

PRACE NAUKOWE

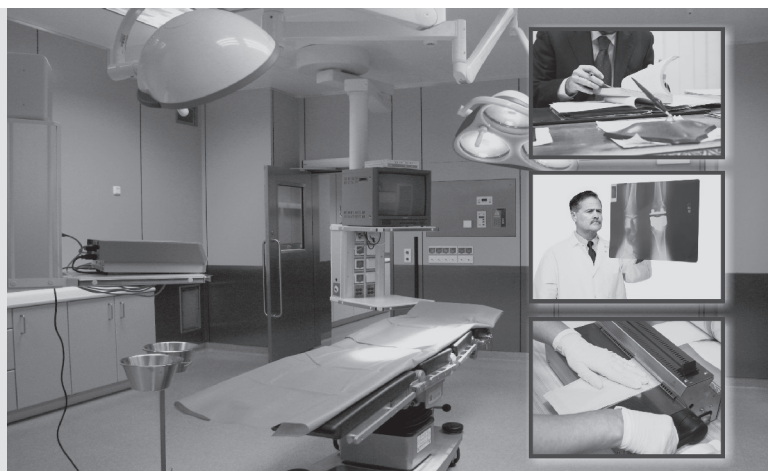
Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

266

Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia



Redaktorzy naukowi

**Marek Łyszczak, Maria Węgrzyn,
Dariusz Wasilewski**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2012

Recenzenci: Aldona Frączkiewicz-Wronka, Wiesław Koczur, Teresa Lubińska,
Krystyna Piotrowska-Marczak

Redakcja wydawnicza: Jadwiga Marcinek

Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz

Korekta: Justyna Mroczkowska

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2012

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-278-9

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Przekształcenia – uwarunkowania systemowe

Anna Hnatyszyn-Dzikowska , Przekształcenia własnościowe w systemie ochrony zdrowia – rys historyczny.....	13
Ewelina Nojszewska , Ekonomiczne determinanty racjonalnego funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce	23
Henryk Kromolowski , Socjopolityczne i ekonomiczne uwarunkowania procesów restrukturyzacyjnych w ochronie zdrowia	38
Paulina Pieprzyk , Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia – szanse, możliwości i zagrożenia	46
Maria Węgrzyn , Aktywne działania władz samorządowych a kreacja zmian na rynku usług medycznych (na przykładzie Dolnego Śląska)	58

Część 2. Przekształcenia – nowe formy wspierania prowadzenia działalności

Beata Zaleska , Wybrane zmiany zasad funkcjonowania szpitala jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej	75
Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska , Partnerstwo międzysektorowe: panaceum na współczesne wyzwania systemów ochrony zdrowia?.....	84
Ewa Książek , Partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia	99
Dorota Korenik , Prawnofinansowe przesłanki wykorzystania partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia w Polsce.....	109
Izabela Witczak , Zastosowanie partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia w Polsce i na świecie	121
Agnieszka Bem , Zastosowanie modelu Alzira w ochronie zdrowia.....	133
Paweł Prędkiewicz , Prywatni ubezpieczyciele jako podstawowe źródło finansowania opieki zdrowotnej w Europie	143

Część 3. Przekształcenia – ocena pracy ZOZ jako element budowania świadomego zarządzania

Monika Truszkowska-Kurstak , Finansowe i organizacyjne skutki kształtowania wybranych kategorii finansowych samorządowego SP ZOZ w świetle zmian wprowadzonych ustawą o działalności leczniczej.....	157
Mariola Dwornikowska-Dąbrowska , Zarządzanie efektywnością w szpitalu – wielopłaszczyznowość systemu oceny	181
Paulina Ucieklak-Jeż , Czynniki kształtujące funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia	194
Dariusz Kotarski , Doskonalenie zarządzania jakością usług w sanatoriach uzdrowiskowych	209

