

**Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum
Wydział Ochrony Zdrowia, Instytut Zdrowia Publicznego
Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania**

Alicja Domagała

***Wpływ reformy ochrony zdrowia na zmiany
w strukturze i warunkach zatrudnienia
kadr medycznych***

Promotor: prof. dr hab. W. Cezary Włodarczyk

Kraków, styczeń 2004

*Składam serdeczne podziękowania
Promotorowi mojej pracy – panu prof. W. Cezaremu Włodarczykowi
za cenne wskazówki, pomoc merytoryczną
oraz życzliwość okazaną mi podczas pisania niniejszej pracy.*

*Dziękuję pani dr Krystynie Czarnieckiej, za udostępnienie danych
dotyczących Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia,
zebranych przez Departament Organizacji Ochrony Zdrowia
Ministerstwa Zdrowia.*

*Panu Markowi Dmowskiemu dziękuję za umożliwienie wykorzystania
danych statystycznych Centrum Systemów Informacyjnych
na temat zatrudnienia kadr medycznych.*

*Dziękuję także wszystkim osobom, które zgodziły się na udział
w prowadzonych przeze mnie wywiadach dotyczących
oceny Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia.*

Temat: Wpływ reformy ochrony zdrowia na zmiany w strukturze i warunkach zatrudnienia kadr medycznych.

Cele pracy: 1) Zidentyfikowanie podstawowych zmian dokonanych w zakresie struktury i warunków zatrudnienia pracowników ochrony zdrowia, w wyniku wdrożenia reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce, 2) Analiza programów rządowych i działań osłonowych dla pracowników ochrony zdrowia (Program Restrukturyzacji Zatrudniania) w latach 1999-2001.

Metody badawcze: 1) Analiza danych statystycznych Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, dotyczących realizacji Programu Restrukturyzacji Zatrudniania w latach 1999-2001, 2) Analiza wieloźródłowych danych dotyczących kadr medycznych, 3) Przeprowadzenie wywiadów pogłębionych z kluczowymi aktorami procesu restrukturyzacji zatrudnienia.

Wnioski:

W analizowanym okresie nastąpiła wyraźna tendencja do różnicowania i wzbogacania podstaw prawnych świadczenia pracy w zakładach opieki zdrowotnej, co dotyczy zarówno personelu medycznego (lekarze, pielęgniarki, położne coraz częściej świadczą pracę w oparciu o umowy cywilno-prawne), kadry zarządzającej (kontrakty menedżerskie), jak i pracowników gospodarczych i obsługi (outsourcing). Deklaracje reformatorów dotyczące korzyści, jakie mieli odnieść pracownicy ochrony zdrowia dzięki reformie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (m.in. wzrost wynagrodzeń i powiązanie ich wysokości z nakładem pracy, wzrost satysfakcji z pracy), nie zostały jednak zrealizowane, a wdrożeniu reformy towarzyszyły zmiany, które wpłynęły negatywnie na sytuację pracowników, m.in.: wyraźna redukcja zatrudnienia skutkująca spadkiem wskaźników zatrudnienia we wszystkich grupach zawodów medycznych, wzrost bezrobocia w zawodach medycznych, narastające niezadowolenie i niska satysfakcja z pracy oraz pogorszenie poczucia bezpieczeństwa pracy.

W celu przyspieszenia procesów restrukturyzacji, w roku 1999 uruchomiono rządowy Program Restrukturyzacji, który z jednej strony miał za zadanie przyspieszenie działań restrukturyzacyjnych, z drugiej zaś, złagodzenie skutków redukcji zatrudnienia. W latach 1999-2001 ok. 87.000 osób zostało zwolnionych z publicznych zakładów opieki zdrowotnej, uzyskując odprawy i odszkodowania w ramach Programu Restrukturyzacji Zatrudniania (na łączną kwotę 276,9 mln zł). Część z tych osób odeszła na wcześniejsze emerytury i renty, część znalazła miejsce pracy w sektorze niepublicznym, którego udział w realizacji świadczeń zdrowotnych w oparciu o kontrakt z publicznym płatnikiem (zwłaszcza w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej) systematycznie zwiększa się od 1999 roku.

słowa kluczowe: system opieki zdrowotnej, reforma, restrukturyzacja, zasoby ludzkie

SPIS TREŚCI:

| | |
|--|-----------|
| ALICJA DOMAGAŁA | 1 |
| WNIOSKI: | 2 |
| ROZDZIAŁ I. GŁÓWNE ELEMENTY REFORMY OCHRONY ZDROWIA W POLSCE | 14 |
| 1. ŹRÓDŁO, KONTEKST, PODŁOŻE SOCJO-EKONOMICZNE REFORMY | 16 |
| 2. UWARUNKOWANIA PRAWNE I SYSTEMOWE WDRAŻANYCH ZMIAN | 18 |
| 3. CELE I STRATEGIE PRZEPROWADZANYCH ZMIAN | 20 |
| 4. DEKLAROWANE I OCZEKIWANE KORZYŚCI DLA PRACOWNIKÓW Z WDRAŻANYCH ZMIAN SYSTEMOWYCH | 20 |
| 5. KLUCZOWI AKTORZY PROCESU REFORMY | 24 |
| ROZDZIAŁ II. REFORMA OCHRONY ZDROWIA A STRUKTURA ZATRUDNIENIA I WARUNKI PRACY PRACOWNIKÓW SEKTORA OPIEKI ZDROWOTNEJ | 29 |
| 1. PODSTAWOWE WSKAŹNIKI ZATRUDNIENIA KADR MEDYCZNYCH W POLSCE | 29 |
| 2. WZMOCNIENIE ROLI LEKARZY RODZINNYCH W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ. | 32 |
| 3. UPOWSZECHNIENIE SYSTEMU KONTRAKTÓW MENEDŻERSKICH Z KIEROWNIKAMI ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ. | 34 |
| 4. ZMIANY W KSZTAŁCENIU KADR | 36 |
| 4.1. ZMIANY W KSZTAŁCENIU LEKARZY..... | 38 |
| 4.2. ZMIANY W KSZTAŁCENIU PIEŁĘGNIAREK..... | 39 |
| 4.3. ZMIANY W SYSTEMIE KSZTAŁCENIA PRACOWNIKÓW SYSTEMU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO | 40 |
| 5.1. FORMY ZATRUDNIANIA LEKARZY..... | 44 |
| 5.1.1. Wykonywanie zawodu lekarza na podstawie umowy o pracę | 45 |
| 5.1.2. Wykonywanie zawodu lekarza na podstawie umowy prawa cywilnego..... | 45 |
| 5.1.3. Prowadzenie indywidualnej bądź grupowej praktyki lekarskiej..... | 48 |
| 5.2. FORMY ZATRUDNIANIA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH..... | 48 |
| 5.2.1. Zatrudnienie pielęgniarek i położnych w oparciu o umowę cywilnoprawną..... | 49 |
| 5.2.2. Udzielanie świadczeń pielęgniarskich/położniczych na podstawie umowy z płatnikiem świadczeń zdrowotnych..... | 51 |
| 6. ŚWIADCZENIE USŁUG W FORMIE NIEPUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ | 51 |
| 7. ZMIANY W WYNAGRADZANIU PRACOWNIKÓW | 56 |
| 8. MINIMALNE NORMY ZATRUDNIENIA | 61 |
| 9. OUTSOURCING JAKO NARZĘDZIE RESTRUKTURYZACJI ZATRUDNIENIA | 62 |
| 10. ZMIANY SYSTEMOWE W OCHRONIE ZDROWIA A BEZROBOCIE | 64 |
| ROZDZIAŁ III. RZĄDOWE PROGRAMY WSPIERAJĄCE PROCES RESTRUKTURYZACJI ZATRUDNIENIA W OCHRONIE ZDROWIA W LATACH 1999-2001 | 67 |
| WSTĘP | 67 |
| 1. WSTĘPNA DIAGNOZA POTRZEB RESTRUKTURYZACJI ZATRUDNIENIA W OCHRONIE ZDROWIA | 68 |
| 2. PROGRAM RESTRUKTURYZACJI W ROKU 1999. | 71 |
| 2.1. ZAŁOŻENIA I SCHEMAT PROGRAMU RESTRUKTURYZACJI W ROKU 1999. | 71 |
| 2.2. REALIZACJA PROGRAMU I ANALIZA DANYCH STATYSTYCZNYCH | 74 |
| 2.3. DZIAŁANIA SYSTEMÓW URZĘDÓW PRACY NA RZECZ ZWALNIANYCH PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA FINANSOWANE Z FUNDUSZU PRACY W 1999R..... | 76 |
| 3. PROGRAM RESTRUKTURYZACJI – Rok 2000. | 78 |
| 3.1. ZAŁOŻENIA I SCHEMAT PROGRAMU RESTRUKTURYZACJI W ROKU 2000..... | 78 |

| | |
|--|-------------------|
| 3.2. REALIZACJA PROGRAMU I ANALIZA DANYCH STATYSTYCZNYCH..... | 79 |
| 3.3. RESTRUKTURYZACJA ZATRUDNIENIA W RAMACH TZW. „SZYBKIEJ ŚCIEŻKI” | 80 |
| 4. PROGRAM RESTRUKTURYZACJI – ROK 2001. | 81 |
| 4.1. ZAŁOŻENIA I SCHEMAT PROGRAMU RESTRUKTURYZACJI W ROKU 2001..... | 82 |
| PROCEDURY TWORZENIA REGIONALNEGO PROGRAMU RESTRUKTURYZACJI NA ROK 2001 | 83 |
| 4.2. REALIZACJA PROGRAMU I ANALIZA DANYCH STATYSTYCZNYCH. | 83 |
| 5. PODSUMOWANIE EFEKTÓW PROGRAMU RESTRUKTURYZACJI ZATRUDNIENIA 1999-2001. | 85 |
| 6. PROGRAM RESTRUKTURYZACJI ZATRUDNIENIA W OPINII KLUCZOWYCH AKTORÓW PROCESU. | 90 |
| ANALIZA WYWIADÓW POGŁĘBIONYCH. | 90 |
| <u>IV. PODSUMOWANIE</u> | <u>98</u> |
| <u>V. WNIOSKI</u> | <u>105</u> |
| <u>VI. BIBLIOGRAFIA</u> | <u>113</u> |
| WYKAZ TABEL | 122 |
| SPIS RYSUNKÓW | 123 |
| <u>ANEKS</u> | <u>124</u> |
| <u>ZAŁĄCZNIK NR 1. KWESTIONARIUSZ ZASTOSOWANY DO WYWIADU POGŁĘBIONEGO Z KLUCZOWYMI AKTORAMI PROGRAMU RESTRUKTURYZACJI ZATRUDNIENIA.....</u> | <u>125</u> |
| RYS. 2. LICZBA UMÓW ZAWARTYCH PRZEZ MRKCh W ZAKRESIE LECZNICTWA SZPITALNEGO. | 125 |
| <u>ZAŁĄCZNIK NR 5. PRAWNE FORMY ZATRUDNIENIA PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH W 2002R.</u> | <u>125</u> |
| <u>RYS. 4. PRAWNE FORMY ZATRUDNIENIA PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH W ZAKŁADACH STACJONARNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 2002R.....</u> | <u>125</u> |
| <u>RYS. 4. PRAWNE FORMY ZATRUDNIENIA PRACOWNIKÓW MED. W ZAKŁADACH STACJONARNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – 2002R.</u> | <u>131</u> |

WPROWADZENIE

Motywy podjęcia tematu pracy

Jednym z podstawowych elementów systemu opieki zdrowotnej są zasoby ludzkie, rozumiane jako zasoby dostępne oraz potrzebne w systemie [21]. Zasoby te mogą być definiowane w znaczeniu „szerokim” i „wąskim.” W znaczeniu „szerokim” pod pojęciem tym rozumiemy:

- wszystkie osoby pracujące w zakładach opieki zdrowotnej (w lecznictwie ambulatoryjnym i stacjonarnym),

- personel pracujący w instytucjach pokrewnych,
- personel pracujący w zakładach pomocy społecznej dla osób starszych i niepełnosprawnych,
- personel administracyjny zatrudniony w sektorze ochrony zdrowia (pracownicy administracyjni szczebla centralnego i samorządowego, pracownicy zakładów ubezpieczeniowych, systemów informacyjnych),
- pracownicy nauki i kształcenia,
- pracownicy obsługi.

W rozumieniu „wąskim,” zasoby ludzkie systemu opieki zdrowotnej to personel medyczny zatrudniony w zakładach opieki zdrowotnej [27]. Inne źródła, na podstawie kwalifikacji i roli w świadczeniu usług zdrowotnych, różnicują zasoby ludzkie na pięć kategorii, [28]:

1. lekarze,
2. inny personel medyczny z wykształceniem wyższym,
3. pielęgniarki i położne,
4. pozostały średni personel medyczny (np. fizykoterapeuci),
5. inny – obsługa i administracja.

W polskim prawodawstwie definicja pojęcia „pracownik medyczny” zawarta jest w art. 18d ust. 1 pkt. 1 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej¹. Zgodnie z jego brzmieniem, przez osobę wykonującą zawód medyczny należy rozumieć osobę, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Wobec braku enumeratywnego ustawowego wykazu zawodów medycznych, przyjmuje się, że przy interpretacji przepisów zacytowanego artykułu ustawy, uwzględnia się przepisy ustawy oraz przepis części pierwszej załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 29 marca 1998r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej², zawierającej wykaz stanowisk pracowników działalności podstawowej. Na gruncie tego stanowiska pracownikami wykonującymi zawód medyczny są lekarze, pielęgniarki, położne, technicy medyczni, ratownicy medyczni, sanitariusze i noszowi [42]. Na potrzeby niniejszej pracy, w głównej mierze analizowane będą grupy pracowników medycznych największe pod względem liczebności, czyli: lekarze, pielęgniarki i położne.

Z szacunków International Labour Organisation wynika, że spośród 35 mln zatrudnionych ogółem w sektorze opieki zdrowotnej na świecie, 18, 5 mln (tj. 53%) to lekarze i pielęgniarki. Z tego w Regionie Europejskim zatrudnionych jest ok. 1,5 mln lekarzy oraz 4,5 mln pielęgniarek [27]. Liczba lekarzy w Polsce uprawnionych do wykonywania zawodu na koniec 2001 r. według danych publikowanych w Biuletynie Statystycznym Centrum Systemów Informacyjnych wynosiła 123.787, natomiast liczba pielęgniarek wynosiła 267.208. W Polsce wskaźnik liczby zatrudnionych lekarzy w stosunku do ogółu ludności jest na średnim poziomie europejskim (w 2001r. **22,8** na 10.000 mieszkańców). Wśród innych

¹ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U.91, Nr 91, poz. 408.

² Rozporządzenia MZiOS z 29 marca 1998r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 1999, Nr 30, poz.300.

państw Europy nie wyróżniamy się nadmiarem dyplomowanych lekarzy, brakuje natomiast lekarzy rodzinnych. Zgodnie z założeniami systemowymi podstawowa opieka zdrowotna w Polsce powinna być oparta o praktykę lekarza rodzinnego [56]. W 2001r. w Polsce było ok. 5.500 lekarzy rodzinnych, a według szacowanych potrzeb systemu opieki zdrowotnej, powinno ich być ok. 20.000 [60].

