im. dr Kazimierza Fritza w Warszawie, Ośrodek Readaptacyjno - Rehabilitacyjny w Karczewie, Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie, Dom Pracownika Służby Zdrowia w Warszawie
Agencje, biura, centra obsługi, bazy rezerw	Agencja Oceny Technologii Medycznych w Warszawie, Biuro do Spraw Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia w Warszawie, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Warszawie, Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia w Warszawie, Główna Biblioteka Lekarska im. Stanisława Konopki w Warszawie, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w Warszawie, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie, Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia w Warszawie, Centralna Baza Rezerw Sanitarne – Przeciwpidemicznych w Porębach koło Zduńskiej Woli, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie, Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” w Warszawie, Samodzielny Publiczny Zakład Zaopatrzenia Ortopedycznego w Lublinie, Samodzielny Publiczny Zakład Zaopatrzenia Ortopedycznego w Poznaniu

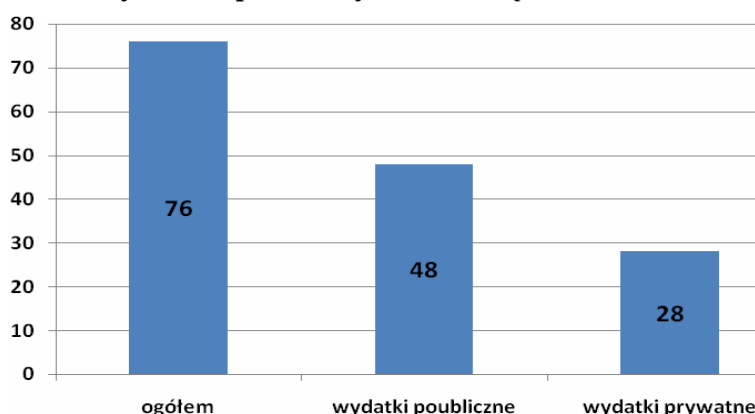
* wymienione wyżej jednostki mogą mieć formę publicznych zakładów opieki zdrowotnej mimo braku w nazwie wyraźnego oznaczenia

2.3.3. Finansowanie systemu opieki zdrowotnej

Polski system opieki zdrowotnej oparty jest na modelu ubezpieczeniowym w którym środki osób ubezpieczonych (składki zdrowotne) służą finansowaniu publicznej sfery systemu ochrony zdrowia. Podstawowym źródłem finansowania systemu jest ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia. Składka ubezpieczeniowa stanowi 9% dochodów osobistych przy czym 7,75% odliczane jest od podatku dochodowego, pozostałe 1,25% pokrywa ubezpieczony. Niektóre świadczenia wysokospecjalistyczne finansowane są bezpośrednio z budżetu Ministerstwa Zdrowia. Również z budżetu państwa finansowane jest przedszpitalne ratownictwo medyczne (pogotowie ratunkowe).

Wg szacunków Money.pl w 2008 roku każdy Polak do leczenia dopłacił średnio 737 zł². Wg oceny firmy konsultingowej Deloitte sporządzonej na podstawie danych GUS i NFZ łączna wartość rynku usług medycznych w Polsce w 2008 roku wyniosła aż 76 mld zł z tego na prywatne leczenie Polacy wydali ok. 28 mld zł co oznacza że Narodowy Fundusz Zdrowia, który osiągnął łączne przychody netto z tytułu składek w wysokości ok. 52 mld zł wydał w ubiegłym roku na leczenie pacjentów kwotę ok. 48 mld zł.

Rysunek 1. Wartość wydatków poniesionych na służbę zdrowia w 2008 r. (w mld złotych)

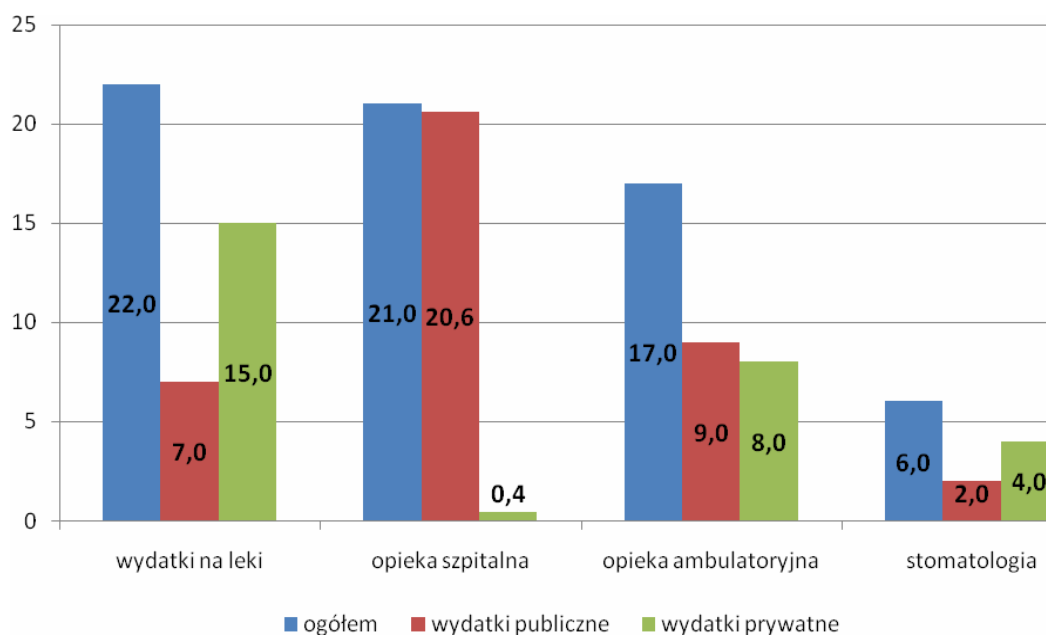


Źródło: Deloitte na podstawie danych NFZ i GUS oraz M. Gorajek „Prywatny rynek zdrowia”

W efekcie z 76 mld zł wydatki ze środków publicznych stanowią 63,2% wartości całego rynku usług zdrowotnych. Ponieważ NFZ niemal w całości płaci za opiekę szpitalną z kwoty 21 mld zł, która została wydatkowana na ten cel w 2008 roku - 98 proc. to środki publiczne. W pozostałych segmentach rynku usług zdrowotnych wydatki prywatne mają zdecydowanie większy udział. Opieka ambulatoryjna, na którą Polacy wydają ok. 17 mld zł, tylko w 53 proc. finansowana jest ze środków publicznych. Są też sektory np. stomatologia, w których wydatki prywatne zdecydowanie dominują. Na zabiegi dentystyczne Polacy wydali w 2008 roku ok. 6 mld zł. Tylko jedna trzecia tej kwoty pochodziła ze środków publicznych. Wydatki na leki pochłonęły w ubiegłym roku 22 mld zł, a jedynie 32 proc. tej kwoty to środki publiczne. Za resztę leków (głównie bezrecepturowych OTC, suplementów diety czy dermokosmetyków) Polacy płacili z własnych dochodów.

² Opracowano na podstawie www.money.pl/gospodarka/raporty/artykul/wydajemy;miliardy;na;prywatne;leczenie;rzad;ma;plan,84,0,450900.html

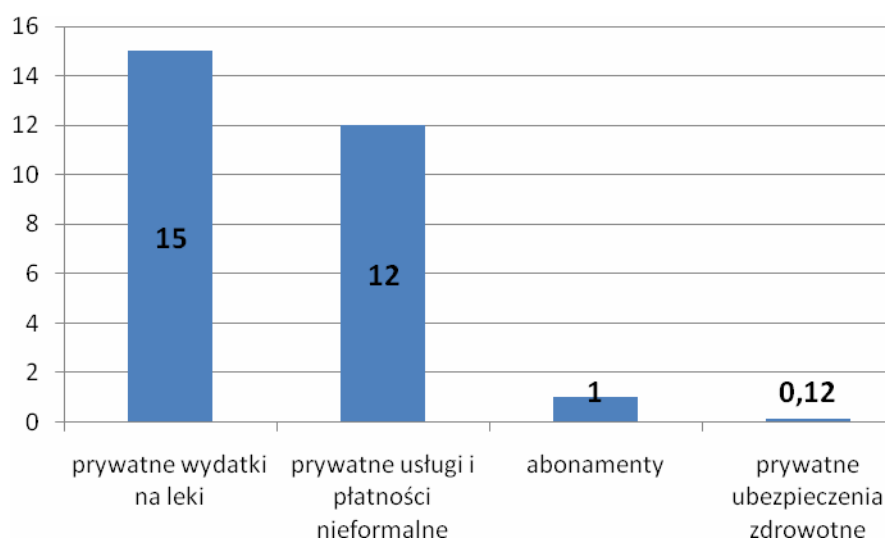
Rysunek 2. Medyczne wydatki publiczne i prywatne w 2008 r. (w mld zł)



Źródło: Deloitte na podstawie danych NFZ i GUS oraz M. Gorajek „Prywatny rynek zdrowia”

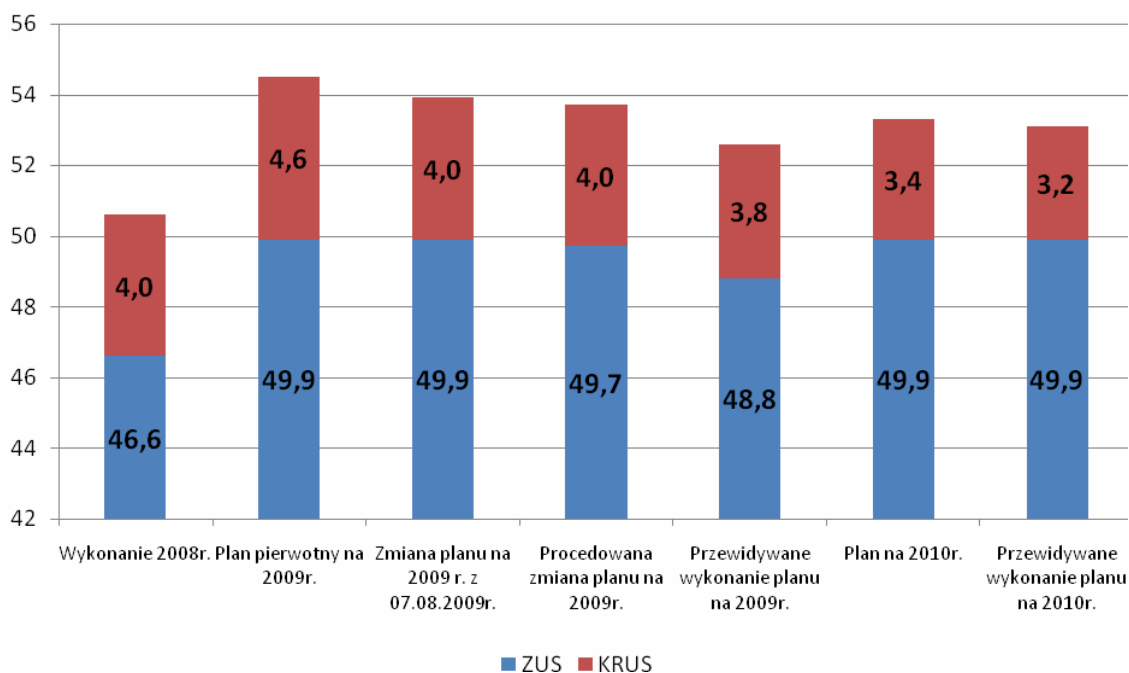
W prywatnych wydatkach na usługi medyczne największy udział w 2008 roku miały: wydatki na nierefundowane leki (15 mld zł) i na płatności za wizyty lekarskie (12 mld zł). Wciąż najmniej rozwiniętą częścią prywatnego segmentu rynku usług medycznych stanowią medyczne usługi abonamentowe. Wartość tego rynku szacowana jest na od 0,7 do 1 mld zł oraz prywatna składka ubezpieczenia zdrowotnego (rynek wart 80 do 120 mln zł).

Tabela 10. Struktura prywatnych wydatków zdrowotnych w 2008 r. (w mld zł)



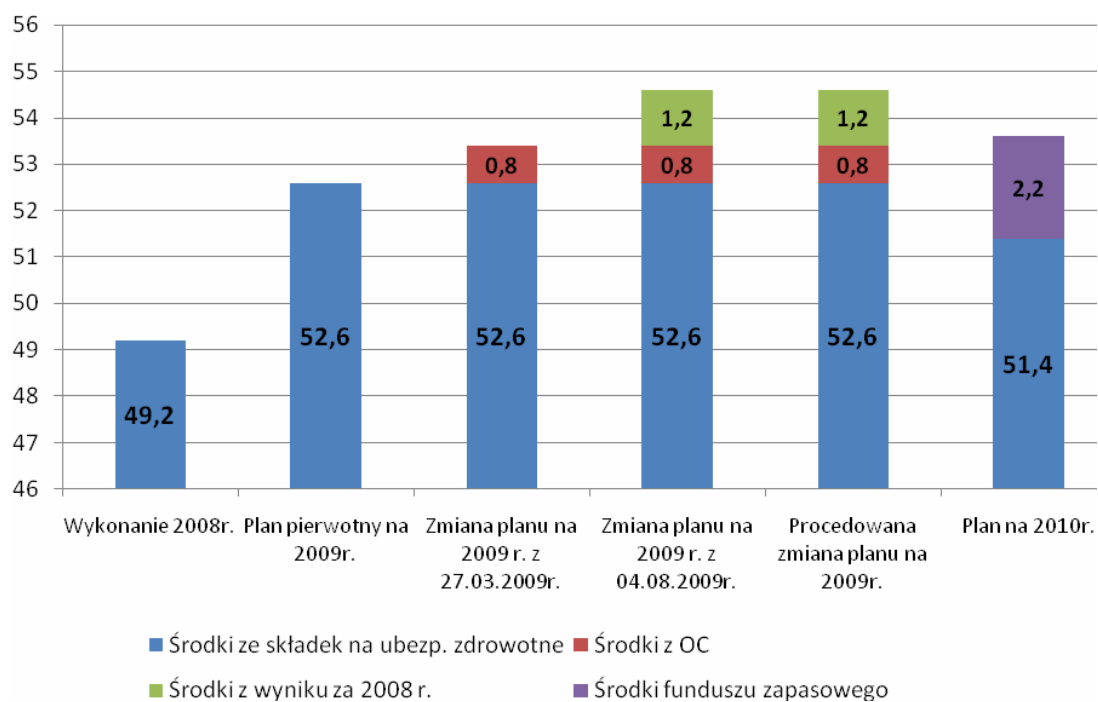
Źródło: Deloitte na podstawie danych NFZ i GUS oraz M. Gorajek „Prywatny rynek zdrowia”

Rysunek 3. Przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w latach 2008-2010 (mln zł)



Źródło: Materiały prezentowane podczas konferencji dotyczącej sytuacji finansowej NFZ oraz planów na 2010 rok, październik 2009, www.nfz.gov.pl

Rysunek 4. Nakłady na świadczenia zdrowotne w ogólnych wydatkach NFZ w latach 2008-2010 (w mln zł)



Źródło: Materiały prezentowane podczas konferencji dotyczącej sytuacji finansowej NFZ oraz planów na 2010 rok, październik 2009, www.nfz.gov.pl

Sejm nowelizował we wrześniu 2009r ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej, zmieniając algorytm, według którego rozdziela się pieniądze na leczenie w regionalnych oddziałach NFZ. Główna zmiana nowelizacji polega na nowym sposobie podziału środków. Środki finansowe przestaną być dzielone według średnich dochodów gospodarstw w województwie, a zaczną być rozdzielane między poszczególne oddziały NFZ z uwzględnieniem liczby ubezpieczonych w danym oddziale. Oprócz wskaźników demograficznych będą brane pod uwagę wskaźniki epidemiologiczne oraz tzw. wskaźnik świadczeń wysokospecjalistycznych. Dotychczasowy algorytm powodował, że większe regiony otrzymywały więcej pieniędzy na leczenie jednego pacjenta. Posłowie wskazywali, że jest to niesprawiedliwe - w jednych regionach nakłady na pacjenta wynosiły 115 proc. średniej pensji krajowej (oddział mazowiecki), w innych - 86 proc. (oddział podkarpacki). Obecny algorytm obowiązuje od roku 2007. Dzięki zmianie algorytmu podziału środków na leczenie od 2010 roku więcej pieniędzy z NFZ ma trafiać do tych województw, które tradycyjnie co roku dostawały ich najmniej. Dotyczy to m.in. województw lubuskiego, warmińsko-mazurskiego czy świętokrzyskiego ale także podlaskiego.

2.4. Potencjał systemu opieki zdrowotnej w województwie podlaskim

Potencjał województwa podlaskiego w zakresie opieki zdrowotnej (rozumiany jako infrastruktura organizacyjna bez potencjału kadrowego) w stosunku do zamieszkałej ludności nie zalicza się do przodujących w kraju, szczególnie w zakresie szpitalnictwa. Liczba ludności województwa wg stanu na 30.06.2009 roku wynosiła 1 208 606 osób co stanowiło **3,16%** ogółu ludności Polski. Porównując potencjał opieki zdrowotnej do liczby ludności otrzymujemy wyniki pokazane w poniższej tabeli.

Tabela 11. Infrastruktura szpitalnictwa wg stanu na 30.06.2009 roku w województwie podlaskim

Rodzaj opieki zdrowotnej	Typ jednostki	Kategoria porównawcza	Wielkość procentowa *
Szpitalnictwo	Szpitale ogółem	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	2,82%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	94,04%
	W tym: szpitale wielospecjalnościowe	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	3,76%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	108,96%
	W tym: szpitale psychiatryczne	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	1,89%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	117,57%
	W tym: szpitale jednospecjalistyczne	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	2,46%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys.	24,59%

		mieszkańców	
	W tym: sanatoria	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	0,64%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	10,39%
	W tym: zakłady rehabilitacyjne	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	0%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	0%
	W tym: zakłady udzielające świadczeń jednodniowych	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	2,14%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	0,75%
	W tym: szpitale uzdrowiskowe	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	0%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	0%

* wielkość ta oznacza np. w stosunku do ogółu szpitalnictwa, iż w województwie podlaskim jest zlokalizowane 2,82% ogólnej ilości szpitalnych zakładów opieki zdrowotnej przy liczbie ludności 3,16% ogółu Polaków, a liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców stanowi 94,04% średniego poziomu krajowego

Źródło: portal zakładów opieki zdrowotnej www.rejestrzoz.gov.pl

Ogólnie liczba szpitali w stosunku do liczby jednostek w kraju (2,82%) jest niższa aniżeli liczba ludności w stosunku do liczby ludności ogółem (3,16%). Podobnie sytuacja wygląda w zakresie ilości łóżek na 10 tysięcy mieszkańców. Średnia w kraju to 68,8 łóżek a w województwie podlaskim tylko 64,7 łóżek na 10 tysięcy mieszkańców co stanowi 94,04% średniej krajowej. W strukturze szpitalnictwa w województwie podlaskim o potencjale decyduje przede wszystkim ilość i wielkość kilku szpitali specjalistycznych zlokalizowanych w Białymstoku, Łomży, Suwałkach i Choroszcy. Liczba tych jednostek jest stosunkowo duża ale przede wszystkim zlokalizowanych jest w tej grupie szpitalnictwa aż 108,96% łóżek w porównaniu ze średnią w kraju. Pozostałe jednostki szpitalnictwa lokują się poniżej średnich lub nie ma ich w ogóle na terenie województwa (dotyczy zakładów rehabilitacyjnych i szpitali uzdrowiskowych). Szczegółowe ilości w poszczególnych powiatach województwa podlaskiego podane są w tabelach poniżej.

Tabela 12. Infrastruktura stacjonarnych zakładów opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej wg stanu na 30.06.2009 roku

Rodzaj opieki zdrowotnej	Typ jednostki	Kategoria porównawcza	Wielkość procentowa *
Stacjonarne zakłady opieki	Stacjonarne zakłady opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	3,48%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	102,20%
	W tym: zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno – opiekuńcze inne niż psychiatryczne	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	3,91%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	131,43%

pielęgnacyjnej i długoterminowej	W tym: zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno – opiekuńcze psychiatryczne	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	2,50%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	16,67%
	W tym: ośrodki opiekuńcze dla osób starszych	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	0%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	0%
	W tym: hospicja stacjonarne	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	4,0%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	55,56%
	W tym: pozostałe zakłady opiekuńcze	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	9,09%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	0%

Źródło: portal zakładów opieki zdrowotnej www.rejestrzoz.gov.pl

Sytuacja w zakresie infrastruktury stacjonarnych zakładów opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej wygląda korzystniej w stosunku do sytuacji w zakresie szpitalnictwa. Świadczy o tym większa liczba zakładów w stosunku do liczby jednostek w kraju (3,48%) aniżeli liczba ludności w stosunku do liczby ludności ogółem (3,16%). Podobnie sytuacja wygląda w zakresie ilości łóżek na 10 tysięcy mieszkańców. Średnia w kraju to 9,1 łóżek a w województwie podlaskim 9,3 łóżek na 10 tysięcy mieszkańców co stanowi 102,2% średniej krajowej. Szczegółowe ilości w poszczególnych powiatach województwa podlaskiego podane są w tabelach poniżej.

Tabela 13. Infrastruktura dostawców świadczeń z zakresu ambulatoryjnego wg stanu na 30.06.2009 roku

Rodzaj opieki zdrowotnej	Typ jednostki	Kategoria porównawcza	Wielkość procentowa *
Dostawcy świadczeń z zakresu ambulatoryjnego	Dostawcy świadczeń z zakresu ambulatoryjnego	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	3,48%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	72,16%
	W tym: przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	3,40%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	3,13%
	W tym: przychodnie stomatologiczne	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	3,16%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	0%
	W tym: pozostałe przychodnie jednospecjalistyczne	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	4,20%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	14,29%
	W tym: przychodnie, centra opieki	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	2,12%

	wielospecjalistycznej	Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	105,63%
	W tym: ośrodki diagnostyki	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	2,61%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	79,66%
	W tym: podmioty udzielające świadczeń w zakresie opieki domowej	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	3,37%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	95,65%
	W tym: rehabilitacji leczniczej	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	1,56%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	28,83%
	W tym: zakłady przyrodolecznicze	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	0%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	0%
	W tym: pozostałe zakłady	Liczba jednostek w stosunku do liczby jednostek w kraju	3,29%
		Porównanie liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców	33,75%

Źródło: portal zakładów opieki zdrowotnej www.rejestrzoz.gov.pl

Sytuacja w zakresie infrastruktury dostawców świadczeń z zakresu ambulatoryjnego jest stosunkowo dobra. Świadczy o tym nieco większa liczba zakładów w stosunku do liczby jednostek w kraju (3,48%) aniżeli liczba ludności w stosunku do liczby ludności ogółem (3,16%). W przypadku tego typu jednostek liczba łóżek nie ma aż takiego znaczenia jak w przypadku szpitalnictwa czy zakładów opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej. Szczegółowe ilości w poszczególnych powiatach województwa podlaskiego podane są w tabelach poniżej.

W zakresie jednostek sanitarno-epidemiologicznych sytuacja jest podobna do pozostałej części kraju, gdzie w każdym województwie jest zlokalizowana stacja wojewódzka a w niemal każdym powiecie stacja powiatowa.

Podział infrastruktury dotyczącej ilości łóżek w szpitalach wg specjalności przedstawia poniższa tabela.

Tabela 14. Wykaz łóżek rzeczywistych według oddziałów w szpitalach w województwie podlaskim

Wyszczególnienie	Liczba łóżek			
	ogółem	na 10 000 osób	ogółem	na 10 000 osób
	2007		2008	
Ogółem w tym oddziały	7 112	59,45	7 237	60,67
Chorób wewnętrznych	995	8,31	878	7,36
Alergologiczne	39	0,32	39	0,32
Diabetologiczne	46	0,38		
Endokrynologiczne	27	0,22	27	0,22
Gastroenterologiczne	72	0,60	121	1,01
Geriatryczne	18	0,15	18	0,15
Hematologiczne	27	0,22	27	0,22
Kardiologiczne	216	1,80	239	2,0
Nefrologiczne	78	0,65	78	0,65
Przewlekłe chorych	70	0,58	60	0,50
Medycyny paliatywnej	22	0,18	22	0,18
Dermatologiczne	53	0,44	53	0,44
Neurologiczne	327	2,73	322	2,69
Onkologiczne	172	1,43	172	1,44
Anestezjologii i intensywnej terapii	106	0,88	93	0,77
Gruźlicy i chorób płuc	353	2,95	353	2,95
Reumatologiczne	45	0,37	45	0,37
Rehabilitacyjne	265	2,21	281	2,35
Zakaźne	333	2,78	315	2,64
Pediatryczne	507	18,75	519	19,85
Neonatologiczne	-	-	191	1,60
Ginekologiczno-położnicze	590	4,93	573	4,80
Chirurgii ogólnej	744	6,22	770	6,45
Chirurgii klatki piersiowej	31	0,25	31	0,25
Chirurgii naczyniowej	29	0,24	29	0,24
Chirurgii onkologicznej	47	0,39	47	0,39
Chirurgii plastycznej	10	0,08	2	0,01
Kardiochirurgiczne	27	0,22	35	0,29
Neurochirurgiczne	26	0,21	31	0,25
Urazowo-ortopedyczne	353	2,95	335	2,80
Okulistyczne	104	0,86	104	0,87
Otolaryngologiczne	130	1,08	115	0,96
Chirurgii szczękowo-twarzowej	27	0,22	21	0,17
Urologiczne	132	1,10	132	1,10
Psychiatryczne	955	7,98	910	7,63
Leczenia uzależnień	182	1,52	203	1,70

Źródło: portal zakładów opieki zdrowotnej www.rejestrzoz.gov.pl

Tabela 15. Potencjał opieki zdrowotnej województwa podlaskiego wg stanu na 30.06.2009 – szpitalnictwo – cz. I

Obszar	Liczba ludności	Szpitalnictwo ogółem				w tym: szpitale wielospecjalnościowe				w tym: szpitale psychiatryczne i odwykowe				w tym: szpitale jednospecjalistyczne				w tym: sanatoria			
		zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób
Polska	38230080	1524	30410	262944	68,8	692	20928	187541	49,1	159	1872	28281	7,4	284	2888	23438	6,1	156	1317	29303	7,7
województwo podlaskie	1208606	43	836	7814	64,7	26	645	6471	53,5	3	49	1046	8,7	7	34	181	1,5	1	1	100	0,8
%	3,16%	2,82%	2,75%	2,97%	94,04%	3,76%	3,08%	3,45%	108,96%	1,89%	2,62%	3,70%	117,57%	2,46%	1,18%	0,77%	24,59%	0,64%	0,08%	0,34%	10,39%
Powiat augustowski	59190	3	34	289	48,8	1	31	175	29,6	0	0	0	0	1	2	14	2,4	1	1	100	16,9
Powiat białostocki	138456	3	53	1056	76,3	2	15	156	11,3	1	38	900	65	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat bielski	61613	1	20	244	39,6	1	20	244	39,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat grajewski	50934	3	62	284	55,8	1	17	271	53,2	0	0	0	0	1	3	12	2,4	0	0	0	0
Powiat hajnowski	50222	1	23	386	76,9	1	23	386	76,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat kolneński	40388	1	44	167	41,3	1	44	167	41,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat łomżyński	50928	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat moniecki	44242	2	17	240	54,2	2	17	240	54,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat sejneński	21676	1	13	87	40,1	1	13	87	40,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat siemiatycki	50546	1	16	150	29,7	1	16	150	29,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat sokółski	74973	3	27	382	51	2	21	380	50,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat suwalski	35526	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat wysokomazowiecki	60378	1	41	217	35,9	1	41	217	35,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat zambrowski	45292	2	27	106	23,4	1	9	104	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat m. Białystok	291383	15	331	2801	96,1	9	280	2689	92,3	0	0	0	0	4	27	111	3,8	0	0	0	0
Powiat m. Łomża	63936	2	39	666	104,2	1	38	646	101	1	1	20	3,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat m. Suwałki	68923	4	89	739	107,2	1	60	559	81,1	1	10	126	18,3	1	2	44	6,4	0	0	0	0

Źródło: portal zakładów opieki zdrowotnej www.rejestrzoz.gov.pl

Tabela 16. Potencjał opieki zdrowotnej województwa podlaskiego wg stanu na 30.06.2009 – szpitalnictwo – cz. II

Obszar	Liczba ludności	Szpitalnictwo ogółem				w tym: zakłady rehabilitacyjne				w tym: zakłady udzielające świadczeń jednolitych				w tym: szpitale uzdrowiskowe			
		zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób
Polska	38230080	1524	30410	262944	68,8	30	554	9373	2,5	421	6951	16940	4,4	23	316	7902	2,1
województwo podlaskie	1208606	43	836	7814	64,7	0	0	0	0	9	146	126	1	0	0	0	0
%	3,16%	2,82%	2,75%	2,97%	94,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,14%	2,10%	0,74%	22,73%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Powiat augustowski	59190	3	34	289	48,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat białostocki	138456	3	53	1056	76,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat bielski	61613	1	20	244	39,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat grajewski	50934	3	62	284	55,8	0	0	0	0	1	42	1	0,2	0	0	0	0
Powiat hajnowski	50222	1	23	386	76,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat kolneński	40388	1	44	167	41,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat łomżyński	50928	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat moniecki	44242	2	17	240	54,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat sejneński	21676	1	13	87	40,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat siemiatycki	50546	1	16	150	29,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat sokólski	74973	3	27	382	51	0	0	0	0	1	6	2	0,3	0	0	0	0
Powiat suwalski	35526	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat wysokomazowiecki	60378	1	41	217	35,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat zambrowski	45292	2	27	106	23,4	0	0	0	0	1	18	2	0,4	0	0	0	0
Powiat m, Białystok	291383	15	331	2801	96,1	0	0	0	0	5	63	111	3,8	0	0	0	0
Powiat m, Łomża	63936	2	39	666	104,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat m, Suwałki	68923	4	89	739	107,2	0	0	0	0	1	17	10	1,5	0	0	0	0

Źródło: portal zakładów opieki zdrowotnej www.rejestrzoz.gov.pl

Tabela 17. Potencjał opieki zdrowotnej województwa podlaskiego wg stanu na 30.06.2009 – stacjonarne zakłady opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej – cz. I