Część 4. Przekształcenia – realizacja funkcji personalnej

Joanna Jończyk , Zasoby ludzkie jako krytyczny komponent zmian w opiece zdrowotnej	221
Beata Buchelt , Wpływ zmian legislacyjnych na sprawowanie funkcji personalnej w jednostkach świadczących usługi medyczne	229
Danuta Kunecka , Restrukturyzacja w sektorze zdrowia a zarządzanie zasobami ludzkimi	246

Summaries

Anna Hnatyszyn-Dzikowska , Ownership changes in healthcare system – historical background	22
Ewelina Nojszewska , Economic determinants of rational functioning of healthcare system in Poland.....	37
Henryk Kromolowski , Sociopolitical and economic determinants of restructuring processes in health protection	45
Paulina Pieprzyk , Local government in healthcare system – threads and opportunities	57
Maria Węgrzyn , Actions of local authorities and active creation of changes on the market of medical services as it is done in Dolny Śląsk.....	71
Beata Zaleska , Selected changes in the principles of the operation of a hospital as an independent public healthcare centre in the light of the act on medical activity.....	83
Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska , Intersectoral partnerships: a panacea for current challenges of health and social care systems?	98
Ewa Książek , Public-Private Partnership in healthcare sector	108

Dorota Korenik , Financial law – rationale of the use of Public-Private Partnership in the Polish health sector	120
Izabela Witczak , Implementation of Public-Private Partnerships in health care in Poland and worldwide.....	132
Agnieszka Bem , Application of Alzira’s model in the health care sector.....	142
Paweł Prędkiewicz , Private insurers as primary healthcare financing agents in Europe.....	154
Monika Truszkowska-Kurstak , Financial and organizational effects of shaping chosen financial categories of local self-government’s independent public healthcare centre in the light of act on healing activity	180
Mariola Dwornikowska-Dąbrowska , Management of effectiveness in a hospital – multilevel nature of the evaluation system	193
Paulina Ucieklak-Jeż , Factors affecting functioning of health care system ...	208
Dariusz Kotarski , Improvement of service quality management in sanatoriums	218
Joanna Jończyk , Human resources as a critical component of health care change	228
Beata Buchelt , The influence of the legislative changes on a personnel function realization within the health care entities	245
Danuta Kunecka , Restructuring in the healthcare sector and human resource management (HR).....	258

Henryk Kromolowski

Politechnika Częstochowska

SOCJOPOLITYCZNE I EKONOMICZNE UWARUNKOWANIA PROCESÓW RESTRUKTURYZACYJNYCH W OCHRONIE ZDROWIA

Streszczenie: Celem artykułu jest opisanie zależności między procesami restrukturyzacyjnymi a okolicznościami ekonomicznymi i socjopolitycznymi, w jakich funkcjonuje ochrona zdrowia. Punktem odniesienia przeprowadzonej analizy jest uznanie faktu, że polityka zdrowotna prowadzona przez państwo przesądza o celach i charakterze dokonywanych reform systemu opieki zdrowotnej. Tematykę restrukturyzacji trzeba postrzegać w ramach prowadzonej przez państwo polityki zdrowotnej, która jest pojęciem bardziej pojemnym niż ochrona zdrowia i obejmuje wiele innych zagadnień, związanych m.in. z ochroną środowiska i stylem życia. Artykuł wykazuje, że w sytuacji błędów popełnionych w naprawie systemu ochrony zdrowia należy przeprowadzać procesy restrukturyzacyjne z uwzględnieniem uwarunkowań socjopolitycznych i ekonomicznych celem racjonalizacji jego funkcjonowania.

Słowa kluczowe: restrukturyzacja, polityka zdrowotna, system ochrony zdrowia, świadczenia zdrowotne.