Wskaźniki liczby pielęgniarek i położnych w Polsce wykazują w ostatnich latach tendencję spadkową i są znacznie niższe od średnich dla Europy. W 2001r. wskaźnik liczby pielęgniarek/10.000 mieszkańców wynosił – **48,6**, natomiast wskaźnik liczby położnych/10.000 mieszkańców wynosił **5,7**. Pielęgniarki i położne to grupa, która szczególnie nisko ocenia swoją sytuację zawodową (niskie wynagrodzenia, trudne warunki pracy, niski prestiż zawodowy). Liczne akcje protestacyjne oraz wszelkie badania satysfakcji zawodowej w tej grupie świadczą, że pielęgniarki i położne oceniają bardzo niekorzystnie swoją pozycję zarówno w zakładzie pracy, jak i na rynku pracy [6].

Zasoby sektora opieki zdrowotnej stanowią kadrę wysoko wykwalifikowaną. Praca w opiece zdrowotnej często wymaga kwalifikacji, które mogą być uzyskane tylko w drodze szkoleń na poziomie akademickim, dotyczy to zarówno personelu medycznego jak i administracji wyższego szczebla. Praca w tym sektorze wymaga także elastyczności i umiejętności dostosowania się do zmieniających się warunków i zasad funkcjonowania systemu, które cały czas mają miejsce i które cały czas będą zachodzić. Jakość usług każdego z zakładów jest bezpośrednio związana z kwalifikacjami (umiejętnościami, wiedzą, doświadczeniami, postawą) pracowników. Utrzymanie tych cech na właściwym poziomie jest szczególnie trudne w okresie zachodzących zmian systemowych.

Kwalifikowane kadry lekarskie są specyficzną i bardzo cenną postacią zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej – ich jakość w istotny sposób decyduje o jakości udzielanych świadczeń, a więc o zadowoleniu i bezpieczeństwie pacjentów. Niektórzy, zdają się nawet stawiać znak równości pomiędzy wiedzą posiadaną przez lekarzy, a jakością świadczeń medycznych. Jest to oczywiście jeden z głównych, ale nie jedyny czynnik warunkujący jakość, spośród których na szczególne podkreślenie w aspekcie omawianych zagadnień zasługują także: 1) sposób organizacji udzielania świadczeń (w tym brak lub istnienie mechanizmów optymalizacji postępowania), 2) sposób finansowania świadczeniodawcy i kształtowania dochodów (sposób kształtowania a nie wysokość dochodów) [68].

Światowe trendy w zatrudnieniu w sektorze opieki zdrowotnej w ostatnich latach wykazują tendencje wzrostowe. W większości krajów zwiększa się liczba osób zatrudnionych w systemie opieki zdrowotnej, w efekcie czego sektor opieki zdrowotnej staje się istotnym pracodawcą. Do podstawowych czynników wywierających istotny wpływ na zatrudnienie w sektorze opieki zdrowotnej należy zaliczyć:

- poziom wydatków finansowych na ochronę zdrowia,
- inwestycje prywatnych i publicznych inwestorów (sektor opieki zdrowotnej jest sektorem „wysokobudżetowym”, co w zestawieniu z rozwojem technologii powoduje, że jest to ciągle sektor atrakcyjny dla inwestorów),
- czynniki demograficzne i epidemiologiczne, które zmieniając zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne wywierają wpływ na wydatki w zakresie ochrony zdrowia,
- tempo postępu technologicznego i poziom rozwoju nauki medycznej, co kreuje nowe potrzeby w zakresie kwalifikacji personelu i struktury zatrudnienia,

- globalizacja, prowadząca do migracji pracowników, w tym także wykwalifikowanego personelu (najprawdopodobniej w przyszłości zjawisko to będzie odgrywać jeszcze większą rolę).

W skali globalnej zwiększa się liczba osób powyżej 60 roku życia, natomiast zmniejsza się proporcja liczby osób w wieku produkcyjnym, co w efekcie prowadzi do wzrostu popytu na świadczenia zdrowotne, a tym samym zwiększenia zapotrzebowania na personel medyczny. Z drugiej strony wymogi ekonomiczne wymuszają racjonalizację wydatków finansowych na ochronę zdrowia, co skutkuje koniecznością racjonalizacji zatrudnienia. Uwzględniając fakt, że koszty osobowe funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej generują, w zależności od specyfiki zakładu, od 30 proc. - nawet do 80 proc. kosztów całkowitych działalności zakładów, można stwierdzić, że nieefektywne zarządzanie zasobami ludzkimi (m.in. brak racjonalnej polityki kadrowej, niedostosowanie struktury zatrudnienia do profilu i zakresu świadczeń zakładów opieki zdrowotnej, brak planowania w systemie edukacji) zadecydowało w znacznej mierze o konieczności zreformowania polskiego systemu opieki zdrowotnej. Obok wspomnianych powyżej czynników, także kryzys finansowy jest wskazywany jako jeden z głównych akceleratorów procesów reformatorskich w systemie opieki zdrowotnej [96]. Reformowany system ochrony zdrowia wymaga działań restrukturyzacyjnych pozwalających na efektywniejsze zarządzanie, racjonalizację kosztów świadczonych usług, poprawę dostępności i jakości świadczeń, dostosowanie organizacji pracy zakładów opieki zdrowotnej do wymogów pacjentów, płatników świadczeń, a także tworzącego się rynku usług medycznych. Zachodzącym procesom transformacji towarzyszył więc nieunikniony proces restrukturyzacji zatrudnienia kadr, które z jednej strony w głównej mierze warunkują jakość i dostępność do świadczeń medycznych, z drugiej zaś strony koszty osobowe są głównym składnikiem kosztów funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej [76, 82].

Wprowadzona w Polsce z dniem 1 stycznia 1999r. reforma powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego odbywała się w atmosferze dużych oczekiwań społecznych, zarówno ze strony pracowników (poprawa warunków pracy, wyższe płace), pacjentów (wyższa jakość usług, lepszy dostęp do świadczeń) jak i organizatorów świadczeń (poprawa sytuacji finansowej zakładów, stworzenie systemu bardziej efektywnego i wydajnego ekonomicznie). Pracownicy służby zdrowia z jednej strony mieli być beneficjentami zreformowanego systemu, z drugiej strony mieli zapewnić pacjentom wyższą jakość świadczeń. Wśród kluczowych zmian dotyczących warunków pracy personelu służby zdrowia, należy wymienić przede wszystkim: kontraktowanie świadczeń zdrowotnych (w tym przez podmioty niepubliczne), wprowadzenie w samodzielnych publicznych zakładach kontraktów menedżerskich, świadczenie usług przez pracowników medycznych na podstawie umowy cywilno-prawnej, przekształcenia prywatyzacyjne, outsourcing.

Istota restrukturyzacji polega na zmianie strategii działalności określonego podmiotu (systemu, zakładu) oraz na takim przekształceniu zasad jego funkcjonowania, stosowanych w nim metod zarządzania i organizacji, które zapewnią mu konkurencyjność na rynku. Zmiany te dotyczyć mogą wszystkich sfer jego funkcjonowania [12].

Pojęcie „**restrukturyzacja zatrudnienia**” definiowane jest jako złożony proces istotnych, czysto fundamentalnych zmian w zasobach ludzkich, którego celem jest maksymalne dostosowanie zasobów ludzkich do potrzeb zakładu działającego w wysoko konkurencyjnym otoczeniu. Restrukturyzacja zatrudnienia stanowi element restrukturyzacji zasobów - a ta restrukturyzacji operacyjnej [31]. Restrukturyzacja zatrudnienia w zakładzie może się odbywać poprzez:

1. *downsizing* – redukcję zatrudnienia,
2. *outplacement* – wyłączenie pracowników lub ich grup na zewnątrz zakładu,
3. *rekonwersję społeczną* – realizowaną przez działania mające na celu adaptację do nowych warunków rynku pracy pracowników pozbawionych zatrudnienia w związku z procesami zmian w zakładzie.
 - *przegrupowanie (przeszeregowanie) zawodowe* – działania ukierunkowane na ponowne zatrudnienie na stanowisku o zbliżonej treści pracy do przedniego,
 - *rekonwersję zawodową* – działania ukierunkowane na ponowne zatrudnienie na stanowisku o istotnie odmiennej treści pracy do poprzedniej,
4. *przekwalifikowanie* – długookresowe działania ukierunkowane na przekształcenia profilu kompetencji (wiedzy, umiejętności, doświadczenia, postawy).

System opieki zdrowotnej jest systemem, którego restrukturyzacja pociąga za sobą wysokie koszty społeczne i finansowe, często trudne do udźwignięcia przez same zakłady opieki zdrowotnej, jak i samorządy lokalne jako ich organy założycielskie. W celu przyspieszenia przekształceń organizacyjnych mających się dokonać w zakładach opieki zdrowotnej, w latach 1999-2001 uruchomiono więc programy osłonowe dla pracowników ochrony zdrowia, będące częścią rządowych programów restrukturyzacji w ochronie zdrowia (działania te zostały szczegółowo przedstawione w rozdziale III niniejszej pracy jako Program Restrukturyzacji Zatrudnienia – PRZ). Celem Programu było stworzenie takiego systemu opieki zdrowotnej w regionach, który pozwoli najefektywniej wykorzystać wszystkie zasoby, tzn. racjonalizować koszty świadczeń, zwiększać ich dostępność i podnosić ich jakość. Cele te miały być realizowane przy aktywnym udziale władz samorządowych jako organów założycielskich i dyrekcji zakładów opieki zdrowotnej. Zmiany restrukturyzacyjne mogą być dokonywane w mniej lub bardziej dynamicznym tempie, ale w perspektywie powinny przynieść wymierne efekty finansowe - prowadzić do stworzenia spójnego, efektywnego kosztowo systemu opieki zdrowotnej w regionie, dopasowanego do potrzeb społeczności lokalnej, przy optymalnym wykorzystaniu zasobów już istniejących. Program Restrukturyzacji Zatrudnienia (PRZ) budził bardzo wiele emocji zarówno ze strony pracowników służby zdrowia, dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej, jak i opinii publicznej. Celem tego Programu było z jednej strony zmotywowanie kadry zarządzającej do rozpoczęcia lub intensyfikacji procesów restrukturyzacji (poprzez dofinansowanie przeprowadzanych działań z budżetu centralnego), z drugiej zaś strony działania Programu miały za zadanie złagodzenie skutków redukcji zatrudnienia w zakładach opieki zdrowotnej.

W oparciu o badania ankietowe przeprowadzone wśród dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej na początku 1999r. przez Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, oszacowano planowaną

redukcję zatrudniania na ok. 10% ogółu zatrudnionych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej [7]. Szacowano, że do roku 2001 zwolnionych zostanie ok. 66.000 pracowników.

Z danych statystycznych uzyskanych na potrzeby niniejszej pracy z Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, wynika że w ramach Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia w latach 1999-2001 zwolnionych zostało ok. 87.000 osób (osoby te uzyskały odprawy i odszkodowania w ramach Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia).

Większość decyzji i kierunków reformatorskich spowodowała istotne zmiany w odniesieniu do zasobów ludzkich ochrony zdrowia. Na rynku usług zdrowotnych w Polsce pojawia się coraz więcej prywatnych podmiotów, działających w oparciu o kontrakt z publicznym płatnikiem. Coraz powszechniejsze staje się świadczenie usług przez pracowników medycznych na podstawie umowy cywilno-prawnej. Czy zmiany te mają charakter zmian pozytywnych, czy negatywnych? Można próbować to ocenić tylko po przeprowadzeniu gruntownej i wieloaspektowej analizy problemu. Niniejsza praca, na podstawie analizy wieloźródłowych danych dotyczących sytuacji pracowników służby zdrowia, ma za zadanie porównanie sytuacji pracowników zakładów opieki zdrowotnej przed i po wprowadzeniu reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz oszacowanie skali przeprowadzanej restrukturyzacji zatrudnienia. Zakres problematyki bezpośrednio i pośrednio dotyczącej sytuacji pracowników zakładów opieki zdrowotnej jest bardzo szeroki. Skala problemów jakie pojawiły się w trakcie wdrażania reformy, złożoność analizowanych zagadnień, specyfika rynku pracy oraz zróżnicowanie podmiotów systemu opieki zdrowotnej, powodują, że nie sposób zebrać i poddać szczegółowej analizie wszystkie istotne zagadnienia jakie miały miejsce w analizowanym okresie. Spośród wszystkich zmian wybrano więc te, które zdaniem autora wywarły najistotniejszy wpływ na sytuację pracowników, wskazując równocześnie obszary, które wymagają głębszej analizy i dalszych badań. Nie poruszano m.in. zagadnień związanych z dostosowaniem polskich regulacji i przepisów do standardów Unii Europejskiej oraz szans i zagrożeń, jakie niesie dla pracowników integracja Polski z unią Europejską.

Okres poddany analizie w niniejszej pracy to lata: **1999–2001**. Używając pojęcia „reforma ochrony zdrowia” rozumie się więc reformę powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Ze względu jednak na istotne rozwiązania systemowe i zmiany legislacyjne, jakie miały miejsce przed wprowadzeniem systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w wielu miejscach analizy następuje odwołanie się do zmian i regulacji prawnych jakie miały miejsce przed rokiem 1999. Z kolei dla pokazania ciągłości analizowanych zjawisk, w wielu miejscach przedstawiono dane statystyczne za rok 2002.

Cele główne niniejszej pracy to:

1. Zidentyfikowanie podstawowych zmian dokonanych w zakresie struktury i warunków zatrudnienia pracowników ochrony zdrowia, w wyniku wdrożenia reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce.
2. Analiza programów rządowych i działań osłonowych dla pracowników ochrony zdrowia (Program Restrukturyzacji Zatrudnienia) w latach 1999-2001.

Cele szczegółowe zdefiniowano jako:

1. Porównanie sytuacji pracowników ochrony zdrowia przed i po wprowadzeniu reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Oszacowanie skali redukcji zatrudnienia w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
3. Wskazanie kluczowych rozwiązań prawnych warunkujących zmiany w sytuacji pracowników ochrony zdrowia w Polsce.
4. Analiza słabych i mocnych stron Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia.
5. Ocena Programów Restrukturyzacji Zatrudnienia dokonana przez kluczowych aktorów procesu.

Informacje uzyskane w wyniku przeprowadzonej analizy, powinny pozwolić na weryfikację następujących hipotez:

Hipoteza 1: Reforma ochrony zdrowia spowodowała istotne zmiany w strukturze i warunkach zatrudnienia pracowników medycznych.

Hipoteza 2: Reforma ochrony zdrowia spowodowała wyraźną redukcję zatrudnienia w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, która była stymulowana rządowymi programami restrukturyzacji i w nierównym stopniu dotknęła różne zakłady opieki zdrowotnej i różne grupy zawodowe.

Przedmiotem analizy niniejszej pracy jest wpływ procesu restrukturyzacji w sektorze ochrony zdrowia na zmiany w sytuacji pracowników. Szczegółowej analizie zostały poddane rządowe programy osłonowe, prowadzone w latach 1999-2001, jako bodziec przyspieszający i „wymuszający” restrukturyzację zatrudnienia. Poprzez porównanie struktury zatrudnienia w okresie przed wprowadzeniem reformy, w trakcie kolejnych lat jej trwania oraz na podstawie danych o redukcji zatrudnienia dokonywanego w ramach Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia (PRZ), oszacowana została skala przeprowadzanej restrukturyzacji. W analizie wykorzystano m.in.: dane statystyczne dotyczące redukcji zatrudnienia dokonanej w ramach programów osłonowych ze wszystkich 16 województw (źródło danych: Departament Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia: Program Restrukturyzacji 1999, 2000, 2001), dane dotyczące zarejestrowanych bezrobotnych w zawodach medycznych (źródło danych: Krajowy Urząd Pracy, Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej). Analizie poddano także podstawowe czynniki warunkujące wielkość i jakość zasobów ludzkich w systemie opieki zdrowotnej, w powiązaniu z wprowadzoną reformą: zmiany w systemie kształcenia kadr medycznych, zmiany w statusie prawnym pracowników oraz stosowanych form wykonywania i wynagradzania pracy. W tej części analizy wykorzystano dane statystyczne z Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, Urzędu Marszałkowskiego Województwa

Małopolskiego, Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego oraz Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Praca niniejsza składa się z trzech rozdziałów:

Rozdział I: *Główne elementy reformy ochrony zdrowia w Polsce w latach 1999-2001.*

W rozdziale tym omówiono źródło, kontekst i podłoże socjoekonomiczne reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jej cele i strategię. Przeprowadzono także analizę słabych i mocnych stron przekształceń systemowych oraz zastosowanych rozwiązań, pod kątem wpływu na pracowników systemu opieki zdrowotnej. Zanalizowano także realizację deklaracji dotyczących korzyści, jakie miały stać się udziałem pracowników ochrony zdrowia.