Obszar	Liczba ludności	Stacjonarne zakłady opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej				w tym: zakłady opiek.-lecznicze i pielęgnacyjno-opiek. Inny niż psychiatryczny				w tym: zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne				w tym: ośrodki opiekuńcze dla osób starszych			
		zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób
Polska	38230080	488	2859	34744	9,1	384	2050	26816	7	40	371	7053	1,8	21	84	1215	0,3
województwo podlaskie	1208606	17	121	1119	9,3	15	110	1112	9,2	1	3	35	0,3	0	0	0	0
%	3,16%	3,48%	4,23%	3,22%	102,20%	3,91%	5,37%	4,15%	131,43%	2,50%	0,81%	0,50%	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Powiat augustowski	59190	1	3	32	5,4	1	3	32	5,4	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat białostocki	138456	1	1	15	1,1	1	1	15	1,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat bielski	61613	1	1	20	3,2	1	1	20	3,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat grajewski	50934	1	2	46	9	1	2	46	9	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat hajnowski	50222	1	23	386	76,9	1	23	386	76,9	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat kolneński	40388	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat łomżyński	50928	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat moniecki	44242	1	12	148	33,5	1	12	148	33,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat sejneński	21676	1	6	33	15,2	1	6	33	15,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat siemiatycki	50546	3	6	65	12,9	2	3	65	12,9	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat sokólski	74973	1	3	35	4,7	1	3	35	4,7	1	3	35	4,7	0	0	0	0
Powiat suwalski	35526	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat wysokomazowiecki	60378	2	46	277	45,9	2	42	277	45,9	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat zambrowski	45292	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat m. Białystok	291383	2	5	27	0,9	1	3	27	0,9	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat m. Łomża	63936	1	3	15	2,3	1	1	8	1,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat m. Suwałki	68923	1	10	20	2,9	1	10	20	2,9	0	0	0	0	0	0	0	0

Źródło: portal zakładów opieki zdrowotnej www.rejestrzoz.gov.pl

Tabela 18. Potencjał opieki zdrowotnej województwa podlaskiego wg stanu na 30.06.2009 – stacjonarne zakłady opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej – cz. II

Obszar	Liczba ludności	Stacjonarne zakłady opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej				w tym: hospicja stacjonarne				w tym: pozostałe zakłady opiekuńcze			
		zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób
Polska	38230080	488	2859	34744	9,1	75	621	3625	0,9	33	186	778	0,2
województwo podlaskie	1208606	17	121	1119	9,3	3	7	66	0,5	3	10	0	0
%	3,16%	3,48%	4,23%	3,22%	102,20%	4,00%	1,13%	1,82%	55,56%	9,09%	5,38%	0,00%	0,00%
Powiat augustowski	59190	1	3	32	5,4	1	3	32	5,4	0	0	0	0
Powiat białostocki	138456	1	1	15	1,1	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat bielski	61613	1	1	20	3,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat grajewski	50934	1	2	46	9	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat hajnowski	50222	1	23	386	76,9	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat kolneński	40388	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat łomżyński	50928	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat moniecki	44242	1	12	148	33,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat sejneński	21676	1	6	33	15,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat siemiatycki	50546	3	6	65	12,9	0	0	0	0	1	3	0	0
Powiat sokółski	74973	1	3	35	4,7	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat suwalski	35526	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat wysokomazowiecki	60378	2	46	277	45,9	0	0	0	0	0	4	0	0
Powiat zambrowski	45292	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat m, Białystok	291383	2	5	27	0,9	1	3	27	0,9	1	2	0	0
Powiat m, Łomża	63936	1	3	15	2,3	1	1	7	1,1	1	1	0	0
Powiat m, Suwałki	68923	1	10	20	2,9	0	0	0	0	0	0	0	0

Źródło: portal zakładów opieki zdrowotnej www.rejestrzoz.gov.pl

Tabela 19. Potencjał opieki zdrowotnej województwa podlaskiego wg stanu na 30.06.2009 – dostawcy świadczeń z zakresu lecznictwa ambulatoryjnego – cz. I

Obszar	Liczba ludności	Dostawcy świadczeń z zakresu ambulatoryjnego				w tym: przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej				w tym: przychodnie stomatologiczne				w tym: pozostałe przychodnie jedno specjalistyczne				w tym: przychodnie, centrum wielospecjalistycznej opieki ambulatoryjnej				w tym: ośrodki diagnostyki			
		zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób
Polska	38230080	16317	160285	104537	27,3	5791	70227	12232	3,2	4050	34784	5630	1,5	2830	13965	10597	2,8	5615	95584	61199	16	1610	21562	44930	11,8
województwo podlaskie	1208606	568	3623	2386	19,7	197	1312	11	0,1	128	474	3	0	119	530	44	0,4	119	1435	2038	16,9	42	381	1135	9,4
%	3,16%	3,48%	2,26%	2,28%	72,16%	3,40%	1,87%	0,09%	3,13%	3,16%	1,36%	0,05%	0,00%	4,20%	3,80%	0,42%	14,29%	2,12%	1,50%	3,33%	105,63%	2,61%	1,77%	2,53%	79,66%
Powiat augustowski	59190	17	151	179	30,2	9	88	0	0	2	10	0	0	3	12	0	0	7	98	175	29,6	3	61	175	29,6
Powiat białostocki	138456	54	213	129	9,3	25	126	0	0	12	23	0	0	9	24	0	0	3	32	129	9,3	1	16	129	9,3
Powiat bielski	61613	20	142	0	0	9	76	0	0	4	8	0	0	3	4	0	0	2	31	0	0	1	4	0	0
Powiat grajewski	50934	13	153	17	3,3	5	90	1	0,2	4	56	1	0,2	4	18	12	2,4	5	83	1	0,2	2	54	1	0,2
Powiat hajnowski	50222	8	55	0	0	6	43	0	0	3	7	0	0	1	6	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Powiat kolneński	40388	9	94	167	41,3	7	41	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	48	167	41,3	1	44	167	41,3
Powiat łomżyński	50928	2	56	0	0	1	9	0	0	1	10	0	0	0	0	0	0	0	37	0	0	0	0	0	0
Powiat moniecki	44242	7	135	148	33,5	3	92	0	0	2	11	0	0	2	6	0	0	2	31	0	0	2	10	0	0
Powiat sejneński	21676	7	65	0	0	5	30	0	0	2	16	0	0	2	20	0	0	2	32	0	0	0	0	0	0
Powiat siemiatycki	50546	14	100	0	0	10	49	0	0	1	5	0	0	1	1	0	0	1	28	0	0	0	0	0	0
Powiat sokółski	74973	24	229	2	0,3	13	133	0	0	5	58	0	0	4	21	2	0,3	4	84	0	0	2	12	0	0
Powiat suwalski	35526	5	52	0	0	5	47	0	0	0	2	0	0	0	11	0	0	1	17	0	0	0	0	0	0
Powiat wysokomazowiecki	60378	14	152	217	35,9	8	79	0	0	3	16	0	0	3	9	0	0	1	41	217	35,9	0	0	0	0
Powiat zambrowski	45292	12	82	106	23,4	6	25	0	0	6	30	2	0,4	1	5	0	0	3	34	2	0,4	1	9	104	23
Powiat m. Białystok	291383	291	1413	132	4,5	62	271	0	0	73	206	0	0	73	299	10	0,3	68	589	132	4,5	21	77	0	0
Powiat m. Łomża	63936	37	318	646	101	11	58	0	0	6	10	0	0	6	73	0	0	9	148	646	101	4	27	0	0
Powiat m. Suwałki	68923	34	213	643	93,3	12	55	10	1,5	4	6	0	0	6	21	20	2,9	9	100	569	82,6	4	67	559	81,1

Źródło: portal zakładów opieki zdrowotnej www.rejestrzoz.gov.pl

Tabela 20. Potencjał opieki zdrowotnej województwa podlaskiego wg stanu na 30.06.2009 – dostawcy świadczeń z zakresu leczenia ambulatoryjnego – cz. II

Obszar	Liczba ludności	Dostawcy świadczeń z zakresu ambulatoryjnego				w tym: podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki domowej				w tym: zakłady rehabilitacji leczniczej				w tym: zakłady przyrodolecznicze				w tym: pozostałe podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki ambulatoryjnej			
		zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób
Polska	38230080	16317	160285	104537	27,3	1127	12912	8914	2,3	1409	19931	42355	11,1	21	233	2285	0,6	1488	14518	30624	8
województwo podlaskie	1208606	568	3623	2386	19,7	38	337	268	2,2	22	178	386	3,2	0	0	0	0	49	485	332	2,7
%	3,16%	3,48%	2,26%	2,28%	72,16%	3,37%	2,61%	3,01%	95,65%	1,56%	0,89%	0,91%	28,83%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,29%	3,34%	1,08%	33,75%
Powiat augustowski	59190	17	151	179	30,2	3	14	0	0	1	31	175	29,6	0	0	0	0	4	59	179	30,2
Powiat białostocki	138456	54	213	129	9,3	0	0	0	0	6	15	0	0	0	0	0	0	7	25	0	0
Powiat bielski	61613	20	142	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0
Powiat grajewski	50934	13	153	17	3,3	1	42	1	0,2	2	3	0	0	0	0	0	0	3	50	5	1
Powiat hajnowski	50222	8	55	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Powiat kolneński	40388	9	94	167	41,3	0	0	0	0	1	44	167	41,3	0	0	0	0	1	10	0	0
Powiat łomżyński	50928	2	56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat moniecki	44242	7	135	148	33,5	0	0	0	0	1	29	0	0	0	0	0	0	2	21	148	33,5
Powiat sejneński	21676	7	65	0	0	2	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0
Powiat siemiatycki	50546	14	100	0	0	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	14	0	0
Powiat sokółski	74973	24	229	2	0,3	2	5	0	0	2	7	0	0	0	0	0	0	4	35	0	0
Powiat suwalski	35526	5	52	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	0	0
Powiat wysokomazowiecki	60378	14	152	217	35,9	1	45	217	35,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0
Powiat zambrowski	45292	12	82	106	23,4	3	22	0	0	1	8	0	0	0	0	0	0	1	9	0	0
Powiat m. Białystok	291383	291	1413	132	4,5	15	153	30	1	5	24	0	0	0	0	0	0	16	179	0	0
Powiat m. Łomża	63936	37	318	646	101	2	7	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	4	22	0	0
Powiat m. Suwałki	68923	34	213	643	93,3	5	18	20	2,9	2	12	44	6,4	0	0	0	0	2	26	0	0

Źródło: portal zakładów opieki zdrowotnej www.rejestrzoz.gov.pl

Tabela 21. Potencjał opieki zdrowotnej województwa podlaskiego wg stanu na 30.06.2009 – jednostki prowadzące program zdrowia publicznego i administrujące programem zdrowia publicznego

	Liczba ludności	Jednostki prowadzące progr. zdrowia publicznego i admin. progr. zdrowia publicznego				w tym: stacje sanitarno-epidemiologiczne			
		zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób	zakłady	komórki	łóżka	łóżka/10 tys. osób
Polska	38230080	355	1788	1528	0,4	342	1643	0	0
województwo podlaskie	1208606	16	120	0	0	16	120	0	0
%	3,16%	4,51%	6,71%	0,00%	0,00%	4,68%	7,30%		
Powiat augustowski	59190	1	8	0	0	1	8	0	0
Powiat białostocki	138456	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat bielski	61613	1	7	0	0	1	7	0	0
Powiat grajewski	50934	1	7	0	0	1	7	0	0
Powiat hajnowski	50222	1	7	0	0	1	7	0	0
Powiat kolneński	40388	1	3	0	0	1	3	0	0
Powiat łomżyński	50928	1	0	0	0	1	0	0	0
Powiat moniecki	44242	1	7	0	0	1	7	0	0
Powiat sejneński	21676	1	6	0	0	1	6	0	0
Powiat siemiatycki	50546	1	8	0	0	1	8	0	0
Powiat sokółski	74973	1	8	0	0	1	8	0	0
Powiat suwalski	35526	0	0	0	0	0	0	0	0
Powiat wysokomazowiecki	60378	1	8	0	0	1	8	0	0
Powiat zambrowski	45292	1	6	0	0	1	6	0	0
Powiat m, Białystok	291383	2	16	0	0	2	16	0	0
Powiat m, Łomża	63936	0	14	0	0	0	14	0	0
Powiat m, Suwałki	68923	2	15	0	0	2	15	0	0

Źródło: portal zakładów opieki zdrowotnej www.rejestrzoz.gov.pl

2.5. Przekształcenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej³

Aktualnie wobec braku odrębnych przepisów prawnych dotyczących komercjalizacji lub prywatyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej dla potrzeb przekształceń stosuje się przepisy zawarte w ustawach samorządowych oraz ustawie o zakładach opieki zdrowotnej⁴. Tworzenie, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia lub uchwały podmiotu, który utworzył zakład, czyli w większości przypadków właściwej jednostki samorządu terytorialnego (art. 36 ustawy o ZOZ). W chwili likwidacji SP ZOZ jego zobowiązania i należności stają się zobowiązaniami i należnościami podmiotu tworzącego zakład. Podmiot ten decyduje o dalszym wykorzystaniu majątku np. o jego przekazaniu (dzierżawie, sprzedaży) innemu podmiotowi w celu utworzenia i prowadzenia niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Poza przekształceniami własnościowymi, polegającymi na zmianie formy organizacyjno-prawnej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SP ZOZ), coraz częściej poddawane są one łączeniu w trybie art. 43h ust. 1 i 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

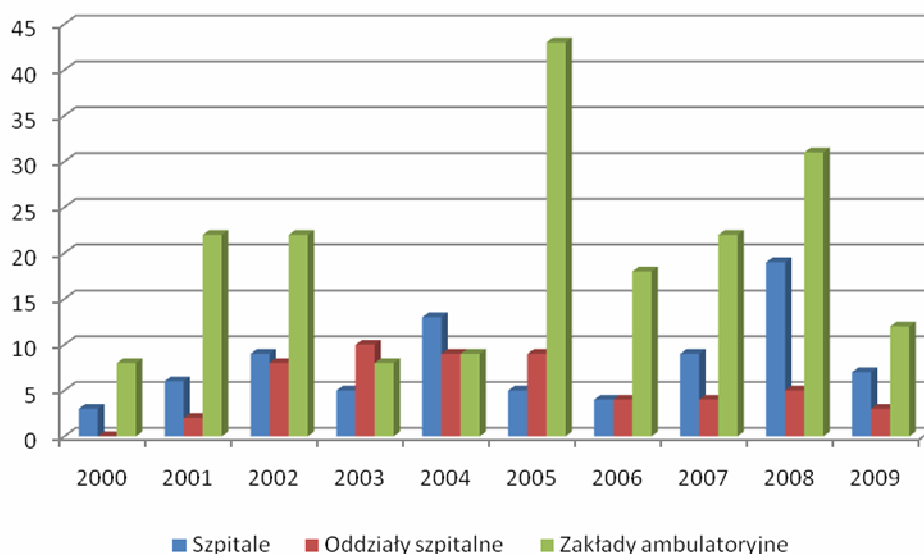
Systematycznie wzrasta liczba zakładów opieki zdrowotnej tworzonych i prowadzonych przez spółki prawa handlowego. Od 1999 r. do końca I półrocza 2009 roku samorządy zgodnie ze swoimi kompetencjami „przekształciły” 326 jednostek i komórek organizacyjnych zakładów, w tym: 77 szpitali, 196 zakładów leczenia ambulatoryjnego, 53 oddziały szpitalne. Jednostki te stały się niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

Zmiany własnościowe podejmowane były na wszystkich szczeblach samorządu terytorialnego. Największą inicjatywę przekształceń wykazywały miasta oraz powiaty. Podmioty te zlikwidowały 232 jednostki i komórki organizacyjne SP ZOZ (w tym 62 szpitale, 39 oddziałów szpitalnych, 131 zakładów leczenia ambulatoryjnego) powołując w to miejsce jednostki niepubliczne. Znacznie niższą aktywność odnotowano w zakładach utworzonych przez gminy i sejmiki województw.

³ rozdział opracowano na podstawie „Informacji o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia podjętych decyzją jednostek samorządu terytorialnego na przestrzeni lat 1999-2009”, Ministerstwo Zdrowia, lipiec 2009 r.

⁴ ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591, z późn. zm.), ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592, z późn. zm.), ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1590, z późn. zm.), ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.)

Rysunek 5. Dynamika przekształceń własnościowych 1999 – I połowa 2009



W latach 1999 – 2009 (I półrocze), decyzją jednostki samorządu terytorialnego, procesem przekształceń własnościowych objęto 77 szpitali, co stanowi 12,7% (wzrost o 2% w porównaniu do 2008 r.) wszystkich publicznych szpitali w Polsce. Od 2004 roku systematycznie rosła liczba szpitali niepublicznych, szczególnie dynamicznie w 2008 r. Najczęściej podmioty te powoływane były przez kapitałowe spółki prawa handlowego, mniej przez spółki cywilne, spółki jawne i partnerskie. Podobna tendencja występowała w grupie zakładów leczenia ambulatoryjnego, przy czym udział jednostek samorządu terytorialnego w kapitale zakładowym nowoutworzonych spółek, powołujących szpitale był dużo wyższy niż w ambulatoriach, wynosił najczęściej 100%. W przekroju regionalnym najwięcej niepublicznych szpitali zarejestrowanych było w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, śląskim, lubuskim, opolskim, pomorskim, najmniej natomiast w: podkarpackim, podlaskim, mazowieckim, zachodniopomorskim.

Często zmianom własnościowym ulegały wyodrębnione organizacyjnie oddziały szpitalne. Od 2001 r. formę prowadzenia działalności zmieniły 53 oddziały. Najwięcej oddziałów (10) „przekształcono” w 2003 roku. Zmiany w tym zakresie przeprowadzały województwa: wielkopolskie, łódzkie, śląskie i małopolskie. Największe tempo przekształceń odnotowano w grupie zakładów leczenia ambulatoryjnego. Od 1999 r. wobec 196 zakładów ambulatoryjnych podjęto decyzję o zmianie formy własności z publicznej na niepubliczną. Duże nasilenie miało miejsce w roku 2005 w województwach: śląskim, łódzkim, małopolskim i świętokrzyskim. Wtedy „przekształcono” 44 zakłady. W kolejnych latach dynamika przekształceń tej grupy zakładów była zróżnicowana. Zmian własnościowych w ogóle nie zarejestrowano w 3 województwach: podkarpackim, mazowieckim i zachodniopomorskim. Badania danych statystycznych urzędów wojewódzkich oraz wojewódzkich centrów zdrowia publicznego dowodzą, iż niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej powoływane były

przez podmioty funkcjonujące w formie spółek osobowych i kapitałowych spółek prawa handlowego. Większość niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej powstających na bazie majątku publicznych zakładów opieki zdrowotnej tworzone było przez spółki kapitałowe (77%) - spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i spółki akcyjne. Wśród nie kapitałowych spółek powołujących niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej dominowały spółki: cywilne (15%), jawne (4,4%) partnerskie (3,6%).

Niezależnie od zmiany formy organizacyjno-prawnej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, coraz częściej w obszarze przekształceń własnościowych podejmowane są decyzje o łączeniu SP ZOZ-ów. Łączenie zakładów odbywa się przez przeniesienie mienia jednego zakładu na inny (art. 43h ust 1 pkt 1 ustawy o ZOZ) lub utworzenie nowego zakładu z co najmniej dwóch łączących się zakładów (art. 43h ust. 1 pkt 2 ustawy o ZOZ). Decyzje w tej sprawie podejmują podmioty tworzące zakłady opieki zdrowotnej. Do czerwca 2009 r. procesem łączenia objętych było 42 SP ZOZ. W trybie art. 43h ust 1 pkt 1 ustawy (poprzez przeniesienie mienia jednego zakładu na inny) połączono 36 zakładów, z których powstało 18 podmiotów. Połączenie dotyczyło: 24 zakładów stacjonarnych oraz 12 zakładów opieki ambulatoryjnej. Decyzje o połączeniu SP ZOZ-ów zwykle podejmowane były przez te same podmioty tworzące ZOZ-y, tzn. przez sejmiki województw, w trzech województwach (dolnośląskim, mazowieckim i wielkopolskim) przez rady miasta. W trzech przypadkach dokonano połączenia SP ZOZ-ów w drodze porozumienia, bowiem dla tych jednostek organami założycielskimi były różne podmioty. Reasumując, połączeniu podlegało 42 SP ZOZ-y, z których powstało 20 „nowych” zakładów opieki zdrowotnej.

W województwie podlaskim dokonano jednego przekształcenia w 2002 roku. Decyzją Rady Powiatu ze Szpitala Ogólnego w Zambrowie utworzono Szpital Miejski w Zambrowie mający formę spółki z o.o. i będący w 100% własnością organu założycielskiego. Ilość ta stawia województwo podlaskie na przedostatnim miejscu wśród innych województw. Nie dokonywano w województwie podlaskim przekształceń oddziałów szpitalnych i zakładów opieki ambulatoryjnej, co automatycznie stawia województwo podlaskie w tym zakresie na ostatnim miejscu w skali kraju, pod względem liczby przekształceń tego typu.

2.6. Stan i struktura zatrudnienia personelu medycznego w Polsce i w województwie podlaskim

2.6.1. Stan i struktura zatrudnienia personelu medycznego w Polsce

Stan zatrudnienia w opiece zdrowotnej w Polsce w ostatnich latach nie ulegał większym zmianom. Wyjątkiem jest grupa lekarzy, której liczebność po 2004 roku zmalała w wyniku stałej lub czasowej emigracji przede wszystkim do krajów Unii Europejskiej. W wyniku akcesji Polski do UE zniknął problem związany z uznawalnością dyplomów i kwalifikacji zawodowych profesji medycznych a skala mobilności pracowników ochrony zdrowia znacznie się zwiększyła. Zjawisko migracji personelu medycznego monitorowane jest w Ministerstwie Zdrowia poprzez rejestrację

liczby wydawanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych w celu podjęcia pracy w krajach UE⁵. Liczba wydanych zaświadczeń nie jest jednoznaczna z liczbą osób, które faktycznie wyjechały z kraju i podjęły pracę w innym kraju UE. Z informacji uzyskanych od przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej i Związku Zawodowego Anestezjologów wynika, że znaczna większość lekarzy pobierających zaświadczenia podejmuje pracę za granicą na czas określony np.: na 3 miesiące. W praktyce stosowane są również takie umowy z pracodawcą zagranicznym, że 4 lekarzy podpisuje umowę na rok po 3 miesiące każdy z nich. Wówczas, kiedy lekarz po trzech miesiącach pracy za granicą wraca do kraju, następny z nich wyjeżdża z kraju do pracy za granicą. Inną stosowaną formą zatrudnienia lekarzy za granicą jest umowa na pracę w weekendy. Przytaczane są również przykłady, kiedy po otrzymaniu zaświadczenia przez lekarza nie podejmuje on żadnej formy zatrudnienia za granicą. Natomiast w środowisku pielęgniarek obserwowane jest zjawisko migracji do pracy za granicą bez pobierania zaświadczeń o kwalifikacjach. Pielęgniarki często podejmują pracę za granicą w opiece długoterminowej lub domach opieki społecznej w okresie urlopu bezpłatnego uzyskanego w swoim zakładzie pracy. Liczbę wydawanych zaświadczeń należy oceniać jako wskaźnik zainteresowania personelu medycznego podjęciem pracy za granicą. Dynamika liczby wydawanych zaświadczeń w drugim roku po przystąpieniu Polski do UE znacznie zmalała. W pierwszym roku po przystąpieniu Polski do UE omawiane zaświadczenia pobrało 3% aktywnych zawodowo lekarzy. Natomiast w ciągu dwóch lat łącznie zaświadczenia pobrało 4,32% lekarzy aktywnych zawodowo. Największy procent wydawanych zaświadczeń dotyczy lekarzy ze specjalizacją w zakresie: anestezjologia i intensywna terapia 15,69%, chirurgia plastyczna 14,79%, chirurgia klatki piersiowej 12,84%, medycyna ratunkowa 11,14%. Migracja polskich lekarzy i pielęgniarek jest negatywnym zjawiskiem dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. Pomimo, że według aktualnej oceny sytuacji nie jest to zjawisko masowe to stanowi dużą stratę wykwalifikowanego personelu medycznego. Migracja lekarzy dotyczy w przeważającej większości grupy specjalistów. Skutkiem migracji już obecnie odczuwalnym w systemie ochrony zdrowia, jest deficyt specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, mimo systematycznego kształcenia w tej specjalizacji.

Emigracja polskich pracowników medycznych była większa od imigracji do Polski takich pracowników. Według danych Ministerstwa Pracy liczba zezwoleń na pracę dla cudzoziemców zamierzających podjąć zatrudnienie w Polsce w opiece medycznej w 2008 roku wynosiła w zawodach medycznych 154, w tym dla lekarzy 82, a dla pielęgniarek 3 zezwolenia. W I połowie 2009 roku liczba zezwoleń dla tej grupy cudzoziemców wynosiła 92, w tym dla lekarzy 38, a dla pielęgniarek 3⁶. Wynika z tego że imigracja z uwagi na niewielką skalę na tym etapie nie mogła być regulatorem odpływu wykwalifikowanych kadr medycznych za granicę.

⁵ opracowano na podstawie „Monitorowanie migracji polskich lekarzy pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do UE” Ministerstwo Zdrowia 2007r. www.mz.gov.pl

⁶ www.mpips.gov.pl

Jednakże poziom zatrudnienia w tej grupie od 2005 roku wzrasta w wyniku napływu na rynek pracy absolwentów uczelni medycznych a także powrotu części lekarzy z emigracji zarobkowej.

Tabela 22. Pracownicy medyczni w Polsce*

Wyszczególnienie	2000	2005	2006	2007
Lekarze	85 031	76 046	77 479	78 229
Lekarze dentyści	11 758	11 881	12 187	12 930
Farmaceuci	22 161	21 971	22 442	22 962
Pielęgniarki	189 632	178 790	178 781	181 895
W tym: mgr	-	5 181	6 893	6 484
Położne	21 997	20 832	20 919	21 445
W tym: mgr	-	164	460	408
Fizjoterapeuci	-	16 213	16 904	17 421
W tym: mgr	-	-	-	6 232
Diagności laboratoryjni **	-	-	-	8 555

* pracujący bezpośrednio z pacjentem, tj. bez osób dla których głównym miejscem pracy jest uczelnia, administracja państwowa i samorządowa oraz NFZ. Oddzielnie prezentowane są dane dotyczące pracowników medycznych resortu obrony narodowej, ministerstwa spraw wewnętrznych i administracji oraz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego

** pracownicy z wyższym wykształceniem np. chemicy, mikrobiolodzy

Źródło: Mały Rocznik Statystyczny 2009

Tabela 23. Pracownicy medyczni resortu obrony narodowej oraz spraw wewnętrznych i administracji

Wyszczególnienie	resort obrony narodowej				resort spraw wewnętrznych*			
	2000	2006	2007	2008	2000	2006	2007	2008
Lekarze	3 700	2 883	2 269	3 010	1 600	1 386	1 434	1 495
W tym specjaliści	3 544	2 498	1 855	1 975	1 427	1 059	1 304	1 140
Lekarze dentyści	558	283	351	325	142	24	23	24
Farmaceuci	191	62	87	75	57	45	52	45
Pielęgniarki	5 070	4 059	4 506	4 670	3 030	3 014	2 992	3 078
Położne	221	132	235	218	146	150	172	178

* łącznie z ABW

Źródło: Mały Rocznik Statystyczny 2009 s. 252

W środowiskach medycznych panuje pogląd, że druga połowa lat 90-tych i lata 2000-2002 były ostatnimi, w których fala zwolnień dotknęła pracowników ochrony zdrowia⁷. W 2030 roku w Polsce 2 miliony ludzi będzie miało ponad 80 lat, a niemal co czwarty obywatel przekroczy 60-ty rok życia. Wg prognoz ONZ w 2050 roku Polska znajdzie się w grupie 10 krajów na świecie z najwyższą średnią wieku, wyprzedzając w tym zakresie m.in. Niemcy. Spowoduje to stałe zapotrzebowanie na pracowników kadr medycznych. Uważa się że lekarz, pielęgniarka, rehabilitant - to zawody przyszłości. Obecnie w wielu zakładach opieki zdrowotnej brakuje lekarzy specjalistów a w przyszłości deficyt ten się pogłębi. Bezrobocie w zawodach medycznych jest dziś niewielkie dla lekarzy, w mniejszym stopniu można to odnieść do średniego personelu medycznego. Zawody

⁷ www.rynekzdrowia.pl

medyczne cieszą się w Polsce wysokim prestiżem społecznym, choć przez lata ta pozycja nie wiązała się z odpowiednio wysokimi gratyfikacjami finansowymi. Deficyt kadr sprawił, że wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek uległy podwyższeniu. Jednak w ostatnich latach zarobki przekraczają znacznie średnią krajową. Ministerstwo Zdrowia oceniając kadry medyczne za 2006 rok stwierdziło że ⁸:

- w Polsce są najniższe wskaźniki zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek na 1000 mieszkańców w stosunku do innych krajów UE,
- zidentyfikowane braki kadrowe w zakładach opieki zdrowotnej wg stanu na dzień 30.05.2006 r. wynosiły: dla lekarzy ok. 4113 etatów oraz dla pielęgniarek i położnych ok. 3 541 etatów,
- wśród aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych ok. 60% jest w grupie wieku powyżej 40 lat,
- obserwuje się odchodzenie od zawodu pielęgniarek bezpośrednio po uzyskaniu dyplomu,
- coraz większa liczba absolwentów wydziału lekarskiego podejmuje pracę w firmach farmaceutycznych lub innych jednostkach poza zakładami opieki zdrowotnej,
- według liczby wydawanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych pracę za granicami kraju mogło podjąć ok. 5 114 lekarzy, 1 581 lekarzy dentyków oraz 5 912 pielęgniarek.