1. Wstęp

Reformy systemu opieki zdrowotnej należy przedstawiać w kontekście polityki socjopolitycznej i ekonomicznej państwa. Mówiąc o skutkach społecznych reform, należy odnosić je głównie do ludzi, a więc do pacjentów. Będzie to związane z poznaniem ich opinii na temat wprowadzanych zmian oraz oceną dostępności oferowanych świadczeń medycznych. Niezwykle istotne są reakcje samych pracowników na zmiany wprowadzane podczas procesów restrukturyzacyjnych. Wśród personelu medycznego inne są oczekiwania lekarzy, a inne np. pielęgniarek czy salowych.

Przejawem i przykładem zbytniego upolitycznienia problematyki ochrony zdrowia jest skład rad nadzorczych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), jak również rad społecznych szpitali. Odzwierciedla on na ogół układ polityczny istniejący w danym samorządzie terytorialnym, tzn. każde z ugrupowań desygnuje swoich przedstawicieli według wcześniej ustalonego parytetu politycznego.

Skutki społeczne reform są więc ściśle powiązane z przyczynami o charakterze politycznym. Jednak jednym z najważniejszych powodów przeprowadzania restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej są względy ekonomiczne. Uprawianie polityki ochrony zdrowia jest niewątpliwie jedną z najtrudniejszych umiejętności zarządzania życiem publicznym, łączy się bowiem z potrzebą równoczesnego godzenia wielu rozmaitych uwarunkowań: ekonomicznych, politycznych, technologiczno-medycznych, prawnych, etyczno-moralnych, psychospołecznych, socjodemograficznych i niemal każda decyzja jest w tym zakresie kompromisem, mimo świadomości, że niektóre z nich wzajemnie się wykluczają, jak np. postulat powszechnego, równego i pełnego dostępu do świadczeń medycznych z realnymi możliwościami finansowymi NFZ.

2. Systemowe spojrzenie na problematykę służby zdrowia

Opieka zdrowotna jest jednym z najbardziej skomplikowanych systemów społeczno-gospodarczych. W potocznym rozumieniu system opieki zdrowotnej jest zorganizowanym i skoordynowanym zespołem działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych, mających na celu zabezpieczenie i poprawę stanu zdrowia jednostki i zbiorowości.

Celem każdego systemu medycznego jest organizowanie, produkowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych tym, którzy tych świadczeń potrzebują, oraz używanie dostępnych zasobów wiedzy i technologii po to, by zapobiegać i przynosić ulgę w chorobie, niesprawności i cierpieniu w zakresie możliwym w istniejących warunkach [Mechanic 1978, s. 315].

Każdy jednak system opieki zdrowotnej cechuje w mniejszym lub większym stopniu ograniczoność posiadanych zasobów, a to wymusza dokonywanie wyborów, bo nie jest możliwe spełnienie wszystkich oczekiwań w tym samym czasie. Dlatego też kluczem do podejmowania decyzji powinna być efektywność.

Truizmem jest stwierdzenie, że wielkość wydatków na ochronę zdrowia rośnie wraz z zasobnością kraju. Daje to podstawę do sformułowania tezy o istnieniu „żelaznego prawa alokacji”, zgodnie z którym swoboda decydentów w przeznaczaniu środków na zdrowie jest limitowana poziomem rozwoju gospodarczego kraju [Culyer 1989, s. 24].

Alokacja zasobów, które mają być rozdysponowane, powinna odbywać się w sposób optymalny. Dlatego zaleca się, by jako efektywne traktować te działania, w których relacja wyników użytecznych do kosztów ich uzyskania byłaby najbardziej korzystna [Zieleniewski 1964, s. 209]. We wszystkich systemach, niezależnie od sposobu ich organizacji, widoczne jest oddzielenie strategii i polityki zdrowotnej od bezpośredniego administrowania i zarządzania systemem. Administracja centralna ogranicza się do formułowania strategii, kształtowania centralnego ustawodawstwa, jednolitych standardów i norm, polityki kształcenia personelu medycznego i badań medycznych, rozwijania współpracy międzynarodowej. Jednocześnie administracja rządowa przekazała swoje kompetencje i uprawnienia, w ramach tzw. pro-

cesu dewolucji, organom samorządu terytorialnego. W wyniku tej decentralizacji nastąpiło wzmocnienie samorządów, które przejęły większość zadań w zakresie planowania, organizacji i finansowania usług o charakterze publicznym, w tym zdrowotnych. Jednak pomimo to władza publiczna nigdy nie może zwolnić się z odpowiedzialności za przebieg i rezultat działań, które dotyczą ochrony zdrowia.