Rozdział II: *Reforma ochrony zdrowia a struktura zatrudnienia i warunki pracy pracowników sektora opieki zdrowotnej.*

W tym rozdziale poddano analizie podstawowe wskaźniki zatrudnienia kadr medycznych w Polsce, dokonano analizy przepisów prawnych regulujących zasady zatrudniania i wynagradzania pracowników. Wskazano także najważniejsze rozwiązania prawne i organizacyjne w systemie, które wywarły bezpośredni wpływ na strukturę i warunki zatrudniania kadr medycznych, m.in. zmiany w kształceniu kadr, prywatyzację zakładów opieki zdrowotnej oraz wykorzystywanie outsourcingu jako narzędzia restrukturyzacji. Przedstawiono także dane statystyczne na temat liczby zarejestrowanych bezrobotnych w poszczególnych grupach zawodów medycznych w ujęciu wojewódzkim.

Rozdział III: *Rządowe programy wspierające proces restrukturyzacji zatrudnienia w ochronie zdrowia w latach 1999-2001.*

Rozdział ten szczegółowo omawia i analizuje programy rządowe realizowane w latach 1999-2001. Analiza dotyczy założeń programów, schematów, procedury aplikowania i przyznawania środków, planowanych budżetów oraz ich faktycznego wykonania. Realizacja programu zilustrowana jest zestawieniami tabelarycznymi nt. liczby zwalnianych osób i kwot przyznanych na restrukturyzację zatrudniania w ujęciu wojewódzkim. Dla poszerzenia analizy programów przeprowadzono i przedstawiono badanie opinii na temat Programu Restrukturyzacji kluczowych aktorów procesu.

W niniejszej pracy wykorzystano następujące **metody badawcze**:

- Analiza danych źródłowych (dane dotyczące realizacji Programu Restrukturyzacji za lata 1999-2001 – Departament Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwo Zdrowia).
- Analiza danych statystycznych pochodzących z następujących źródeł:
 - Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia (a następnie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia),
 - Krajowy Urząd Pracy,
 - Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej,
 - Główny Urząd Statystyczny,

- Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego,
 - Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego,
 - Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.
- Wywiady pogłębione przeprowadzone z kluczowymi osobami odpowiedzialnymi za zarządzanie zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia oraz przedstawicielami środowiska medycznego.
 - Analiza oficjalnych stanowisk i oświadczeń stowarzyszeń zawodów medycznych i związków zawodowych pracowników ochrony zdrowia.
 - Szczegółowa analiza literatury.

Dla pogłębienia oceny dokonanych programów restrukturyzacji przeprowadzono **wywiady pogłębione** z przedstawicielami 10 kluczowych instytucji zaangażowanych w Program Restrukturyzacji. Badanie przeprowadzono w okresie luty - maj 2003, czyli dwa lata po zakończeniu realizacji Programu, który był przedmiotem rozmowy. Ta perspektywa czasu pozwoliła na retrospektywne spojrzenie i ocenę programów, co pozwoliło na wykluczenie czynnika emocjonalnego, który towarzyszył ocenie programu w trakcie jego trwania, umożliwiając ponadto określenie długoterminowego wpływu Programu na funkcjonowanie zakładów.

Narzędziem badawczym, jakie wykorzystano w tych wywiadach był kwestionariusz, przedstawiony jako załącznik 1 w aneksie. Doboru kluczowych instytucji, z których przedstawicielami przeprowadzono wywiad pogłębiony, dokonano w taki sposób, aby uzyskać informację ze strony instytucji reprezentujących różne oczekiwania i pełniących różne funkcje w realizacji Programu. Wśród osób wybranych do badania (szczegółowy wykaz przedstawia załącznik nr 2 w aneksie), z którymi przeprowadzono wywiady znalazły się:

1. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia (odpowiedzialny za Program Restrukturyzacji z ramienia Ministerstwa Zdrowia),
2. Z-ca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia (departament odpowiedzialny za realizację programu),
3. Przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” (i zarazem reprezentant związków zawodowych w Krajowym Komitecie Sterującym),
4. Dyrektor Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego,
5. Dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta,
6. Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,
7. Przedstawiciel środowiska lekarskiego,
8. Dyrektor Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego,
9. Dyrektor Szpitala Powiatowego, w którym dokonano zwolnień grupowych w ramach Programu,
10. Dyrektor Szpitala Powiatowego, w którym dokonano nieznacznej restrukturyzacji zatrudnienia.

Narzędziem badawczym wykorzystanym w przeprowadzonych wywiadach był kwestionariusz składający się z 13 pytań, które m.in. dotyczyły takich zagadnień jak:

- mocne strony Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia (PRZ),

- słabe strony Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia,
- główne ograniczenia i bariery w planowaniu i wdrażaniu Programu,
- wpływ Programu Restrukturyzacji na efektywność funkcjonowania zakładów,
- uzyskane korzyści z Programu dla zakładów opieki zdrowotnej,
- wpływ Programu Restrukturyzacji na pozycję konkurencyjną zakładów,
- wpływ Programu Restrukturyzacji na wysokość kosztów zakładu,
- zaangażowanie i współpraca partnerów społecznych w realizacji Programu,
- wpływ Programu na proces prywatyzacji w zakładach,
- proces monitorowania Programu Restrukturyzacji,
- zasadność wydatkowania środków publicznych na restrukturyzację zatrudnienia,
- propozycje poprawy zastosowanych działań,
- procedura i przebieg procesu restrukturyzacji.

Biorąc pod uwagę skalę i złożoność problematyki dotyczącej zasobów ludzkich w reformowanym systemie opieki zdrowotnej oraz tempo zachodzących zmian w systemie, nie sposób przeprowadzić szczegółowej analizy wszystkich czynników wpływających na sytuację pracowników zakładów opieki zdrowotnej. Niniejsza praca nie wyczerpuje więc listy wszystkich problemów, które dotyczą zmian w sytuacji pracowników ochrony zdrowia, lecz koncentruje się na wybranych, przedstawionych powyżej zagadnieniach.

ROZDZIAŁ I. GŁÓWNE ELEMENTY REFORMY OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

W LATACH 1999-2001.

Wprowadzenie

Świadczenie usług zdrowotnych jest procesem, w którym nakład pracy jest istotnym elementem składowym. Oznacza to, że wszelkie zmiany w systemie świadczenia usług zdrowotnych, zachodzące w trakcie procesów reformy, wywierają istotny wpływ na strukturę zatrudnienia w tym sektorze. Można wyróżnić trzy typy reformy ochrony zdrowia przyjmując jako kryterium podziału - rodzaj efektów wywieranych na wielkość zasobów ludzkich w systemie [27]:

1. **Reforma powodująca redukcję zatrudnienia** – taki typ reformy jest zorientowany na redukcję wydatków i budżetu albo na wzrost wydajności sektora. Redukowany jest zarówno poziom gwarantowanych przywilejów, jak również poziom zatrudnienia. Taki typ reformy na ogół jest podejmowany w związku z ograniczeniami i problemami finansowymi, np. w trakcie reformy przeprowadzonej w latach 90-tych na Litwie, zredukowane zostało zatrudnienie we wszystkich grupach zawodów medycznych. Wskaźnik wielkości populacji/lekarza zmniejszył się w latach 1990-1996 z 41,1 do 29,7, podczas gdy wskaźnik wielkości populacji/dentystę spadł w tym czasie z 5,8 do 4,8.
2. **Reforma prowadząca do zwiększenia zatrudnienia** – dotyczy krajów, w których następuje stały wzrost wielkości populacji, co wiąże się ze zwiększeniem zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne (np. Meksyk). Wiele krajów rozwijających się nie jest jednak w stanie sprostać zapewnieniu podaży odpowiadającej popytowi na świadczenia zdrowotne i utrzymać wskaźnik liczby populacji na lekarza na stałym poziomie.
3. **Reforma powodująca restrukturyzację zatrudnienia**. W wielu krajach przeprowadzona prywatyzacja spowodowała zmniejszenie zatrudnienia w sektorze publicznym, przy równoczesnym zwiększeniu zatrudnienia w sektorze prywatnym (np. Brazylia). W niektórych krajach, w trakcie reformy ograniczane są pewne świadczenia zdrowotne dla pacjentów, przy równoczesnym wzroście innych świadczeń (np. w Norwegii i w Niemczech współfinansowanie świadczeń zdrowotnych przez pacjentów zwiększało się, ale w tym samym czasie zaczęto finansować w ramach ubezpieczenia świadczenia z zakresu opieki długoterminowej). Proces reformy w takim przypadku jest ukierunkowany nie na redukcję personelu, ale na poprawę efektywności i redukcję wydatków publicznych, co niekoniecznie oznacza zmniejszenie zatrudnienia. Oznacza to np., że pacjenci w większym stopniu partycypują w kosztach świadczeń zdrowotnych. Inna możliwość to wprowadzanie outsourcingu i prywatyzacji świadczeń, co na ogół jest powiązane ze zmianami w wynagradzaniu i warunkach pracy. Poziom zatrudnienia nie ulega zmniejszeniu, ale następuje przesunięcie z sektora publicznego do sektora prywatnego.

Reforma opieki zdrowotnej może wywierać wpływ nie tylko na poziom zatrudnienia, ale także na strukturę zatrudnienia, a mianowicie [25]:

1. zmianę zakresu pracy albo wymaganych kwalifikacji (np. lekarze rodzinni, którzy oprócz funkcji leczniczych pełnią także rolę menedżerów swoich praktyk).
2. zmniejszenie zatrudnienia w jednej gałęzi sektora opieki zdrowotnej, przy równoczesnym zwiększeniu zatrudnienia w innej gałęzi (np. redukcja łóżek ostrych i zwiększenie łóżek opieki długoterminowej powiązana z redukcją zatrudnienia pracowników na oddziałach ostrych i zatrudnieniem na oddziałach opieki długoterminowej).
3. zastępowanie kadr mniej wykwalifikowanych, personelem o wyższych kwalifikacjach, np. na Litwie personel o najmniejszych kwalifikacjach był wskazywany jako pierwszy do redukcji. W Finlandii z kolei wykwalifikowane pielęgniarki były zastępowane przez mniej wykwalifikowany personel. W Wielkiej Brytanii ogólne zatrudnienie w sektorze opieki zdrowotnej nie uległo wyraźnym zmianom, ale nastąpił drastyczny spadek zatrudnienia personelu pomocniczego (aż o 52%!), w tym samym czasie nastąpił 25% wzrost zatrudnienia personelu administracyjnego i kadry zarządzającej.

Procesy reformy, którym towarzyszy redukcja wskaźników kosztowych, często prowadzą do redukcji zasobów ludzkich. Wynika to z faktu, że koszty świadczeń zdrowotnych w głównej mierze są determinowane kosztami pracy. Wszelkim zmianom w strukturze świadczeń, towarzyszą więc redukcje poziomu zatrudnienia. Takie redukcje często są wypadkową różnych rozwiązań, jak np.: przymusowe zwolnienia z pracy, przechodzenie na wcześniejsze świadczenia rentowe i emerytalne, zastępowanie pracy w pełnym wymiarze czasu poprzez pracę w niepełnym wymiarze czasu, zamrożenie przyjęć do pracy (wstrzymanie rekrutacji), nie zapełnianie wakatów, przekwalifikowywanie i inne metody. Takie redukcje mogą odnosić się zarówno do całego sektora, jak i do jego części.

Sposób restrukturyzacji zatrudnienia zależy także od rozmiaru i konkurencyjności sektora. W sektorze prywatnym zwolnienia są znacznie łatwiejsze do przeprowadzenia niż w sektorze publicznym. W dużych zakładach elastyczne sposoby restrukturyzacji nie wymagające zwolnień, są znacznie łatwiejsze do przeprowadzenia niż w małych przedsiębiorstwach. W krajach Europy Wschodniej zwolnienia z pracy były najczęściej stosowaną drogą restrukturyzacji zatrudnienia. Na Litwie zwolnienia dotyczyły głównie lekarzy w wieku przedemerytalnym oraz tych, którzy nie władali biegle językiem litewskim. W tym samym czasie wprowadzono ograniczenia w rekrutacji na studia medyczne. Na Słowacji restrukturyzacja zatrudnienia w głównej mierze odbywała się poprzez migracje pracowników lub przesunięcia do sektora prywatnego [23, 24].

1. Źródło, kontekst, podłoże socjo-ekonomiczne reformy

System ochrony zdrowia, oprócz zadań naprawczych pełni także szereg innych funkcji, co predysponuje go do roli jednego z najważniejszych systemów funkcjonujących w sferze społeczno-ekonomicznej każdego z krajów. Inne funkcje, o których mowa powyżej to funkcje:

1. pracodawcy, będącego istotną częścią krajowego rynku pracy,
2. podmiotu kreującego popyt na dobra konsumpcyjne (np. leki, sprzęt medyczny, infrastruktura materialna),
3. kształceniowo-wychowawcze poprzez kształcenie wszystkich kategorii zatrudnionego w nim personelu oraz kreowanie postaw prozdrowotnych społeczeństwa,
4. zarządzania – planowania, organizowania, nadzoru, oceny wraz z całokształtem aspektów prawnych, etycznych i ekonomicznych,
5. polityczne – jako element „gry” politycznej, źródło poparcia lub sprzeciwu dla działań zarówno władz lokalnych, jak i państwowych [45].

Uwzględniając wielowymiarowość przedstawionych funkcji, nie trudno zrozumieć jaka uwaga społeczna przywiązywana jest do zmian reformatorskich wprowadzanych w systemie opieki zdrowotnej. Aby przeprowadzany proces reformatorski był dostatecznie skuteczny, powinny być uwzględnione i podjęte działania w następujących czterech obszarach (w nawiasach podano zadania związane z angażowaniem i rolą pracowników medycznych w przebiegu działań reformatorskich) [98]:

1. gromadzenie i organizowanie zasobów dla samego procesu (pogłębianie wiedzy i zwiększanie umiejętności ludzi zaangażowanych w proces, zbudowanie mechanizmu umożliwiającego rozwiązywanie konfliktów powstających w procesie reformowania).
2. działania wiążące reformę opieki zdrowotnej z szerszym kontekstem uwarunkowań występujących w otoczeniu (m.in. zainicjowanie dyskusji publicznej na temat reformy i rozpoczęcie procesu politycznego służącego jej wprowadzeniu, zachęcanie pracowników sektora zdrowotnego do innowacyjnego spojrzenia na system, wytyczenie jasnych granic kompetencji i odpowiedzialności uczestników procesu reformatorskiego).
3. pozyskiwanie politycznych sojuszników (zidentyfikowanie wszystkich ważniejszych aktorów sektora zdrowotnego zainteresowanych jego przekształceniem i opracowanie mapy ich interesów, zainteresowanie reformą związków zawodowych i wciągnięcie ich do współpracy, ograniczenie wpływu lobbingu uprawianego przez przedstawicieli środowisk medycznych i przemysłu farmaceutycznego).
4. proces przygotowywania i wprowadzania zmian (ustalenie jasnych i spójnych celów, ustalenie oczekiwanych rezultatów, zdefiniowanie układu nowych ról organizacyjnych, które powinny być podejmowane w efekcie przygotowanych i wdrożonych zmian).