Sytuacja Polski nie odbiega od tendencji światowych. W opinii WHO kryzys w zakresie personelu medycznego będzie się nasilał we wszystkich krajach zarówno biednych jak i bogatych. W oparciu o badania i szacunki WHO na świecie jest 59,2 mln pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych na cały etat z czego 2/3 tej liczby to pracownicy medyczni bezpośrednio realizujący świadczenia zdrowotne a 1/3 to kadra zarządzająca i personel pomocniczy. Na świecie aktualnie brak jest 4,25 mln „białego personelu”. Obecnie na świecie działa 1600 wydziałów medycznych, 375 wydziałów zdrowia publicznego, 880 wydziałów farmacji i 6000 szkół pielęgniarskich. Te instytucje wg oceny WHO nie są w stanie wykształcić wystarczającej liczby pracowników, którzy byłiby w stanie zaspokoić potrzeby zdrowotne pacjentów.

2.6.2. Stan i struktura zatrudnienia w województwie podlaskim

Na rynku pracy pracowników opieki zdrowotnej w województwie podlaskim występowały podobne tendencje i zjawiska jak na rynku ogólnopolskim. Bezpośrednio po akcesji Polski do UE liczba personelu medycznego spadła, jednak od 2008 r. obserwuje się tendencję wzrostową. W 2008 r. największy wzrost zatrudnienia w stosunku do roku poprzedniego odnotowano wśród lekarzy (+ 89), oraz ratowników medycznych (+ 61). Kolejne grupy zawodowe, w których zatrudnienie znacząco wzrosło to analitycy medyczni (+ 45) i położne (+42). Nieznaczny spadek zaobserwowano jedynie w grupie pielęgniarek i lekarzy stomatologów.

⁸ na podstawie „Monitorowanie migracji polskich lekarzy pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do UE” Ministerstwo Zdrowia 2007r. www.mz.gov.pl

Tabela 24. Pracownicy medyczni w województwie podlaskim *

Wyszczególnienie	2007	2007	2008	2008
Lekarze	2 999	25,07	3 088	25,89
Lekarze dentyści	549	4,58	548	4,59
Pielegniarki	6 162	51,51	6 152	51,58
Położne	833	6,96	875	7,33
Ratownicy medyczni	298	2,49	359	3,01
Analitycy medyczni	211	1,76	256	2,14
Rehabilitanci	48	0,40	53	0,44
RAZEM	11 100	92,80	11 331	95,00

*Zatrudnienie w osobach w/g podstawowego miejsca zatrudnienia

Źródło: Opracowanie „Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w województwie podlaskim w 2008 r.” wykonane przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Wydział Polityki Społecznej P UW w Białymstoku, czerwiec 2009 r., www.bialystok.uw.gov.pl

Tabela 25. Lekarze specjaliści w wybranych specjalnościach w województwie podlaskim w latach 2007-2008

Rodzaje specjalistów (a)	Liczby bezwzględne		Udział procentowy liczby lekarzy poszczególnych specjalności w ogólnej liczbie lekarzy w województwie	
	2007	2008	2007	2008
Ogółem specjaliści, w tym zakresie:	1 794	1 790	100%	100%
Anestezjologii i intensywnej terapii	120	107	6,68%	5,97%
Radiologii (b)	82	100	4,57%	5,58%
Chorób wewnętrznych	250	253	13,93%	14,13%
Pediatrici	128	131	7,13%	7,31%
Chorób płuc	42	42	2,34%	2,34%
Chorób zakaźnych	33	31	1,83%	1,73%
Psychiatrii (c)	110	117	6,13%	6,53%
Dermatologii i wenerologii (c)	32	40	1,78%	2,23%
Neurologii (c)	81	84	4,51%	4,69%
Chirurgii w tym: (d)	236	234	13,15%	13,07%
Chirurgii klatki piersiowej	6	6	0,33%	0,33%
Ortopedii i traumatologii	70	69	3,90%	3,85%
Położnictwa i ginekologii	150	155	8,36%	8,65%
Otolaryngologii (c, f)	54	56	3,01%	3,12%
Okulistyki	49	51	2,73%	2,84%
Urologii (c)	22	22	1,22%	1,22%
Kardiologii (c)	32	31	1,78%	1,73%
Onkologii (e)	21	19	1,17%	1,06%
Hematologii	3	3	0,16%	0,16%
Medycyny rodzinnej	349	314	19,45%	17,54%

a) zatrudnieni w/g podstawowego miejsca pracy

b) specjaliści w zakresie radiodiagnostyki, radioterapii onkologicznej i radiologii dziecięcej

c) łącznie ze specjalistami dziecięcymi

d) specjaliści w zakresie: chirurgii ogólnej, dziecięcej, klatki piersiowej, naczyniowej, onkologicznej, plastycznej, szczękowej, kardiologii, neurochirurgii, ortopedii i traumatologii

e) specjaliści w zakresie onkologii, onkologii i hematologii dziecięcej

f) łącznie ze specjalistami z otorynolaryngologii.

Źródło: Opracowanie „Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w województwie podlaskim w 2008 r.” wykonane przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Wydział Polityki Społecznej P UW w Białymstoku, czerwiec 2009 r., www.bialystok.uw.gov.pl

Tabela 26. Zatrudnienie wybranego wyższego i średniego personelu medycznego w latach 2007 - 2008 wg powiatów

	Lekarze		Lekarze dentyści		Farmaceuci		Analitycy medyczni		Mgr pielęgniarstwa i pielęgniarce		Mgr rehabilitacji		Mgr położnictwa i położne		Ratownicy medyczni	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Województwo ogółem	2999	3088	549	548	41	67	211	256	6162	6152	48	53	833	875	298	359
Augustowski	73	84	17	16	1	1	1	1	204	203	4	4	30	34	-	-
Białostocki	188	176	44	44	2	2	8	8	398	406	4	4	23	25	3	3
Bielski	87	90	22	23	2	2	11	12	240	260	1	3	24	29	2	2
Grajewski	64	60	12	11	1	1	6	6	229	229	1	1	32	31	-	-
Hajnowski	97	93	18	15	2	2	4	4	275	274	3	3	23	21	-	-
Kolneński	34	35	3	7	1	1	2	1	149	151	1	1	18	17	1	4
Łomżyński	1	1	9	12	-	-	-	-	3	3	-	-	-	-	-	-
Moniecki	47	50	16	10	-	-	2	2	147	150	1	1	16	17	-	-
Sejneński	25	23	5	4	1	-	-	96	108	-	-	23	20	10	10	
Siemiatycki	60	35	4	4	1	1	3	2	169	170	-	-	19	21	-	-
Sokółski	93	85	10	13	2	2	6	4	273	302	4	1	36	37	-	-
Suwałski	8	8	2	3	-	-	-	-	45	25	-	-	6	6	-	-
Wysoko-mazowiecki	70	71	10	23	1	1	5	6	157	183	2	2	60	71	-	1
Zambrowski	47	48	11	12	-	-	5	3	102	106	-	-	34	34	-	2
m. Białystok	1659	1803	306	289	21	49	136	176	2409	2416	18	25	337	369	122	159
m. Łomża	247	236	26	29	4	3	17	18	689	642	2	1	80	75	97	101
m. Suwałki	199	190	34	33	3	1	5	13	577	524	7	7	72	68	63	77

Źródło: Opracowanie „Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w województwie podlaskim w 2008 r.” wykonane przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Wydział Polityki Społecznej PUW w Białymstoku, czerwiec 2009 r., www.bialystok.uw.gov.pl

Jak wynika z opracowania wykonanego przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Wydział Polityki Społecznej PUW w Białymstoku w 2008r., w porównaniu do roku poprzedniego, ogólna liczba lekarzy specjalistów zmniejszyła się o 4 osoby. Analizując stan zatrudnienia w poszczególnych dziedzinach medycyny największy spadek liczby specjalistów nastąpił w grupie deficytowych w skali kraju specjalnościach tj. anestezjologii (-13) oraz medycyny rodzinnej (-35), największy przyrost nastąpił w grupie psychiatrów (+7) oraz dermatologów (+).

Struktura zatrudnienia specjalistów pokazana w poniższej zamieszczonej tabeli pokazuje na wyraźne nierównomierne rozmieszczenie specjalistów na terenie województwa. Na terenie Białegostoku (bez powiatu białostockiego) zatrudnionych jest ponad 50% wszystkich specjalistów, w tym:

- dermatologów – 80,0% (ogółu lekarzy tej specjalności w województwie podlaskim),
- diabetologów – 80,0%,
- radiologów – 76,0%,
- alergologów – 75,0%,
- otolaryngologów – 71,4%,
- okulistów – 68,6%,
- specjalistów chorób płuc – 61,9%,
- neurologów – 57,1%,
- chirurgów ogólnych – 55,5%,
- anestezjologów – 55,1%,
- ginekologów – 54,2%,
- chirurgów urazowo-ortopedycznych – 52,2%,
- reumatologów – 51,7%,
- specjalistów rehabilitacji – 48,9%,
- kardiologów – 48,4%,
- psychiatrów – 12,1%.

W przypadku psychiatrów ich zatrudnienie związane jest z lokalizacją dużych zakładów opieki psychiatrycznej poza granicami Białegostoku. Podobnie niekorzystne rozmieszczenie występuje w przypadku lekarzy dentystów. I tak w Białymstoku pracuje:

- periodontologów – 77,8% (ogółu lekarzy tej specjalności w województwie podlaskim),
- stomatologów dziecięcych – 85,7%,
- specjalistów chirurgii szczękowo-twarzowej – 100,0%,
- chirurgów stomatologicznych – 66,7%,
- protetyków stomatologicznych – 64,7%,
- ortodontów – 58,3%.

Tabela 27. Lekarze specjaliści w wybranych specjalnościach w woj. podlaskim wg powiatów (stan na 31.XII)

	Anestezjologia i intensywna terapia		Alergologia		Chirurgia ogólna		Choroby płuc		Dermatologia i wenerologia		Diabetologia		Kardiologia		Neurologia		Okulistyka	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Województwo ogółem	120	107	31	32	236	234	42	42	32	40	19	20	32	31	81	84	49	51
Augustowski	4	6	-	-	9	10	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-
Białostocki	2	1	-	-	4	-	-	-	1	1	-	-	-	-	7	7	1	1
Bielski	6	4	1	1	7	8	1	1	-	1	2	2	2	2	3	3	-	1
Grajewski	1	1	1	1	5	3	-	-	-	-	-	-	2	1	1	1	-	-
Hajnowski	3	4	-	-	9	9	3	3	1	1	1	1	-	-	1	1	1	1
Kolneński	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Łomżyński	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moniecki	-	-	-	-	4	4	-	-	1	1	-	-	1	1	1	1	-	-
Sejneński	2	2	-	1	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Siemiatycki	2	2	-	-	5	5	1	1	1	1	-	-	-	-	1	1	1	2
Sokółski	4	4	-	-	10	9	2	1	-	-	-	-	1	1	3	3	-	-
Suwalski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wysokomazowiecki	3	3	1	1	9	10	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zambrowski	2	4	-	-	4	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
m. Białystok	63	59	23	24	132	130	26	26	25	32	15	16	17	15	47	48	30	35
m. Łomża	10	2	2	1	15	15	4	5	1	2	-	-	5	7	10	12	7	7
m. Suwałki	18	14	3	3	18	21	3	3	1	1	1	1	3	2	7	7	9	4

Źródło: Opracowanie „Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w województwie podlaskim w 2008 r.” wykonane przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Wydział Polityki Społecznej PUW w Białymstoku, czerwiec 2009 r., www.bialystok.uw.gov.pl

Tabela 28. Lekarze specjaliści w wybranych specjalnościach w woj. podlaskim wg powiatów (stan na 31.XII)

	Chirurgia urazowo- ortopedyczna		Rehabilitacja medyczna i narządu ruchu		Psychiatria		Położnictwo i ginekologia		Otolaryngologia		Reumatologia		Radiologia i diagnostyka radiologiczna	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Województwo ogółem	70	69	40	47	110	117	150	155	54	56	24	29	82	100
Augustowski	4	4	2	2	-	-	4	3	-	-	-	-	1	1
Białostocki	-	-	-	1	66	79	7	3	1	1	3	3	1	1
Bielski	4	4	-	2	-	-	5	5	1	1	1	2	1	3
Grajewski	2	-	1	1	2	2	3	2	-	-	-	-	1	1
Hajnowski	4	4	1	1	4	4	5	5	1	1	1	1	-	-
Kolneński	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1
Łomżyński	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moniecki	-	-	-	1	1	-	4	4	1	-	1	1	-	-
Sejneński	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Siemiatycki	-	-	1	1	1	1	5	5	1	1	-	-	1	1
Sokółski	2	2	3	2	1	1	8	8	-	-	-	-	2	2
Suwałski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wysokomazowiecki	6	6	2	1	-	-	5	5	-	-	-	-	2	2
Zambrowski	-	-	-	-	1	-	7	4	-	-	-	-	2	1
m. Białystok	38	36	24	23	16	13	74	84	40	40	12	15	58	76
m. Łomża	7	9	1	7	4	4	14	17	5	7	2	3	8	7
m. Suwałki	3	4	4	5	14	13	8	9	4	5	4	4	4	4

Źródło: Opracowanie „Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w województwie podlaskim w 2008 r.” wykonane przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Wydział Polityki Społecznej PUW w Białymstoku, czerwiec 2009 r., www.bialystok.uw.gov.pl

Tabela 29. Zatrudnienie lekarzy dentystów w wybranych specjalnościach w województwie podlaskim wg powiatów

	Chirurgia stomatologiczna		Chirurgia szczękowa		Ortodoncja		Stomatologia zachowawcza z endodoncją		Periodontologia		Protetyka stomatologiczna		Stomatologia dziecięca	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Województwo ogółem	6	9	10	11	25	24	47	48	9	9	29	34	13	14
Augustowski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
Białostocki	-	-	-	-	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-
Bielski	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	3	3	-	-
Grajewski	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-
Hajnowski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-
Kolneński	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Łomżyński	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
Moniecki	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1
Sejneński	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-
Siemiatycki	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Sokółski	-	-	-	-	-	-	1	2	-	1	1	1	-	-
Suwałski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wysokomazowiecki	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-
Zambrowski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
m. Białystok	4	6	10	11	17	14	40	39	8	7	17	22	12	12
m. Łomża	1	1	-	-	2	2	-	1	1	1	1	-	-	-
m. Suwałki	1	1	-	-	1	2	4	4	-	-	1	1	-	-

Źródło: Opracowanie „Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w województwie podlaskim w 2008 r.” wykonane przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Wydział Polityki Społecznej PUW w Białymstoku, czerwiec 2009 r., www.bialystok.uw.gov.pl

W 2008r. z wnioskiem o rozpoczęcie specjalizacji wystąpiło łącznie 318 lekarzy i lekarzy dentystów, w tym 262 w dziedzinach podstawowych oraz 56 w dziedzinach szczegółowych. Największym zainteresowaniem cieszyły się następujące dziedziny podstawowe: choroby wewnętrzne, anestezjologia i intensywna terapia oraz medycyna rodzinna; w dziedzinach szczegółowych: diabetologia i nefrologia. Brak było natomiast wniosków o rozpoczęcie specjalizacji w dziedzinach podstawowych: diagnostyka laboratoryjna, epidemiologia genetyka kliniczna, medycyna nuklearna, medycyna sądowa, otolaryngologia i zdrowie publiczne, mimo posiadanych miejsc szkoleniowych. W wyniku postępowań kwalifikacyjnych specjalizację rozpoczęło łącznie 241 lekarzy i lekarzy dentystów, w tym 10 lekarzy w trybie rezydentury.

2.6.3. Szkolnictwo medyczne w województwie podlaskim

W zakresie medycznego szkolnictwa wyższego kształci w województwie podlaskim kilka uczelni z wiodącą rolą Uniwersytetu Medycznego.

- Uniwersytet Medyczny w Białymstoku powstał w 1950 roku. Uniwersytet kształci na:
 - Wydziale Lekarskim z Oddziałami Stomatologii, Pielęgniarstwa, Fizjoterapii i Ratownictwa Medycznego,
 - Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałami Medycyny Laboratoryjnej i Zdrowia Publicznego.
- Zatrudnia ponad 600 pracowników naukowo-dydaktycznych, reprezentujących prawie wszystkie dziedziny nauk medycznych i farmaceutycznych, kształcąc ponad 2,5 tysiąca studentów.
- Wyższa Szkoła Kosmetologii i Ochrony Zdrowia w Białymstoku. Uczelnia rozpoczęła działalność od 2003 roku. Prowadzi studia I stopnia (licencjackie) na kierunkach m.in: fizjoterapia, pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne a także studia podyplomowe w zakresie m.in: fizjoterapia i opieka geriatryczna oraz odnowa biologiczna z elementami fizjoterapii.
 - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, na kierunku pielęgniarstwo (studia I-go stopnia), studia współfinansowane ze środków EFS.
 - Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości, na kierunku pielęgniarstwo (studia I-go i II-go stopnia).
 - Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Suwałkach, na kierunku pielęgniarstwo (studia I-go stopnia).

Szkolnictwo inne niż wyższe kształcące średni personel medyczny obejmuje kilkanaście jednostek, wśród nich istotną rolę spełniając:

- Szkoła Policealna nr 1 Ochrony Zdrowia w Białymstoku. Kształci średni personel medyczny na kierunkach: asystentka stomatologiczna, dietetyk, opiekun medyczny, technik dentystyczny, technik elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik masażysta, ortoptystka, protetyk słuchu.

- Szkoła Policealna Nr 2 Pracowników Medycznych i Społecznych w Białymstoku (utworzona z połączenia szkół Medycznego Studium Zawodowego nr 2 oraz Szkoły Policealnej Pracowników Służb Społecznych) to publiczna szkoła kształcąca pracowników służb medycznych i społecznych o specjalności: ratownik medyczny, terapeuta zajęciowy, opiekunka dziecięca, opiekun w domu pomocy społecznej, opiekunka środowiskowa, asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun medyczny.
- Policealne Studium Farmaceutyczne w Łomży. Utworzone w 1999 roku. Szkoła kształci w zawodzie technika farmaceutycznego.
- Policealna Szkoła Medyczna w Suwałkach to ośrodek dydaktyczny i szkoleniowy prowadzący swoją działalność od 1973 roku. Kształci na kierunkach: technik masażysta, ratownik medyczny, terapeuta zajęciowy, opiekun medyczny, asystent osoby niepełnosprawnej.
- Szkoła Policealna Ochrony Zdrowia w Łomży powstała na bazie utworzonego w 1959 roku Państwowego Liceum Pielęgniarstwa i późniejszego Medycznego Studium Zawodowego. W maju 2005 roku przekształcono Medyczne Studium Zawodowe w ponadgimnazjalną szkołę policealną o nazwie Szkoła Policealna Ochrony Zdrowia w Łomży. Szkoła kształci na kierunkach: opiekunka środowiskowa, opiekun medyczny, opiekun w domu pomocy społecznej, opiekunka dziecięca, technik masażysta, ratownik medyczny, technik farmaceutyczny, terapeuta zajęciowy.

2.6.4. Popyt i podaż pracy w zawodach medycznych w województwie podlaskim

Według informacji wynikających z badań popytu na pracę prowadzonych przez GUS, na koniec 2008 roku w sektorze ochrony zdrowia i pomocy społecznej woj. podlaskiego były 72 wolne miejsca pracy (na 21.605 zatrudnionych wg danych GUS). Dla porównania na koniec 2007 roku wolnych było prawie dwa razy tyle miejsc (140). Według tych samych danych w 2008 roku jednostki tego sektora utworzyły 457 miejsc pracy (w roku 2007 – 407 miejsc pracy).

Według statystyk prowadzonych przez Powiatowe Urzędy Pracy w woj. podlaskim, zakłady opieki zdrowotnej nie prowadziły w ostatnich latach zwolnień grupowych. Jedynie w grudniu 2008 roku w Powiatowym Urzędzie Pracy w Suwałkach zostało zgłoszone grupowe zwolnienie 9 osób⁹.

Na 1398 osób zarejestrowanych w ciągu 2008 roku jako bezrobotne w sekcji PKD "ochrona zdrowia i pomoc społeczna", zostało zgłoszone 1505 propozycji pracy. Na koniec 2008 roku w tej sekcji PKD pozostawało bez pracy 1029 osób¹⁰.

Analizując dane dotyczące absolwentów szkół kształcących w zawodach medycznych i okołomedycznych zwraca uwagę bardzo niewielki odsetek osób, które nie znalazły zatrudnienia i zostały zarejestrowane w urzędach pracy jako osoby bezrobotne. I tak na przykład w roku 2008

⁹ Informacja dotycząca zgłoszeń zwolnień grupowych w woj. podlaskim w 2008r. – według branż, WUP Białystok 2009

¹⁰ Ranking zawodów deficytowych i nadwyżkowych w woj. podlaskim w 2008 r., WUP Białystok 2009

wyższe szkoły w województwie podlaskim opuściło 145 lekarzy, 72 lekarzy dentyistów, 531 pielęgniarek, 88 położnych, 69 farmaceutów, 55 diagnostów laboratoryjnych, 53 fizjoterapeutów, 52 specjalistów ratownictwa medycznego i 259 specjalistów zdrowia publicznego. Wśród tak dużej liczby absolwentów, tylko 45 osób zarejestrowało się jako osoby bezrobotne (3,6%). Natomiast średnie szkoły zawodowe i policealne opuściło 364 absolwentów, z czego 28 zarejestrowało się jako osoby bezrobotne. Największy wskaźnik bezrobocia wśród absolwentów szkół średnich i policealnych był w zawodach: technik elektroradiolog, masażysta i technik dentystyczny.

Tabela 30. Absolwenci wykształceni w zawodach medycznych i absolwenci zarejestrowani w powiatowych urzędach pracy jako bezrobotni w końcu 2008 r.

Nazwa zawodu/grupy zawodów	Absolwenci 2008 roku	Bezrobotni absolwenci zarejestrowani w PUP w końcu 2008 r.	Wskaźnik bezrobocia
Wykształcenie wyższe			
Lekarze	145	0	-
Lekarze dentyści	72	0	-
Farmaceuci	69	0	-
Diagnosta laboratoryjny	55	3	5,5
Fizjoterapeuta	53	17	32,1
Specjalista ratownictwa medycznego	52	1	1,9
Specjalista zdrowia publicznego	259	20	7,7
Pielęgniarka	531	4	0,8
Położna	88	0	-
Wykształcenie policealne i średnie zawodowe			
Asystentka stomatologiczna	23	1	4,3
Technik dentystyczny	37	4	10,8
Masażysta	79	11	13,9
Technik farmaceutyczny	71	1	1,4
Technik elektroradiolog	21	5	23,8
Protetyk słuchu	14	0	-
Ratownik medyczny	119	6	5,0

Źródło: Ranking zawodów deficytowych i nadwyżkowych w woj. podlaskim w 2008 r.

3. Analiza danych zastanych w badanych jednostkach medycznych

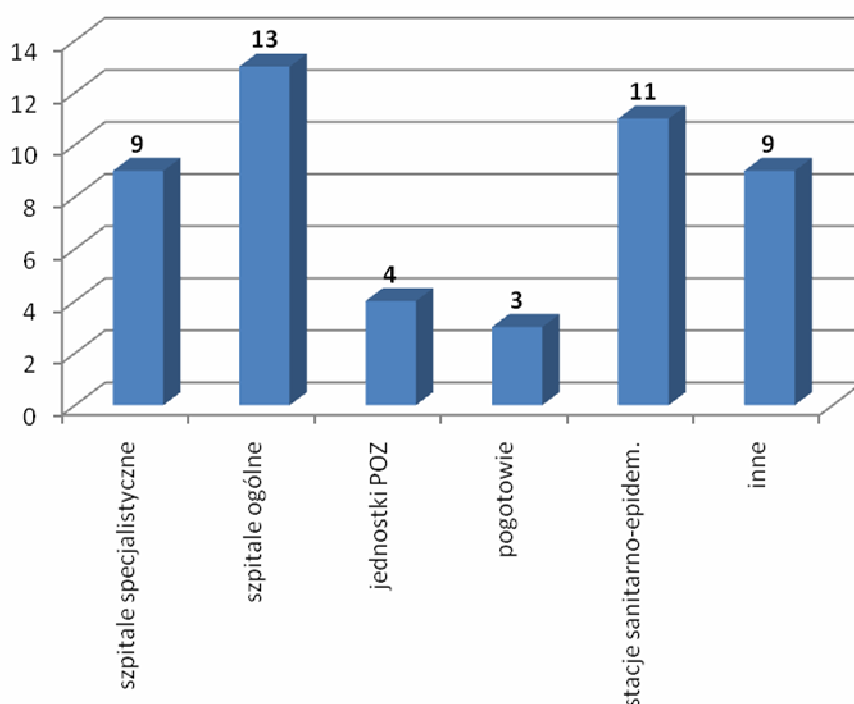
Badaniami objęto łącznie 49 zakładów opieki zdrowotnej, zatrudniających łącznie ponad 10 tysięcy osób (uwzględniając zarówno osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę jak i umów cywilno-prawnych).

Dla celów analizy zebranego materiału statystycznego przyjęto podział badanych jednostek według dwóch kryteriów: rodzajowego i wielkości (liczonej liczbą zatrudnionych).

Przy podziale wg pierwszego kryterium wyróżniono 6 kategorii badanych jednostek:

- szpitale specjalistyczne – 9 jednostek
- szpitale ogólne – 13 jednostek
- zakłady podstawowej opieki zdrowotnej – 4 jednostki
- stacje pogotowia ratunkowego – 3 jednostki
- stacje sanitarno-epidemiologiczne – 11 jednostek (w tym 10 powiatowych i 1 wojewódzka)
- inne jednostki (zakłady opieki długoterminowej, ośrodki diagnostyczne, leczenia uzależnień, stacje krwiodawstwa itp.) – 9 jednostek.

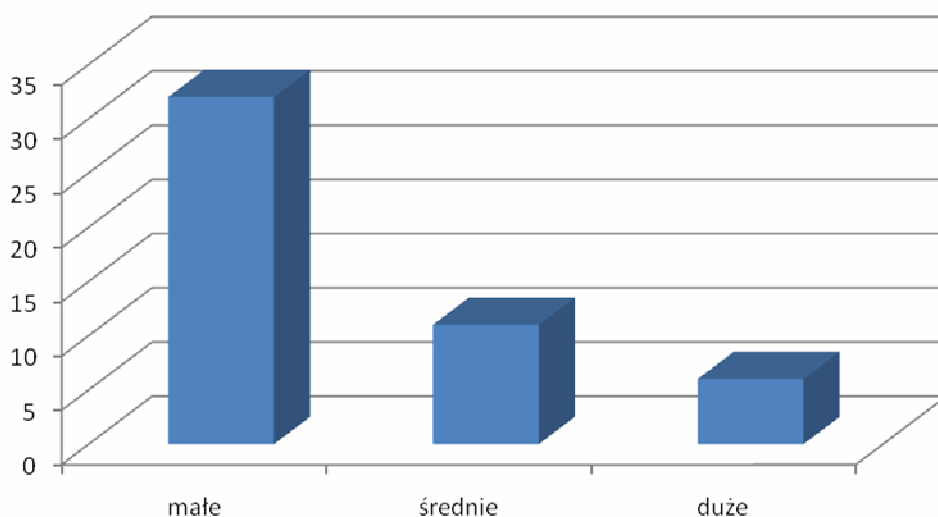
Rysunek 6. Badane jednostki pogrupowane ze względu na rodzaj prowadzonej działalności



Przy podziale wg drugiego kryterium, dla lepszego zobrazowania tendencji i zmian na rynku publicznej służby zdrowia dokonano podziału ze względu na wielkość zakładu, stosując kryterium liczby zatrudnionych. I tak wyróżniono:

- małe jednostki, zatrudniające do 300 osób, ich liczba wyniosła 32, z tym że w niektórych analizach zaprezentowanych w dalszej części opracowania uwzględniono 21 jednostek, wyłączając z analizy powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne (PSSE) jako podmioty o odmiennym charakterze,
- średnie jednostki, zatrudniające do 600 osób (11 jednostek),
- duże jednostki zatrudniające powyżej 600 osób (6 jednostek)..

Rysunek 7. Badane jednostki pogrupowane ze względu na wielkość



W dalszej części przedstawiono analizę stanu zastanego wg dwóch kategorii. Po pierwsze przeanalizowano dane finansowo-księgowe, po drugie dane dotyczące kadry zatrudnionej w badanych jednostkach.

3.1. Analiza danych ekonomiczno-finansowych

3.1.1. Analiza zyskowości

Pierwszą połowę 2009 roku 24 badane jednostki zakończyły stratą, a tylko 11 wykazały zysk. W latach 2006-2008 sytuacja była znacznie lepsza, tzn. większa część jednostek zamykała okres obrotowy zyskiem.

Rok:	Liczba jednostek zamykających okres:	
	stratą	zyskiem
2004	30	19
2005	24	25
2006	23	26
2007	23	26
2008	20	29
2009	33	16

Analizując rok 2009, należy jednak zwrócić uwagę, że brak rentowności w połowie roku nie jest charakterystyczny z uwagi na niefakturowanie części usług do czasu wyjaśnienia z NFZ czy będą one finansowane w ramach tzw. nadwykonań. Wpływa to w zdecydowanie negatywny sposób na wynik finansowy.

Analiza danych poszczególnych jednostek wg kategorii rodzaju zakładu wykazuje, że w stosunkowo najlepszej sytuacji są jednostki świadczące jedynie usługi podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Dzięki szczególnemu systemowi finansowania w większości z nich możliwe było osiąganie zysków. Analiza danych stacji pogotowia ratunkowego również pokazuje, że zmiany w systemie finansowania ratownictwa medycznego umożliwiają osiąganie dodatnich wyników.