W myśl tej teorii, określanej pojęciem *stewardship*, zmniejsza się zakres bezpośredniego angażowania się organów państwa w organizowanie procesu produkcji świadczeń, a zwiększa się udział instytucji samorządowych, organizacji pozarządowych, instytucji prywatnych i indywidualnych obywateli. Wszystkie te zmiany nie prowadzą jednak do zmniejszania zakresu odpowiedzialności władzy publicznej, a jedynie do zmian treści sprawowanych przez nią funkcji. W procesach decyzyjnych uczestniczy wiele podmiotów, ale podmiotem zarządzającym jest rząd (*ultimate steward*) [Travis i in. 2002].

3. Proces restrukturyzacji służby zdrowia i jego uwarunkowania

W okresie przemian społeczno-gospodarczych i politycznych, jakie dokonywały się w naszym kraju przez ostatnich kilkanaście lat, szczególnie popularny stał się termin 'restrukturyzacja', zwłaszcza w odniesieniu do ochrony zdrowia. Restrukturyzacja to radykalna zmiana co najmniej w jednym z trzech wymiarów przedsiębiorstwa: zakresie działania, strukturze kapitałowej lub organizacji wewnętrznej. Celem tej zmiany jest przywrócenie przedsiębiorstwu równowagi wewnętrznej lub równowagi z otoczeniem. W efekcie tak rozumiana restrukturyzacja prowadzi do wzrostu wartości przedsiębiorstwa. Jest to proces przywrócenia dobrej kondycji słabemu przedsiębiorstwu lub podwyższenia wartości silnego przedsiębiorstwa. Wartość przedsiębiorstwa może być rozumiana jako wartość aktywów albo też jako wartość możliwości stworzonych przez te aktywa [Penc 1999, s. 372].

Restrukturyzacja przedsiębiorstwa jest zatem zmianą o charakterze radykalnym jego struktury organizacyjnej, czyli jego elementów składowych i zachodzących w nim procesów [Sapijaska 1997, s. 8]. Głównych przyczyn podejmowania działań restrukturyzacyjnych należy upatrywać w zagrożeniu przedsiębiorstwa upadłością, likwidacją lub przejściem przez inny podmiot. Należy podkreślić, że bezpośrednim sygnałem do restrukturyzacji są przeważnie złe wyniki lub ogólny kryzys, które najczęściej są rezultatem nieefektywnego zarządzania, a zwłaszcza błędów w zarządzaniu zasobami finansowymi [Stoner, Wankel 1994, s. 118].

Przyczyn restrukturyzacji należy ponadto upatrywać w jego otoczeniu. Zmiany zachodzące w otoczeniu, a szczególnie zmiany występujące w dużym nasileniu, są bezpośrednią przyczyną podejmowania restrukturyzacji w przedsiębiorstwach, w tym również w ochronie zdrowia. Powszechnie panuje przekonanie, że bezkonfliktowa i sprawna realizacja przedsięwzięcia restrukturyzacyjnego jest niemożliwa. Jeżeli jednak spełniona jest nierówność: szanse + silne strony > zagrożenia + słabe strony, to istnieje duże prawdopodobieństwo odniesienia sukcesu w tej mierze [Nalepka 1999, s. 211].

W ochronie zdrowia mamy do czynienia z różnymi typami restrukturyzacji:

1. Restrukturyzacją antycypacyjną – przewidywania, opartą na benchmarkingu. Placówki często dokonują porównywania się z innymi podmiotami tego samego typu, aby natychmiast zająć rynek i być najlepszym. Restrukturyzacja tego typu dotyczy głównie organizacji pracy, zatrudnienia, wyników finansowych, wskazań marketingowych.