W krajach Europy Środkowo-Wschodniej, tradycyjnie sektor opieki zdrowotnej charakteryzował się przerostem zatrudnienia kadr medycznych, zwłaszcza w przypadku lekarzy. Wcześniejszy system

polityczno-ustrojowy pozostawił po sobie w wielu instytucjach problemy w zakresie stosunków pracy, przyzwyczajęń oraz postaw etycznych pracowników. Szpitale były za duże i zatrudniały zbyt dużo lekarzy, podczas gdy związki zawodowe i stowarzyszenia pielęgniarek zwracają uwagę na niedobory w zakresie kadr pielęgniarskich. W krajach, w których funkcjonował sowiecki model ochrony zdrowia jest proporcjonalnie więcej kadry lekarskiej niż pielęgniarskiej i ich liczba stale wzrastała w latach 90-tych. W efekcie wydajność systemów opieki zdrowotnej w krajach Europy Środkowo-Wschodniej jest niższa, lekarze wykonują pracę, którą mogłyby wykonywać wykwalifikowane pielęgniarki, a praca administracyjna mogłaby być wykonywana przez personel administracyjny [22].

W Polsce reforma opieki zdrowotnej zdeterminowana została nie tyle przez zły stan zdrowia społeczeństwa, ile przede wszystkim przez wadliwe funkcjonowanie systemu, którego wszyscy aktorzy pozostawali nie usatysfakcjonowani i dawali temu wyraz poprzez różne formy protestu [14]. Pogarszająca się kondycja ekonomiczna zakładów opieki zdrowotnej (spadek nakładów na opiekę zdrowotną, narastające zadłużenie zakładów, dekapitalizacja majątku trwałego i infrastruktury technicznej, spadek płac realnych pracowników służby zdrowia) prowadziła do ograniczenia dostępności i jakości świadczeń medycznych. Jako główne przyczyny istniejącej sytuacji w służbie zdrowia w latach 90-tych w Polsce, a mającej bezpośredni wpływ na sytuację personelu, wskazywano m.in.:

1. niedoszacowanie nakładów na ochronę zdrowia,
2. centralizację i biurokratyzację zarządzania zasobami pozostającymi w systemie,
3. niską wydajność i brak stymulatorów zwiększających efektywność funkcjonowania zakładów,
4. brak związku pomiędzy obciążeniem pracą a wysokością wynagrodzenia,
5. przewagę finansowania bazy leczenia nad finansowaniem świadczeń (mimo wprowadzenia elementów finansowania zadaniowego – kontrakty z lekarzami i samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej),
6. dysproporcję pomiędzy potrzebami zdrowotnymi populacji, a możliwościami ich zaspokojenia – co zwiększa rozmiary szarej strefy i sprzyja wykorzystaniu bazy materialnej i zasobów publicznej służby zdrowia do uzyskiwania przez część personelu medycznego nieopodatkowanych dochodów w ramach tzw. „szarej strefy.”

Pomimo powszechnego niezadowolenia z systemu ochrony zdrowia w Polsce i przyzwolenia na wprowadzenie zmian, zarówno oczekiwania, jak i motywacje wszystkich zainteresowanych stron były zróżnicowane. W latach 90-tych równolegle rozwijane były dwie odmienne koncepcje dotyczące działań mających na celu poprawę organizacji ochrony zdrowia. Pierwsza zakładała zwiększenie roli samorządów terytorialnych w zarządzaniu i finansowaniu opieki zdrowotnej. Równolegle z tym nurtem trwały prace nad projektem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (równocześnie tworzone były dwa projekty: rządowy przygotowywany przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej we współpracy z Ministerstwem Finansów, oraz prezydencki – przygotowywany przez ówczesną opozycję). Projekty te wpłynęły do Sejmu w 1995r., ostatecznie Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym została uchwalona 6 lutego 1997 roku³. Ustawa ta stała się podstawą wprowadzenia reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce z dniem 1 stycznia 1999 roku. Na podkreślenie zasługuje fakt, że założenia, logika i zasady działania nowego systemu nigdy nie zostały wystarczająco jasno i precyzyjnie przedstawione przez reformatorów [97].

Z wprowadzeniem systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wiązano nadzieję na generalną poprawę istniejącej sytuacji. Oczekiwania twórców reformy dotyczyły przede wszystkim poprawy możliwości finansowych zakładów opieki zdrowotnej, poprawy jakości i dostępności do świadczeń, wdrożenia rynku wewnętrznego świadczeniodawców zdrowotnych i poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Dotychczasowy historyczny system, centralnie finansowany i zarządzany miał zostać przekształcony w system wykorzystujący analizę i ocenę ekonomiczną oraz rachunek kosztów jako elementy gospodarki finansowej. Zmiany te pociągnęły za sobą stworzenie innych warunków funkcjonowania i organizacji zakładów opieki zdrowotnej. Przedmiotowy zakres tych zmian określany jest jako restrukturyzacja i prywatyzacja w ochronie zdrowia.

Reforma opieki zdrowotnej powinna być postrzegana jako proces, oznacza to, że powinna być analizowana z uwzględnieniem czynnika czasu oraz czynników występujących w szerokim otoczeniu systemu opieki zdrowotnej (m.in. preferencje społeczne, układ sił politycznych, stan gospodarki jako źródło finansowania systemu). Całe otoczenie podlegające przeobrażeniom wymusza zmiany w działaniu systemu opieki zdrowotnej. W okresie implementacji działań reformatorskich obserwowany jest na ogół opór środowiska medycznego przed wszelkiego rodzaju zmianami i brak dążenia do zmiany istniejącej sytuacji. Reformy ochrony zdrowia nie da się „zarządzić”, reformę można jedynie indukować, wywoływać jej wprowadzenie, wzbudzić jej potrzebę, pamiętając o tym, że chodzi o indukowanie procesu zmian i to procesu korzystnego dla wszystkich zainteresowanych [44].

2. Uwarunkowania prawne i systemowe wdrażanych zmian

Jak podano we wstępie, okres analizy niniejszej pracy obejmuje lata 1999-2001 jako okres wdrażania reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Należy w tym miejscu wymienić jednak szereg rozwiązań systemowych wprowadzonych w latach 1989-1998 zmierzających do stworzenia regulowanego rynku świadczeń w systemie opieki zdrowotnej, wśród których kluczowe znaczenie miały [89]:

³ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U.97, Nr 28, poz. 163 z późn. zm..

- przekształcenia jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- rozpoczęcie procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych,
- powstanie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego, jako podmiotu działającego na zasadach samodzielności gospodarczej w oparciu o kontrakt z publicznym płatnikiem,
- prywatyzacja aptek i hurtowni farmaceutycznych,
- przejęcie części zadań z zakresu ochrony zdrowia przez samorządy lokalne,
- wprowadzenie rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej.

Od początku transformacji ustrojowej kraju, podejmowane były więc działania legislacyjne ukierunkowane na kształtowanie nowego systemu opieki zdrowotnej. Przyjęte w tym czasie akty prawne wprowadziły nowych aktorów na scenę polityki zdrowotnej: izby lekarskie, izby pielęgniarek i położnych, izby aptekarskie, a także samych członków tych izb, którzy uzyskali status osób wykonujących wolny zawód. W maju 1989r. przyjęta została Ustawa o izbach lekarskich⁴. Do głównych zadań samorządu lekarskiego zaliczono „sprawowanie pieczy i nadzoru nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza”. Samorząd pielęgniarek i położnych został powołany Ustawą z dnia 19 kwietnia 1991r. w celu „reprezentowania zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów tych zawodów (z szerokimi uprawnieniami konsultacyjnymi w sprawach organizacji sektora opieki zdrowotnej)”⁵. Z kolei samorząd aptekarski został powołany na mocy Ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o izbach aptekarskich⁶ w celu „reprezentowania zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów tego zawodu”.

Ważnym partnerem stały się także związki zawodowe⁷, częściowo ze względu na rolę jaką tradycyjnie odgrywały na scenie polityki III Rzeczypospolitej, częściowo zaś ze względu na silny sprzeciw wobec planów i sposobów wdrażania reformy.

Dokumentem prawnym, który odegrał ogromne znaczenie w kształtowaniu sytuacji podmiotów na rynku zdrowotnym, była uchwalona w grudniu 1988r. ustawa o działalności gospodarczej⁸. Zgodnie z art. 1 ustawy „podejmowanie i prowadzenie i działalności gospodarczej jest wolne i dozwolone każdemu, na równych prawach, z zachowaniem warunków określonych przepisami ustawy.” W praktyce ustawa ta reguluje wytwarzanie i obrót lekami oraz udzielanie świadczeń medycznych przez podmioty o statusie przedsiębiorcy (osoba fizyczna lub prawna, a także jednostka organizacyjna nie mająca osobowości prawnej, utworzona zgodnie z przepisami prawa). Pierwszym efektem wprowadzenia tej ustawy była szybka prywatyzacja polskiego rynku farmaceutycznego, kolejnym prowadzenie przez lekarzy gabinetów i świadczenie usług zdrowotnych na zasadzie działalności gospodarczej (obecnie umożliwia to lekarzom i pielęgniarcom dostęp do kredytów i środków finansowych przeznaczonych na szkolenia i inwestycje w sektorze małych i średnich przedsiębiorstw – np. środki finansowe w ramach programów Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości).

⁴ Ustawa z 17 maja 1989r. o izbach lekarskich, Dz. U. z 1989r., Nr 30, poz. 158.

⁵ Ustawa z 19 kwietnia 1991r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, Dz. U. 1991, Nr 41, poz.178.

⁶ Ustawa z 19 kwietnia 1991r. o izbach aptekarskich, Dz. U. 1991, Nr 41, poz.179.

⁷ Ustawa z dnia 23 maja 1991r. o związkach zawodowych, Dz.U.91, Nr 55, poz. 234 z póź. zm.

⁸ Ustawa z dnia 23 grudnia 1988r. o działalności gospodarczej, Dz. U. Nr 41, poz. 324.

3. Cele i strategie przeprowadzanych zmian

Zgodnie z fundamentalnymi zasadami Karty Lublańskiej, europejskie systemy opieki zdrowotnej winny być: 1) wiedzione wartościami, 2) skierowane na zdrowie, 3) ukierunkowane na ludzi, 4) nastawione na jakość, 5) oparte o stabilne finansowanie, 6) zorientowane na podstawową opiekę zdrowotną [33].

Nadrzędnym celem każdej reformy powinno być budowanie sprawnego systemu służącego zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Wśród podstawowych celów reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce wymieniano na ogół takie cele jak [89]:

1. poprawa stanu zdrowia społeczeństwa,
2. odpowiedni i sprawiedliwy dostęp obywateli do (przynajmniej) minimum opieki społecznej,
3. zapewnienie podmiotowej roli pacjenta w systemie,
4. ekonomiczna efektywność w skali makro,
5. poprawa warunków pracy pracowników ochrony zdrowia,
6. ekonomiczna efektywność w skali mikro: posiadane przez instytucje zasoby powinny być wykorzystywane w sposób umożliwiający wytworzenie najbardziej skutecznych zdrowotnie świadczeń, zapewniając przy tym satysfakcję odbiorcy przy minimalnych kosztach.

4. Deklarowane i oczekiwane korzyści dla pracowników z wdrażanych zmian systemowych

W założeniach do reformy opieki zdrowotnej, wśród działań planowanych na rzecz poprawy opieki zdrowotnej, zakładano m.in. umożliwienie wzrostu honorariów pracowników ochrony zdrowia, co najmniej do poziomu średniej krajowej w sferze produkcji (jako jeden z warunków zmniejszenia korupcji). Zakładano także opracowanie zarządzenia Ministra Zdrowia o metodach ustalania minimalnych norm zatrudnienia w zakładach opieki zdrowotnej (które zgodnie z planowanym harmonogramem miało powstać do 30 czerwca 1998). Ponadto wśród korzyści dla pracowników systemu opieki zdrowotnej, jakie miały być wynikiem wdrożenia systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wymieniano [54]:

1. zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia: możliwość zwiększenia ogólnej puli środków przeznaczonych na zdrowie i ściślejsze ich powiązanie z konkretnymi usługami,
2. odpolitycznienie sfery usług zdrowotnych poprzez wyjęcie znacznej części środków finansowych z budżetu państwa,
3. wprowadzenie elementu rynkowego na realizację świadczeń zdrowotnych,
4. racjonalizacja wydatków, wzrost efektywności wykorzystania zasobów,
5. zwiększenie zarobków wśród pracowników instytucji medycznych i powiązanie ich wysokości z nakładem pracy,
6. wzrost satysfakcji z trudnej pracy i wyższy status społeczny,
7. uzyskanie zobiektywizowanych narzędzi umożliwiających racjonalizację zatrudnienia.

To w jakim stopniu zrealizowano w praktyce przedstawione powyżej deklaracje, zostało szczegółowo omówione w podsumowaniu niniejszej pracy, w tym jednak miejscu warto nakreślić ogólną sytuację:

1. **Zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia** - stopień ściągłości składki spowodował, (m.in. z powodu problemów informatycznych ZUS), że w 1999r. do kas chorych wpłynęło o ponad 1 mld 200 mln złotych mniej niż planowano. Budżet kas chorych zwiększył się z 23,5 mld w 1999r. do 27,5 mld w 2001r. co uwzględniając inflację nie spowodowało istotnego wzrostu.

Tabela 1. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w latach 1998 – 2001 (w mld PLN).

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|--|------|------|------|------|
| Kasy chorych | - | 23,5 | 23,8 | 27,5 |
| Budżet państwa | 20,9 | 6,3 | 4,3 | 4,6 |
| Budżety samorządów terytorialnych | 2,9 | 2,0 | 2,7 | 3,5 |

Źródło: Główny Urząd Statystyczny, Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia, 1999, 2000, 2001.

Z obliczeń ekspertów (według metody rachunku skonsolidowanego) wynika, że wysokość wydatków publicznych na ochronę zdrowia kształtowała się w następujący sposób [13]:

1998r. – 23.574 mld zł

1999r. – 26.682 mld zł

2000r. – 29.104 mld zł

2001r. – 30.993 mld zł.