Rok:	pogotowie		POZ		PSSE ¹¹		szpitale ogólne		szpitale specjalist.		inne	
	strata	zysk	strata	zysk	strata	strata	zysk	zysk	strata	zysk	strata	zysk
2004	2	1		4	11	4	5		7	6	6	3
2005	1	2	1	3	10	2	7	1	4	9	6	3
2006	1	2	2	2	10	4	5	1	4	9	2	7
2007	1	2	1	3	10	5	4	1	3	10	3	6
2008	1	2	1	3	10	2	7	1	2	11	4	5
2009		3		4	11	5	4		11	2	6	3

W analizie uwzględniono również badanie zagregowanego zysku, tj. wartości zysku wypracowanego w okresie pięcioletnim, od 2004 do 2008 roku. Pozwala to ocenić kształtowanie wyniku finansowego w dłuższym okresie czasu, co z kolei daje obraz sprawności zarządzania jednostkami. W pięcioletnim okresie wszystkie badane jednostki wypracowały zysk na poziomie 25.018 tys. złotych. Jednak tylko w I połowie 2009 roku w ten sam sposób wyliczona wartość zagregowana wyniosła -10.563 tys. złotych. W przypadku braku finansowania przez NFZ tzw. nadwykonań może to oznaczać sytuację bardzo niebezpieczną dla ekonomicznej kondycji części jednostek w województwie podlaskim.

Kategoria jednostki	Zagregowany zysk pięcioletni [tys. zł]	Zysk za I poł. 2009 r. [tys. zł]
inne	-7 654,3	178,7
pogotowie ratunkowe	1 796,5	5 221,3
POZ	2 245,0	892,0
PSSE	-38 905,1	-1 041,0
szpitale ogólne	25 524,3	-6 244,6
szpitale spec.	861,2	-17 471,4
Łącznie wszystkie badane jednostki	-16 132,4	-18 465,1
Łącznie bez PSSE	22 772,7	-17 424,1

¹¹ Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

Największe zyski wypracowały w okresie pięcioletnim szpitale ogólne (prawie 18 mln złotych). Dotyczy to również szpitali specjalistycznych. Należy jednak zwrócić uwagę na wartość zysku (straty) za I poł. 2009 roku w tych zakładach. Jak zgodnie twierdzi ich kierownictwo, brak regulowania należności z tytułu nadwykonań najbardziej uderza właśnie w jednostki specjalistyczne. Zwraca również uwagę zyskowość stacji pogotowia ratunkowego (gdzie w analizowanym okresie odbyła się systemowa reorganizacja i zmiana systemu finansowania), co potwierdza tezę, że jedną z głównych przyczyn kryzysu w służbie zdrowia jest system finansowania.

Najlepszy wynik finansowy w okresie pięcioletnim uzyskał Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku. Pięć najbardziej zyskowych jednostek w okresie pięcioletnim przedstawiono poniżej.

Wyszczególnienie	Zagregowany zysk za lata 2004-2008 [tys. zł]	Zysk za I poł. 2009 [tys. zł]
Uniwersytecki Szpital Kliniczny	43 068,0	-3 707,0
Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choroszczy	7 074,0	1 124,0
Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem	6 573,0	179,0
Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	6 082,3	-527,6
Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku	5 913,0	-194,0

3.1.2. Analiza przychodów

Źródła przychodów analizowanych jednostek sektora opieki zdrowotnej zależą od ich rodzaju, i tak:

- typowe jednostki lecznictwa (szpitale, poradnie, ośrodki zdrowia, POZ) uzyskują przychody z tytułu realizacji świadczeń medycznych w ramach kontraktów z NFZ,
- powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne są jednostkami budżetowymi i w większości przypadków nie uzyskują przychodów ze sprzedaży, nieliczne wyjątki dotyczą prowadzenia usługowej działalności badawczej bądź w wynajmu wolnych powierzchni,
- stacje pogotowia ratunkowego uzyskują przychody z budżetu państwa z tytułu świadczenia usług związanych z ratownictwem medycznym bądź z tytułu świadczenia usług transportowych (niewielka wartość w przychodach ogółem).

Wśród badanych jednostek występowały zasadnicze różnice związane z ich wielkością oraz rodzajem prowadzonej działalności. Dla pokazania sprawności działania w zakresie pozyskiwania przychodów, dokonano analizy dynamiki ich wartości z uwzględnieniem tych właśnie różnic. Przyjęto jako podstawę do obliczeń wartość przychodów w roku 2004 i do tej podstawy odniesiono wartość przychodów w roku 2008. Rok 2009 nie był brany pod uwagę z dwóch względów. Po pierwsze wg przeprowadzonych wywiadów z kadrą zarządzającą zakładami wynika, że w poprzednich latach

płatności z NFZ w zakresie tzw. nadwykonań były realizowane niekonsekwentnie i raczej w II połowie każdego roku. Po drugie w roku bieżącym nadwykonania w ogóle nie były wypłacone. Tak więc branie pod uwagę bieżącego roku (jako podwójnej wartości półrocznych przychodów) prowadziłoby do znacznego uproszczenia i zniekształcenia danych.

W wyniku tej analizy uzyskano następujące wartości dynamiki przychodów:

– pogotowie	153%
– POZ	144%
– PSSE	76%
– szpitale ogólne	164%
– szpitale spec.	164%
– inne	126%
– przeciętna	149%

Do pięciu jednostek o największym wskaźniku dynamiki przychodów należą:

– Białostocki Szpital Miejski im. PCK	211%
– Białostockie Centrum Onkologii	210%
– SP ZOZ w Hajnówce	185%
– Uniwersytecki Szpital Kliniczny	184%
– Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem	178%

Największa dynamika przychodów występowała w jednostkach szpitalnych (ponad 164%) zarówno w przypadku szpitali ogólnych jak i specjalistycznych. Jak wynika z większości przeprowadzonych wywiadów, które uzupełniały zebrany materiał analityczny, były to efekty głównie zwiększania liczby świadczonych usług medycznych, pozytywnego efektu związanego z wypłacaniem w poprzednich latach nadwykonań, a w najmniejszym stopniu zwiększania stawek jednostkowych. Na tle typowych jednostek medycznych znacznie wyróżnia się dynamika spadku przychodów powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych, jednak należy zaznaczyć, że jest to głównie efekt „błędu pomiaru”, bowiem większość tych jednostek nie udostępniła danych dotyczących przychodów, uznając że nie jest to kategoria równoważna dotacji budżetowej. Jednak poniżej pokazana analiza zyskowności wskazuje na znaczące obniżenie finansowej efektywności tych jednostek.

Analiza dynamiki przychodów jednostek w podziale wg ich wielkości (i po wyłączeniu z obliczeń PSSE), wykazuje, że największą dynamikę notowały średniej wielkości zakłady (165,8%), nieco mniejszą duże (156,2%) a najmniejszą małe z wartością dynamiki równą 145,3%.

3.1.3. Analiza kosztów

Podobnie jak w przypadku analizy przychodów, biorąc pod uwagę zasadnicze różnice w wielkości badanych jednostek oraz ich rodzaju dla pokazania ich sprawności działania, dokonano analizy dynamiki kosztów prowadzenia działalności gospodarczej. Przyjęto do obliczeń jako podstawę

wartość tych kosztów w roku 2004 i do tej podstawy odniesiono koszty w roku 2008. Podobnie jak w przypadku analizy przychodów rok 2009 nie był brany pod uwagę.

Kategoria jednostek	Dynamika kosztów	Dynamika przychodów
pogotowie	141%	153%
POZ	143%	144%
PSSE	64%	76%
szpitale ogólne	159%	164%
szpitale spec.	164%	164%
inne jednostki	142%	126%
Łącznie	147%	149%

Łączna wartość dynamiki przyrostu kosztów prowadzenia działalności była na poziomie 147%, co porównując z dynamiką przychodów wskazuje, że wzrost kosztów był równomierny do wzrostu przychodów. Największe oszczędności kosztów (poziom wzrostu kosztów jest mniejszy od poziomem wzrostu przychodów) można zauważyć w stacjach pogotowia ratunkowego oraz szpitalach ogólnych.

Biorąc pod uwagę podział badanych jednostek ze względu na wielkość można zauważyć, że największą dynamikę wzrostu kosztów miały jednostki średniej wielkości (161,2%). Jednak to te właśnie jednostki oraz duże ZOZy mają największe możliwości (z uwagi na skalę działania) podejmowania działań „oszczędnościowych”. W jednostkach małych katalog składników kosztów jest zbyt ograniczony aby dokonywać większych redukcji.

Kategoria jednostek	Dynamika kosztów	Dynamika przychodów
Duże	152,2%	156,2%
Średnie	161,2%	165,8%
Małe	148,8%	145,3%

Największym składnikiem w strukturze kosztów badanych jednostek były koszty wynagrodzeń, które stanowiły wartość ponad 42% (dla całej badanej populacji ogółem). Koszty wynagrodzeń były też tym składnikiem, który rósł bardzo dynamicznie. Wartość dynamiki tego składnika kosztów wyniósł 157% (dla porównania wskaźnik dynamiki wzrostu kosztów ogółem 147%).

Największa dynamika wzrostu kosztów wynagrodzeń wystąpiła w szpitalach specjalistycznych a najmniejsza w stacjach pogotowia ratunkowego.

Kategoria jednostek	Dynamika kosztów wynagrodzeń	Dynamika kosztów działalności
pogotowie	120%	141%
POZ	147%	143%
PSSE	128%	64%

szpitale ogólne	165%	159%
szpitale spec.	170%	164%
inne jednostki	151%	142%
Łącznie	157%	147%

Największe przyrosty kosztów wynagrodzeń wystąpiły w jednostkach średniej wielkości (166,0%).

Kategoria jednostek	Dynamika kosztów wynagrodzeń	Dynamika kosztów działalności
Duże	162,8%	152,2%
Średnie	166,0%	161,2%
Małe	152,6%	148,8%

Analizując koszty wynagrodzeń należy zwrócić uwagę na fakt zmiany sposobu zatrudniania części personelu medycznego. W analizowanym okresie nasilił się efekt kontraktowania pracy lekarzy. Jak wynika z przeprowadzonych wywiadów w większości jednostek (szczególnie lecznictwa hospitalizacyjnego i ratownictwa medycznego) zdecydowana większość lekarzy to personel kontraktowy. Zgodnie z zasadami rachunkowości ich koszt jest księgowany w pozycji usług obcych. Zwraca uwagę znaczący wzrost tej pozycji w rachunkach badanych jednostek. W okresie pięcioletnim wartość usług obcych wzrosła o 191%.

Największa dynamika wzrostu kosztów usług obcych jest zauważalna w szpitalach specjalistycznych (ponad 232%), a najmniejsza w powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych (97%, a więc spadek wartości) gdzie m.in. nie zatrudnia się personelu na podstawie umów cywilno-prawnych.

Kategoria jednostek	Dynamika kosztów usług obcych	Dynamika kosztów działalności
pogotowie	254%	141%
POZ	152%	143%
PSSE	97%	64%
szpitale ogólne	218%	159%
szpitale specjalistyczne	232%	164%
inne jednostki	146%	142%
Łącznie	191%	147%

Wartość dynamiki wzrostu kosztów usług obcych była mniej więcej jednakowa zarówno w dużych jak i średnich jednostkach, a znacznie mniejsza w małych.

Kategoria jednostek	Dynamika kosztów usług obcych	Dynamika kosztów działalności
Duże	226,4%	152,2%
Średnie	225,8%	161,2%
Małe	171,0%	148,8%

Ponieważ zmiany umów o pracę na kontrakty odbywały się w różnych jednostkach w różnym czasie dla pokazania wpływu kosztów zatrudnienia na koszty działalności gospodarczej, zestawiono dynamikę łącznych kosztów wynagrodzeń i usług obcych i porównano ją z dynamiką wzrostu kosztów działalności. Jest to pewnego rodzaju przybliżenie, ponieważ w skład pozycji usługi obce, oprócz kontraktów, mogą wchodzić inne składniki, lecz biorąc pod uwagę, że obie wielkości są znaczącymi pozycjami w rachunku kosztów, daje to pogląd na zmienność efektywności w poszczególnych grupach jednostek.

Kategoria jednostek	Dynamika kosztów wynagrodzeń i usług obcych	Dynamika kosztów działalności
pogotowie	160%	141%
POZ	146%	143%
PSSE	126%	64%
szpitale ogólne	175%	159%
szpitale specjalistyczne	178%	164%
inne jednostki	152%	142%
Łącznie	163%	147%

To oznacza, że wynagrodzenia (niezależnie od formy ich naliczania) były najszybciej rosnącą grupą kosztów, zmniejszającą pozytywny efekt przychodów.

Największa dynamika wzrostu łącznych kosztów wynagrodzeń i usług obcych dotyczy jednostek średniej wielkości.

Kategoria jednostek	Dynamika kosztów wynagrodzeń i usług obcych	Dynamika kosztów działalności
Duże	170,5%	152,2%
Średnie	176,2%	161,2%
Małe	157,4%	148,8%

Z analizy sytuacji w służbie zdrowia w Polsce oraz z wywiadów z kierownictwem badanych jednostek wynika, że na przełomie w większości z nich w latach 1999-2002 zostały przeprowadzone procesy restrukturyzacyjne zakrojone na szeroką skalę. Większość badanych ZOZ-ów zakończyła już procesy restrukturyzacyjne, niewielka część jest w trakcie. Oprócz niewątpliwie pozytywnych zmian

jakie dokonały się w tym okresie, na obecnej sytuacji ciąży „bagaż” kosztów finansowych obsługi długu, który w większości przypadków w ramach restrukturyzacji został konwertowany ze zobowiązań wobec pracowników i dostawców na zobowiązania długoterminowe. Dotyczy to zwłaszcza szpitali specjalistycznych i ogólnych.

Kategoria jednostek	Zagregowana wartość kosztów finansowych w latach 2004-2008 [tys. zł]
pogotowie	1 161,4
POZ	3,0
PSSE	12,8
szpitale ogólne	18 625,3
szpitale specjalistyczne	39 142,0
inne jednostki	1 612,2
Łącznie	60 556,7

3.1.4. Analiza rentowności i wydajności

Do analizy rentowności działalności badanych jednostek wykorzystano dwa wskaźniki. Pierwszy z nich to wskaźnik rentowności działalności gospodarczej, liczony jako stosunek zysku z działalności gospodarczej do przychodów. Wskaźnik pozwala określić w jakim stopniu badane jednostki zaspokajają koszty prowadzenia działalności bieżącej z wpływów ze sprzedaży usług medycznych, bez uwzględniania dotacji i obciążeń finansowych.

Drugi z wykorzystanych wskaźników to rentowność sprzedaży liczona stosunkiem zysku netto do przychodów.

Kategoria jednostek	Rentowność działalności bieżącej	Rentowność sprzedaży
pogotowie	-3,7%	-0,1%
POZ	2,9%	3,9%
szpitale ogólne	1,8%	2,4%
szpitale spec.	-3,7%	0,4%
inne jednostki	-24,5%	5,9%

Z analizy danych wynika, że jedynie zakłady podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitale ogólne były w stanie wypracowywać dodatnią rentowność działalności bieżącej (bez uwzględniania pozostałych przychodów i kosztów operacyjnych oraz finansowych). W przypadku pozostałych jednostek dodatnia rentowność sprzedaży wynika z dotowania działalności. Dane te wykazują słabość systemu finansowania służby zdrowia w odniesieniu przede wszystkim do specjalistycznych usług medycznych.

Wyszczególnienie	Rentowność działalności bieżącej	Rentowność sprzedaży netto
Gminny Ośrodek Zdrowia w Puńsku	20,1%	20,4%
Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Grajewie	15,8%	18,2%
Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży	12,5%	2,7%
Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku	8,3%	13,7%
Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Łomży	7,7%	8,1%
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	5,3%	-3,6%

W ramach analizy danych zweryfikowano również wydajność pracy, licząc wskaźnik przychodów przypadających na jednego zatrudnionego. W badaniu zbierano informacje o zatrudnieniu wg stanu na 30 czerwca 2009 i tą liczbę zatrudnionych odniesiono do przychodów na koniec 2008 roku. Jest to pewne przybliżenie, ale biorąc, że od początku roku stan zatrudnienia w każdym z badanych zakładów nie ulegał znaczącym zmianom (co wynika z przeprowadzonych wywiadów) nie zagraża to zniekształceniem wyniku. Analiza ta pokazała, że największa wydajność jest w dużych i małych jednostkach, ponad dwukrotnie wyższa niż w jednostkach średnich.

Kategoria jednostek	Wydajność na jednego zatrudnionego [tys. zł]
Duże	73,2
Średnie	36,3
Małe	75,6

Biorąc pod uwagę kategorie badanych jednostek, wydajność pracy jest największa w stacjach pogotowia ratunkowego, szpitalach specjalistycznych i zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. Wpływ na to ma wysoka wartość usług wysokospecjalistycznych i/lub stabilność przychodów jak w przypadku POZ.

Kategoria jednostek	Wydajność na jednego zatrudnionego [tys. zł]
inne	37,5
pogotowie	79,7
POZ	48,5
szpitale ogólne	53,9
szpitale spec.	82,2

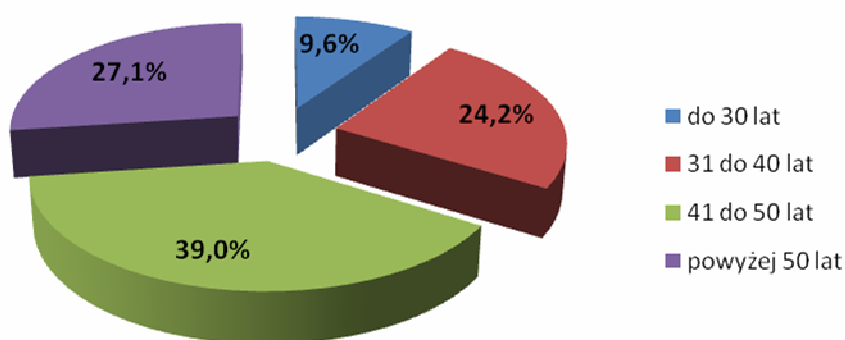
3.2. Analiza kadr badanych jednostek

Badane zakłady opieki zdrowotnej województwa podlaskiego, zatrudniały łącznie (wg stanu na 30.06.2009 r.) 14.019 osób, uwzględniając zarówno osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę jak i umów cywilno-prawnych.

Znaczna część zatrudnionych to kobiety, które stanowiły ponad 82% ogółu pracowników. W zawodach lekarskich kobiety stanowiły 59% ogółu lekarzy, a w zawodach pielęgniarских prawie 96%.

Zdecydowana większość kadry zatrudnionej w badanych zakładach opieki zdrowotnej jest w wieku ponad 40 lat. Tylko niecałe 10% to osoby młode w wieku do 30 lat.

Rysunek 8. Struktura wieku pracowników badanych zakładów opieki zdrowotnej



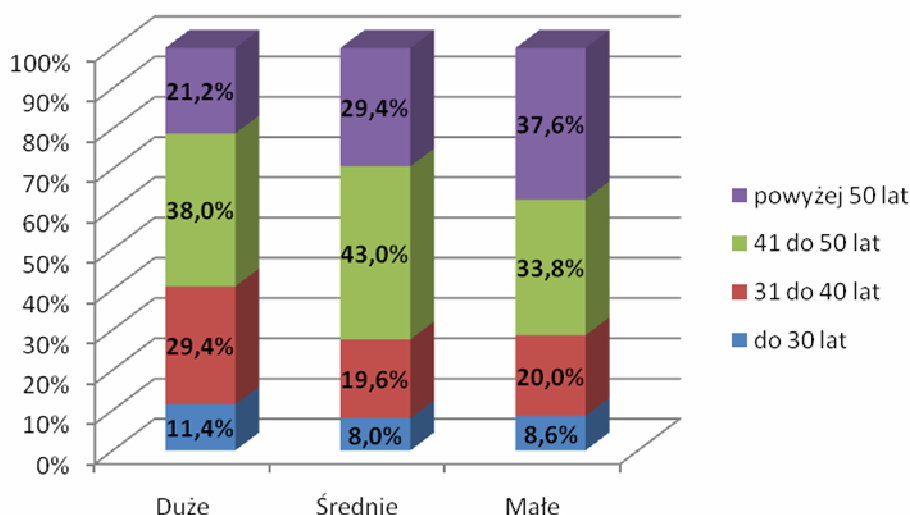
Najmniej korzystną sytuację odnotowuje się w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie ponad 50% kadry jest w wieku powyżej 50 lat, a jak wynika z rozmów przeprowadzonych z pracownikami tych placówek młodszy niechętnie podejmuje zatrudnienie w jednostkach POZ zlokalizowanych w mniejszych miejscowościach.

Kategoria jednostek	Struktura zatrudnienia wg wieku			
	do 30 lat	31 do 40 lat	41 do 50 lat	powyżej 50 lat
inne	17,9%	23,7%	23,7%	34,8%
pogotowie	9,8%	16,7%	34,7%	38,8%
POZ	4,4%	14,5%	30,0%	51,1%
PSSE	9,0%	20,6%	28,0%	42,5%
szpitale ogólne	7,0%	19,4%	43,4%	30,2%
szpitale spec.	11,2%	28,3%	38,4%	22,1%
Łącznie	9,6%	24,2%	39,0%	27,1%

Podobna sytuacja występuje w stacjach sanitarno-epidemiologicznych, choć te jako jednostki zatrudniające pracowników głównie spoza środowiska medycznego mają znacznie łatwiejszą sytuację w zakresie podaży pracowników.

Analizując sytuację w przekroju wielkości placówek, najmniej korzystna sytuacja jest w jednostkach małych i średnich, gdzie pracowników w wieku ponad 40 lat jest ponad 70%.

Rysunek 9. Struktura wg wieku zatrudnionych w badanych jednostkach pogrupowanych ze względu na wielkość ZOZ



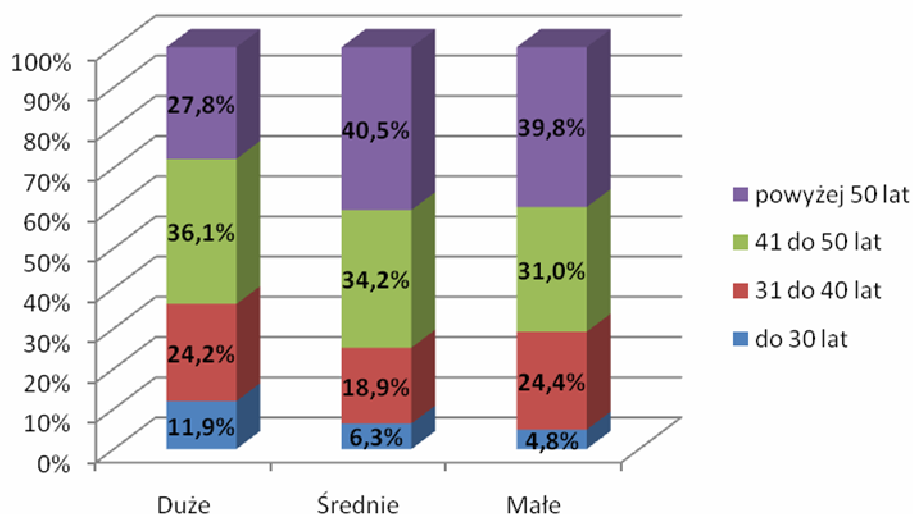
Najwięcej młodszych pracowników zatrudnionych jest w dużych, specjalistycznych szpitalach, Wynika to z faktu, że tam mają oni szansę na zdobycie specjalizacji i perspektywę ścieżki awansu.

Wskazane powyżej tendencje w strukturze kadrowej można odnieść do wydzielonej grupy pracowników zatrudnionych na stanowiskach lekarskich.

Kategoria jednostek	Struktura zatrudnienia w zawodach lekarskich w podziale wg wieku zatrudnionych			
	do 30 lat	31 do 40 lat	41 do 50 lat	powyżej 50 lat
pogotowie	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%
POZ	1,9%	14,7%	33,7%	49,7%
PSSE	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%
szpitale ogólne	6,7%	20,7%	33,5%	39,2%
szpitale specjalistyczne	9,7%	25,3%	37,3%	27,6%
inne jednostki	6,5%	33,8%	28,5%	31,2%
Łącznie	4,8%	17,4%	31,0%	46,8%

W małych i średnich zakładach opieki zdrowotnej młodych lekarzy w wieku do 30 lat jest jeszcze mniej niż wg statystyki ogółu zatrudnionych.

Rysunek 10. Struktura zatrudnienia wg wieku zatrudnionych w zawodach lekarskich w badanych jednostkach pogrupowanych ze względu na wielkość ZOZ

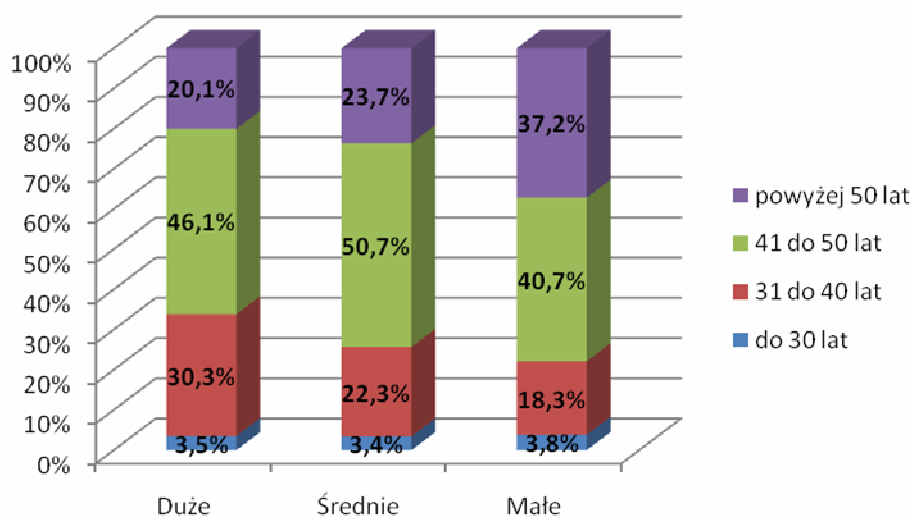


Analiza struktury wiekowej zatrudnionych w badanych jednostkach w zawodach pielęgniarstkich wskazuje na jeszcze większe „starzenie” się tej grupy zawodowej w porównaniu do grupy lekarzy. Tylko niecałe 3% pielęgniarek to osoby młode do 30 roku życia, a ponad 75% pracowników tej grupy ukończyło 41 lat. Nie wynika to z braku absolwentów szkół wyższych i szkolnictwa medycznego, ale z braku popytu w tej grupie zawodowej, co powoduje wzrost wieku tej grupy. Dotyczy to przede wszystkim sytuacji, kiedy w danej miejscowości funkcjonują szkoły kształcące personel medyczny.

Kategoria jednostek	Struktura zatrudnienia w zawodach pielęgniarstkich w podziale wg wieku zatrudnionych			
	do 30 lat	31 do 40 lat	41 do 50 lat	powyżej 50 lat
inne	4,3%	23,9%	45,7%	26,1%
pogotowie	7,2%	22,7%	41,2%	28,9%
POZ	3,2%	9,8%	33,6%	53,4%
PSSE	0,0%	25,0%	8,3%	66,7%
szpitale ogólne	2,5%	21,4%	48,7%	27,4%
szpitale spec.	4,7%	27,7%	47,1%	20,5%
Łącznie	2,9%	22,0%	37,3%	37,8%

Podobnie jak w przypadku zawodów lekarskich, najmniej korzystna sytuacja jest w małych jednostkach, gdzie ponad 70% zatrudnionych pielęgniarek to osoby w wieku powyżej 41 lat.

Rysunek 11. Struktura zatrudnienia wg wieku zatrudnionych w zawodach pielęgniarских w badanych jednostkach pogrupowanych ze względu na wielkość ZOZ



Problem liczby zatrudnionych w ZOZach młodych kadr jak i ich dostępności na rynku, jest silnie skorelowany z geograficznym rozmieszczeniem szkół kształcących w zawodach medycznych. I tak przykładowo, jak wynika z rozmów z kadrą zarządzającą jednostek zlokalizowanych w Łomży, gdzie są dwie szkoły wyższe kształcące pielęgniarki i dyplomujące do poziomu licencjata, nie ma problemu ani ze strukturą wiekową, ani z dostępnością na rynku. Ale już w odległej od szkół medycznych Hajnówce zachwiana jest zarówno struktura wiekowa jak i dostępność na rynku młodych absolwentów szkół medycznych. Podobne sytuacje występują np. w zawodach rehabilitanta, w którym kształcą 2 szkoły wyższe w Białymstoku. W stolicy województwa magistrów w tym zawodzie jest nadmiar, a w większości ZOZów nawet w pobliżu Białegostoku jest to jeden z bardziej poszukiwanych zawodów. To pokazuje, że problemem jest mobilność absolwentów szkół.

4. Analiza opinii kadry zarządzającej służbą zdrowia

Obok analizy zastanego stanu jednostek będących samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, badaniami objęto również ich kadry zarządzające. Kierownicy różnych szczebli zatrudnieni w ZOZach zostali poproszeni przez zespół badawczy o wypowiedzenie się na temat:

- największych problemów kierowanych przez nich jednostek,
- realizowanych obecnie i w przeszłości procesów restrukturyzacyjnych i ich efektów,
- oceny potrzeb kadrowych badanych jednostek w zawodach medycznych,
- oceny rynku pracy w poszczególnych zawodach i specjalnościach medycznych
- oceny elementów strategii zarządzania zasobami ludzkimi.

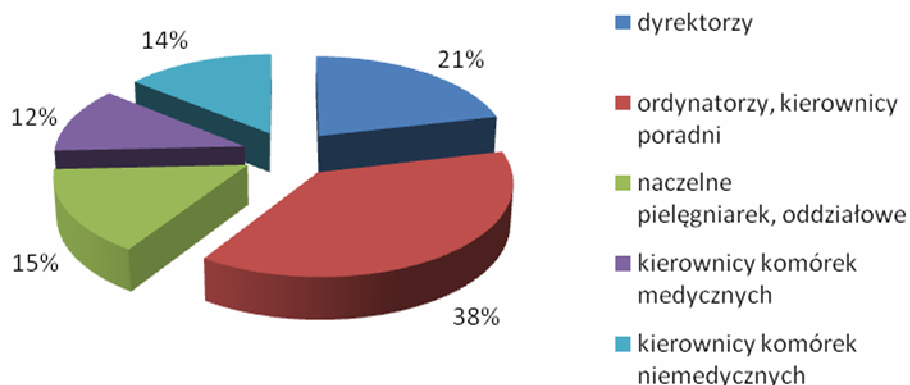
Ocena problemów z jakimi borykają się zakłady opieki zdrowotnej oraz ocena wybranych procesów restrukturyzacyjnych były dokonywane retrospektywnie w perspektywie od 2004 roku do dnia badania. Natomiast ocena liczebności i dostępności kadry na rynku pracy oraz ocena elementów strategii zarządzania zasobami ludzkimi wg stanu obecnego.