2. Restrukturyzacją kreatywną, polegającą na kreowaniu pewnych zmian, których efekty widać dopiero po pewnym czasie.

3. Restrukturyzacją dostosowawczą, inicjowaną, gdy placówka zaczyna osiągać złe wyniki, tzn. ma mały zysk lub ujemny wynik finansowy.

4. Restrukturyzacją naprawczą, polegającą na wprowadzaniu zmian, które mają naprawić zakład w celu ustabilizowania jego funkcjonowania oraz osiągnięcia dodatniego bilansu.

Najczęściej w opiece zdrowotnej mamy do czynienia z ostatnim rodzajem restrukturyzacji uzupełnionej elementami restrukturyzacji: antycypacyjnej, kreatywnej i dostosowawczej.

4. Przyczyny nieskuteczności przeprowadzanych reform. Propozycje działań naprawczych

Obecny stan systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest w dużym stopniu niezadowalający, mimo że sytuacja zdrowotna ludności Polski po roku 1990 niewątpliwie uległa poprawie na tle przeciętnych wskaźników krajów Unii Europejskiej i OECD. Poprawę stanu zdrowia w dużej mierze zawdzięcza się większemu zróżnicowaniu produktów żywieniowych i zmianie stylu życia, w tym większej aktywności fizycznej, niż dzięki lepszemu funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej.

Polski system opieki zdrowotnej podlegał w ciągu ostatnich kilkunastu lat wielu modyfikacjom, spośród których najważniejsze były reformy z lat 1999, 2003, 2004, 2005 i 2011. Nieskuteczność procesu reformatorskiego wynikała nie tyle z błędnej koncepcji pierwszej reformy, co z niespójności kolejnych kroków reformatorskich. W rezultacie każda nowa koalicja, która rozpoczynała kolejne zmiany systemowe, była narażona na dodatkowe trudności, wynikające z rozczarowania społecznego dotychczasowymi wynikami reform, żądań podwyżek płacowych, niechęci publicznych zakładów opieki zdrowotnej do wzrostu ich odpowiedzialności finansowej czy wysokiego obciążenia pacjentów kosztami leczenia.

Drugim – obok niewydolności organizacyjnej – czynnikiem niesprawności systemu ochrony zdrowia w Polsce jest stan permanentnego jego niedofinansowania. Całkowite wydatki na służbę zdrowia w Polsce należą do najniższych w państwach OECD i UE. Są one blisko dwukrotnie niższe niż w innych krajach transformacji ustrojowej, tj. w Czechach czy na Węgrzech. W wyniku braku dofinansowania oraz sprawnego zarządzania systemem obserwuje się narastający stan nierównowagi między stroną przychodową a kosztową. Przyczynia się on do narastania zadłużenia

placówek, dekapitalizacji infrastruktury oraz niezadowolenia pacjentów z oferowanych usług medycznych.

Przekształcenia w ochronie zdrowia powinny mieć charakter ewolucyjny. Nagłe i niedostatecznie przygotowane zmiany mogą przynosić większe szkody niż korzyści. Doświadczenia krajów zachodnich pokazują, że proces reformy nie ma charakteru zamkniętego. Oznacza to, że system opieki zdrowotnej nieustannie wymaga odpowiednich korekt. Należy więc założyć, że w kolejnych latach reformy w Polsce będą kontynuowane, ale na wyższym jakościowo poziomie organizacji i usprawniania systemu ochrony zdrowia.

Poniżej przedstawiam listę koniecznych przedsięwzięć, które w całości mogą uruchomić pozytywne sprzężenia i wprowadzić system opieki zdrowotnej na ścieżkę równowagi, tworzenia warunków do uzyskiwania wyższej skuteczności i jakości w realizowaniu świadczeń medycznych oraz znaczniejszej efektywności kosztowej, która w efekcie może spowodować zahamowanie zadłużania się placówek ochrony zdrowia.