2. **Odpolitycznienie sfery usług zdrowotnych** - zamiast odpolitycznienia debaty nt. wysokości nakładów na ochronę zdrowia nastąpiło upolitycznienie debaty na temat wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz upolitycznienie zarządu i rady kas chorych [83].
3. **Wprowadzenie elementu rynkowego na realizację świadczeń zdrowotnych** - według wielu opinii, wprowadzenie elementów wolnego rynku to jeden z tych aspektów zmian, które częściowo zafunkcjonowały w nowym systemie.
4. **Racjonalizacja wydatków** – z jednej strony wiele źródeł wskazuje jako mocną stronę reformy uświadomienie kosztów w ochronie zdrowia i wprowadzenie rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej, z drugiej jednak strony odnotowano zjawiska będące zaprzeczeniem racjonalności wydatków (np. gwałtowny wzrost hospitalizacji w ostatnich latach będący po części odpowiedzialny na system finansowania świadczeń w lecznictwie szpitalnym).
5. **Zwiększenie zarobków wśród pracowników** - nie wypracowano systemu wynagrodzeń powiązanego z nakładem pracy, a wprowadzenie ustawowego zapisu o podwyżce dla pracowników (nowelizacja Ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania wynagrodzeń w przedsiębiorstwach oraz o zmianie niektórych ustaw⁹) okazało się sprzeczne z obowiązującymi regulacjami prawnymi.
6. **Wzrost satysfakcji z trudnej pracy i wyższy status społeczny** - z analizy przedmiotu wynika, że jedyną grupą zawodową, która jest zadowolona ze zmian jakie dokonały się w systemie w latach 1999-2001 i uważa, że nastąpił wzrost satysfakcji zawodowej byli lekarze rodzinni.
7. **Narzędzia umożliwiające racjonalizację zatrudnienia** - jedyną próbą w zakresie stworzenia standardów zatrudnienia, zakończoną wypracowaniem i przyjęciem dokumentu prawnego było Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej¹⁰.

⁹ Ustawa z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania wynagrodzeń w przedsiębiorstwach oraz o zmianie niektórych ustaw, Dz. U.95, Nr 1, poz. 2.

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U.1996, Nr 111, poz. 1314.

Systemowe zmiany w ochronie zdrowia wprowadzone w 1999r. dotyczyły przede wszystkim finansowania opieki zdrowotnej. W związku z powyższym, rozwiązania w tym zakresie, takie jak: podział zgromadzonych środków publicznych pomiędzy różne obszary opieki zdrowotnej i rodzaje usług oraz mechanizmy, za pomocą których świadczeniobiorcy nabywają świadczenia zdrowotne, stanowią kluczowe zadanie reformatorów [94]. Opinia na temat słabych stron reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest bardzo zróżnicowana w zależności od charakteru i opcji politycznej ośrodka opiniującego. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia, odpowiedzialnego za implementację i monitorowanie reformy, słabe strony systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego to m.in.[77]:

- niemożność weryfikacji danych ZUS,
- brak „koszyka usług”,
- upolitycznienie rad i zarządów kas chorych,
- opóźnienia w restrukturyzacji zakładów,
- brak poparcia społecznego reformy,
- niechęć środowiska medycznego do zmian,
- słabe efekty walki z szarą strefą,
- brak konkurencji pomiędzy kasami chorych,
- słaba kontrola Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych nad kasami chorych.

Z kolei ocena słabych stron reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, dokonana przez następną „ekipę” Ministerstwa Zdrowia, w dokumencie pt. *Analiza SWOT reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, wskazuje na następujące jej słabe strony (w przytoczonej poniżej ocenie uwzględniono głównie cechy, które w istotny sposób dotyczą pracowników systemu) [59]:

1. Brak systemowych rozwiązań prowadzących do właściwego rozmieszczenia podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne oraz kapitału ludzkiego.
2. Brak wizji i regulacji prawnych dotyczących przekształceń systemowych.
3. Niewłaściwe przygotowanie w zakresie analizy rzeczywistych potrzeb ubezpieczonych i racjonalnego planowania liczby i rodzaju świadczeń zdrowotnych.
4. Nieudolne wdrażanie reformy w okresie początkowym 1999r., a także brak odpowiedniego przygotowania w okresie tzw. „*vacatio legis*”.
5. Niedostateczna ilość szkoleń dla kadr i pracowników służby zdrowia w zakresie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.
6. Brak właściwej współpracy z samorządami (organami założycielskimi zakładów).

Niezależni eksperci zwracają ponadto uwagę na takie słabe strony reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jak [95]:

- wadliwa koncepcja w odniesieniu do struktury decentralizacji uprawnień decyzyjnych,

- niejasny podział kompetencji (np. w zakresie budowy i realizacji strategii rozwoju opieki zdrowotnej na szczeblu województwa, powiatu i gminy,
- zagmatwany układ odpowiedzialności.

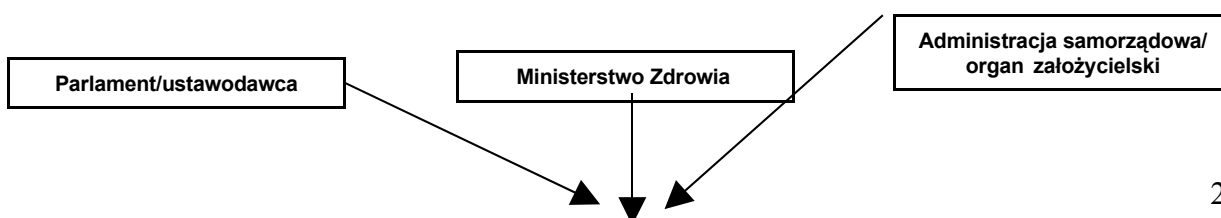
W obiektywnej ocenie reformy i jej wpływu na pracowników systemu ochrony zdrowia, należy przedstawić także jej mocne strony, wśród których we wspomnianym dokumencie: *Analiza SWOT reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotne*, wymieniono m.in. [59]:

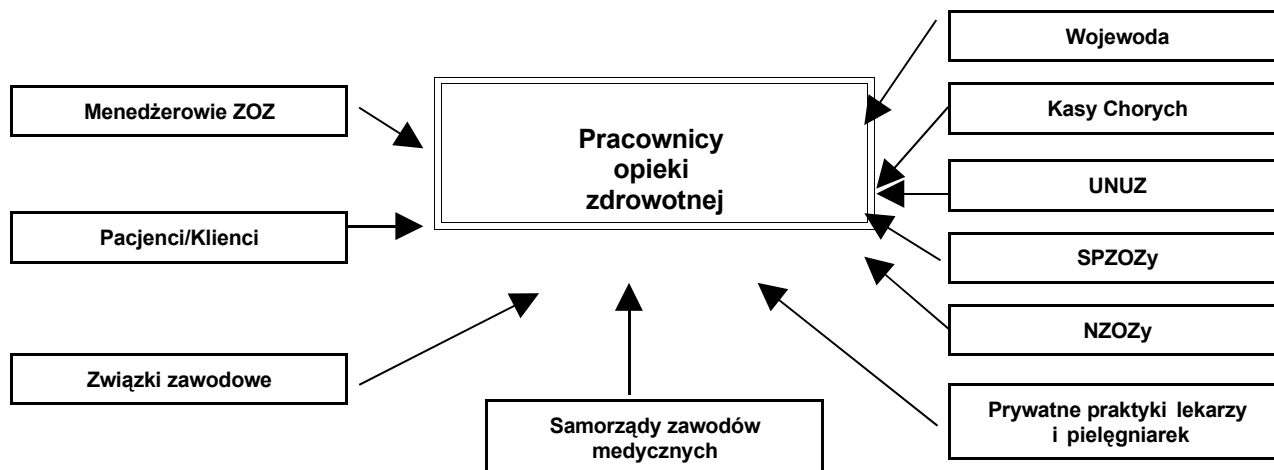
1. Zmiana systemu finansowania, która prowadzi do wymuszenia racjonalizacji działań świadczeniodawców – lepszej gospodarności i efektywności w wykorzystaniu uzyskanych środków i posiadanych zasobów (odejście od budżetowego sposobu finansowania ochrony zdrowia na rzecz umów, na podstawie których finansowane są faktycznie udzielone świadczenia zdrowotne).
2. Zrównanie w prawach i dostępie do środków finansowych podmiotów publicznych i niepublicznych.
3. Wprowadzenie elementów rynku usług zdrowotnych poprzez uruchomienie mechanizmów konkurencji (konkurs ofert) w celu wyłonienia najlepszych i najefektywniejszych świadczeniodawców.
4. Zapewnienie częściowych zmian w podejściu do zagadnień efektywności zarządzania i usprawnienia organizacji pracy w placówkach ochrony zdrowia.
5. Rozpoczęcie procesu restrukturyzacji placówek ochrony zdrowia wraz z racjonalizacją zatrudnienia i dostosowaniem struktury udzielanych świadczeń do potrzeb.
6. Usytuowanie lekarza rodzinnego jako ogniwa racjonalizującego korzystanie ze świadczeń zdrowotnych.

5. Kluczowi aktorzy procesu reformy

Konieczność dokonania zmian w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia była powszechnie dostrzegana i akceptowana przez wszystkich, tj. społeczeństwo jako świadczeniobiorców i podatników, pracowników służby zdrowia jako świadczeniodawców oraz przez decydentów tj. polityków i organizatorów systemu. Problem natomiast stanowiła różnica interesów powyższych grup, z których każda reprezentuje własne potrzeby, w większości odmienne w stosunku do pozostałych. Kluczowych aktorów reformy polskiego systemu opieki zdrowotnej wprowadzonej w analizowanym okresie czasu przedstawia rysunek nr 1. Ze względu na przedmiot niniejszej pracy, w centrum schematu umieszczono „pracowników opieki zdrowotnej”.

Rys.1. Kluczowi aktorzy reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego





Źródło: opracowanie własne

Wśród kluczowych aktorów procesu reformy, na szczególną uwagę zasługują samorządy zawodowe oraz związki zawodowe. W polskim systemie opieki zdrowotnej funkcjonują trzy samorządy zawodowe: izby lekarskie, izby aptekarskie, izby pielęgniarek i położnych. Przynależność do izb jest obligatoryjna i warunkuje możliwość wykonywania zawodu. Samorządy działające na szczeblu krajowym mają możliwość wpływania na kształt i rozwój systemu zdrowotnego poprzez:

- opiniowanie wszystkich aktów prawnych i innych decyzji mających wpływ na organizację i finansowanie ochrony zdrowia,
- udział w negocjowaniu warunków pracy i płacy pracowników,
- ustalanie i upowszechnianie zasad etyki zawodowej i nadzór nad ich przestrzeganiem,
- ustalanie standardów zawodowych i kwalifikacji niezbędnych na poszczególnych stanowiskach,
- współudział w kształtowaniu programów nauczania na różnych szczeblach.

Niemniej jednak współpracę ze środowiskami medycznymi w trakcie wdrażania analizowanej reformy, traktowano wyłącznie instrumentalnie w stosunku do procesu politycznego. Na zwiększenie roli profesjonalistów medycznych w tworzeniu regulacji i w nadzorze nad jakością świadczeń zdrowotnych zwracała uwagę K. Tymowska w autorskim opracowaniu eksperckim: *Projekt naprawy systemu opieki zdrowotnej* [86]. Autorka postulowała w nim m.in: 1) zapewnienie wpływu instytucjonalnych przedstawicieli profesjonalistów medycznych na obsadzenie stanowisk dyrektorów ds. medycznych w kasach chorych, 2) wpływ profesjonalistów na nadzór i jakość świadczeń, 3) przyspieszenie prac nad rozwojem licencjonowania, tj. dopuszczania do wykonywania zawodów medycznych wyłącznie po spełnieniu określonych wymogów.

Niechęć pracowników ochrony zdrowia do zmian reformatorskich wynikała z braku informacji o naturze i procesie wprowadzanych zmian. Nowy system opieki zdrowotnej dla pracowników oznacza m.in. konieczność stałego uzupełniania wiedzy, nabycia umiejętności dostosowywania się do zmieniających się uwarunkowań prawnych i organizacyjnych, zmiany stosunku do pacjentów i podmiotowego ich

traktowania, zrozumienia znaczenia ekonomii i kosztów świadczeń zdrowotnych, nabycia umiejętności pracy w zespole, zmniejszenia znaczenia związków zawodowych, większą odpowiedzialność z jednej strony i większą samodzielność z drugiej strony, zwiększenie obciążenia pracą. Tak szeroki i różnorodny zakres zmian wymaga długiego okresu adaptacji do nowych warunków, którego zabrakło w przypadku reformy wprowadzonej z dniem 1 stycznia 1999r.

Spośród czterech reform równocześnie wprowadzonych w Polsce z dniem 1 stycznia 1999r., najbardziej krytycznie oceniono rozwiązania prawne ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i sposobie ich wdrożenia. Okres ten postrzegany był jako okres szeregu błędów organizacyjnych i legislacyjnych, czego efektem jest spadek autorytetu zawodu lekarza (zła społeczna ocena reformy rzutuje na złą społeczną ocenę środowiska lekarskiego)[46].

Z badań ankietowych, przeprowadzonych wśród pracowników dużego miejskiego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w jednym z miast wojewódzkich, w zakresie stopnia zrozumienia i akceptacji zmian związanych z planowanym wdrożeniem systemu kontraktowania świadczeń i funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że [81]:

- przeważająca większość pracowników nie rozumiała pojęcia kontraktowania usług medycznych,
- tylko nieliczni widzieli w kontraktowaniu zmianę wzmacniającą pozycję pacjenta w zakładach opieki zdrowotnej, dla większości respondentów kontraktowanie usług było postrzegane jako zmiana administracyjna,
- prośbę o wskazanie pozytywnych i negatywnych aspektów planowanej reformy większość pozostawiła bez odpowiedzi koncentrując się na wyliczeniu obaw związanych z kontraktowaniem (a wśród nich obawa o redukcję etatów, konieczność większego nakładu pracy za tę samą płacę) i przeszkód mogących zagrozić realizacji planowanych zmian (m.in. brak informacji, brak właściwych kwalifikacji, braki w wyposażeniu),
- brakowi zrozumienia planowanych zmian towarzyszył silny lęk.

Niepokój i niepewność towarzyszące wprowadzaniu reformy wynikały głównie z braku rzetelnych informacji, braku jednoznacznych uregulowań prawnych i jednoznacznej interpretacji przepisów prawnych. Ze względu na brak stosownych aktów wykonawczych przepisy prawne były w różnych zakładach opieki zdrowotnej różnie interpretowane i wdrażane [1]. Pierwszy okres funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przyniósł wiele negatywnych zjawisk, m. in. niepotrzebne kolejki, brak rzetelnej informacji, nieznaną przepisów wśród pracowników zakładów opieki zdrowotnej, odsyłanie pacjentów [4]. Niezadowolające kontrakty podpisane z kasami chorych, niepewność warunków finansowania zakładów opieki zdrowotnej i radykalizacja nastrojów ich pracowników, którzy zgodnie z wcześniejszymi zapowiedziami spodziewali się poprawy sytuacji płacowej, pogarszały sytuację ogólnego chaosu w systemie. Dodatkowo na te problemy nałożył się strajk anesteziologów, którzy odchodząc z pracy paraliżowali funkcjonowanie wielu szpitali, co wywierało negatywny wpływ na opiekę nad pacjentami. Z badania przeprowadzonego przez CBOS pod koniec pierwszego i na początku drugiego tygodnia stycznia 1999r. wynika, że ponad połowa ankietowych

(52%) twierdziła, że reforma służby zdrowia budzi w nich raczej obawy niż nadzieje. Prawie dwie trzecie ankietowanych (65%) uważało się za słabo poinformowanych na jej temat, 8% ankietowanych twierdziło, że o niej w ogóle nie słyszało [5].