4.1. Opis próby badawczej

W badaniu wzięły udział 343 osoby reprezentujące badane i opisane w poprzednim rozdziale samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w województwie podlaskim.

Najliczniejszą grupę – 38% badanej kadry menedżerskiej stanowili ordynatorzy oddziałów w jednostkach zajmujących się stacjonarną opieką medyczną i kierownicy poradni w jednostkach opieki ambulatoryjnej, 21% badanej populacji stanowili przedstawiciele naczelnego kierownictwa badanych jednostek. Niewielka procentowo różnica pomiędzy liczebnością tych dwóch grup wynika po pierwsze z metodyki badań, która zakładała objęcie badaniami opinii 100% naczelnego kierownictwa i 50% kadry ordynatorskiej, po drugie z liczebności niewielkich zakładów (np. powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne), w których nie występuje ta grupa badanych „ordynatorzy i kierownicy poradni”. Tylko 15% badanej populacji stanowiły przedstawicielki grupy „pielęgniarki naczelne i oddziałowe”, 14% przedstawiciele kierownictwa komórek niemedycznych i 12% przedstawiciele kierownictwa komórek medycznych.

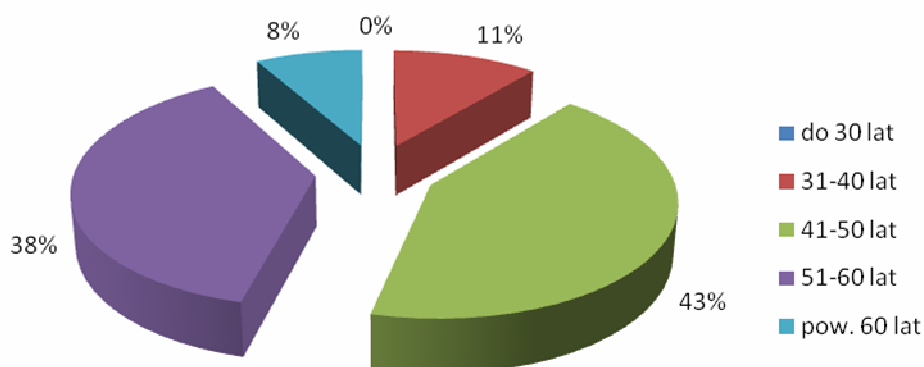
Rysunek 12. Struktura badanej populacji w podziale na miejsce w hierarchii zarządzania ZOZ



Podobnie jak w przypadku wszystkich zatrudnionych w służbie zdrowia, również kadrę zarządzającą stanowią głównie kobiety 61%.

Kadra zarządzająca zakładami opieki zdrowotnej jest w zdecydowanej większości w wieku powyżej 40 roku życia. Wśród badanych respondentów nie było osób w wieku poniżej 30 lat.

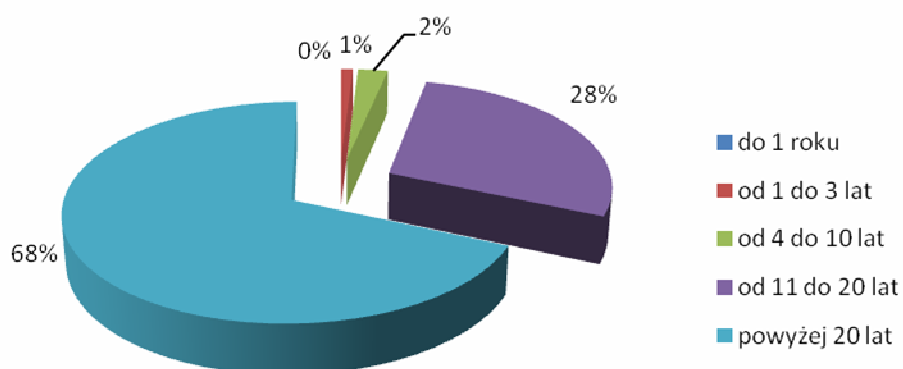
Rysunek 13. Struktura badanej populacji ze względu na wiek



Można stwierdzić, że średnia wieku kadry zarządzającej nie odbiega od średniej wieku wszystkich zatrudnionych, co zostało wykazane w poprzednim rozdziale.

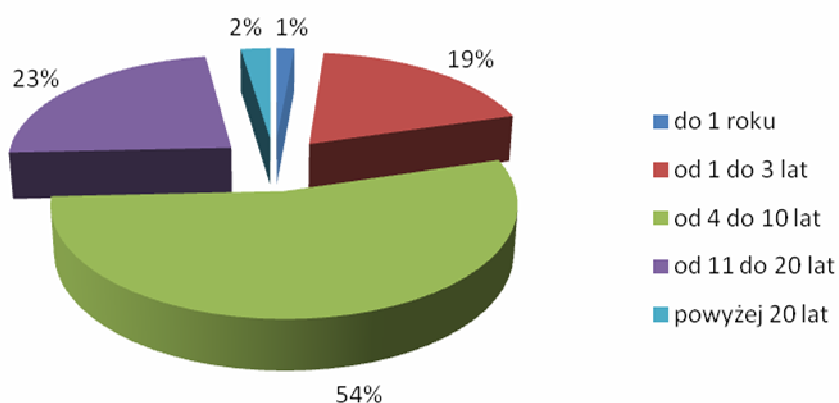
Badani respondenci posiadali duży staż pracy zawodowej. Zdecydowana większość (68%) to osoby z doświadczeniem powyżej 20 lat pracy.

Rysunek 14. Struktura badanej populacji ze względu na staż pracy zawodowej



Analizując wyniki badań można stwierdzić, że stanowiska kierownicze w badanych jednostkach opieki zdrowotnej wykazują się pewną stabilnością. Ponad połowa badanych zajmowała swoje stanowisko w przedziale od 4 do 10 lat.

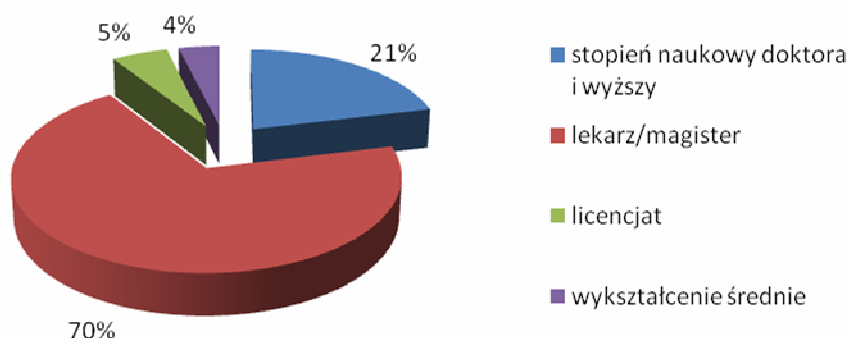
Rysunek 15. Struktura badanej populacji ze względu na staż pracy na stanowisku



Tylko 1% badanych respondentów zajmowało swoje stanowisko przez okres krótszy niż 1 rok, a 2% w okresie dłuższym niż 20 lat od dnia badania.

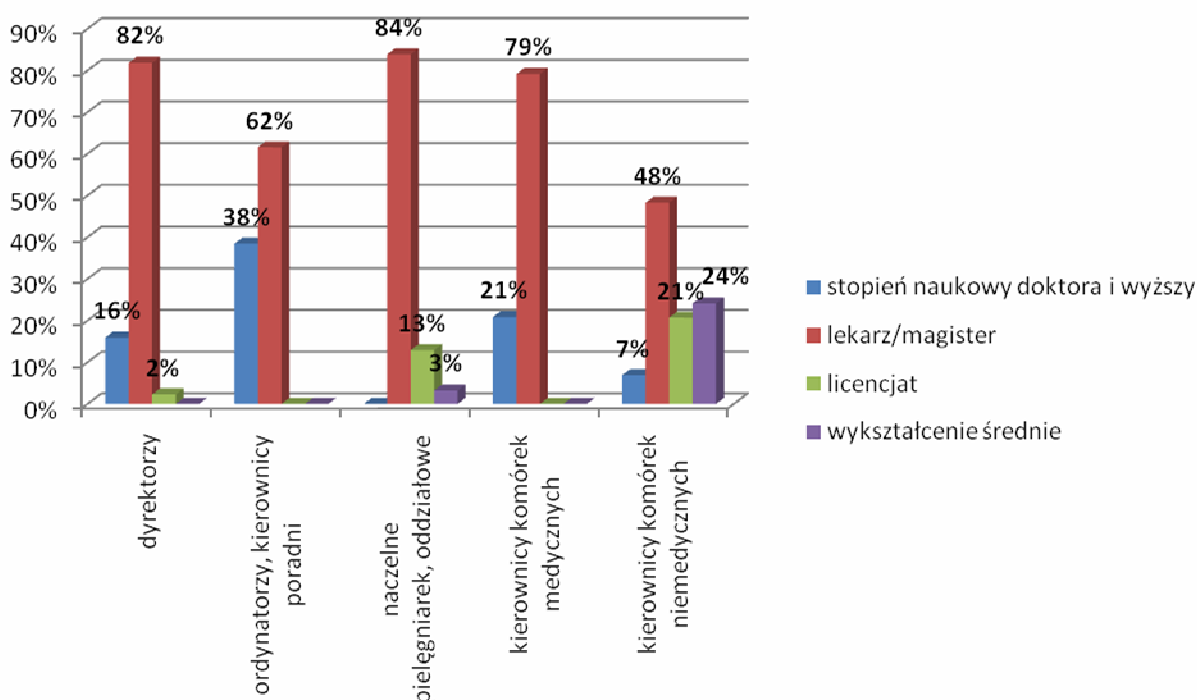
Kierownicy jednostek opieki zdrowotnej biorący udział w badaniu to osoby bardzo dobrze wykształcone, 70% badanych posiada wykształcenie wyższe a 21% to osoby posiadające stopień naukowy doktora lub wyższy.

Rysunek 16. Struktura badanej populacji ze względu na wykształcenie



Wyższe wykształcenie posiadają wszyscy przedstawiciele kadry w grupie ordynatorów, jak również badani kierownicy komórek medycznych. Wśród przedstawicieli naczelnego kierownictwa badanych zakładów przeważali respondenci z wykształceniem wyższym, nieznaczna grupa (16%) legitymowała się stopniem naukowym, a tylko 2% posiadało stopień zawodowy licencjata.

Rysunek 17. Struktura wykształcenia badanej kadry kierowniczej



Największa grupa osób z wykształceniem średnim występowała wśród kadry kierowniczej pielęgniarskiej (naczelne pielęgniarki i oddziałowe) i wśród kierowników komórek niemedycznych (odpowiednio 3% i 24% w każdej z wymienionych grup).

4.2. Ocena problemów służby zdrowia

Respondenci biorący udział w badaniu zostali poproszeni o wyrażenie swoich opinii na temat problemów dotyczących ich macierzyste zakłady w przeszłości (tj. od roku 2004) oraz obecnie. Każdemu z respondentów został przedstawiony „katalog” problemów najczęściej opisywanych w piśmiennictwie fachowym oraz nagłaśnianych przez media. Wśród zidentyfikowanych i poddanych ocenie problemów wymieniono:

- zadłużenie finansowe,
- problemy z zakupem leków z powodu braku środków finansowych,
- problemy z terminowym regulowaniem wynagrodzeń,
- brak środków finansowych na zakup sprzętu medycznego,
- brak środków na remonty i modernizację,
- przekraczanie kontraktów z NFZ bez możliwości pozyskania refundacji wydatków,
- przerosty kadrowe skutkujące nadmiernymi kosztami,
- braki kadrowe powodujące nadmierne obciążenie kadr lub brak możliwości świadczenia niektórych usług,
- niedokończone rozpoczęte wcześniej inwestycje,
- brak akceptacji społecznej dla zmian restrukturyzacyjnych wśród pracowników,
- brak akceptacji społecznej dla zmian restrukturyzacyjnych wśród związków zawodowych.

Zadaniem respondentów było wyrażenie swojej opinii poprzez nadanie każdemu z wymienionych problemów statusu: „bardzo duży”, „znaczny”, „umiarkowany” oraz poprzez określenie natężenia jego występowania w zakładzie mierzonego w skali „stały” – „umiarkowany”.

Wśród najczęściej wskazywanych problemów występujących w przeszłości, tj. w latach 2004-2008 respondenci wskazali:

- braki kadrowe,
- przekraczanie kontraktów z NFZ,
- brak środków finansowych na zakup sprzętu medycznego oraz
- brak środków na remonty i modernizację.

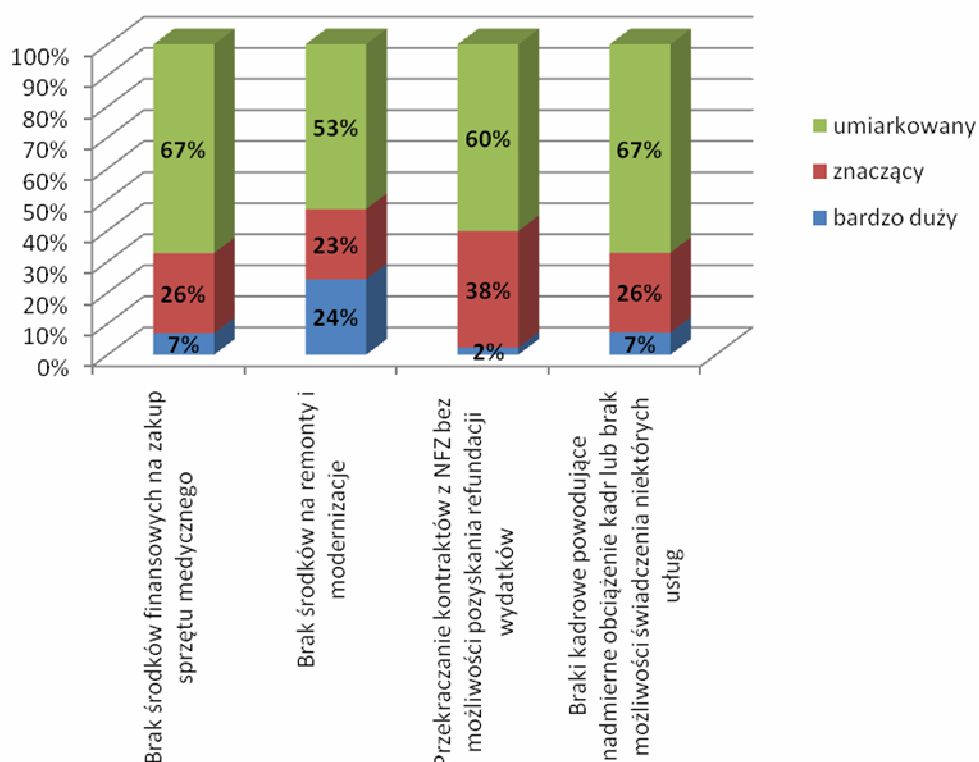
Są to problemy, na które wskazało ponad 50% respondentów.

Rodzaj zidentyfikowanego problemu, jaki występował w latach 2004-2008	częstość wskazań respondentów
Braki kadrowe powodujące nadmierne obciążenie kadr lub brak możliwości świadczenia niektórych usług	68,0%
Przekraczanie kontraktów z NFZ bez możliwości pozyskania refundacji wydatków	62,1%
Brak środków finansowych na zakup sprzętu medycznego	56,3%
Brak środków na remonty i modernizację	55,8%

Zadłużenie finansowe	40,8%
Brak akceptacji społecznej dla zmian restrukturyzacyjnych wśród pracowników	31,1%
Brak akceptacji społecznej dla zmian restrukturyzacyjnych wśród związków zawodowych	29,1%
Problemy z zakupem leków z powodu braku środków finansowych	25,7%
Niedokończone rozpoczęte wcześniej inwestycje	24,3%
Problemy z terminowym regulowaniem wynagrodzeń	11,7%
Przerosty kadrowe skutkujące nadmiernymi kosztami	8,3%

Osoby wskazujące na występowanie najczęstszych problemów uznawały je z reguły za „umiarkowane”, nie będące zagrożeniem dla funkcjonowania zakładu. Najwięcej, 38% osób wskazujących na problemy związane z przekraczaniem kontraktów bez możliwości uzyskania refundacji, określiło ten problem za „znaczący”, mogący być zagrożeniem dla funkcjonowania ZOZu. Tylko 2% respondentów uznało ten problem jako „bardzo duży”, co prawdopodobnie jest wynikiem prowadzonej przez NFZ polityki wypłacania nadwykonań, po serii długotrwałych negocjacji. Znaczna część osób (24%), wskazujących na występowanie problemu braku środków finansowych na remonty i modernizacje uznała ten problem za „bardzo duży”, będący realnym zagrożeniem dla funkcjonowania zakładu.

Rysunek 18. Struktura ocen respondentów najczęściej wskazywanych przez nich problemów*



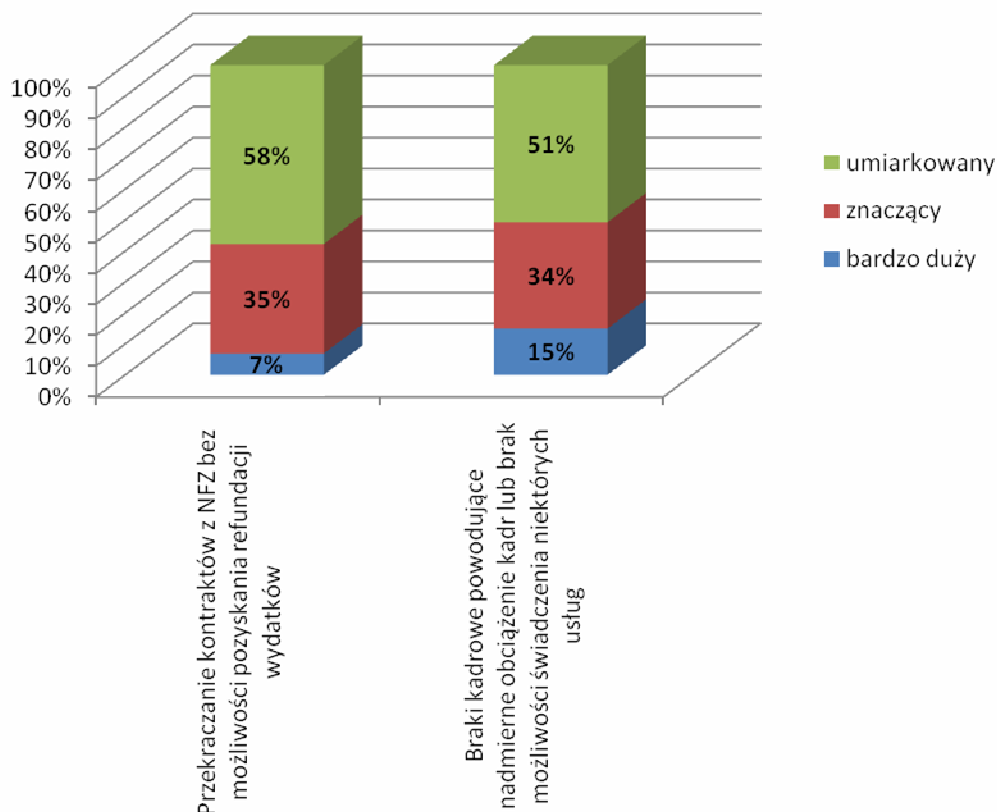
* wybrano tylko te problemy, na które wskazało ponad 50% respondentów

Na tle ocen stanu z przeszłości, odmiennie prezentują się oceny aktualnych problemów. Zdecydowanie mniejsza liczba respondentów wskazywała na występowanie aktualnie (w 2009 r.) wymienionych w badaniu problemów. Na tle wachlarza problemów wyróżnia się jedynie przekraczanie kontraktów z NFZ bez możliwości ich refundacji oraz braki kadrowe.

Rodzaj zidentyfikowanego problemu	częstość wskazań respondentów w ocenie stanu aktualnego	częstość wskazań respondentów w ocenie stanu przeszłego
Przekraczanie kontraktów z NFZ bez możliwości pozyskania refundacji wydatków	56,3%	62,1%
Braki kadrowe powodujące nadmierne obciążenie kadr lub brak możliwości świadczenia niektórych usług	32,5%	68,0%
Zadłużenie finansowe	17,5%	40,8%
Problemy z zakupem leków z powodu braku środków finansowych	15,5%	25,7%
Brak akceptacji społecznej dla zmian restrukturyzacyjnych wśród pracowników	15,5%	31,1%
Brak akceptacji społecznej dla zmian restrukturyzacyjnych wśród związków zawodowych	12,6%	29,1%
Problemy z terminowym regulowaniem wynagrodzeń	9,2%	11,7%
Niedokończone rozpoczęte wcześniej inwestycje	7,3%	24,3%
Przerosty kadrowe skutkujące nadmiernymi kosztami	6,3%	8,3%
Brak środków na remonty i modernizacje	4,9%	55,8%
Brak środków finansowych na zakup sprzętu medycznego	2,9%	56,3%

Liczba istotnych problemów zmniejszyła się (licząc częstość wskazywania na ich występowanie), jednak zmienił się znacząco sposób oceny ich ważności – największe problemy aktualne były oceniane bardziej radykalnie.

Rysunek 19. Struktura ocen respondentów najczęściej wskazywanych przez nich problemów¹²



35% respondentów wskazywało problem przekraczania kontraktów jako „znaczący” (w poprzednich latach 38%), a 7% jako „bardzo duży” (w poprzednich latach 2%). Braki kadrowe, jako blokujące możliwość świadczenia usług, uznało za problem „znaczący” 34% (w poprzednich latach 26%), a 15% respondentów uznało go za problem „bardzo duży” (w poprzednich latach tylko 7%).

4.3. Ocena procesów restrukturyzacyjnych

Respondenci biorący udział w badaniu zostali poproszeni o wyrażenie swoich opinii na temat przebiegu różnych składowych procesów restrukturyzacyjnych. Ocena obejmowała intensywność (liczoną w skali dwustopniowej duża – mała) realizacji wybranych zadań, najczęściej stosowanych przy restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej. Zestaw tych zadań obejmował:

- inwestycje zwiększające możliwości świadczenia usług medycznych,
- inwestycje inne: energooszczędne itp.,
- znaczące unowocześnianie sprzętu i wyposażenia,
- przemieszczenia terytorialne jednostek,
- dostosowanie struktury organizacyjnej do aktualnych potrzeb,

¹² Wybrano tylko te problemy, na które wskazywało więcej niż 30% respondentów.

- outsourcing – zlecanie niektórych funkcji obsługi na zewnątrz,
- ograniczenie poziomu zatrudnienia,
- ograniczenie zobowiązań finansowych,
- ograniczenie kosztów działalności,
- zwiększanie lub zmianę usług w celu pozyskania dodatkowych środków NFZ,
- pozyskiwanie źródeł przychodów poza NFZ,
- wprowadzania procedur zwiększających jakość usług,
- intensyfikacja szkolenia personelu,
- wprowadzenie zasad controllingu finansowego.

Ocena respondentów była dokonywana dla każdego z lat 2004-2009.

Dla statystycznej oceny opinii respondentów został przygotowany wskaźnik średniej intensywności działań restrukturyzacyjnych. Jest on liczony dla odpowiedzi każdego respondenta jako stosunek liczby wskazań na realizację zadań w danym obszarze we wszystkich latach do liczby ocenianych okresów, a następnie wyciągana jest średnia arytmetyczna z wartości tego ilorazu w całej badanej populacji. Przykładowo gry respondent wskazał, że działania w danym zakresie (np. unowocześniania sprzętu) były realizowane w latach 2004, 2005, 2006, tj. w 3 z 7 badanych okresów, wartość wskaźnika wynosi 42,8%. Z wartości wskaźników obliczonych dla odpowiedzi każdego z respondentów wyliczona została następnie średnia.

Wyliczone wg tej metody wskaźniki średniej intensywności działań restrukturyzacyjnych pokazują, że najczęściej podejmowane zadania w procesie restrukturyzacji to pozyskiwanie źródeł przychodów poza NFZ, inwestycje zwiększające możliwości świadczenia usług medycznych, znaczące unowocześnianie sprzętu i wyposażenia oraz dostosowanie struktury organizacyjnej do potrzeb.

Rodzaj zadania w ramach restrukturyzacji ZOZ	Wskaźnik intensywności
pozyskiwanie źródeł przychodów poza NFZ	13,2%
inwestycje zwiększające możliwości świadczenia usług medycznych	11,8%
znaczące unowocześnianie sprzętu i wyposażenia	11,8%
dostosowanie struktury organizacyjnej do potrzeb	11,5%
ograniczenie kosztów działalności	10,9%
zwiększanie (zmiana) usług w celu pozyskania dodatkowych środków NFZ	10,3%
ograniczenie poziomu zatrudnienia	9,7%
wprowadzania procedur zwiększających jakość usług	8,7%
intensyfikacja szkolenia personelu	8,4%
outsourcing - zlecanie niektórych funkcji obsługi na zewnątrz	8,1%

ograniczenie zobowiązań finansowych	7,8%
inwestycje inne: energooszczędne itp.	6,0%
wprowadzenie zasad controllingu finansowego	1,5%
przemieszczenia terytorialne jednostek	1,0%

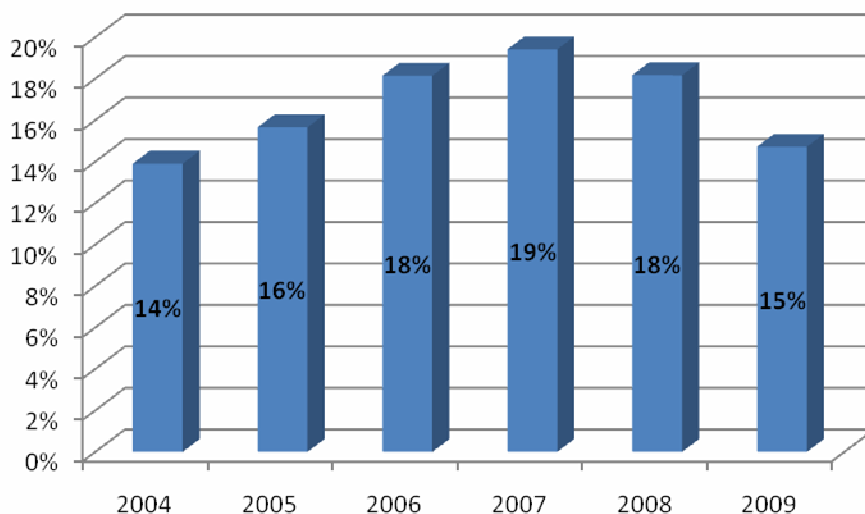
W ocenie respondentów działania restrukturyzacyjne miały raczej charakter umiarkowany pod względem zasięgu, tj. obejmujący jedynie pewien wycinek działalności ZOZ. Jedynie niecałe 13% wszystkich respondentów, którzy zdecydowali się oceniać działania restrukturyzacyjne, wskazywało, że ich zasięg był duży, obejmujący kompleksowo cały zakład opieki zdrowotnej.

Największa liczba respondentów oceniała jako „duże” pod względem zasięgu działania polegające na inwestycjach zwiększających możliwość świadczenia usług medycznych oraz ograniczanie zobowiązań finansowych.

Rodzaj zadania w ramach restrukturyzacji ZOZ	Wskaźnik intensywności działań ocenianych jako „umiarkowane”	Wskaźnik intensywności działań ocenianych jako „duże”
inwestycje zwiększające możliwości świadczenia usług medycznych	8,8%	3,0%
ograniczenie zobowiązań finansowych	5,2%	2,6%
inwestycje inne: energooszczędne itp.	4,0%	1,9%
znaczące unowocześnianie sprzętu i wyposażenia	9,9%	1,9%
pozyskiwanie źródeł przychodów poza NFZ	11,8%	1,4%
ograniczenie poziomu zatrudnienia	8,9%	0,8%
przemieszczenia terytorialne jednostek	0,4%	0,6%
dostosowanie struktury organizacyjnej do potrzeb	11,0%	0,6%
zwiększanie (zmiana) usług w celu pozyskania dodatkowych środków NFZ	9,8%	0,5%
ograniczenie kosztów działalności	10,4%	0,5%
intensyfikacja szkolenia personelu	8,0%	0,4%
outsourcing - zlecanie niektórych funkcji obsługi na zewnątrz	7,9%	0,3%
wprowadzania procedur zwiększających jakość usług	8,6%	0,2%
wprowadzenie zasad controllingu finansowego	1,5%	0,0%

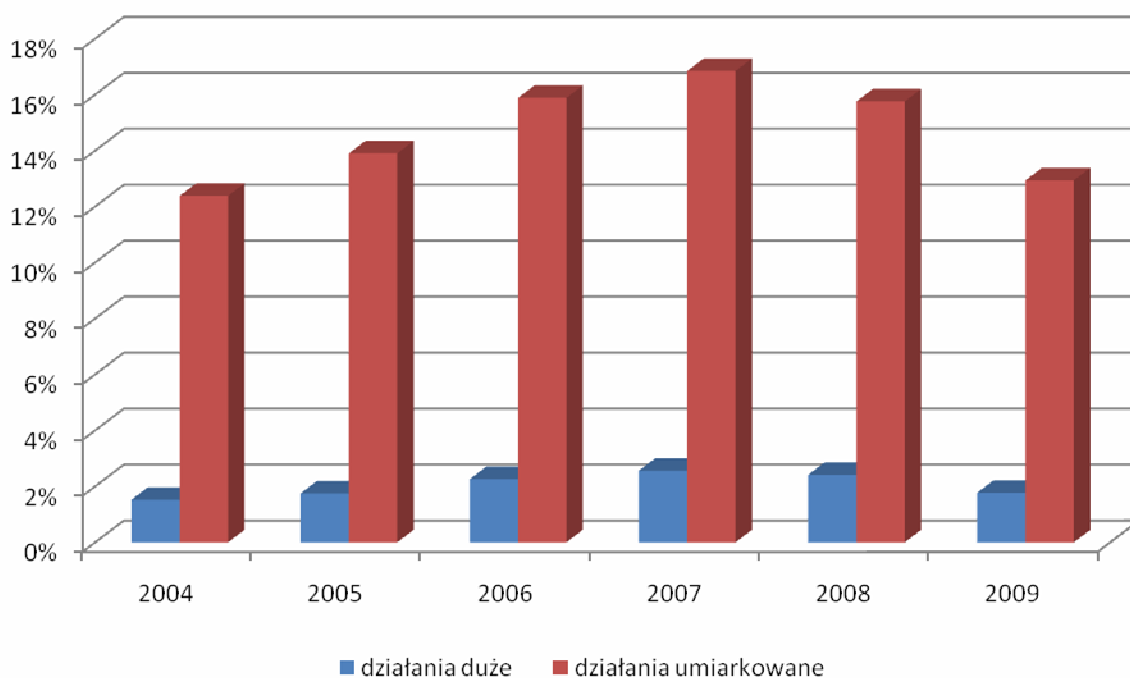
Należy zwrócić uwagę, na dość równomierny rozkład intensywności działań restrukturyzacyjnych w poszczególnych latach. Latami, w których działania restrukturyzacyjne były najbardziej widoczne dla badanych respondentów (powyżej średniej) były 2006, 2007 i 2008 rok.