Należy doprowadzić do:

1) zrównoważenia systemu pod względem finansowym, zgodnie z zasadą makroekonomicznego bilansu: środki pozyskiwane = koszty wytwarzania = wartość wykorzystanych świadczeń przez pacjentów z uwzględnieniem:

- zmiany sposobu opłacania składki przez rolników;
- wprowadzenia zasady finansowania świadczeń zdrowotnych opartej na regule „zwrotu kosztów”, to znaczy, że każdy świadczeniodawca otrzymuje od płatnika tę samą kwotę uśrednionej refundacji za to samo świadczenie;
- pełnego opłacania składki ze środków budżetowych za bezdomnych, podopiecznych ośrodków pomocy społecznej oraz inne osoby nieplacące składek;
- wskazania środków i metod finansowania inwestycji rozwojowych;
- wprowadzenia stałej obserwacji i kontroli ordynacji i zużycia leków;
- wprowadzenia monitorowania i systemu kontroli cen leków refundowanych;
- prowadzenia kontroli czasu pracy personelu medycznego (zwłaszcza lekarzy) oraz pobierania przez nich nieuzasadnionych gratyfikacji;
- przeprowadzenia analizy wysokości cen świadczeń w aspekcie permanentnego ich zaniżania przez płatnika;
- wprowadzenia monitorowania i analizy korzystania ze świadczeń zdrowotnych (wskaźniki dotyczące hospitalizacji, czasu opieki stacjonarnej, czasu oczekiwania);
- poszukiwania możliwości podwyższenia składki zdrowotnej bez konieczności obniżania dochodów netto ubezpieczonych;
- umożliwienia SP ZOZ-om, aby dodatkowo, poza kontraktem zawartym z NFZ, mogły leczyć pacjentów komercyjnie; wówczas zmniejszą się kolejki oczekujących, szpital lepiej wykorzysta infrastrukturę medyczną (sale operacyjne) i zyska dodatkowe środki finansowe, które będzie mógł przeznaczyć na dalszy rozwój;

2) poprawy systemu zarządzania i organizacji na szczeblu rządowym i samorządu terytorialnego, poprzez:

- zabezpieczenie informacyjne niezbędne do zarządzania systemem: z jednej strony – informacje o zasobach (sprzęt, stan infrastruktury), koszty udzielanych świadczeń, a z drugiej – analiza potrzeb zdrowotnych oraz inne informacje o charakterze epidemiologicznym, stanie zdrowia populacji itd.;
- opracowanie i wdrożenie w życie zasad racjonalnej lokalizacji placówek (sieć placówek);
- przygotowanie kompleksowej regulacji dotyczącej praw pacjenta i wskazanie warunków ich realizacji oraz sankcji za ich nieprzestrzeganie;
- opracowanie podstaw i zasad dialogu niezbędnego w sytuacjach sprzeczności interesów oraz konfliktów;
- stworzenie podstaw do analizy oceny jakości świadczeń medycznych;
- wprowadzenie zasady przygotowywania i ogłaszania corocznego raportu dla społeczeństwa o stanie systemu zdrowotnego oraz kondycji zdrowotnej populacji;
- prowadzenie skutecznej profilaktyki połączonej z propagowaniem badań przesiewowych (skriningowych), których celem jest wykrycie choroby we wczesnej fazie i dzięki temu zredukowanie śmiertelności wśród pacjentów, a tym samym zmniejszenie niepotrzebnych nakładów na ochronę zdrowia;
- rozstrzygnięcie na szczeblu samorządu terytorialnego odpowiedzialności właścicielskiej za kondycję i rozwój placówek zdrowotnych; w obecnych warunkach jest to odpowiedzialność bez instrumentów i większych konsekwencji;
- zwiększenie możliwości koordynacji współpracy między jednostkami samorządu terytorialnego; rozważenia wymaga kwestia ewentualnej pozycji samorządu wojewódzkiego jako jednostki odpowiedzialnej za zapewnienie świadczeń leczenia zamkniętego i specjalistycznego na poziomie regionalnym;