Wyniki badań prowadzonych przez A. Boczkowskiego i współpracowników na grupie 690 lekarzy pełniących funkcje kierownicze (różnego szczebla) w zakładach opieki zdrowotnej wskazują, że niemal wszystkie aspekty przygotowania reformy na poziomie ogólnokrajowym (tzn. aspekt legislacyjny, organizacyjno-techniczny, informacyjny i finansowy – określenie zasad i źródeł finansowania) zostały ocenione bardzo źle (łącznie odsetek ocen negatywnych wyniósł ok. 87%). Nieco lepiej respondenci ocenili przygotowanie zakładów do reformy oraz wdrażanie reformy na poziomie zakładu, jak również widoczny wzrost samodzielności zakładu, ich orientacji rynkowej oraz zakresu i liczby świadczonych usług [2]. Nie zabrakło też krytycznych uwag ze strony samorządów zawodów medycznych: *„Tę reformę należało wprowadzić z większą kulturą polityczną, której elementem powinna być przewaga myśli menedżerskiej i eksperckiej nad ideologią...Polityk przystępujący do reformy powinien myśleć o wszystkim. O nastrojach społecznych, o zasadach dogadania się z opozycją, o prowadzeniu z opozycją dialogu, a nie tylko zmuszania jej do protestów”* [9].

W związku z powszechnym niezadowoleniem pracowników z zakresu i przedmiotu wprowadzanych zmian, w okresie poprzedzającym wprowadzenie reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz w trakcie jej wdrażania, miejsce miały liczne protesty. Protesty te były prowadzone w różnej formie, początkowo były to próby perswazji i przedstawienia władzom swoich racji. Następnie pojawiły się protesty w formie akcji oflagowywania zakładów opieki zdrowotnej, akcji opaskowych, transparentów. Wreszcie zaczęły się marsze i głodówki. Najbardziej ostrą formę przyjął strajk anestezjologów, którzy złożyli wypowiedzenia i odeszli z pracy. Strajk ten objął ok. dwie trzecie tej grupy zawodowej, co niewątpliwie niekorzystnie wpłynęło na opiekę nad pacjentami. Z drugiej jednak strony należy podkreślić, że anestezjolodzy zapowiadali tę formę protestu przez czternaście miesięcy i nie podjęto z nimi negocjacji [37].

W okresie wdrażania reformy liczne były także protesty pielęgniarek i położnych, dotyczące głównie wysokości i regulowania płac. Najczęściej miały one formę manifestacji i głodówek. Na uwagę zasługuje fakt, że strajki pielęgniarek spotykały się na ogół z poparciem ze strony pozostałych pracowników [72] jak i opinii społecznej [3]. Z badań przeprowadzonych przez CBOS w trakcie zaostrzania się strajku pielęgniarek i zapowiedzi strajku solidarnościowego, wynika, że większość ankietowych (62%) uważała, że protesty pielęgniarek są w pełni uzasadnione, a ponad jedna czwarta (28%) uznała je za częściowo uzasadnione (tak więc społeczne poparcie dla strajków pielęgniarek wynosiło aż ponad 90%). Akceptacja protestów pielęgniarek wiązała się z przekonaniem, że publiczna służba zdrowia źle funkcjonuje (popierało je 80% osób negatywnie oceniających funkcjonowanie publicznej służby zdrowia, a tylko 15% oceniających pozytywnie).

Komisja Krajowa NSZZ Solidarność domagała się od Rządu podpisania ponadzakładowego układu zbiorowego pracy. Ponadzakładowy układ zbiorowy pracy dla pracowników zatrudnionych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, został podpisany przez Ministra Zdrowia w dniu 4 października 2001r., nie

podpisały go jednak: Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych.

Załącznik nr 3 w aneksie przedstawia wykaz 30 zarejestrowanych związków zawodowych, działających w polskim systemie ochrony zdrowia. Należy jednak podkreślić, że ze względu na zmiany restrukturyzacyjne, zachodzące w ostatnich latach, głównie prywatyzację zakładów publicznych i tworzenie małych niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, rola związków zawodowych znacznie zmalała.

Oczekiwania związane z wprowadzeniem reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, dotyczyły przede wszystkim poprawy sytuacji finansowej zakładów opieki zdrowotnej, poprawy jakości i dostępności do świadczeń, wdrożenia rynku wewnętrznego świadczeniodawców zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Reformatorzy deklarowali, że wdrożenie reformy przyniesie liczne korzyści pracownikom zakładów opieki zdrowotnej, m.in. wzrost wynagrodzeń i powiązanie ich wysokości z nakładem pracy oraz wzrost satysfakcji z pracy. Zabrakło jednak stosownej współpracy ze środowiskami medycznymi w okresie poprzedzającym reformę oraz w trakcie jej wdrażania. W związku z brakiem stosownej kampanii informacyjnej, brakiem jednoznacznych uregulowań prawnych i jednoznacznej interpretacji przepisów prawnych, reforma wprowadzana była w atmosferze niepokoju, bez poparcia ze strony środowiska medycznego. Jak pokazały wyniki prowadzonych sondaży opinii społecznej oraz liczne protesty i strajki pracowników, reforma ta została oceniona najgorzej spośród wszystkich czterech reform społecznych wdrożonych z dniem 1 stycznia 1999 roku.

ROZDZIAŁ II. REFORMA OCHRONY ZDROWIA A STRUKTURA ZATRUDNIENIA I WARUNKI PRACY PRACOWNIKÓW SEKTORA OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Podstawowe wskaźniki zatrudnienia kadr medycznych w Polsce

Wielkość zasobów ludzkich systemu ochrony zdrowia jest jednym z kluczowych problemów reformy. Często zakład opieki zdrowotnej jest największym pracodawcą na danym terenie, tak więc wszelkiego rodzaju zmianom w strukturze zatrudnienia w takim zakładzie, towarzyszy duże zainteresowanie społeczne. Poziom zatrudnienia w polskim systemie opieki zdrowotnej nie odbiega wyraźnie od wskaźników krajów OECD. Kobiety pracujące w polskiej opiece zdrowotnej stanowią ponad połowę personelu medycznego. Wśród lekarzy, lekarzy stomatologów, farmaceutów, kobiety stanowią ponad 60% zatrudnionych, co świadczy o postępującej feminizacji zawodów medycznych [71].

W tabeli 2 przedstawiono podstawowe wskaźniki charakteryzujące zatrudnienie w sektorze ochrony zdrowia w latach 1998-2001.

Analizując dane statystyczne na temat kadr medycznych należy jednak pamiętać, że istnieją poważne problemy w sposobie i rzetelności ich gromadzenia. Informacje pochodzące z różnych źródeł, różnią się od siebie w sposób istotny. Np. dane dotyczące liczby lekarzy pochodzące z: Ministerstwa Zdrowia, Głównego Urzędu Statystycznego, Centralnego Rejestru Lekarzy, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, różnią się pomiędzy sobą o ok. 10%. Zgodnie z art. 34 Ustawy o izbach lekarskich Naczelna Rada Lekarska prowadzi Centralny Rejestr Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej. Zgodnie z art. 25 ustawy, okręgowe rady lekarskie prowadzą okręgowe rejestry lekarzy¹¹. System ten nadal jednak nie jest kompletny i nie dysponuje rzetelnymi informacjami, co uwarunkowane jest m.in. stopniem współpracy pomiędzy Naczelną Radą Lekarską, a poszczególnymi radami okręgowymi. Ponadto nie są prowadzone szczegółowe analizy dotyczące kadr medycznych, np. struktury wiekowej lekarzy w poszczególnych specjalnościach, czy ich rozmieszczenia. Przyczyn tego stanu rzeczy jest wiele, m.in. brak jednolitego klucza gromadzenia danych, brak systemu weryfikacji, brak właściwej współpracy pomiędzy różnymi szczeblami organizacyjnymi, zróżnicowanie form prawnych wykonywania zawodu (lekarze zatrudnieni w zakładach opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilno-prawnej nie zawsze są wykazywani przez zakład w sprawozdawczości statystycznej dotyczącej zatrudnienia) oraz zróżnicowania czasu pracy. Według przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej wśród polityków panuje przekonanie, że lekarzy jest wystarczająca liczba, ale niewłaściwe jest ich rozmieszczenie i wykorzystanie. Nikt jednak dokładnie nie wie jaka jest struktura wiekowa lekarzy w poszczególnych specjalnościach, nie są prowadzone badania ani prognozy w tym zakresie [102].

¹¹ Ustawa z 17 maja 1989r. o izbach lekarskich, Dz. U. z 1989r., Nr 30, poz. 158.

Tabela 2. Podstawowe wskaźniki zatrudnienia kadr medycznych w Polsce (personel zatrudniony)

| Wskaźnik | 1998 | 1999 | 2000* | 2001* |
|------------------------------------|------|------|-------|-------|
| Lekarze na 10.000 mieszkańców | 23,3 | 22,6 | 22,0 | 22,8 |
| Stomatolodzy na 10.000 mieszkańców | 4,5 | 3,4 | 3,0 | 3,2 |
| Pielęgniarki na 10.000 mieszkańców | 55,1 | 51,0 | 49,1 | 48,6 |
| Położne na 10.000 mieszkańców | 6,3 | 5,9 | 5,7 | 5,7 |
| Farmaceuci na 10.000 mieszkańców | 5,3 | 1,3 | 1,2 | 1,1 |
| Analitycy medyczni | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,7 |
| Felczerzy | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |

Źródło: Biuletyn Statystyczny COiEOZ, 1999; Biuletyn Statystyczny Centrum Systemów Informacyjnych 2002.

* zatrudnienie w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej

Jak wynika z powyższej tabeli, od roku 1998 utrzymuje się tendencja spadkowa wskaźnika liczby zatrudnionych na 10.000 mieszkańców we wszystkich grupach zawodowych (z wyjątkiem analityków medycznych). Wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 10.000 mieszkańców wyniósł w 2001r. **22,8** i spadł o 0,5 w porównaniu do roku 1998. W grupie stomatologów również zanotowano wyraźną tendencję spadkową, aż o 1,3. Należy jednak podkreślić, że stomatologia jest dziedziną najwcześniej i w szerokiej skali sprywatyzowaną, co może skutkować pewnymi nieścisłościami w danych statystycznych. Wyraźna tendencja spadkowa następuje także w grupie pielęgniarek i położnych. Wskaźnik liczby zatrudnionych pielęgniarek na 10.000 mieszkańców (**48,6**) jest prawie dwukrotnie niższy od średnich europejskich (np. Norwegia - 101, Czechy – 82, Austria – 90) [71], co w zderzeniu z drastycznym spadkiem liczby osób rozpoczynających kształcenie w tym zawodzie może przynieść bardzo negatywne skutki w perspektywie czasu. Wysoki wskaźnik farmaceutów w roku 1998 w porównaniu z kolejnymi latami wynika z faktu, że od roku 1999 publikowane są dane o zatrudnieniu farmaceutów tylko w zakładach opieki zdrowotnej (bez aptek). Wskaźnik zatrudnienia analityków medycznych był stabilny w całym analizowanym okresie czasu i wynosił 0,7, natomiast liczba osób zatrudnionych w grupie felczerów rokrocznie spada, ponieważ od kilkunastu lat w Polsce nie podejmuje się kształcenia felczerów [19, 20].

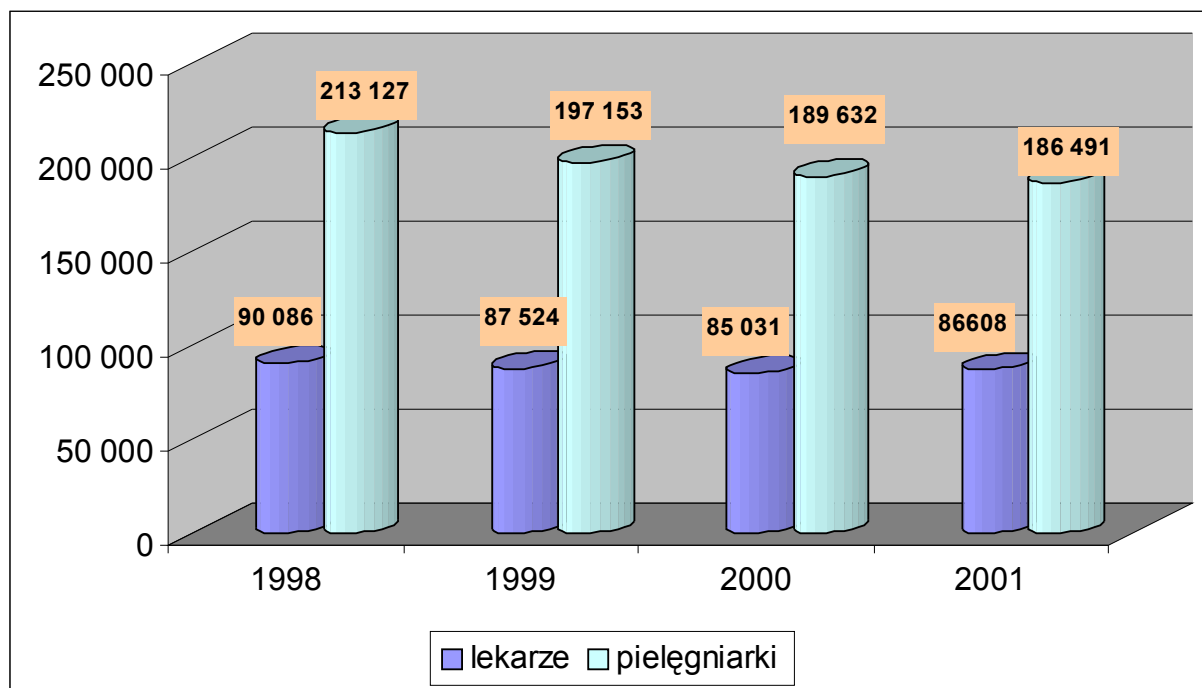
Tabela 3. Podstawowe wskaźniki kadr medycznych w Polsce (personel uprawniony do wykonywania zawodu).

| Wskaźnik | 1999 | 2000 | 2001 |
|------------------------------------|------|------|------|
| Lekarze na 10.000 mieszkańców | 32,9 | 32,9 | 32,0 |
| Stomatolodzy na 10.000 mieszkańców | 8,5 | 8,8 | 8,5 |
| Pielęgniarki na 10.000 mieszkańców | 76,0 | 88,2 | 69,2 |
| Położne na 10.000 mieszkańców | 10,2 | 11,9 | 9,3 |
| Farmaceuci na 10.000 mieszkańców | 5,4 | 5,5 | 5,8 |

Źródło: Biuletyn Statystyczny COiEOZ, 1999; Biuletyn Statystyczny Centrum Systemów Informacyjnych 2002.

Analiza zmiany wskaźników personelu uprawnionego do wykonywania zawodu również wykazuje tendencję spadkową, ale nie tak silną jak w przypadku personelu zatrudnionego. Najsilniejszy spadek zanotowano w grupie pielęgniarek i położnych, co wynika m.in. z tego, że szkolenie w tym zawodzie podejmuje coraz mniej osób.

Rys.2. Zmiana liczby lekarzy i pielęgniarek w latach 1998-2001.



Źródło: Rocznik Statystyczny, GUS, Warszawa, 1998, 2001.

Lekarze

Liczba lekarzy w Polsce uprawnionych do wykonywania zawodu na koniec 2001r. według danych publikowanych w Biuletynie Statystycznym Centrum Systemów Informacyjnych wynosiła 123.787. Liczba zatrudnionych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej wynosiła 87.950 (etaty przeliczeniowe)¹². Lekarze są niewątpliwie kluczową grupą zawodową wśród pracowników ochrony zdrowia, ich kwalifikacje w głównej mierze determinują jakość świadczeń medycznych. Dostępność do świadczeń medycznych, obok szeregu innych czynników, warunkowana jest także liczbą lekarzy przypadających na daną populację. Wskaźnik ten z jednej strony wpływa na dostęp do usług zdrowotnych, z drugiej zaś strony, w istotny sposób wpływa na generowanie kosztów w systemie (większość decyzji lekarza – przepisanie leku, zlecenie badania, terapia pociągają koszty). W tym przypadku ważna jest nie tylko liczba lekarzy, ale także ich struktura, gdyż interwencje medyczne podejmowane przez lekarzy specjalistów generują znacznie wyższe koszty niż przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej [70]. Liczba lekarzy w Polsce przypadająca na 10.000 mieszkańców spadła z 23,3 w roku 1998 do 22,8 w roku 2001. Wskaźnik ten mieści się w średnich przedziałach wartości dla krajów OECD. Według raportu OECD wskaźnik ten charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem w poszczególnych krajach, przyjmując skrajne wartości: 12,3 (Turcja) i 59,1 (Włochy) [71]. Polska charakteryzuje się także stosunkowo wysokim udziałem specjalistów w stosunku do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (84,6% w 2001r.).