Rysunek 20. Intensywność działań restrukturyzacyjnych w poszczególnych latach



W ocenie planów działań na najbliższe lata respondenci byli znacznie bardziej powściągliwi. Tylko 5% z nich próbowało oceniać plany.

Rysunek 21. Ocena wielkości działań restrukturyzacyjnych w poszczególnych latach



Najwięcej działań restrukturyzacyjnych ocenianych jako „duże” wystąpiło w 2006, 2007 i 2008 roku, odpowiednio 16%, 17% i 16%.

Respondenci mieli możliwość oceny efektów działań restrukturyzacyjnych prowadzonych aktualnie i w przeszłości, posługując się pięciostopniową skalą ocen i listą zawierającą przykładowe działania, takie jak:

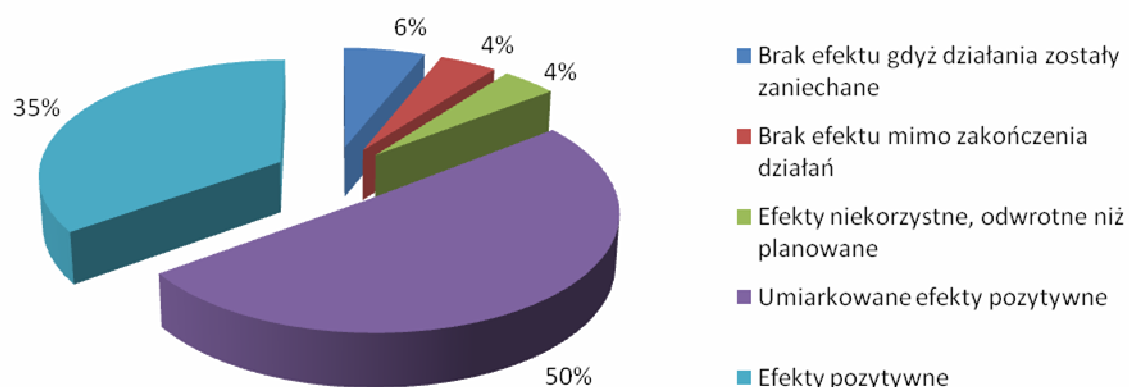
- inwestycje budowlane zwiększające możliwości świadczenia usług medycznych,
- inne inwestycje budowlane,
- znaczące unowocześnianie sprzętu i wyposażenia,
- wynajem zbędnej lub wygospodarowanej powierzchni,
- wynajem sprzętu lub pomieszczeń medycznych,
- sprzedaż nieruchomości,
- sprzedaż zbędnego sprzętu,
- przemieszczenia terytorialne jednostek,
- dostosowanie struktury organizacyjnej do aktualnych potrzeb,
- outsourcing – zlecanie niektórych funkcji obsługi na zewnątrz,
- ograniczenie poziomu zatrudnienia,
- zwiększenie poziomu zatrudnienia,
- zatrudnienie cudzoziemców na stanowiskach medycznych,
- ograniczenie zobowiązań finansowych,
- ograniczenie kosztów działalności,
- zwiększanie usług w celu pozyskania dodatkowych środków NFZ,
- pozyskiwanie źródeł przychodów poza NFZ,
- wprowadzanie procedur zwiększających jakość usług,
- intensyfikacja szkolenia personelu,
- wprowadzenie zasad controllingu finansowego.

Badani oceniali efekty przypisując każdemu działaniu jedną z pięciu ocen:

- brak efektu gdyż działania zostały zaniechane,
- brak efektu mimo zakończenia działań,
- efekty niekorzystne, odwrotne niż planowane,
- umiarkowane efekty pozytywne,
- efekty pozytywne.

Najwięcej respondentów, oceniało zauważone przez siebie efekty jako „umiarkowanie pozytywne” (50% wskazań), a 35% jako „w pełni pozytywne”.

Rysunek 22. Ogólna ocena efektów działań restrukturyzacyjnych



Warto zwrócić uwagę, że w ocenie jedynie 8% respondentów wystąpiły negatywne skutki (brak efektów lub efekty niekorzystne, odwrotne), 6% przedstawicieli badanej grupy wskazywało na zaniechanie działań restrukturyzacyjnych w ich macierzystych zakładach.

Wśród ocen negatywnych, pokazujących na brak efektów działań restrukturyzacyjnych, respondenci wskazywali takie działania, jak:

- sprzedaż nieruchomości – 48%¹³,
- przemieszczenia terytorialne jednostek – 38%,
- wynajem zbędnej powierzchni – 22%.

Natomiast na odwrotne niż zamierzone efekty działań restrukturyzacyjnych, respondenci wskazywali głównie na:

- ograniczanie poziomu zatrudnienia – 28%,
- outsourcing usług – 18%.

Wśród działań, które zostały zaniechane, respondencie najczęściej wskazywali zadania najbardziej kosztochłonne, dla których realizacji nakłady inwestycyjne były zbyt wysokie dla badanych zakładów. Dwa najczęściej zaniechane działania to:

- inwestycje budowlane poza sferą medyczną (np. energooszczędne) – 30% wskazań,
- znaczące unowocześnienia sprzętu medycznego – 20%.

Do efektów, które wg opinii respondentów zostały ocenione jako umiarkowanie pozytywne należy zaliczyć:

- dostosowanie struktury organizacyjnej do aktualnych potrzeb – 80%,
- zatrudnienie cudzoziemców na stanowiskach medycznych – 75%,
- ograniczenie kosztów działalności – 75%,
- intensyfikacja szkolenia personelu – 63%,
- wprowadzania procedur zwiększających jakość usług – 62%,

¹³ wskaźnik liczony jako procent wskazań na ten efekt wśród wszystkich oceniających dane działanie.

– sprzedaż zbędnego sprzętu – 60%.

Rodzaj działania restrukturyzacyjnego	Zaniechanie	Brak efektu	Efekty niekorzystne	Efekty umiarkowane	Efekty pozytywne
inwestycje budowlane zwiększające możliwości świadczenia usług medycznych	11%	2%	4%	43%	39%
inwestycje budowlane inne: energooszczędne itp.	30%	0%	0%	39%	30%
znaczące unowocześnianie sprzętu i wyposażenia	20%	0%	0%	47%	33%
wynajem zbędnej lub wygospodarowanej powierzchni	1%	22%	1%	23%	53%
wynajem sprzętu lub pomieszczeń medycznych	0%	2%	0%	38%	61%
sprzedaż nieruchomości	7%	48%	4%	19%	22%
sprzedaż zbędnego sprzętu	14%	0%	3%	60%	22%
przemieszczenia terytorialne jednostek	2%	38%	0%	26%	33%
dostosowanie struktury organizacyjnej do potrzeb	0%	0%	2%	80%	18%
outsourcing – zlecenie niektórych funkcji obsługi na zewnątrz	0%	1%	18%	26%	55%
ograniczenie poziomu zatrudnienia	3%	1%	28%	58%	11%
zwiększenie poziomu zatrudnienia	9%	6%	6%	43%	37%
zatrudnienia cudzoziemców na stanowiskach medycznych	5%	0%	0%	75%	20%
ograniczenie zobowiązań finansowych	2%	0%	0%	42%	56%
ograniczenie kosztów działalności	1%	1%	1%	75%	21%
zwiększanie usług w celu pozyskania dodatkowych środków NFZ	0%	0%	1%	58%	41%
pozyskiwanie źródeł przychodów poza NFZ	2%	1%	6%	44%	46%
wprowadzania procedur zwiększających jakość usług	4%	1%	0%	62%	33%
intensyfikacja szkolenia personelu	0%	2%	2%	63%	34%
wprowadzenie zasad controllingu finansowego	0%	2%	0%	0%	0%

Najczęściej jako efekty zdecydowanie pozytywne, respondenci wymieniali wynajem sprzętu i pomieszczeń medycznych – 61%. Również jako przynoszące zdecydowanie pozytywne efekty respondenci uznali ograniczanie zobowiązań finansowych (56%) oraz outsourcing usług (55%).

Oceniając procesy restrukturyzacyjne w macierzystych jednostkach, respondenci byli proszeni o wyrażenie opinii nt. skali zwolnień pracowniczych, jakie miały miejsce w okresie restrukturyzacji. Około 33% respondentów nie potrafiło ocenić, czy zwolnienia pracowników przeprowadzane w ramach restrukturyzacji były zwolnieniami indywidualnymi czy grupowymi (w sensie prawnym).

Wśród osób potrafiących dokonać oceny, 78% wyraziło opinię, że zwolnienia miały charakter indywidualny, a pozostała grupa 22%, że były to zwolnienia grupowe.

4.4. Ocena potrzeb kadrowych i potencjału rynku pracy w zawodach medycznych

W celu oceny potrzeb kadrowych jakie mają badane zakłady opieki zdrowotnej, przygotowano arkusz zawierający listę wszystkich specjalności lekarskich, pielęgniarских i około medycznych. Ze względu na wybór próby badawczej, który nie zawierał doboru (np. kwotowo-losowego) uwzględniającego uprawianą dyscyplinę medyczną respondenta, zebrany materiał badawczy nie można uznać za reprezentatywny. Zaprezentowane poniżej informacje mają jedynie wartość sondażową (poglądową), pokazującą podstawowe tendencje w zakresie potrzeb kadrowych.

W celu oceny potrzeb kadrowych w wybranych zawodach i specjalnościach lekarskich, pielęgniarских i około medycznych, respondenci mieli za zadanie ocenić czy w ich macierzystej jednostce brakuje, jest zbyt wielu czy też wystarczająco osób w danej specjalności. Respondenci byli również proszeni, aby w miarę możliwości ocenić liczbę osób brakujących do pełnej obsady lub nadmiarowych.

Wielu respondentów nie podejmowało próby oceny potrzeb kadrowych, w szczególności były to osoby niezatrudnione w komórkach medycznych (z wyjątkiem kierowników działów kadr, którzy na co dzień mają do czynienia z taką oceną).

Dla wskazania poziomu deficytu danego zawodu, wykorzystano wskaźnik liczony jako procent wskazań na braki w kadrze reprezentującej daną specjalność wśród wszystkich respondentów, którzy zdecydowali się na ocenę danej grupy zawodowej (np. lekarzy). Mając na uwadze niespełnienie reprezentatywności tego fragmentu badania, najbardziej deficytowe w badanych jednostkach zawody lekarskie to:

– Anestezjologia i intensywna terapia	47,8%
– Pediatria	31,3%
– Chirurgia ogólna	26,1%
– Kardiologia	26,1%
– Neonatologia	23,1%

Wśród najbardziej deficytowych zawodów pielęgniarских i około medycznych należałoby wymienić pielęgniarki:

– Anestezjologiczne i intensywnej opieki	34,8%
– Diabetologiczne	20,2%
– Epidemiologiczne	19,1%
– Ratunkowe	19,1%

- Kardiologiczne 18,0%

Próbie oceny potencjału rynku pracy w zawodach lekarskich zdecydowało się dokonać niewiele ponad 50% respondentów (dla porównania ocenę macierzystego ZOZ – 65%). Według ich opinii na rynku pracy województwa podlaskiego najbardziej deficytowe zawody lekarskie to:

- Pediatria 41,5%
- Neonatologia 40,6%
- Anestezjologia i intensywna terapia 35,8%
- Kardiologia 31,1%
- Psychiatria 29,2%

Oceny potencjału rynku pracy województwa podlaskiego w zakresie zawodów pielęgniarских i około medycznych wykonała niewielka grupa respondentów (20%), a ich ocena wskazuje, że najbardziej deficytowe są głównie zawody pielęgniarские:

- Anestezjologiczne i intensywnej opieki 78,6%
- Operacyjne 35,7%
- Pediatriczne 35,7%
- Kardiologiczne 31,0%
- Opieki długoterminowej 31,0%

Zgodnie z przyjętą metodą badawczą, respondenci wyrażali swoją opinię nt. dostępności wybranych zawodów lekarskich i około medycznych. Tak jak wskazano powyżej zdecydowana większość respondentów wskazywała na braki kadr. Jednak oprócz wskazywania deficytu w tych zawodach w badanych ZOZach, niektórzy respondenci wskazywali na nadmiar osób reprezentujących profesje medyczne. I tak, wśród zawodów lekarskich wymienianych jako „nadmiarowe”, wskazywano najczęściej: audiologów i foniatrów, chirurgów dziecięcych, pediatrów i psychiatrów. Były to jednak wskaźniki o wartości poniżej 1%.

Natomiast w grupie profesji pielęgniarских i około medycznych najczęściej na „nadmiar” w badanych ZOZach wskazywano zawody: ratownika medycznego (4%), pielęgniarki anestezjologicznej, operacyjnej oraz pediatrycznej (zawody pielęgniarские poniżej 2%).

Wśród zawodów lekarskich, których przedstawicieli na rynku pracy jest za dużo w stosunku do potrzeb najczęściej wskazywano ginekologów-położników (6%) oraz psychiatrów (4%). A w zawodach pielęgniarских i około medycznych: położne (7%), protetyków ortopedycznych (5%) i ratowników medycznych (również 5%).

Pełne zestawienie wyników oceny przedstawiono w dwóch kolejnych tabelach (lekarze i pozostałe zawody), uszeregowanych pod względem deficytu w badanych zakładach.

Zawody lekarskie	% osób uważających, że jest deficyt w badanym ZOZ	% osób uważających, że jest deficyt w województwie
Anestezjologia i intensywna terapia	47,8%	35,8%
Pediatrica	31,3%	41,5%
Kardiologia	26,1%	31,1%
Chirurgia ogólna	26,1%	23,6%
Neonatologia	23,1%	40,6%
Choroby wewnętrzne	21,6%	21,7%
Psychiatria	20,9%	29,2%
Gastroenterologia	20,1%	5,7%
Neurologia	19,4%	17,9%
Medycyna ratunkowa	18,7%	16,0%
Choroby zakaźne	17,9%	18,9%
Medycyna rodzinna	17,2%	24,5%
Endokrynologia	14,9%	15,1%
Kardiochirurgia	14,9%	7,5%
Psychiatria dzieci i młodzieży	12,7%	9,4%
Alergologia	11,2%	17,0%
Urologia	10,4%	11,3%
Epidemiologia	9,7%	18,9%
Pulmonologia	9,7%	13,2%
Nefrologia	9,7%	13,2%
Diabetologia	9,7%	11,3%
Radiologia i diagnostyka obrazowa	9,0%	13,2%
Chirurgia dziecięca	9,0%	6,6%
Chirurgia naczyniowa	8,2%	8,5%
Ortopedia i traumatologia	8,2%	7,5%
Dermatologia i wenerologia	7,5%	7,5%
Chirurgia plastyczna	6,7%	2,8%
Rehabilitacja medyczna	6,0%	2,8%
Chirurgia onkologiczna	5,2%	7,5%
Onkologia kliniczna	4,5%	10,4%
Medycyna pracy	4,5%	8,5%
Chirurgia klatki piersiowej	3,7%	9,4%
Otorynolaryngolog	3,7%	8,5%
Ginekologia onkologiczna	3,7%	8,5%
Kardiologia dziecięca	3,7%	5,7%
Onkologia i hematologia dziecięca	3,7%	5,7%
Geriatrya	3,7%	4,7%
Położnictwo i ginekologia	3,7%	3,8%
Patomorfologia	3,0%	15,1%
Mikrobiologia lekarska	3,0%	3,8%
Medycyna paliatywna	3,0%	3,8%
Reumatologia	3,0%	3,8%
Neurologia dziecięca	3,0%	2,8%
Genetyka kliniczna	2,2%	4,7%

Hematologia	2,2%	2,8%
Toksykologia kliniczna	2,2%	0,9%
Medycyna sądowa	1,5%	9,4%
Neurochirurgia	1,5%	4,7%
Diagnostyka laboratoryjna	1,5%	1,9%
Medycyna nuklearna	1,5%	0,9%
Oftalmologia	1,5%	0,9%
Angiologia	1,5%	0,0%
Audiologia i foniatria	0,7%	6,6%
Chirurgia szczękowo-twarzowa	0,7%	4,7%
Transfuzjologia krwi	0,7%	1,9%
Immunologia kliniczna	0,7%	0,9%
Neuropatologia	0,7%	0,9%
Otarynolaryngologia dziecięca	0,7%	0,9%
Seksuologia	0,7%	0,9%
Urologia dziecięca	0,7%	0,9%
Chirurgia szczękowo-twarzowa	0,7%	0,0%
Radioterapia onkologiczna	0,0%	5,7%
Medycyna transportu	0,0%	0,9%
Balneologia i medycyna fizykalna	0,0%	0,9%
Transplantologia kliniczna	0,0%	0,9%
Periodontologia	0,0%	0,9%
Protetyka stomatologiczna	0,0%	0,9%
Stomatologia dziecięca	0,0%	0,9%
Stomatologia zachowawcza z endodoncją	0,0%	0,9%
Farmakologia kliniczna	0,0%	0,0%
Chirurgia stomatologiczna	0,0%	0,0%
Ortodoncja	0,0%	0,0%
Zdrowie publiczne	0,0%	0,0%

Zawody pielęgniarские i około medyczne	% osób uważających, że jest deficyt w badanym ZOZ	% osób uważających, że jest deficyt w województwie
Anestezjologiczne i intensywnej opieki	34,8%	78,6%
Diabetologiczne	20,2%	28,6%
Ratunkowe	19,1%	31,0%
Epidemiologiczne	19,1%	26,2%
Kardiologiczne	18,0%	31,0%
Zachowawcze	18,0%	31,0%
Opieki długoterminowej	16,9%	31,0%
Opieki paliatywnej	15,7%	28,6%
Operacyjne	12,4%	35,7%
Pediatryczne	12,4%	35,7%
Neonatologiczne	11,2%	14,3%
Rodzinne	10,1%	14,3%

Geriatryczne	9,0%	7,1%
Środowiskowe	6,7%	7,1%
Nefrologiczne z dializoterapią	4,5%	4,8%
Ratownik medyczny	4,5%	2,4%
Recepcjonistka	4,5%	0,0%
Sekretarka medyczna	3,4%	19,0%
Środowiska nauczania i wychowania	3,4%	7,1%
Psychiatryczne	3,4%	4,8%
Fizyk medyczny	2,2%	2,4%
Fizykoterapeuta	2,2%	2,4%
Rehabilitacji (mgr)	2,2%	0,0%
Położnicze	1,1%	2,4%
Rehabilitacji (technik)	1,1%	2,4%
Diagnosta laboratoryjny (mgr)	1,1%	0,0%
Technik elektroradiologii	1,1%	0,0%
Salowa	1,1%	0,0%
Ochrony zdrowia pracujących	0,0%	0,0%
Diagnosta laboratoryjny (technik)	0,0%	0,0%
Technik dentystyczny	0,0%	0,0%
Technik analityki medycznej	0,0%	0,0%
Protetyk słuchu	0,0%	0,0%
Protetyk ortopedyczny	0,0%	0,0%
Inny personel w jednostkach medycznych	0,0%	0,0%

4.5. Ocena elementów strategii zarządzania zasobami ludzkimi

W końcowej części badania respondenci byli proszeni o wyrażenie swoich opinii w zakresie prowadzonej w ich macierzystych jednostkach polityki kadrowej. W ramach tej części badania oceniali oni:

- fakt istnienia strategii personalnej w swoim zakładzie,
- sposoby rekrutacji i doboru personelu,
- system ocen pracowniczych,
- system szkoleń i doskonalenia zawodowego,
- możliwości ścieżek awansu.

Według opinii 58% badanych, ich zakłady opieki zdrowotnej nie posiadają strategii personalnej. Tylko 28% uważa, że taka strategia istnieje, a 14% respondentów nie wypowiedziało się w ogóle w tym zakresie.

Wśród badanej kadry kierowniczej, grupą, w której było najwięcej wskazań świadczących o braku strategii personalnej (65%) była grupa ordynatorów i kierowników poradni. Natomiast grupą, w której najczęściej wskazywano istnienie takiej strategii była grupa pielęgniarek naczelnych i oddziałowych (23%).

Czy ZOZ posiada strategię personalną?	członek kierownictwa publicznego ZOZ	ordynator oddziału	pielęgniarka naczelną lub oddziałową	kierownik komórki medycznej	kierownik komórki niemedycznej
nie wiem	14%	12%	23%	13%	14%
tak	30%	23%	32%	29%	31%
nie	57%	65%	45%	58%	55%

Drugim ocenianym przez respondentów elementem polityki personalnej był sposób rekrutacji i doboru kadr. Większość respondentów (58%) wyraziła opinię, że w ich organizacjach dobór personelu regulują określone procedury, a 31% określiło, że nie ma procedur ale są stosowane wybrane narzędzia rekrutacji i selekcji kadr. Tylko 4% badanych uważało, że nie funkcjonują żadne procedury doboru kadr. Na rekrutację ad hoc wskazywali głównie przedstawiciele grupy ordynatorów oraz pielęgniarek naczelnych i oddziałowych.

Czy dobór personelu w Twojej opinii:	członek kierownictwa publicznego ZOZ	ordynator oddziału	pielęgniarka naczelną lub oddziałową	kierownik komórki medycznej	kierownik komórki niemedycznej
brak odpowiedzi	7%	4%	10%	21%	7%
regulują określone procedury	50%	46%	71%	67%	79%
nie regulują określone procedury ale wybrane narzędzia doboru są stosowane	43%	41%	16%	13%	14%
żadne procedury nie określają doboru personelu	0%	9%	3%	0%	0%

Jednym z podstawowych składników tworzących model zarządzania zasobami ludzkimi w nowoczesnych organizacjach są oceny pracownicze. Kształtują one odpowiednie postawy pracowników, są pomocą w budowaniu systemu motywacyjnego oraz przy kształtowaniu taryfikatorów pracy. Według zdecydowanej większości respondentów w zatrudniających ich jednostkach nie funkcjonują nowoczesne narzędzia oceny pracowników (59% odpowiedzi), a ocenianie odbywa się przy wykorzystaniu niesformalizowanych narzędzi. 18% badanych wskazało na istnienie takiego nowoczesnego systemu oceniania pracowników, a 8% oceniło, że ocena jest formułowana na uznaniowych sądach kierownika.

Analizując odpowiedzi w podziale na badane grupy respondentów, dobrane wg zajmowanego stanowiska, można zauważyć, że najwięcej odpowiedzi wskazujących na funkcjonowanie nowoczesnych narzędzi oceniania było w grupie ordynatorów.

Czy w ZOZ funkcjonuje system oceny pracowników:	członek kierownictwa publicznego ZOZ	ordynator oddziału	pielęgniarka naczelną lub oddziałową	kierownik komórki medycznej	kierownik komórki niemedycznej
brak odpowiedzi	2%	5%	3%	0%	3%
tak, nowoczesny, odpowiednio zastosowany	14%	23%	10%	14%	24%
tak, ale wybrane narzędzia wymagają usprawnienia	12%	0%	6%	5%	10%
tak, ale rezultaty oceny nie zawsze są wykorzystywane w zarządzaniu	7%	3%	6%	14%	3%
nie, ale są ogólne i niesformalizowane narzędzia oceny pracowników	58%	59%	61%	68%	52%
nie, ocena jest formułowana na uznaniowych sądach kierownika	7%	10%	13%	0%	7%

Może to wskazywać na prawidłowość polegającą na tym, że wysokie wymagania jakościowe w stosunku do wykonywanej pracy w pewnym stopniu wymuszają opracowywanie odpowiednich narzędzi oceniania.

Zdecydowanie lepiej oceniane było inne narzędzie strategii personalnej, a mianowicie polityka szkoleniowa. 55% respondentów oceniło, że w zatrudniających ich zakładach opieki zdrowotnej polityka ta istnieje i jest realizowana. W 20% przypadków opinia wskazywała na brak systemowego podejścia do szkoleń, które są okazjonalne i organizowane przypadkowo.

Czy w ZOZ funkcjonuje planowy system szkoleń i doskonalenia zawodowego	członek kierownictwa publicznego ZOZ	ordynator oddziału	pielęgniarka naczelną lub oddziałową	kierownik komórki medycznej	kierownik komórki niemedycznej
brak odpowiedzi	2%	3%	3%	0%	0%
istnieje i jest realizowana polityka szkoleniowa	65%	50%	68%	46%	48%
istnieje ale nie wszystkie elementy polityki są realizowane (planowanie, ocena potrzeb, realizacja szkoleń, ocena skuteczności)	16%	14%	10%	0%	3%
brak systemu, szkolenia	12%	24%	10%	38%	14%

okazjonalnie i przypadkowo					
brak systemu i brak szkoleń	5%	9%	10%	17%	34%

Najbardziej krytyczną grupą, najczęściej wskazującą na brak systemu i brak szkoleń, byli przedstawiciele kadry kierowniczej jednostek niemedycznych.

Ostatnim z elementów strategii personalnej, jaki podlegał ocenie był system karier pracowniczych. 39% odpowiedzi respondentów wskazywało na brak systemowego podejścia do awansów pracowniczych, jednak zauważali oni istnienie pewnych nieformalnych zasad awansowania. W opinii grupy 18% respondentów nie funkcjonują w ich macierzystych jednostkach ani formalne systemu awansowania ani nieformalne zasady. Duży odsetek respondentów wyraził opinię, że opracowane i stosowane formalne kryteria awansu.

Czy przy awansowaniu pracowników:	członek kierownictwa publicznego ZOZ	ordynator oddziału	pielęgniarka naczelną lub oddziałowa	kierownik komórki medycznej	kierownik komórki niemedycznej
brak odpowiedzi	2%	4%	10%	21%	10%
są opracowane i stosowane formalne kryteria awansu	57%	17%	26%	42%	41%
formalnie są opracowane zasady ale nie są stosowane	2%	5%	0%	0%	0%
istnieją niesformalizowane zasady awansowania	32%	54%	45%	4%	34%
brak formalnych i nieformalnych zasad	7%	21%	19%	33%	14%

Podobnie jak w przypadku oceny innych elementów polityki szkoleniowej, również w zakresie systemu awansów można zauważyć znaczne zróżnicowanie opinii w zależności od zajmowanego stanowiska. Najbardziej krytyczni w swoich ocenach byli przedstawiciele kierowników komórek medycznych oraz grupy ordynatorów i kierowników poradni (odpowiednio 33% i 21% opinii w tych grupach). Ordynatorzy byli również najbardziej zdecydowani w zakresie oceny istnienia niesformalizowanych zasad awansowania. Natomiast grupą kierowniczą najbardziej przekonaną, że system awansowania funkcjonuje (jest opracowany i wdrożony) była grupa naczelnego kierownictwa badanych zakładów.

4.6. Ocena stopnia kształcenia kadry zarządzającej ZOZ

Jak wskazano w opisie metodologicznym, w badaniu wzięła udział kadra menedżerska zakładów opieki zdrowotnej (od poziomu dyrektorów do kierowników średniego szczebla komórek medycznych i

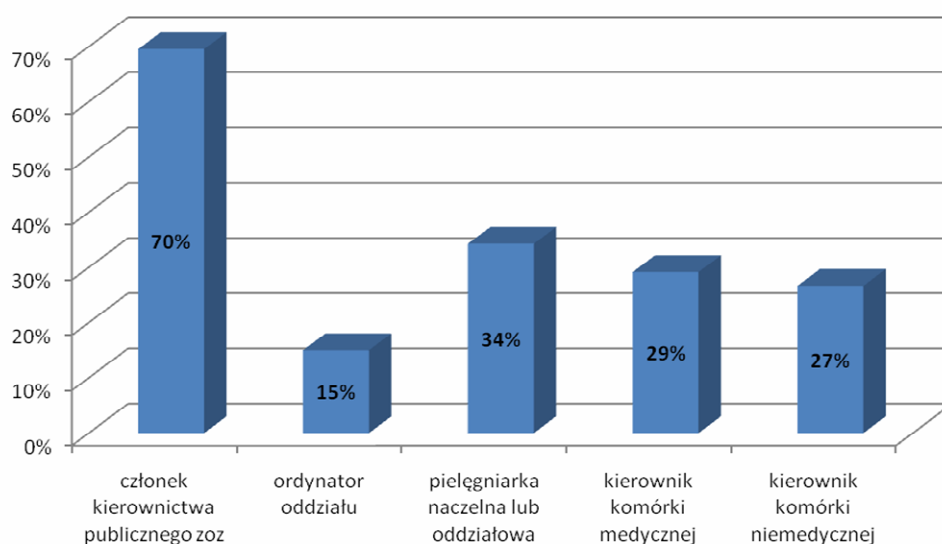
niemedycznych). W ramach prowadzonych wywiadów, respondenci byli poproszeni o ocenę w jakiej liczbie szkoleń medycznych, menedżerskich i innych brali udział w ostatnich 5 latach. Udział w szkoleniach o tematyce medycznej zadeklarowali wszyscy pracownicy na stanowiskach ordynatorów oraz wszyscy dyrektorzy posiadający wykształcenie lekarskie. Udział w szkoleniach medycznych deklarowało również 77% badanych pielęgniarek naczelnych i oddziałowych oraz 67% kierowników komórek medycznych.