3) ustanowienia na poziomie mikroekonomicznym (szpitali) reguł, które je zabezpieczą przed zadłużaniem się, a jednocześnie doprowadzą do podniesienia jakości świadczonych przez nie usług medycznych, uwzględniających:

- dopasowanie struktury i wielkości szpitali do potrzeb zdrowotnych pacjentów;
- obowiązek badania satysfakcji pacjenta w warunkach pozwalających na wyrażenie przez niego swobodnej opinii (najlepiej po wyjściu ze szpitala) i wprowadzanie uzasadnionych wniosków wynikających z tych badań do zarządzania placówką;
- konieczność stworzenia systemu wykazywania błędów w sztuce lekarskiej;
- wprowadzenie merytorycznych reguł powoływania menedżerów na stanowiska kierownicze;
- opracowanie systemu motywowania sprzyjającego poddawaniu się procesom akredytacji i uzyskiwaniu certyfikatów jakości;
- edukowanie personelu medycznego oraz jego motywowanie do życzliwego traktowania pacjentów i ich rodzin celem wyeliminowania poczucia zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego wśród świadczeniobiorców usług medycznych.

Wydaje się, że jednym z trudniejszych zadań będzie rezygnacja z limitowania świadczeń. Aby stało się to możliwe, należy wprowadzić inne mechanizmy równoważące popyt z podażą świadczeń zdrowotnych. Należą do nich:

- bezpośrednie dopłaty pacjentów do niektórych świadczeń zdrowotnych;
- odpowiednia kontrola zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych, prowadzona przez płatnika, w tym skuteczne metody rejestracji usług medycznych;
- właściwe zdefiniowanie świadczeń (poprzez standaryzację postępowania w poszczególnych jednostkowych procedurach medycznych).

5. Podsumowanie

System ochrony zdrowia w Polsce wymaga kompleksowej naprawy. Zarówno jego części, jak i sposób wzajemnego oddziaływania nie dają pozytywnego efektu końcowego. Właśnie taka sytuacja od kilkunastu lat występuje w ochronie zdrowia. Gdy nastał rok 1989 i można było porządkować wiele spraw, reforma opieki zdrowotnej była jedną z najbardziej oczekiwanych. Zniechęceni dotychczasowymi doświadczeniami państwowej, centralnie zarządzanej służby zdrowia, prawie wszyscy – pacjenci, pracownicy sektora ochrony zdrowia, politycy – myśleli: należy wprowadzić ubezpieczenie zdrowotne, konkurencję między szpitalami i przychodniami, aby firmy ubezpieczeniowe zabiegały o klientów, proponując im najlepsze warunki ubezpieczenia, a lekarze i szpitale miały „walczyć” o pacjentów, oferując im leczenie na możliwie najlepszym poziomie. Niestety, tych prostych zasad nie udało się wprowadzić w życie. Politykom i kolejnym rządów zabrakło determinacji. Zwiększenia nakładów na służbę zdrowia nie da się uniknąć. Środki finansowe będą potrzebne na coraz droższe i nowocześniejsze leki oraz sprzęt medyczny. Już za kilkanaście lat nasza służba zdrowia odczuje skutki starzenia się społeczeństwa. Trzeba będzie też sprostać coraz większym oczekiwaniom finansowym pracowników służby zdrowia.