Pielęgniarki i położne

Liczba pielęgniarek w Polsce uprawnionych do wykonywania zawodu na koniec 2001r. według danych publikowanych w Biuletynie Statystycznym Centrum Systemów Informacyjnych wynosiła 267.208. Liczba zatrudnionych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej wynosiła 189.521

¹² łącznie z lekarzami resortu Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Urzędu Ochrony Państwa.

(etaty przeliczeniowe)¹³. Liczba położnych uprawnionych do wykonywania zawodu wynosiła 36.073, zatrudnionych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej było 22.081 (etaty przeliczeniowe). Analiza zasobów kadrowych w grupie pielęgniarek i położnych od roku 1980, pozwala zauważyć, że wskaźnik liczby pielęgniarek przypadających na 10.000 mieszkańców stale wzrastał aż do roku 1998 (niewielki spadek zanotowano w latach 1991-1999, co można próbować tłumaczyć faktem, że w okresie niekontrolowanego zmniejszania zatrudnienia w zakładach opieki zdrowotnej pracę traciły głównie pielęgniarki) [96]. Od 1998r. wskaźnik liczby pielęgniarek na 10.000 mieszkańców zaczął spadać z **55,1** do – **48,6** w 2001r. Podobny trend spadkowy nastąpił w grupie położnych: spadek z **6,3** w 1998r. do **5,7** w 2001r.

Z badań prowadzonych w 2001r. w grupie pielęgniarek i położnych, dotyczących ich satysfakcji zawodowej, wynika, że ok. 14 % pielęgniarek i położnych nie odczuwa żadnej satysfakcji z pracy jaką wykonuje, mała satysfakcja występuje u ok. 27% badanej grupy, aż 40% pielęgniarek i położnych uważa wybór swojej pracy za niesłuszny i zmieniliby ją na inną [93].

2. Wzmocnienie roli lekarzy rodzinnych w podstawowej opiece zdrowotnej.

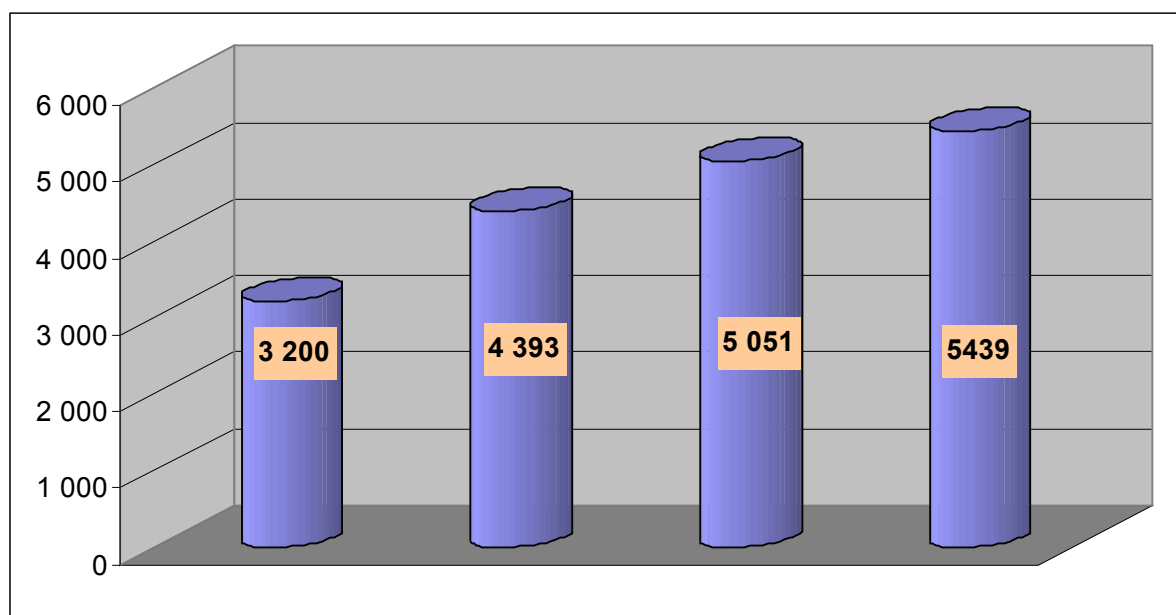
W 1998 r. Ministerstwo Zdrowia opracowało dokument pt.: „Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucję lekarza rodzinnego”. Zgodnie z tym dokumentem jako docelową strukturę podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) traktowano lekarzy rodzinnych, lekarzy stomatologów, pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne i pielęgniarki szkolne. Proponowano tworzenie praktyk lekarskich i pielęgniarskich oraz zakładów niepublicznych. Oparcie świadczeń ambulatoryjnych usług zdrowotnych o własność prywatną jest korzystne dla systemu, ponieważ: 1) zapewnia konkurencję na rynku wielu podmiotów, 2) niewielkie podmioty mają niskie koszty administracyjne, 3) stwarza bliższy kontakt lekarza z pacjentem, 4) zwiększa dostępność oraz gwarantuje wolny wybór [58, 92].

Tabela 4. Liczba osób, które uzyskały specjalizację z medycyny rodzinnej w latach 1994-2001.

| Rok | Liczba wyszkolonych | Liczba lekarzy rodzinnych narastająco |
|------|---------------------|---------------------------------------|
| 1994 | 118 | 118 |
| 1995 | 335 | 453 |
| 1996 | 759 | 1212 |
| 1997 | 940 | 2125 |
| 1998 | 1176 | 3328 |
| 1999 | 1206 | 4534 |
| 2000 | 660 | 5194 |
| 2001 | 245 | 5439 |

Źródło danych: Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

¹³ Łącznie z pielęgniarkami resortu Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Urzędu Ochrony Państwa.

Rys.3 Liczba lekarzy rodzinnych w Polsce w latach 1998-2001.

Źródło danych: Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

W 2001r. w Polsce było ok. 5500 lekarzy rodzinnych, podczas gdy zgodnie z raportem „Ocena efektywności kształcenia lekarzy rodzinnych, a perspektywy dalszego rozwoju specjalizacji”, szacuje się, że aby każdy Polak miał swojego lekarza rodzinnego powinno ich być ok. 20.000 [60]. Z uwagi na fakt, że niektóre źródła podają, iż lekarze rodzinni są jedyną grupą zawodową, która jest beneficjentem zmian systemowych [87], poniżej zacytowano wyniki kilku badań dotyczących satysfakcji zawodowej lekarzy rodzinnych.

Według badań ankietowych przeprowadzonych jesienią 2001 w grupie 178 tutorów lekarzy rodzinnych, głównymi czynnikami motywacyjnymi podjęcia przez tych lekarzy pracy w podstawowej opiece zdrowotnej w formie praktyki medycyny rodzinnej była swoboda organizowania pracy (70% odpowiedzi), szansa wyższych zarobków (67,4%) oraz możliwość wykonywania wolnego zawodu (65,7%) [15]. Inne czynniki takie jak np. większa stabilność zatrudnienia czy wyższy prestiż w społeczeństwie miały mniejsze znaczenie (odpowiednio 46,2% oraz 20,5%). 34,2% respondentów odpowiedziało, że czynnikiem motywacyjnym do podjęcia pracy w podstawowej opiece zdrowotnej w formie własnej praktyki medycyny rodzinnej była restrukturyzacja zakładu (41,6% badanej grupy było związane wcześniej ze strukturami podstawowej opieki zdrowotnej, ale 20% przeszło do opieki podstawowej ze szpitali).

Ocena efektów podjęcia pracy, dokonana przez tę grupę, daje optymistyczny obraz. Większość oczekiwań związanych z pracą w nowym systemie została spełniona. Około 80% respondentów uważa, że praca na nowych zasadach (kontrakt) daje im możliwość swobodnego organizowania czasu pracy. Należy podkreślić wysoki odsetek osób (78,8%) potwierdzających możliwość uzyskania wysokich zarobków (co jest dość dużą rzadkością w sektorze opieki zdrowotnej).

Lekarze z badanej grupy, zapytani o strukturę czasu pracy, odpowiedzieli, że głównie jest on przeznaczony na bezpośrednią pracę z pacjentem (65% czasu), omawianie problemów medycznych i

wypisywanie skierowań zajmuje ok. 10% czasu pracy. Pozostały czas to sprawy pracownicze, kontakty z kasą chorych, sprawy organizacyjne i szkoleniowe oraz administracyjne.

Wyniki badania satysfakcji lekarzy rodzinnych, przeprowadzonego wśród lekarzy pracujących na kontraktach zawartych z Mazowiecką Regionalną Kasą Chorych, prowadzą do podobnych wniosków [79]. Badanie to było prowadzone w grudniu 2000r. i styczniu 2001r. Większość badanych deklarowała wysoki stopień satysfakcji zawodowej. Wyniki badania wskazują na poprawę sytuacji zawodowej lekarzy po podpisaniu kontraktu z Mazowiecką Regionalną Kasą Chorych, pomimo deklarowanego zwiększonego obciążenia pracą. Większość respondentów biorących udział w badaniu ocenia swoje obciążenie pracą jako bardzo duże (60%) lub duże (30%). Zdecydowana większość respondentów jest zadowolona z wyboru specjalizacji medycyny rodzinnej i zdecydowana większość uważa, że w ich środowisku zawód lekarza rodzinnego cieszy się społecznym prestiżem.

Z badań prowadzonych w grupie 100 lekarzy (50 zatrudnionych w zakładach publicznych i 50 na kontraktach z kasą chorych) województwa podlaskiego, jednoznacznie wynika, że większe korzyści z reformy pozostają głównie udziałem lekarzy pracujących w zakładach niepublicznych, które miały zawarte kontrakty z kasą chorych [49]. Nikt spośród lekarzy zatrudnionych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej nie odpowiedział, że jest zdecydowanie zadowolony ze zmian jakie przyniosła reforma powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Większość była zdecydowanie niezadowolona (36%) lub raczej niezadowolona (32%). W grupie lekarzy kontraktowych (pracujących na kontraktach podpisanych z kasą chorych) zadowolenie ze zmian systemowych wyraziło aż 72% respondentów (w tym 28% zdecydowanie zadowolonych i 44% raczej zadowolonych). Wymieniane przez nich pozytywne elementy zmian to: samodzielność, opieka nad pacjentem w kontekście całej rodziny, wyższe wynagrodzenie. Wśród negatywnych zmian wymieniali: wydłużony czas pracy, nadmiar prac administracyjnych i zła współpraca ze specjalistami.

Natomiast lekarze zatrudnieni w publicznych zakładach opieki zdrowotnej nie widzieli dla siebie żadnych pozytywnych zmian w nowym systemie, jako negatywne elementy wymieniali: nadmiar pracy administracyjnej i brak motywacji finansowej do pracy.

3. Upowszechnienie systemu kontraktów menedżerskich z kierownikami zakładów opieki zdrowotnej.

Zmiany organizacyjne i formalno-prawne w zakresie form własności i gospodarki w zakładach opieki zdrowotnej wymusiły na zakładach opieki zdrowotnej zmianę podejścia do problemów zarządzania. Kierowanie instytucjami ochrony zdrowia takimi jak kliniki, szpitale i inne organizacje opieki zdrowotnej jest dziś uważane za odrębne pole zarządzania [17]. Stąd też pod koniec 1998r. zaczęto wprowadzać „kontrakty menedżerskie” jako narzędzie służące do wzmożenia odpowiedzialności za funkcjonowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Klasyczny dyrektor zakładu opieki zdrowotnej w latach 70–80 tych był to najczęściej lekarz, ordynator oddziału szpitalnego zatrudniony na podstawie umowy o pracę, ograniczony w swych działaniach poprzez wytyczne urzędu wojewódzkiego [30]. Możliwość przyciągnięcia do sektora specjalistycznych kadr zarządców i skorzystanie z zasobów

zarządczych sektora przedsiębiorstw upatrywano właśnie w kontraktach menedżerskich, jako, że są one formą zatrudnienia dającą względnie dużą samodzielność i wzrost korzyści dla menedżerów. Do zadań menedżera w zakładzie opieki zdrowotnej należą m.in.: 1) określenie misji i strategii zakładu, 2) analiza popytu na świadczenia zdrowotne, 3) organizowanie warunków do realizacji zadań zakładu, określanych statutem i umowami oraz obowiązującymi regulacjami prawnymi, 4) analiza rachunku kosztów, 5) analiza epidemiologiczna populacji objętej opieką, 5) planowanie marketingowe i marketing, 7) kierowanie personelem, 8) dostosowanie podaży świadczeń do popytu [38, 101].

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej podjęło w 1998r. inicjatywę wykreowania nowej formy stosunków zatrudnienia nawiązywanej pomiędzy organem założycielskim, a kierownikiem samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, na podstawie umów cywilnoprawnych („kontrakt menedżerski”). W ramach tej inicjatywy, jak wynika z raportu NIK Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w maju 1998r. przesłało do wojewodów wzór takiej umowy zawierający rażące błędy formalno-prawne i proponujący szczególnie korzystne dla kierowników wynagrodzenie (10-krotność średniej krajowej) oraz składniki dodatkowe do wynagrodzenia (np. prowizje od przychodów) oraz wysokie odszkodowanie w przypadku przedterminowego zerwania umowy [67]. Na tej podstawie 34 wojewodów zawarło tzw. umowy menedżerskie o zarządzanie samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Łącznie zawarto 259 umów, z tego 141 (tj. 41%) w grudniu 1998, w tym 69 w ostatnich dniach grudnia. Wynagrodzenie zasadnicze dyrektorów, którzy podpisali umowy z wojewodami wahało się od 3.000 PLN do 23.000 PLN. Znamienne jest to, że umowy były zawierane na koniec roku z wojewodami, a od 1 stycznia 1999 organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej stawały się samorządy terytorialne.

Brak profesjonalnego zarządzania zakładami opieki zdrowotnej był jednym z najczęściej wskazywanych powodów nieefektywnego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej przed 1999r. Wraz z rozwojem wiedzy o efektywnym funkcjonowaniu instytucji ochrony zdrowia pojawia się konieczność zatrudniania profesjonalnie wyszkolonych menedżerów, którzy łączą w sobie wiedzę medyczną z prawno-organizacyjną i ekonomiczną. Z prowadzonych badań wynika, że wiele pozytywnych rezultatów działalności zakładów (np. edukacja ekonomiczna, poprawa sytuacji finansowej zakładu) związane były z osobą dyrektora, który zatrudniony był na kontrakcie menedżerskim [34]. Dyrektorzy tacy wprowadzali szereg zmian w procesach zarządzania wewnętrznego, np.: decentralizacja w ramach organizacji, delegowanie uprawnień na podwładnych, inwestowanie w szkolenia personelu.