Kadra ordynatorów brała udział w średnio 5 szkoleniach medycznych, natomiast kadra pielęgniarska (naczelne oraz oddziałowe) w 7, podobne ilości szkoleń wskazywali przedstawiciele kierowników komórek medycznych.

Około 33% przedstawicieli dyrektorów badanych zakładów opieki zdrowotnej deklarowało udział w szkoleniach menedżerskich. Przeciętnie 3-4 szkolenia w okresie ostatnich 5 lat. Wśród przedstawicieli grupy ordynatorów tylko 8% osób zadeklarowało udział w tego typu szkoleniach. Przeciętnie w dwóch w okresie ostatnich 5 lat.

Wiedzę z zakresu zarządzania dyrektorzy ZOZów najczęściej czerpali (oprócz praktyki) ze studiów podyplomowych. 70% badanych z tej grupy zadeklarowało udział w tego rodzaju studiach. We wszystkich przypadkach były to studia z zakresu zarządzania służbą zdrowia. Najrzadziej studia podyplomowe kończyli ordynatorzy, tylko w 15% przypadków. W pozostałych grupach kierowniczych uczestnictwo deklarowało od 26 do 34% osób.

Rysunek 23. Odsetek osób z ukończonymi studiami podyplomowymi w poszczególnych grupach respondentów



W innego rodzaju szkoleniach (poza medycznymi i menedżerskimi) deklarowało udział tylko 36% badanych respondentów. Były to głównie szkolenia związane z wprowadzanymi zasadami i procedurami związanymi z podnoszeniem jakości świadczonych usług (w przeważającej części związane z wdrażaniem norm ISO 9001:2000).

5. Analiza i interpretacja wyników wywiadów pogłębionych z przedstawicielami środowisk medycznych

Wywiady swobodne były przeprowadzone z grupą 100 przedstawicieli środowisk medycznych.

Struktura respondentów (dla potrzeb utrzymania tajemnicy statystycznej połączono grupy, w których występował jeden respondent do innej większej grupy). W ten sposób przeprowadzono 100 wywiadów w grupach:

- Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej o profilu ogólnym (rodzinnym) różnych rodzajów (grupa 2a) oraz jeden niepubliczny zakład prowadzący hospitalizację (grupa 1) – **28 respondentów**
- Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej o profilu specjalistycznym, stomatologicznym i diagnostycznym (grupa 2b, 2 c, 2 d) – **18 respondentów**
- Indywidualne praktyki lekarskie (grupa 3) – **12 respondentów**
- Apteki i punkty apteczne (grupa 4) – **18 respondentów**
- Organy kontroli i nadzoru w tym konsultanci wojewódzcy, samorządy zawodowe i związki zawodowe – **24 respondentów**

Pomimo, iż badania przy pomocy wywiadu swobodnego nie mają charakteru badań ilościowych, udało się wyodrębnić podobne grupy poglądów na określone sprawy i problemy służby zdrowia.

Tabela 31. Struktura respondentów wywiadów pogłębionych wg płci i wieku

Rodzaj jednostki organizacyjnej respondenta	Ilość	Płeć		Wiek				
		k	m	□ 30	31-40	41-50	51-60	pow. 60
Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej o profilu ogólnym (rodzinnym)	28	39,3%	60,7%	0%	17,9%	46,4%	25,0%	10,7%
Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej o profilu specjalistycznym, stomatologicznym i diagnostycznym	18	44,4%	55,6%	0%	16,6%	55,6%	22,2%	5,6%
Indywidualna praktyka lekarska	12	33,3%	66,7%	0%	25,0%	41,7%	8,3%	25,0%
Apteki i punkty apteczne	18	55,6%	44,4%	5,5%	27,8%	22,2%	27,8%	16,7%
Organy kontroli i nadzoru w tym konsultanci wojewódzcy, samorządy zawodowe i związki zawodowe	24	45,8%	54,2%	0%	4,2%	33,3%	41,7%	20,8%

Tabela 32. Struktura respondentów wywiadów pogłębionych wg kwalifikacji

Rodzaj jednostki organizacyjnej respondenta	Liczba	Wykształcenie						Specjalizacje**		Studia podypl.	
		dr hab	dr	wyższe			śred.	1	> 1	1	> 1
				lek	mgr*	mgr*					
Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej o profilu ogólnym (rodzinnym)	28	0%	32,1%	60,7%	0%	7,1%	0%	35,7%	50,0%	28,6%	14,3%
Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej o profilu specjalistycznym, stomatologicznym i diagnostycznym	18	0%	44,4%	38,9	0%	16,6%	0%	33,3%	50,0%	38,9%	16,7%
Indywidualna praktyka lekarska	12	0%	25,0%	75,0%	0%	0%	0%	50,0%	50,0%	8,3%	0%
Apteki i punkty apteczne	18	0%	0%	0%	100%	0%	0%	72,2%	5,6%	5,6%	0%
Organy kontroli i nadzoru w tym konsultanci wojewódzcy, samorządy zawodowe i związki zawodowe	24	54,2%	20,8%	4,2%	0%	8,3%	12,5%	12,5%	66,7%	25,0%	12,5%

* w pierwszej kolumnie wykształcenie magisterskie farmaceutyczne, ale także pokrewne np. mgr biologii czy chemii, w drugiej inne wykształcenie mgr najczęściej z zakresu zarządzania, ekonomii, pedagogiki i prawa

** ilość specjalizacji niezależnie od stopnia specjalizacji

Pytanie 1. Czy problemy jednostki respondenta są podobnego charakteru co w publicznych ZOZ? (chodzi o identyfikację i porównanie, jakie podobne a jakie inne)

To pytanie kierowane było przede wszystkim do właścicieli lub zarządzających niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej a także lekarzy prowadzących indywidualne praktyki oraz farmaceutów prowadzących apteki ale także do wszystkich badanych konsultantów wojewódzkich, którzy stanowili podstawową i największą grupę respondentów w grupie „organy kontroli i nadzoru..”. Byli oni jednocześnie pracownikami publicznych zakładów opieki zdrowotnej (przede wszystkim: Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. J. Śniadeckiego, Białostockiego Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie, Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. L. Zamenhofa i Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. K. Dłuskiego), a także Uniwersytetu Medycznego. To samo pytanie zadawane było dodatkowo (poza 100 wywiadami w środowiskach medycznych) dyrektorom publicznych zakładów opieki zdrowotnej w trakcie wypełniania kwestionariusza wywiadu.

Wnioski dotyczące odpowiedzi na pytanie „ Czy problemy jednostki respondenta są podobnego charakteru co w publicznych ZOZ” z wyjątkiem jednego problemu wspólnego – niskiego poziomu finansowania przez NFZ, wszystkie pozostałe problemy wymieniane przez respondentów były bardzo różnorodne, niemal w każdym przypadku inne. Oznacza to że odpowiedź na postawione pytanie jest negatywna. Ale zwrócić należy uwagę że i w grupach publicznych jak i niepublicznych problemy także występowały różne. Stąd trudność w ich pogrupowaniu i klasyfikowaniu. Dla wskazania różnic przytoczymy kilka charakterystycznych wypowiedzi.

Tabela 33. Charakterystyczne wypowiedzi dotyczące problemów publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w województwie podlaskim

Respondent	Forma prawna, specjalizacja i lokalizacja	Najważniejszy problem
Dyrektor publicznego ZOZ, mężczyzna, wiek 51-60 lat, lekarz z jedną specjalizacją	SP ZOZ prowadzący hospitalizację, średniej wielkości o profilu ogólnym w mieście powiatowym	Zbyt długa droga składek płaconych przez ubezpieczonych do zakładu opieki zdrowotnej. „Pomijając fakt że środków jest ich za mało, wiele oddziałów przekracza kontrakt już w lipcu, muszę brać kredyt na wypłatę wynagrodzeń gdyż płatność z NFZ następuje ok. 23-25 każdego miesiąca a ja 10 wypłacam wynagrodzenia. Jeśli od przyszłego roku ilość środków ma być powiązana z demografią (tj. zależnie od ilości mieszkańców) po co środki będą wędrować do oddziału ZUS, potem do centrali ZUS, potem do centrali NFZ, potem do Oddziału NFZ a potem do nas. To trwa do dwóch tygodni, kto na tym zarabia, same odsetki od 48 mld to tyle co dostaje całe województwo”
Dyrektor, mgr zarządzania, mężczyzna, wiek 31-40 lat	Niepubliczny ZOZ o charakterze diagnostycznym w mieście powiatowym	Brak od kilku lat wzrostu zapotrzebowania na usługi. „Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej zamiast kierować pacjenta na badania diagnostyczne wolą wypisać antybiotyk i sprawdzić za kilka dni czy pacjent wyzdrowiał. A przecież lekarz poz otrzymuje ok. 100zł na pacjenta i zamiast wydać z tego 10-20% na diagnostykę wydaje 1-2%. Nawet pacjenci którzy pojawiają się pierwszy raz u lekarza poz nie mają robione kompleksowej diagnostyk a każdy „na wejściu” powinien mieć badania zrobione”
Kierownik ZOZ, mężczyzna, 41-50 lat lekarz z dwoma specjalizacjami	Niepubliczny ZOZ o charakterze ogólnym (rodzinnym) w Białymstoku	Niewłaściwe przepisy prawa w zakresie kompetencji lekarzy „Dlaczego lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie może wykonywać badania uczniów idących na studia a musi to robić lekarz medycyny pracy za ok. 30 zł. I tak robi to samo co lekarz ogólny bo badania specjalistyczne i tak robią inni np. okuliści”

Pytanie 2. Czy i jakiego rodzaju procesy restrukturyzacji (zmiany) dokonują się w ostatnich latach w służbie zdrowia ? (oprócz rodzaju zmian chodzi o ustalenie czy są to procesy trwałe i czy dotyczą publicznych czy nie publicznych zakładów opieki zdrowotnej)

Dość powszechne zdanie respondentów jest takie, że najważniejsze i największe procesy restrukturyzacyjne dokonały się w latach 1995-2002 w szczególności dotyczyły one zwolnień grupowych oraz oddłużania zakładów opieki zdrowotnej. Natomiast nie przyniosły efektu kilkukrotne próby podejmowane przez rządy zmiany struktury opieki zdrowotnej. W latach od 2004 roku do chwili obecnej procesy restrukturyzacyjne w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej miały ograniczony charakter i jak stwierdził jeden z badanych kierowników niepublicznego zakładu miały charakter „zmian kosmetycznych” polegających na dostosowywaniu struktur organizacyjnych zakładów do wymogów jakie stawiał NFZ i możliwości podpisania kontraktu.

Najczęściej wymieniane procesy jakie dokonują w ostatnich latach w służbie zdrowia wg wypowiedzi respondentów:

- dostosowywanie struktur do kontraktów z NFZ – 43%
- komercjalizacja i prywatyzacja zakładów opieki zdrowotnej – 40%
- prowadzenie działań w celu pozyskania środków spoza NFZ (usługi badań, wynajem powierzchni, tworzenie aptek) – 33%
- znaczące zakupy sprzętu i wyposażenia – 23%
- inwestycje zwiększające możliwości świadczenia usług – 20%
- łączenie jednostek organizacyjnych w wyniku braku specjalistów – 11%

W zakresie outsourcingu zdania były zróżnicowane. Jedni respondenci wskazywali na wprowadzanie tego typu świadczeń w ostatnich latach, inni stwierdzali że te usługi z uwagi na „oszczędności” i przede wszystkim konieczność „zagospodarowywania” własnych pracowników są likwidowane w zakładach opieki zdrowotnej.

Pytanie 3. Poglądy respondenta co do komercjalizacji publicznych ZOZ (spółki samorządowe) i prywatyzacji i znane respondentowi poglądy innych ze środowiska medycznego (w świetle dyskusji w środowiskach i pojawiających się propozycji rządowych)

Należy zaznaczyć, że niektórzy respondenci (11%) nie znali różnicy pomiędzy komercjalizacją zakładu opieki zdrowotnej a jego prywatyzacją. Po wyjaśnieniu różnicy przez prowadzącego wywiad w kilku przypadkach zmieniali wstępnie wyrażony pogląd negatywny co do prywatyzacji lub komercjalizacji na pozytywny (3 badane osoby). Może to świadczyć o braku dostatecznej wiedzy i posiadaniu poglądów na podstawie niepełnej wiedzy o przebiegu i skutkach komercjalizacji i prywatyzacji.

W odpowiedziach możemy wyróżnić 3 grupy odpowiedzi:

1. Utrzymać status quo w zakresie aktualnego systemu opieki zdrowotnej i nie podejmować ani działań komercjalizacyjnych ani prywatyzacyjnych. Typowe odpowiedzi to „Pan uważa że prywatne będą lepiej działać?” „A kto to kupi?” „Rozkradli dużo i chcą jeszcze”. Grupa

respondentów która przejawiała tendencję do zachowywania status quo w zakresie aktualnego systemu opieki zdrowotnej miała też tendencję do odrzucania wszelkich nieznanych rozwiązań, pomysłów i innych innowacji. Wynika to z dodatkowych pytań zadawanych tych osobom co do zakresu zmian w ich miejscu pracy. Osoby te nastawione były w ogóle negatywnie także do innych zmian.

Respondenci – przedstawiciele związków zawodowych po usłyszeniu tego pytania skłaniali się do odpowiedzi negatywnej. Po wyjaśnieniu przez prowadzącego wywiad, że komercjalizacji nie należy identyfikować z prywatyzacją nadal nie byli skłonni poprzeć tej formy przekształcenia zakładu (tj. komercjalizacji). Jeśli chodzi o prywatyzację to akceptowali ją wyłącznie w formie akcjonariatu pracowniczego. Przedstawiciele związków wyrażali obawy (wszyscy), że po przekształceniu zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego, dyrektorzy będą redukować koszty ich utrzymania poprzez zmniejszanie wynagrodzeń personelu medycznego. Taka sytuacja - zdaniem związkowców - doprowadzi do protestów środowisk medycznych. Jako negatywny przykład podawali prywatyzację i komercjalizację w miejscowościach Zambrów i Olecko, gdzie jak twierdzili po prywatyzacji i komercjalizacji doszło do obniżenia poziomu wynagrodzeń w wyniku działań „oszczędnościowych” podjętych przez zarządy spółek.

2. Druga grupa respondentów uważa, że działalność samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest uznana za działalność gospodarczą. (zgodnie z uchwałami Izby Finansowej Naczelnego Sądu Administracyjnego z 17 grudnia 2001 roku). W konsekwencji publiczne zakłady opieki zdrowotnej ponoszą wszelkie obciążenia finansowe, w tym podatkowe w pełnej wysokości, przy równoczesnym braku mechanizmów pozwalających w sposób komercyjny funkcjonować na rynku. Zarządzający publicznymi zakładami dysponują w tym zakresie jedynie ograniczonymi i nieskutecznymi mechanizmami ekonomicznymi. Należy skorzystać z ogólnie dostępnego prawa i przekształcić publiczne zakłady w jednoosobowe spółki Skarbu Państwa lub Samorządu (tzw. użyteczności publicznej), ze 100% własnością publiczną - bez prywatyzowania. Taka zmiana formy organizacyjno-prawnej przyniesie możliwość sprawniejszego zarządzania i gospodarowania publicznymi zasobami ochrony zdrowia, zwiększy odpowiedzialność kierujących, a jednocześnie wzmocni nadzór społeczny. Rozwiązanie takie jest zgodne z zasadami stosowanymi w Unii Europejskiej.
3. Trzecia grupa respondentów jest przekonana, że należy większość komercjalizować i część zakładów prywatyzować. W trakcie rozmowy respondenci z niepublicznych zakładów zainteresowani byli udziałem kapitałowym w prywatyzacji publicznych zakładów.

Tabela 34. Stanowisko (pogląd) respondenta na komercjalizację i prywatyzację publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Rodzaj jednostki organizacyjnej respondenta	Ilość	Negatywny pogląd na komercjalizację i prywatyzację	Pozytywny na komercjalizację, negatywny na prywatyzację	Pozytywny na prywatyzację i komercjalizację	Brak własnego zdania na ten temat lub brak odpowiedzi
Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej o profilu ogólnym (rodzinnym)	28	32,1%	7,2%	32,1%	28,6%
Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej o profilu specjalistycznym, stomatologicznym i diagnostycznym	18	16,7%	16,7%	55,5%	11,1%
Indywidualna praktyka lekarska	12	41,7%	8,3%	33,3%	16,7%
Apteki i punkty apteczne	18	27,7%	11,1%	5,6%	55,6%
Organy kontroli i nadzoru w tym konsultanci wojewódzcy, samorządy zawodowe i związki zawodowe	24	25,0%	45,9%	20,8%	8,3%

Analiza uzyskanych wyników wskazuje na:

- brak poczucia zagrożenia ze strony niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej na ewentualną „konkurencję” ze strony komercjalizowanych lub prywatyzowanych publicznych zakładów
- dość zachowawczy stosunek do komercjalizacji i prywatyzacji lekarzy wykonujących indywidualną praktykę lekarską
- wspomniane już negatywne stanowisko związków zawodowych, nie akceptujących ani prywatyzacji ani komercjalizacji, jedynym wariantem na który byliby zgodni zaakceptować przedstawiciele związków zawodowych to pełny (100%) akcjonariat pracowniczy lub spółka z udziałem pracowników

Pytanie 4. Czy i w jakim zakresie niepubliczne ZOZ pełnią rolę komplementarną a w jaki substytucyjną wobec publicznych ZOZ ? (ustalić obszary konkurencyjne i obszary współpracy i uzupełniania się)

Generalnie każdy z badanych respondentów widział rolę komplementarną (uzupełnianie) na linii podstawowa opieka zdrowotna zlokalizowana głównie w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz prowadzenie hospitalizacji gdzie z kolei dominuje sektor publicznych zakładów opieki

zdrowotnej a także rolę substytucyjną (zamiana) występującą w usługach specjalistycznych i diagnostycznych. W tych obszarach substytucji respondenci wskazywali potencjalne występowanie obszarów konkurencyjnych. W rzeczywistości tylko trzech respondentów (z ponad 60 odpowiedzi w tym temacie) wskazując obszary konkurencyjne identyfikowała je z sytuacją własnej jednostki. Można z tego wnioskować, że nawet jeśli istnieje konkurencja pomiędzy publiczną i niepubliczną opieką zdrowotną, to nie jest ona problemem dla niepublicznych zakładów, albo nie jest postrzegana jako problem. Większym problemem jeśli chodzi o konkurencję na rynku dla badanych niepublicznych zakładów były inne podobne zakłady funkcjonujące na danym obszarze. Dotyczy to nie tylko miasta Białystok i większych miast powiatowych, ale także małych miejscowości gdzie są często zlokalizowane dwa lub więcej niepubliczne zakłady.

Badani respondenci, z nielicznymi wyjątkami (9 wypowiedzi na ponad 60), nie dostrzegali barier wejścia na rynek, czyli czynników ograniczających podjęcie działalności.

Pytanie 5. Czy służba zdrowia w województwie podlaskim jest wystarczająco rozwinięta pod względem kadrowym i sprzętowym aby zapewnić odpowiednią jakość – dostęp do specjalistów i ogólną dostępność do lekarzy pierwszego kontaktu ? (jakich jednostek brakuje np. medycyny paliatywnej, rehabilitacji itp., czy rozmieszczenie terytorialne nie utrudnia dostępności, jakiego podstawowego sprzętu diagnostycznego i leczniczego brakuje, czy są świadczenia których NFZ nie może zakontraktować w wystarczającym stopniu na terenie województwa)

Odpowiedzi respondentów na te pytania były wyjątkowo zgodne. Wszyscy respondenci uważali że służba zdrowia pod względem kadrowym zaspokaja w pełni potrzeby Białegostoku a 44% uważało że w Białymstoku jest zbyt dużo lekarzy. Wszyscy respondenci wskazywali na duże lub bardzo duże braki kadrowe poza Białymstokiem, występujące nawet w większych miastach jak Łomża czy Suwałki. Ogólna ocena dostępności podstawowego sprzętu diagnostycznego i leczniczego jest dobra. Co do świadczeń których NFZ nie może zakontraktować w wystarczającym stopniu na terenie województwa badani respondenci nie umieli ich wskazać, zaznaczając iż prawdopodobnie takie występują.

Pytanie 6. Pytanie podstawowe i rozwijane w wywiadzie szerzej - Ocena rynku pracy środowiska medycznego w województwie podlaskim:

a. Czy na rynku występuje segmentacja ? (jakie zawody medyczne są deficytowe, jakich jest nadmiar zarówno w odniesieniu do różnego rodzaju lekarzy jak i pozostałego środowiska medycznego tj. pielęgniarki, położne, technicy, laboranci itp.) Trzeba respondentowi dać do wglądu tabelę zawodów i specjalności.

Zawody lekarskie	Procent respondentów wskazujących na deficyt	Procent respondentów wskazujących na nadmiar
Anestezjologia i intensywna terapia	72%	0%
Medycyna ratunkowa	31%	0%
Psychiatria (dzieci i młodzieży)	25%	0%
Pediatrica	24%	0%
Choroby zakaźne (dziecięce)	24%	0%
Chirurgia ogólna	22%	1%
Medycyna rodzinna	21%	0%
Otolaryngologia (dziecięca)	19%	0%
Neurologia	19%	0%
Choroby zakaźne	18%	0%
Choroby wewnętrzne	17%	10%
Kardiologia	16%	0%
Ortopedia i traumatologia	16%	0%
Nefrologia	16%	0%
Neonatologia	16%	0%
Radiologia i diagnostyka obrazowa	15%	0%
Dermatologia	15%	3%
Chirurgia onkologiczna	15%	0%
Gastroenterologia	15%	0%
Endokrynologia	13%	0%
Ginekologia onkologiczna	13%	0%
Kardiochirurgia	13%	0%
Urologia	13%	0%
Alergologia	12%	2%
Epidemiologia	12%	0%
Pulmonologia	10%	3%
Diabetologia	10%	0%
Chirurgia dziecięca	9%	8%
Chirurgia naczyniowa	7%	0%
Chirurgia plastyczna	7%	0%
Onkologia i hematologia dziecięca	6%	0%
Geriatrya	6%	0%
Rehabilitacja medyczna	5%	0%
Chirurgia onkologiczna	5%	0%
Oftalmologia	4%	2%
Chirurgia szczękowo-twarzowa	3%	0%
Seksuologia	3%	0%
Neurochirurgia	3%	0%
Onkologia kliniczna	2%	0%
Medycyna pracy	1%	0%
Chirurgia klatki piersiowej	1%	0%
Audiologia i foniatria	0%	6%
Okuliści	0%	5%

Pozostałe specjalności nie były wskazywane. W zakresie średniego personelu medycznego jako jedyne wskazywano braki w grupie pielęgniarek zachowawczych (8% wypowiedzi) i anesteziologicznych (3% wypowiedzi). W przypadku innych grup pielęgniarek oraz położnych, techników i лаборantów nie wskazywano na istnienie deficytu. W pewnych grupach zawodowych stwierdzano nadmiar personelu średniego na rynku w szczególności dotyczy to techników diagnostyki (22% wypowiedzi). Technicy diagnostyki mają na rynku pracy wg respondentów duże problemy ze znalezieniem pracy w swoim zawodzie. Podane wyżej dane szczegółowe wskazują, że opinie i poglądy środowisk medycznych spoza publicznej opieki zdrowotnej są zgodne z opiniami w publicznej opiece zdrowotnej.

b. Czy procesy restrukturyzacyjne w służbie zdrowia wpływają na lepsze zagospodarowanie kadr medycznych czy też „tracimy” kwalifikowane kadry ? (czy i dokąd przepływają zwalniani pracownicy, czy zwalniani pracownicy są zatrudniani zgodnie z kwalifikacjami czy też muszą się przekwalifikowywać, jeśli się przekwalifikowują to w pozostałą w zawodach medycznych czy nie)

Respondenci wskazywali na niewielką ilość procesów restrukturyzacyjnych w ostatnich latach i nie mogli ocenić czy wpływa to na lepsze zagospodarowanie kadr. Tracenie kwalifikowanych kadr nie występuje w grupie lekarzy, natomiast zdaniem respondentów znaczna grupa absolwentów policealnych szkół medycznych nie podejmuje pracy w wyuczonym zawodzie. Dotyczy to zarówno techników jak i pielęgniarzy.

c. Czy zauważalny jest odpływ pracowników medycznych do pracy za granicą i do innych zawodów oraz czy zauważalne jest przyjmowanie do pracy migrantów w zawodach lekarskich, pielęgniarzowskich i do prac prostych (sprzątanie, salowe) ?

Z odpowiedzią na ten temat respondenci mieli problemy wynikające z niewielkiej wiedzy na temat osób wyjeżdżających a w szczególności wiedzy na temat – czy jest to forma migracji okresowej o wyłącznie zarobkowym charakterze z przewidywanym powrotem czy jest to migracja z zamiarem osiedlenia się w innym kraju. Według opinii respondentów odpływ lekarzy jest zauważalny ale nie we wszystkich specjalnościach i są to wielkości nie mające istotnego wpływu na funkcjonowanie i ewentualne pogorszenie jakości świadczonych usług bądź grożące zaniechaniem wykonywania jakichś usług. Prawidłowością jest to że wyjeżdżają przede wszystkim ci specjaliści którzy mają stosunkowo małe możliwości znalezienia zatrudnienia poza publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Przykładowo lekarze – okuliści pracują w punktach optycznych (choć wg opinii jest nadmiar na rynku tych specjalistów - patrz pytanie poniżej) a anesteziolodzy w prywatnych praktykach i niepublicznych zakładach stomatologicznych. Znaczne większe zagrożenie stwarza w niektórych dziedzinach medycyny szybkie wchodzenie dużej grupy lekarzy-specjalistów w wiek emerytalny. Biorąc pod

uwagę że okres specjalizacji trwa kilka lat a zdawalność egzaminów wynosi wg respondentów 70-90% stwarza to możliwość pojawienia się luki pokoleniowej.

d. Czy w niepublicznych ZOZ i innych jednostkach służby zdrowia poza publicznymi ZOZ występują wolne miejsca pracy i czy mogą one wchłonąć „nadwyżki” pracowników medycznych i jakich specjalności ?

Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej są w stanie „wchłonąć” wg wielu opinii respondentów „każdą ilość specjalistów” choć niektórzy respondenci zwracali uwagę że *”nie we wszystkich specjalnościach”*. Przytaczany już przykład lekarzy – okulistów wskazuje w wielu opiniach na zbyt dużą ilość specjalistów w tym zakresie. W związku z tym przerwano nabór na specjalizację (najbliższy dopiero zaplanowano na marzec kolejnego roku). Inna sytuacja występuje w przypadku pielęgniarek i średniego personelu medycznego (technicy, ratownicy, diagności). Ponieważ nie ma większych braków na rynku nie ma możliwości „wchłaniania nadwyżek”. Przykładowo w jednym ze specjalistycznych ośrodków (publiczny zakład) w Białymstoku wg respondenta *„na ogłoszenie o zatrudnieniu technika diagnosty zgłosiło się kilkadziesiąt osób bez pracy w tej specjalności. A mimo tego nadal szkolnictwo Białymstoku nadal kształci w tym kierunku”*.

6. Czy jest odpowiednia dostępność szkoleń dla personelu medycznego ? Jakie występują bariery i czy są środki na szkolenia ?

W opinii respondentów system szkoleń i w ogóle system podnoszenia kwalifikacji (z wyłączeniem specjalizacji) i dostępność tego systemu jest jednym z najlepiej rozwiniętych obszarów opieki zdrowotnej. Dla pracowników opieki zdrowotnej organizowane są szkolenia przez różne instytucje szkoleniowe, zarówno w obszarze szkoleń (i studiów podyplomowych) specjalistycznych w zakresie medycyny jak i szkoleń (i studiów podyplomowych) w obszarze zarządzania jednostkami opieki zdrowotnej. Szkolenia mają charakter krótko- lub długoterminowy i różny charakter: szkolenia, kursu, konferencji, kursokonferencji. Kwalifikacje pracowników mają nie tylko znaczenie dla jakości usług skierowanych na pacjentów ale ważne są także przy kontraktowaniu świadczeń z NFZ. Przy kontraktowaniu świadczeń na 2009 rok (podobnie jak w poprzednich latach) zarządzenie Nr 86/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 października 2008 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyraźnie wskazuje że oceny ofert potencjalnych świadczeniodawców (zakłady opieki zdrowotnej) dokonuje się m.in. według kryteriów: jakości czyli w szczególności poprzez ocenę kwalifikacji personelu, jego umiejętności oraz doświadczenia. Stąd zakłady są zainteresowane udziałem pracowników w szkoleniach gdyż nie tylko podnosi to jakość usług i jest warunkiem otrzymania kontaktu z NFZ ale i podnosi konkurencyjność oferty kierowanej do NFZ.