Na pewno racją jest też, że najpierw należy uszczelnić, zrationalizować i oszczędzić wydatki, a dopiero później próbować pozyskać dodatkowe środki finansowe dla systemu ochrony zdrowia. Sposobem na racjonalizację wydatków, o którym prawie w ogóle się nie mówi, jest wiedza o wzorcach korzystania z pomocy medycznej oraz rzeczywistych potrzebach zdrowotnych pacjentów. Wtedy można byłoby popyt świadczeń dostosować do podaży, czyli racjonalnie dysponować liczbą procedur i środkami finansowymi przeznaczanymi na ich realizację. Należy również większą uwagę zwrócić na profilaktykę. To właśnie styl życia i warunki, w jakich żyjemy, w największym stopniu decydują o tym, czy zachorujemy i na co; wszyscy wiedzą, że lepiej i taniej zapobiegać, niż leczyć. Prowadzenie szerokich działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki przynosi społeczeństwu pozytywne rezultaty zdrowotne i efektywnościowe – ze względu na zmniejszenie kosztów leczenia w przyszłości.

Podjęwane w minionych latach próby reform nie spełniły oczekiwań pacjentów i pracowników sektora zdrowia. Reformy były niedostatecznie przygotowane, a częste kolejne zmiany strukturalne nasilały rozczarowanie wprowadzanymi innowacjami. Polski system ochrony zdrowia jest nieefektywny, niepotrzebnie marnotrawi niektóre środki finansowe będące w jego dyspozycji, jest też niesprawiedliwy – nie

zapewnia obywatelom równego dostępu do usług medycznych. Mimo negatywnego obrazu polskiej ochrony zdrowia od początku transformacji ustrojowej nie odbyła się również rzetelna publiczna dyskusja na temat rozmijania się społecznych oczekiwań z oferowanymi rozwiązaniami organizacyjnymi i finansowymi.

Ponadto narasta rozdziew pomiędzy zwiększonymi potrzebami coraz bardziej świadomych swoich praw pacjentów a zmniejszającymi się finansowo-organizacyjnymi możliwościami ich zaspokojenia.

Podejmowane w Polsce w ciągu ostatnich lat próby reformowania systemu opieki zdrowotnej, rozmaite restrukturyzacje na różnych szczeblach organizacyjnych nie zakończyły się sukcesem, ponieważ przeważnie ograniczały się do sposobu finansowania systemu, a pomijały rozwiązania kompleksowe, uwzględniające determinanty społeczno-kulturowe, formalnoprawne, technologiczno-medyczne, ideologiczno-polityczne oraz opinie pracowników sektora ochrony zdrowia.

Literatura

- Culyer A.J., *Cost containment in Europe, Health Care Financing Review, Annual Supplement*, 1989.
- Frączkiewicz-Wronka A., *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2009.
- Mechanic D., *Medical Sociology*, Free Press, New York 1978.
- Nalepka A., *Restrukturyzacja przedsiębiorstwa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
- Penc J., *Strategia zarządzania*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 1999.
- Sapijaska Z., *Restrukturyzacja przedsiębiorstwa. Szanse i ograniczenia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- Stoner J.A.F., Wankel Ch., *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1994.
- Travis Ph., Egger D., Davies Ph., Mechbal A., *Towards better stewardship: concepts and critical issues, Evidence and Information for Policy*, WHO, Geneva 2002.
- Zieleniewski J., *Organizacja zespołów ludzkich*, PWN, Warszawa 1964.

SOCIOPOLITICAL AND ECONOMIC DETERMINANTS OF RESTRUCTURING PROCESSES IN HEALTH PROTECTION

Summary: The purpose of the paper is to discuss relationship between restructuring processes and economic and sociopolitical circumstances affecting health care system. The analysis is based on a theory that government policy on health care determines goals and types of reforms implemented in the health protection system. The subject of restructuring must be viewed with respect to the state health policy which is a much broader concept than health protection and comprises many other issues connected inter alia with environmental protection and lifestyle. In the present study an attempt is made to show that, bearing in mind the past mistakes in the field of health protection system, sociopolitical and economic conditions must be taken into account when initiating future restructuring processes to improve the management of the health system.

Keywords: restructuring, health policy, health protection system, health services.