6. Wnioski i rekomendacje dla badanych jednostek, organu założycielskiego, publicznych służb zatrudnienia

6.1. Podstawowe wnioski z badań dotyczące sytuacji ekonomicznej i procesów restrukturyzacji

- Sytuacja ekonomiczna publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest zróżnicowana, istnieją w województwie podlaskim zakłady opieki zdrowotnej wymagające zasadniczych zmian i działań z uwagi na krańcową trudną sytuację finansową (zadłużenie), jest także grupa zakładów które od wielu lat regularnie są rentowne i nie wzrasta w nich zadłużenie. Sytuacja ekonomiczna korelowana jest z reguły z dwoma czynnikami: wielkością i intensywnością zmian restrukturyzacyjnych prowadzonych w ubiegłych latach. W najgorszej sytuacji znajdują się te, które są znaczące na rynku medycznym województwa i nie wprowadziły głębokich zmian w przeszłości albo były one nieskuteczne.
- Pozytywne jest to że dość szybko rosną przychody w niemal wszystkich zakładach opieki zdrowotnej. Największą dynamikę wzrostu z badanych jednostek w ostatnich latach uzyskały: Białostocki Szpital Miejski im. PCK dynamika 211%, Białostockie Centrum Onkologii 210%, SP ZOZ w Hajnówce 185%, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku 184%, Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem 178%. Łączna wartość dynamiki przyrostu kosztów prowadzenia działalności była na poziomie 147%, co porównując z dynamiką przychodów wskazuje, że wzrost kosztów był równomierny do wzrostu przychodów. Największe oszczędności kosztów (poziom wzrostu kosztów jest mniejszy od poziomu wzrostu przychodów) można zauważyć w stacjach pogotowia ratunkowego oraz szpitalach ogólnych. Negatywnym zjawiskiem jest szybki wzrost wynagrodzeń (zob. uwaga niżej).
- Spośród badanych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w 2008 roku tylko 20 zanotowało stratę w porównaniu do 30 w 2004 roku. Widać stopniowe polepszanie sytuacji pod kątem zyskowności. W połowie 2009 roku aż 33 zanotowało stratę, ale jest to charakterystyczne dla opieki zdrowotnej, iż w drugiej połowie roku są fakturowane tzw. nadwykonania przy poniesionych wcześniej kosztach co poprawia wynik finansowy. Problem w tym, że wszelkie dostępne informacje wskazują że ten rok (2009) z uwagi na problemy budżetowe a przede wszystkim mniejsze wpływy ze składek zdrowotnych może być pierwszym rokiem od powstania NFZ kiedy nie sfinansuje on większości tzw. nadwykonań co może powodować istotne pogorszenie nie tylko zyskowności ale ogólnej sytuacji opieki zdrowotnej w województwie podlaskim.
- Lepsza od ogółu jest sytuacja jednostek finansowanych z budżetu ministerstwa (ratownictwo medyczne) aniżeli finansowanych z NFZ. Po 2009r. w związku ze zmianą systemu podziału środków NFZ (od 2010 w zależności od czynnika demograficznego) ilość środków

przypadająca na województwo podlaskie powinna być większa co powinno w większym stopniu pozwolić finansować publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Istotne jest jednak to czy nie nastąpi dalszy spadek wpływów ze składek na ubezpieczenie ludności. Może się bowiem okazać, że mimo potencjalnego wzrostu środków z uwagi na zmieniony sposób ich podziału na województwa, ich realna ilość w 2010 i kolejnych latach będzie mniejsza niż w 2009.

- Niebezpiecznym zjawiskiem jest to, że zwiększone przychody publicznych zakładów opieki zdrowotnej w ostatnich latach „wchłaniane” są poprzez wzrost wynagrodzeń nieproporcjonalnie wyższy aniżeli wzrost innych kosztów. Koszty wynagrodzeń w wielu zakładach opieki „ukrywane” są w pozycji koszty usług obcych z uwagi na zawieranie kontraktów z pracownikami medycznymi jako przedsiębiorcami. Pozwala to na zachowanie „spokoju społecznego załogi” i w dużej mierze jest elementem przeciwdziałającym emigracji pracowników medycznych za granicę. Jednak jest także negatywnym przejawem gdyż wpływa na ilość i jakość świadczonych usług medycznych. Sytuacja taka ma miejsce również w publicznych zakładach od wielu lat notujących straty finansowe i mających duże zadłużenie.
- Realizacja głębokich procesów restrukturyzacyjnych zakończyła się w większości publicznych zakładów w latach 2001-2002. Tylko 5 badanych zakładów posiadało aktualny dokument nazwany programem restrukturyzacji lub strategią. Procesy prowadzone do lat 2001-2002 związane były z głęboką restrukturyzacją zatrudnienia (w ponad 50% zakładów) w tym prowadzone były zwolnienia grupowe oraz istotne zmiany w strukturze tj. likwidacje, łączenia oraz tworzenia nowych oddziałów, komórek medycznych itp.). Od lat 2001 -2002 prowadzone zmiany w większości jednostek mają charakter stosunkowo niewielkich zmian polegających na dostosowywaniu struktury do wymogów NFZ (trzeba zaznaczyć że NFZ „wymusza” w większości te zmiany) w celu podpisania kontraktu oraz pozyskiwania środków spoza NFZ. Tu trzeba zwrócić uwagę, iż to pozyskiwanie (np. uruchamianie aptek prowadzących sprzedaż dla ludności a nie tylko działających na potrzeby zakładu, uruchamianie badań diagnostycznych dla ludności, wynajem zbędnych powierzchni itp.) istotnie poprawia płynność publicznych zakładów ale także pozwala w lepszy sposób zagospodarować kadry. Nowym pozytywnym zjawiskiem jest wykorzystanie środków pomocowych z Unii Europejskiej.
- Wśród najczęściej wskazywanych problemów publicznych zakładów opieki zdrowotnej występujących w ostatnich latach (2004-2008) respondenci wskazali: braki kadrowe, przekraczanie kontraktów z NFZ, brak środków finansowych na zakup sprzętu medycznego oraz brak środków na remonty i modernizacje. Takie problemy wskazało ponad 50% respondentów. Osoby wskazujące na występowanie tych problemów uznawały je z reguły za umiarkowane, nie będące zagrożeniem dla funkcjonowania zakładu. Najwięcej (38%) osób wskazało na problemy związane z przekraczaniem kontraktów bez możliwości uzyskania

refundacji i określiło ten problem jako znaczny, mogący być zagrożeniem dla funkcjonowania zakładu.

- Zmiany w opiece zdrowotnej zależą w dużej mierze od inicjatywy zewnętrznej (organów założycielskich) lub zmian w systemie prawa, w samych jednostkach opieki zdrowotnej nie ma mechanizmów ekonomicznych „wymuszających” zmiany, a nawet jeśli podejmowane są przez kierujących tymi zakładami, to z uwagi na wrażliwość społeczną (a także medialność) i opiniotwórczy i z reguły zachowawczy wpływ związków zawodowych są one niewystarczające do zasadniczej poprawy i spowodowania aby zakłady opieki zdrowotnej stały się jednostkami rentownymi. Przykładowo - żaden z badanych zakładów w województwie nie miał wdrożonego controllingu finansowego, w większości występowało tylko budżetowanie jednostek organizacyjnych.
- W województwie podlaskim nie dokonano żadnego procesu prywatyzacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Jediną zmianą formy prawnej była komercjalizacja zakładu publicznego w Zambrowie w 2002 roku. Ilość ta stawia województwo podlaskie na przedostatnim miejscu wśród innych województw. Nie dokonywano w województwie podlaskim przekształceń oddziałów szpitalnych i zakładów opieki ambulatoryjnej, co automatycznie stawia województwo podlaskie w tym zakresie na ostatnim miejscu w skali kraju, pod względem liczby przekształceń tego typu. W trakcie niniejszych badań opinii środowisk medycznych szczególną uwagę zwracano na poglądy na prywatyzację i komercjalizację przedstawicieli związków zawodowych. Wydaje się, że jest możliwość uzyskania tzw. przyzwolenia społecznego w kilku publicznych zakładach, które jednocześnie z uwagi na kondycję ekonomiczną i pozytywnie nastawioną do prywatyzacji kadrę mogłyby podlegać tym procesom. Akceptacja społeczna byłaby jednak możliwa pod warunkiem prywatyzacji w formy akcjonariatu pracowniczego lub spółki tworzonej i zarządzanej przez społeczne organizacje.
- Podstawowe zmiany mające na celu poprawę sytuacji opieki zdrowotnej mogą być wprowadzone poprzez zmiany systemu prawa i nie zależy to od woli badanych jednostek a także organów założycielskich. Nie zmienia to faktu, iż w ostatnich latach w badanych zakładach opieki zdrowotnej w województwie podlaskim wprowadzano stosunkowo niewielką ilość działań restrukturyzacyjnych w porównaniu do lat wcześniejszych a jednostki te nie korzystają z pomocy specjalistów zewnętrznych z zakresu zarządzania czy finansów. Badani dyrektorzy w trakcie badań nie ukrywali, że „względna stabilizacja” i „spokój społeczny” we wrażliwym społecznie sektorze utrzymywany jest poprzez dość szybki w ostatnich latach poziom wynagrodzeń. Proponowane niżej rekomendacje w pewnym stopniu mogą poprawić sytuację, jednak bez zasadniczej zmiany w systemie prawa skuteczność rekomendowanych działań będzie ograniczona.

6.2. Podstawowe wnioski z badań dotyczące zatrudnienia

- W badanej grupie respondentów (kadra kierownicza od stanowiska dyrektora do pielęgniarki oddziałowej) w ostatnich kilkunastu latach zaszły korzystne zmiany zwiększające kwalifikacje tej grupy do zarządzania zakładami opieki zdrowotnej i ich jednostkami na różnych szczeblach (wyższe wykształcenie, powszechne i częste podnoszenie wiedzy zarówno w obszarze medycyny jak i zarządzania). W tym korzystnym zjawisku poprawy przygotowania zawodowego, należy zwrócić szczególną uwagę na zatrudnianie na stanowiskach dyrektorów zakładów osób o wykształceniu menedżerskim, niemedycznym. Jest to wyraźny postęp w stosunku do lat 90-tych gdzie na stanowiskach dyrektora zatrudniane były powszechnie osoby o wykształceniu medycznym, będące w większości przypadków świetnymi lekarzami, ale uczącymi się od podstaw takich pojęć jak rentowność, płynność, rachunek zysków i strat czy bilans dopiero po powołaniu na stanowisko dyrektorskie.
- W badanej grupie respondentów zwraca uwagę poza wysokimi kwalifikacjami feminizacja stanowisk kierowniczych (61%) porównywalna jedynie do szkolnictwa i oświaty. Ze statystyki wynika że typowym kierownikiem w zakładach opieki zdrowotnej jest kobieta w przedziale wieku od 40 do 50 lat, mająca wykształcenie wyższe, zatrudniona na danym stanowisku od 4 do 10 lat i uczestnicząca w okresie ostatnich 5 lat przynajmniej w ponad 20 kursach i szkoleniach
- W zakresie poziomu zatrudnienia zakłady opieki zdrowotnej nie odczuwają braków tzw. „średniego personelu medycznego”. W skali województwa na moment wykonywania badania (sierpień – październik) „udałoby się” zatrudnić maksymalnie ok. 200 do 300 osób przy ogólnej liczbie pielęgniarek i położnych przekraczającej 8 tysięcy w skali województwa. Natomiast w zakresie personelu lekarskiego każdy badany publiczny zakład opieki zdrowotnej (z kilkoma wyjątkami) zatrudniłby „od zaraz” od kilku do kilkunastu lekarzy różnych specjalności. Problemy te występują głównie w mniejszych miastach województwa.
- Problemem dotyczącym personelu lekarskiego jest nie tylko jego zbyt mała ilość ale również niedopasowanie struktury specjalizacji do potrzeb nie tylko kontraktów z NFZ a rzeczywistych potrzeb leczenia. Stałe braki występują w przypadku wielu specjalności. Większość specjalności wskazywanych jako „stałe deficytowe” odpowiada aktualnym brakom na rynku. Największe braki występują w grupach:

Anestezjologia i intensywna terapia	72 % opinii respondentów
Medycyna ratunkowa	31 % opinii respondentów
Psychiatria (dzieci i młodzieży)	25 % opinii respondentów
PediatRIA	24 % opinii respondentów
Choroby zakaźne (dziecięce)	24 % opinii respondentów

Nadmienić jednak trzeba że badanie opinii w tym przypadku może nie prowadzić do pełnych wniosków z tego powodu iż w/w specjalności są powszechnie znane i występują w każdym

większym lub niemal każdym specjalistycznym zakładzie opieki zdrowotnej, co powoduje, że braki są powszechnie zauważalne. W nielicznych opiniach braki mogą też występować w rzadkich specjalnościach. Trudno jest tu ocenić czy bardziej dolegliwy dla pacjentów jest brak kilkudziesięciu lekarzy znanych specjalności którzy w pewnej ilości jednak występują na rynku i są dostępni czy też bardziej dotkliwy jest brak lekarzy rzadkich specjalności których ilość wg badań nie przekracza często kilku osób w skali województwa i nie są oni dostępni poza Białymstokiem.

- Problemów z kształceniem lekarzy specjalistów jest wiele. Z jednej strony lekarze nie podejmują specjalizacji pomimo że są wolne i niewykorzystane miejsca, z drugiej lekarze sygnalizują, że w niektórych specjalnościach nie ma wielu ośrodków kształcenia w Polsce i rzadko są tam uruchamiane procedury naboru. Generalna uwaga lekarzy jest taka że dla świadomego wyboru i prawdopodobnie mobilizacji do nauki potrzebna jest większa wiedza: o aktualnie realizowanych specjalizacjach, prognozie potrzeb w zakresie specjalizacji w perspektywie 20-30 lat, perspektywie zawodowej dla specjalistów na terenie województwa i kraju po uzyskaniu specjalizacji itd. Najgorsza byłaby sytuacja, gdyby aktualne stosunkowo wysokie wynagrodzenia lekarzy w stosunku do innych zawodów w kraju i zaabsorbowanie pracą (z reguły w więcej niż jednym miejscu pracy) wpływało demobilizująco na lekarzy w zakresie podejmowania specjalizacji. Głosy takie i opinie pojawiały się jednak często w trakcie wywiadów z respondentami. Poprawie sytuacji w zakresie specjalizacji nie sprzyja także długi okres nauki, trudna procedura i egzamin. Przykładowo w jednym z wiodących publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Białymstoku aktualnie specjalizuje się 26 kandydatów na anestezjologów – najbardziej potrzebnej specjalizacji w województwie. Sytuacja z pozoru wygląda dobrze, biorąc jednak pod uwagę że specjalizacja trwa 6 lat, kończy ją z pozytywnym egzaminem ok. 70-90% tych którzy ją rozpoczęli a ten zakład (szkolący dla innych na teren województwa) sam chętnie zatrudniłby połowę osób kończących tę specjalizację, powoduje to, że obraz staje się mniej korzystny.
- Istotnym problemem jest nierównomierne rozlokowanie kadr. Dotyczy to zarówno lekarzy jak i średniego personelu medycznego. O ile w Białymstoku personelu jest wystarczająco lub nawet zbyt dużo to w mniejszych miejscowościach występują braki szczególnie w grupie lekarzy, którzy z uwagi na brak perspektyw zawodowych i względy rodzinne, nie są skłonni podejmować pracy w niewielkich zakładach w peryferyjnych miejscowościach. Sytuacja braków personelu jest na tyle poważna że aktualnie zatrudnieni lekarze w niewielkich zakładach np. Lipsk (często w wieku emerytalnym) przyjmują w okresach zwiększonej zachorowalności kilkudziesięciu pacjentów dziennie, co zwiększa liczbę godzin pracy do kilkunastu na dobę. Innym przykładem są stacje dializ które są „obsługiwane” niemal wyłącznie przez dojeżdżających lekarzy z Białegostoku.

- Z problemem nierównego rozmieszczenia kadr związany jest problem „starzenia się kadr medycznych”. Zdecydowana większość kadry zatrudnionej w badanych zakładach opieki zdrowotnej jest w wieku ponad 40 lat. Tylko niecałe 10% to osoby młode w wieku do 30 lat. Zbliżająca się do wieku emerytalnego dość duża grupa specjalistów może pogłębić lukę na rynku pracy w wielu specjalnościach. Z drugiej strony faktem jest jednak że większość lekarzy specjalistów wykonuje swój zawód po osiągnięciu wieku emerytalnego częściej aniżeli w innych grupach zawodowych nie związanych z medycyną.
- W województwie podlaskim brakuje w ogóle specjalistów pewnych „trudnych” specjalności. Przykładem może tu być transplantologia. W zasadzie poza ośrodkiem w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym i w pewnym zakresie w innym wojewódzkim zakładzie opieki jedynym przeszczepem jaki można przeprowadzić na terenie województwa podlaskiego to przeszczep nerek. Pod tym względem stawia to województwo podlaskie na samym końcu listy województw w Polsce, z których wiele ma kilka ośrodków wykonujących różne operacje związane z transplantologią. W trakcie wywiadów dość często spotykano negatywne opinie dotyczące tej sytuacji.
- Według opinii 58% respondentów (kadra kierownicza) ich zakłady opieki zdrowotnej nie posiadają strategii personalnej, 28% uważało że taka strategia istnieje, a 14% respondentów nie wypowiedziało się w ogóle w tym zakresie. Wśród badanej kadry kierowniczej, grupą, w której było najwięcej wskazujących na brak strategii personalnej (65%) była grupa ordynatorów i kierowników poradni. Natomiast grupą, w której najczęściej wskazywano istnienie takiej strategii była grupa pielęgniarek naczelnych i oddziałowych (23%). Faktycznie jednak żaden badany zakład takiej strategii nie posiadał. Biorąc nawet pod uwagę obawy niektórych respondentów przed postawieniem w „złym” świetle ich zakładu, wydaje się że kadra kierownicza nie jest informowana przez kierownictwo naczelne o realizowanych działaniach i planach, szczególnie dotyczy to grupy pielęgniarek oddziałowych. W trakcie wywiadów okazywało się że i ordynatorzy nie wiedzieli często podstawowych informacji o kondycji czy działaniach kierownictwa naczelnego zakładu.
- Podobna sytuacja występuje w przypadku systemów ocen pracowniczych. Wprawdzie według zdecydowanej większości respondentów w zatrudniających ich jednostkach nie funkcjonują nowoczesne narzędzia oceny pracowników (59% odpowiedzi) a ocenianie odbywa się wykorzystaniu niesformalizowanych narzędzi, to 18% badanych wskazało na istnienie takiego nowoczesnego systemu oceniania pracowników. W rzeczywistości tylko w dwóch zakładach występuje system który można w pewnym zakresie nazwać systemem ocen, ale nie jest pewne czy jest on stosowany systematycznie i czy rezultaty są stosowane w praktyce dla realizacji polityki kadrowej.

- Z uwagi na to że, jak wcześniej wspomniano, nie było po roku 2002 istotnych zmian restrukturyzacyjnych w zakładach opieki zdrowotnej nie można korelować zmian w zatrudnieniu z tymi procesami. Dodać należy że i większych zmian w poziomie zatrudnienia także nie było. Kierownicy publicznych zakładów nie przewidują w najbliższych dwóch latach ani zwolnień grupowych ani w ogóle większych zwolnień poza indywidualnymi przypadkami. Nie powinien więc pojawić się na rynku pracy nadmiar zwalnianych pracowników. Problemem może być to, że stosunkowo dobrze rozbudowane policealne i licencjackie szkolnictwo medyczne kształci nadal kadry które już w tej chwili mają problemy ze znalezieniem zatrudnienia w swojej profesji. Dotyczy to wielu specjalności szkolnictwa średniego np. technik diagnosta czy masażysta.

A. Rekomendacje dla badanych zakładów opieki zdrowotnej

► Wprowadzenie controllingu finansowego polega na zorganizowaniu centrów odpowiedzialności, centrów kosztów, centrów zysków, operacji/projektów. Dla tak zdefiniowanych mierników trzeba opracować procedury budżetowania oraz rozliczania efektów. Niemal wszystkie badane zakłady mają sytuację ułatwioną w tym zakresie gdyż prowadzą elementy controllingu polegające na ewidencjonowaniu kosztów i przychodów w rozbiciu na poszczególne jednostki organizacyjne (np. oddziały) i obliczeniu wyniku finansowego jednostki. W żadnym z zakładów nie stwierdzono wszystkich elementów controllingu polegających na:

- podpisywaniu przez dyrektora kontraktów z szefami poszczególnych jednostek (po podpisaniu kontraktu z NFZ) na wykonanie określonej ilości procedur, przy wydzieleniu obliczonej części kontraktu z NFZ na pokrycie kosztów stałych funkcjonowania zakładu
- rozliczaniu kosztów i przychodów na poszczególne oddziały (subkonta) oraz rozliczaniu kosztów pomiędzy oddziałami w szczególności pomiędzy oddziałami a jednostkami diagnostycznymi
- wprowadzeniu systemu motywacyjnego dla oddziałów mających wypracowany zysk

Wprowadzenie controllingu pozwala na zainteresowaniu materialnym kierowników i pracowników jednostek organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej wynikami pracy swojej jednostki a w szczególności:

- udziela informacji jakie koszty i przychody generuje każdy dział i porównuje efekty pracy jednostek,
- analizuje rentowność poszczególnych rodzajów działalności i pokazuje rentowność określonych form działalności zakładu opieki zdrowotnej,

- prezentuje koszty i zyski w rozbiciu na jednostki i realizowane ewentualnie projekty oraz umożliwia kontrolę kosztów, od kosztów ogólnych do kosztów poziomu pojedynczego pacjenta,
- porównuje efekty pracy jednostek i ułatwia rozliczanie z osiągniętych wyników,
- umożliwia wprowadzenie skutecznego systemu motywowania kierownictwa.

B. Rekomendacje dla organów założycielskich badanych zakładów opieki zdrowotnej:

► Jedną z podstawowych i niosących daleko idące skutki ekonomiczne, prawne i społeczne jest decyzja organów założycielskich związana z przekształceniem publicznych zakładów opieki zdrowotnej lub pozostawieniem w aktualnej formie organizacyjno-prawnej. Inne rekomendacje (zadania) będą miały organy przy pozostawieniu aktualnej formy organizacyjno-prawnej, inne (o mniejszym zakresie działania), w przypadku przekształcenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę, w szczególności, jeśli po etapie komercjalizacji nastąpi kolejny etap prywatyzacji. Aktualnie brak jest przepisów pozwalających na bezpośrednie przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Nie wstrzymuje to procesów przekształceń własnościowych na podstawie innych przepisów prawa aniżeli specjalne przepisy o przekształceniach zakładów opieki zdrowotnej. Przekształcanie publicznych w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej dokonuje się w oparciu o ustawę o zakładach opieki zdrowotnej i istniejące ustawy samorządowe tj.:

- ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14,
- poz. 89, z późn. zm.)
- ustawę z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591,
- z późn. zm.),
- ustawę z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592, z późn. zm.),
- ustawę z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1590, z późn. zm.),

Tworzenie, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia lub uchwały podmiotu, który utworzył zakład, czyli w większości przypadków właściwej jednostki samorządu terytorialnego (art. 36 ustawy o zoz). W chwili likwidacji sp zoz jego zobowiązania i należności stają się zobowiązaniami i należnościami podmiotu tworzącego zakład. Podmiot ten decyduje o dalszym wykorzystaniu majątku np. o jego przekazaniu (dzierżawie, sprzedaży) innemu podmiotowi w celu utworzenia i prowadzenia niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Poza przekształceniami własnościowymi, polegającymi na zmianie formy organizacyjno-prawnej, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej coraz częściej poddawane są one łączeniu w trybie art. 43h ust. 1 i 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Pośrednią alternatywą może być zastąpienie funkcji organu założycielskiego przez stowarzyszenie. Stowarzyszenie jest organizacją społeczną (zrzeszeniem) powoływana przez grupę osób mających wspólne cele lub zainteresowania. Ustawa z dnia 7 kwietnia 1989 r. Prawo o stowarzyszeniach określa, iż stowarzyszenie jest dobrowolnym, trwałym i samorządnym zrzeszeniem o celach niezarobkowych, które samodzielnie określa swoje cele, programy działania i struktury organizacyjne oraz uchwała akty wewnętrzne dotyczące jego działalności, opierając ją na pracy społecznej członków.

Jak wynika z prowadzonych badań poglądy badanych respondentów wskazywały na możliwości dokonania przekształcenia w przypadku spełnienia łącznie kilku warunków:

- posiadania dobrej sytuacji ekonomicznej zapobiegającej powstawianiu zadłużenia
- posiadania majątku, który w najbliższych latach nie wymagałby dużych nakładów na remonty lub unowocześnienia
- pozytywnego stosunku do prywatyzacji pracowników i związków zawodowych
- posiadania odpowiedniej (przedsiębiorczej) kadry zarządzającej

W pierwszej kolejności powinny to być również zakłady raczej średniej wielkości i nie posiadające nadmiernego zadłużenia, gdyż z reguły w tego rodzaju przekształceniach problem ten musi rozstrzygnąć organ założycielski. Ze wstępnego rozpoznania kryteria takie spełniają 2-3 zakłady na terenie województwa podlaskiego.

► Zwrócenie uwagi na tempo wzrostu kosztów wynagrodzeń w ostatnich latach. Rosnące przychody zakładów opieki zdrowotnej w większym stopniu przekładają się na wzrost wynagrodzeń aniżeli na wzrost wartości leków, badań czy inwestycji. Wynagrodzenia te są „ukrywane” w pozycji koszty usług obcych, poprzez unikanie zatrudniania na podstawie stosunku pracy. Nie chodzi przy tym o to że zmniejsza to koszty pracy ale o fakt, że rosną one nieproporcjonalnie szybciej od innych kosztów.

► Przy zachowaniu jednorocznego kontraktowania usług przez NFZ , wpływanie na NFZ aby określał możliwości i kierunki finansowania nie z roku na rok a w sposób kroczący z perspektywą dwu-trzyletnią co w przyszłości mogłoby doprowadzić do podpisywania kontraktów wieloletnich. Na dzień dzisiejszy pozwoliłoby to zakładom opieki zdrowotnej z wyprzedzeniem wprowadzać zmiany w strukturze organizacyjnej polegające na elastycznym dostosowywaniu się do potrzeb rynku (określanego przez NFZ) bez ponoszeniu niepotrzebnych kosztów (utrzymywania nierentownych jednostek) i braku możliwości kontraktowania usług do których zakład aktualnie nie jest przygotowany kadrowo i materialnie. Działanie taki pozwoliłyby wprowadzić również w szerszym zakresie element konkurencji pomiędzy zakładami co w rezultacie powinno przyczyniać się do poprawy rentowności ale także lepszych standardów usług dla pacjenta

C. Rekomendacje dla publicznych służb zatrudnienia:

► Podjęcie działań służących wsparciu zatrudnienia lekarzy – specjalistów z zagranicy. Ilość zezwoleń na pracę dla lekarzy w Polsce wynosiła w 2008 – 82 osoby z tego ponad 35% lekarzy pochodziło z Ukrainy a po ponad 12% z Mongolii i Syrii a w I półroczu 2009 roku – 38 lekarzy z czego 50% z Ukrainy. Pytani respondenci (dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej, ordynatorzy i konsultanci) nie mieli obaw przed zatrudnieniem cudzoziemców, o ile lekarze – specjaliści spełnialiby kryteria umożliwiające podjęcie zatrudnienia.

► Prowadzenie konsultacji ze szkołami medycznymi idące w kierunku ograniczania niektórych kierunków kształcenia np. techników diagnostyki z uwagi na nasycenie rynku pracy oraz szersze profilowanie zawodu pielęgniarstwa (wielozawodowość lub uniwersalność kształcenia). Obecnie istnieje zbyt wiele specjalizacji pielęgniarstwa, według respondentów powinny być to maksymalnie 6 do 8 specjalizacji. Ograniczenie liczby „tytułów specjalizacji pielęgniarstwa” wymaga jednak zmiany przepisów prawa stąd na szczeblu szkoły możliwe jest jedynie szersze profilowanie wykształcenia.

Podsumowując rekomendacje dodać należy, że jakiegokolwiek rekomendacje służące poprawie sytuacji w badanych zakładach opieki zdrowotnej, rekomendacje dla organów założycielskich czy publicznych służb zatrudnienia przenoszone następnie do praktyki na poziom publicznego zakładu opieki zdrowotnej wymagają:

- znalezienia punktu równowagi między konkurującymi celami, takimi jak pacjent i ekonomia. W szczególności przekłada to się na konflikt pomiędzy podwyższaniem standardów jakości a kontrolą kosztów i konflikt pomiędzy poprawą sytuacji zakładów opieki zdrowotnej a respektowaniem praw i wyborów pacjentów. Będą więc zawsze kompromisem.
- uwzględniania reakcji otoczenia z uwagi na wrażliwość społeczną problematyki ochrony zdrowia, co oznacza że próbując łączyć przeciwstawne pozycje pacjenta i ekonomii, konieczne jest uwzględnianie oczekiwań i stopnia akceptacji zmian ze strony pacjentów. Wymaga to prowadzenia sondaży i badania opinii publicznej dotyczących odczuć i preferencji obywateli (potencjalnych pacjentów) w kwestiach dotyczących opieki zdrowotnej. Wymagają więc zmian stopniowych, akceptowalnych społecznie.
- znalezienia odniesienia sytuacji publicznych zakładów i działań jakie można w nich podjąć do istniejących w praktyce gospodarczej rozwiązań ekonomicznych, organizacyjnych i prawnych.

Podsumowanie

Reasumując, przeprowadzone badania pn. „Procesy restrukturyzacyjne w sektorze ochrony zdrowia i ich wpływ na zmiany na rynku pracy w zakresie struktury zatrudnienia w województwie podlaskim” w latach 2004-2008 wskazały w zakresie procesów restrukturyzacji na:

- stosunkowo niewielką ilość działań restrukturyzacyjnych w porównaniu do lat wcześniejszych,
- zmianę charakteru tych działań na dostosowawcze i stabilizacyjne w stosunku do głębokich zmian z końca lat 90-tych.

Konsekwencją niewielkich zmian restrukturyzacyjnych były praktycznie niezauważalne zmiany w zakresie zatrudnienia jeśli chodzi o ilość zatrudnionych, większe zmiany dokonywały się jedynie w zakresie zmiany struktury zatrudnienia. Mniejsza ilość zmian restrukturyzacyjnych będzie wpływała w najbliższych latach niekorzystnie na kondycję zakładów opieki zdrowotnej.

Brak dostosowania struktury zatrudnienia do potrzeb będzie skutkował w najbliższych latach:

- pogłębianiem braków związanych z zatrudnieniem lekarzy specjalistów z uwagi na większą chłonność rynku aniżeli prognozowana podaż, przy czym większym problemem w zakresie podaży specjalistów będzie ich odchodzenie na emeryturę w najbliższych latach aniżeli emigracja stała czy okresowa,
- przy niezmienionej strukturze i ilości kształcenia średniego personelu medycznego w najbliższych latach w niektórych specjalnościach na rynku pracy będą występować znaczące nadwyżki wykształconych kadr medycznych na poziomie (szkoły policealnej i studiów licencjackich) w stosunku do popytu.-