Z badania ankietowego przeprowadzonego na potrzeby raportu CASE, wynika, że w ostatnich latach nastąpiła zmiana profilu kwalifikacji menedżerów szpitali [15]. Aż 17 spośród 55 menedżerów zadeklarowało, że nie posiada w ogóle wykształcenia medycznego (większość zadeklarowała wykształcenie ekonomiczne). Wykształcenie medyczne oraz dodatkowe kwalifikacje, głównie z zakresu organizacji i zarządzania posiadało 23 respondentów.

Z badania A. Boczkowskiego i współpracowników wynika, że prawie wszyscy badani (tj. 90% spośród 690 respondentów - lekarzy pełniących funkcje zarządzające różnego szczebla) twierdzili, że ich praca jest zbyt mało opłacana. Niemal połowa uznała, że podejmując pracę w placówkach opieki zdrowotnej

nie można liczyć na zrobienie kariery zawodowej. Ale aż 80% odpowiada twierdząco na pytanie: „Czy respondent jest zadowolony ze swojej pracy?” i aż 78% ma poczucie, że ich praca jest wysoko lub raczej wysoko oceniana w społeczeństwie [2].

4. Zmiany w kształceniu kadr

Rozwijanie kadry pracowniczej w opiece zdrowotnej jest jednym z celów zapisanych w dokumencie strategicznym: *Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* [8]. **Cel nr 18** tego dokumentu mówi, że:

Do roku 2010 wszystkie Kraje Członkowskie powinny doprowadzić do tego, by pracownicy opieki zdrowotnej i innych sektorów zdobyli odpowiednią wiedzę, umiejętności i postawy do ochrony i promowania zdrowia. W szczególności:

18.1. Kształcenie pracowników opieki zdrowotnej powinno bazować na zasadach polityki Zdrowie dla Wszystkich (ZDW), przygotowując ich do świadczenia dobrej jakości usług – promujących zdrowie, prewencyjnych, leczniczych i rehabilitacyjnych, pomagających powiązać praktykę kliniczną z praktyką zdrowia publicznego;

18.2. Systemy planowania powinny gwarantować, by liczba i różnorodność wyszkolonych specjalistów opieki zdrowotnej odpowiadała obecnym i przyszłym potrzebom zdrowotnym;

18.3. Wszystkie Kraje Członkowskie powinny posiadać odpowiednie możliwości przeprowadzenia specjalistycznych szkoleń dla kadry kierowniczej, administracyjnej i lekarskiej;

18.4. Edukacja pracowników innych sektorów powinna obejmować podstawowe zasady polityki ZDW, a w szczególności wiedzę na temat wpływu ich pracy na uwarunkowania zdrowia.

Kwalifikacje do wykonywania zawodu medycznego uzyskiwane są w Polsce w oparciu o system szkolnictwa wyższego, gdzie kształcenie odbywa się na poziomie magisterskim i licencjackim. Obecnie na 11 polskich akademiach medycznych prowadzone są studia wyższe na następujących kierunkach: lekarski, stomatologiczny, analityki medycznej, farmacji, pielęgniarstwa, fizjoterapii i zdrowia publicznego. Duże zróżnicowanie obserwuje się w przypadku aż 16 kierunków studiów licencjackich: pielęgniarstwo, położnictwo, fizjoterapia, analityka medyczna, dietetyka, biotechnologia, elektroradiologia, higiena stomatologiczna, techniki dentystyczne, promocja zdrowia, zarządzanie, komunikacja społeczna, kosmetologia, ratownictwo medyczne, dietetyka kliniczna, zdrowie publiczne.

W założeniach reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, wśród najpilniejszych potrzeb z zakresu kształcenia przed i podyplomowego lekarzy, pielęgniarek i położnych wymieniano [54]:

- limitowanie przyjęć na studia medyczne, w zależności od przewidywanego zapotrzebowania,
- wprowadzenie ogólnopolskiego egzaminu państwowego po ukończeniu wydziału lekarskiego,
- wprowadzenie nowego 1-stopniowego systemu specjalizacji lekarskich,
- wprowadzenie wyższych zawodowych studiów pielęgniarzkich (z uzyskaniem licencjatu),
- rozbudowanie systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

W wielu krajach kontrola „produkcji” kadr medycznych była jednym z pierwszych kroków reformatorskich, stąd też akademie medyczne powinny być potraktowane jako odrębny podmiot kształtujący sytuację sektora zdrowotnego. Mimo, że polskie akademie medyczne podlegają Ministrowi Zdrowia, zachowują dużą swobodę, a rzeczywista władza należy do senatu uczelni, który m.in. określa liczbę studentów. Ze względu na bodźce finansowe uczelnie są zainteresowane zwiększaniem liczby studentów (im więcej studentów kształci akademia tym więcej otrzymuje środków finansowych). Ponadto opłacalne z ekonomicznego punktu widzenia jest prowadzenie studiów wieczorowych, stąd też niektóre akademie medyczne kształcą lekarzy i pielęgniarki także w tym trybie. W efekcie strategiczne planowanie liczby personelu medycznego jest trudne. Pomimo wcześniejszych prób wprowadzenia limitów przyjęć na studia medyczne, problem ten został prawnie uregulowany dopiero w 2003r. na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2003r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne¹⁴. Wprowadza ono obligatoryjnie limity przyjęć na studia w uczelniach medycznych i uczelniach prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Limity dotyczą zarówno studiów dziennych, zaocznych, jak i wieczorowych.

Nadmiar kadr medycznych, które po ukończeniu studiów stają u progu wejścia do systemu opieki zdrowotnej wywiera różne skutki:

1. część absolwentów podejmuje pracę poza wyuczonym zawodem (częstym zjawiskiem jest podejmowanie pracy na stanowisku przedstawiciela w firmie farmaceutycznej),
2. część absolwentów rejestruje się jako bezrobotni w urzędach pracy (brak możliwości podjęcia pracy w zawodzie jest trudnym problemem dla wszystkich grup zawodowych, niemniej jednak ze względu na specyfikę zawodu lekarza czy pielęgniarki, w tych grupach zawodowych brak możliwości praktykowania wywiera szczególnie negatywne skutki),
3. tworzy się napięcie na rynku pracy, lekarze starsi z wieloletnim doświadczeniem czują presję młodego pokolenia,
4. dochodzi do wypierania grup gorzej wykwalifikowanych przez grupy lepiej wykwalifikowane, co jest sprzeczne z regułami racjonalnego podziału zadań i ról w systemie opieki zdrowotnej,
5. wzrost liczby lekarzy w systemie powoduje zwiększenie kosztów funkcjonowania systemu.

¹⁴ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2003r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne, Dz.U. Nr 99, poz. 917

Tabela 5. Studenci kierunków medycznych w latach 1998-2002.

| Rok akademicki | Ogółem | w tym studia dzienne | studia wieczorowe | studia zaoczne |
|----------------|--------|-------------------------|----------------------|----------------|
| 1998/1999 | 34479 | 28270 | 2418 | 3791 |
| 1999/2000 | 35517 | 28536 | 2657 | 4324 |
| 2000/2001 | 38313 | 30238 | 2879 | 5196 |
| 2001/2002 | 45572 | 33653 | 4097 | 7822 |

Źródło: Rocznik statystyczny, GUS, 1999, 2001

Tabela 6. Absolwenci szkół średnich, policealnych i wyższych medycznych w latach 1998-2002.

| Rok | Absolwenci szkół średnich | Absolwenci szkół policealnych | Absolwenci szkół wyższych |
|-----------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| 1998/1999 | 1601 | 10254 | 5670 |
| 1999/2000 | 1847 | 10218 | 5548 |
| 2000/2001 | bd | bd | 5764 |
| 2001/2002 | 171 | 8283 | 7085 |

źródło: Rocznik Statystyczny, GUS 1999, 2001, 2002.

Powyższe dane wskazują, że w okresie 1998-2002 liczba studentów wyższych studiów medycznych wzrosła aż o 32%. Wzrost liczby studentów nastąpił na studiach dziennych, wieczorowych i zaocznych. Zwiększyła się także liczba absolwentów kierunków medycznych, zmniejsza się natomiast liczba absolwentów średnich i policealnych szkół medycznych.

4.1. Zmiany w kształceniu lekarzy

Podstawowymi dokumentami prawnymi regulującymi zmiany w systemie edukacji lekarzy są:

1. Rozporządzenie MZiOS z dnia 24.05.1999 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza, lekarza stomatologa¹⁵.
2. Rozporządzenie MZiOS z dnia 25.03.1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów¹⁶.
3. Nowelizacja Ustawy o zawodzie lekarza¹⁷.

Zgodnie z zapisami rozdziału 3 znowelizowanej ustawy o zawodzie lekarza wyróżnia się trzy rodzaje form podnoszenia kwalifikacji i umiejętności zawodowych lekarzy: 1) staż podyplomowy lekarzy medycyny i lekarzy stomatologii, 2) szkolenie specjalizacyjne oraz 3) inne formy kształcenia podyplomowego (m.in. kursy doskonalące) [75].

Strategiczne założenia zmian dokonanych w systemie kształcenia lekarzy to:

- ujednoczenie i intensyfikacja procesu kształcenia zawodowego,
- jednostopniowość specjalizacji zakończonej państwowym egzaminem specjalizacyjnym,
- szkolenie specjalizacyjne realizowane na podstawie szczegółowego programu, modyfikowanego wraz z rozwojem wiedzy medycznej,

¹⁵ Rozporządzenie MZiOS z dnia 24.05.1999 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza, lekarza stomatologa, Dz. U Nr 54, poz. 571 z póź.zm.

¹⁶ Rozporządzenie MZiOS z dnia 25.03.1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów, Dz. U. Nr 31, poz.302.

¹⁷ ustawa o zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1996, Dz.U.1997, Nr 28, poz. 152 z póź. zm.

- szkolenie specjalizacyjne prowadzone wyłącznie w jednostkach zapewniających określone warunki,
- uzyskanie kwalifikacji zawodowych oparte o zasadę doskonalenia wiedzy szczegółowej po uzyskaniu wiedzy ogólnej,
- rezydentura jako zasadniczy tryb odbywania specjalizacji.

Wprowadzenie w praktykę powyższych założeń skutkuje stworzeniem jednostopniowej specjalizacji zakończonej państwowym egzaminem specjalistycznym przeprowadzanym przez Centrum Egzaminów Medycznych. Egzamin państwowy odbywa się dwa razy w roku (w sesji wiosennej i jesiennej) w formie egzaminu praktycznego, testowego i ustnego, zgodnie z zasadami zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów.

Staż podyplomowy, zgodnie z nowymi regulacjami prawnymi, kończy się państwowym egzaminem lekarskim. Zgodnie ze znowelizowaną Ustawą o zawodzie lekarza (art. 63 ust.2) egzamin organizuje i przeprowadza Centrum Egzaminów Medycznych.

Liczbę miejsc dla lekarzy, którzy mogą corocznie rozpoczynać specjalizację w danej dziedzinie ustala Minister Zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, uwzględniając możliwości prowadzenia specjalizacji przez jednostki organizacyjne, które znajdują się w spisie prowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia oraz dostępność świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny.

Minister Zdrowia ustala także corocznie liczbę miejsc i przydziela środki finansowe na specjalizacje odbywane w określonych specjalnościach w ramach rezydentury, dla poszczególnych jednostek organizacyjnych, które znajdują się w spisie prowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia.

Zgłaszane są liczne zastrzeżenia co do liczby przyznawanych rezydentur. Zarzuca się, że brakuje rzetelnych badań na poziomie regionów, które stałyby się podstawą do określenia liczby miejsc rezydenckich. Ostro krytykowana jest liczba miejsc szkoleniowych, niepokój wzbudza także mała liczba jednostek szkoleniowych wpisanych na listę Ministra Zdrowia [10].

Naczelna Izba Lekarska kilkakrotnie postulowała, aby kompetencje w zakresie nadzoru nad kształceniem podyplomowym m.in. organizację egzaminów lekarskich i specjalizacyjnych przekazano samorządowi lekarskiemu (podobne rozwiązanie funkcjonuje np. w Niemczech).

4.2. Zmiany w kształceniu pielęgniarek

Podstawowymi dokumentami prawnymi regulującymi zmiany w systemie edukacji pielęgniarek są [43]:

1. Europejskie porozumienie w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek ratyfikowane przez Polskę w 1995r., zobowiązujące Polskę do wprowadzenia programu kształcenia pielęgniarek zgodnego z wymogami UE i gwarantującego wzajemne uznawanie dyplomów (okres studiów nie krótszy niż 3 lata albo 4.600 godzin, minimum połowa czasu przeznaczonego na naukę, spędzona powinna być na zajęciach praktycznych, określono także wymagania odnośnie kandydatów na studia, programu studiów, kwalifikacji nauczycieli).

2. Nowelizacja ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej - przenosząca podstawową edukację pielęgniarek na poziom studiów wyższych zawodowych i magisterskich (ostatni nabór do tzw. szkół pomaturalnych odbył się w roku akademickim 2002/2003).
3. Uchwała Nr 76/2000 Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego z dnia 29 czerwca 2000r. w sprawie określenie minimalnych wymagań programowych dla studiów magisterskich na kierunku „pielęgniarstwo” oraz dla studiów licencjackich na kierunku „pielęgniarstwo” (zestaw obligatoryjnych przedmiotów wraz z treściami programowymi i minimalna liczbą godzin).
4. Europejska Strategia WHO kształcenia pielęgniarek i położnych z 14 maja 1999r. (określająca wymogi dotyczące kandydatów na studia, kadr i programów kształcenia).

Polska podpisała Porozumienie Europejskie w sprawie kształcenia pielęgniarek w 1995r., zobowiązując się do wprowadzenia nowego systemu od 2000r. Jako pierwsze w Polsce studia licencjacko-magisterskie uruchomiono w Instytucie Pielęgniarstwa Wydziału Ochrony Zdrowia Collegium Medicum UJ w 1998r. Obecnie tego typu kierunki prowadzone są na wszystkich akademiach medycznych w Polsce. W praktyce zmiany systemu kształcenia pielęgniarek spowodowały:

- przesunięcie podstawowej edukacji pielęgniarskiej z poziomu policealnego na poziom wyższego kształcenia zawodowego,
- wydłużenie okresu kształcenia podstawowego do trzech lat,
- wprowadzenie jednolitych, pięcioletnich studiów magisterskich,
- uzyskanie przez absolwenta tytułu zawodowego - licencjata/magistra pielęgniarstwa,
- zmianę filozofii kształcenia z zawodowej na akademicką,
- oparcie strategii nauczania na dobrze skonstruowanych programach,
- wprowadzanie innowacyjnych metod i narzędzi dydaktycznych.

Według danych Departamentu Nauki i Kształcenia Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia, nabór do szkół kształcących w zawodach pielęgniarek i położnych w ostatniej dekadzie zmniejszył się prawie 10-krotnie, a liczba ich absolwentów jest zbliżona do liczby absolwentów kierunków lekarskich, podczas gdy w innych krajach kształci się 2-3 razy więcej pielęgniarek i położnych niż lekarzy [32]. Jest to niepokojące zjawisko, zwłaszcza wobec faktu, że wskaźniki liczby pielęgniarek i położnych na 10.000 mieszkańców w Polsce są prawie dwukrotnie niższe od wskaźników w innych krajach europejskich.

4.3. Zmiany w systemie kształcenia pracowników systemu ratownictwa medycznego

Ustawa o państwowym ratownictwie medycznym wprowadza istotne zmiany w kształceniu lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych i dyspozytorów zatrudnionych w oddziałach ratownictwa medycznego¹⁸. Wprowadza do specjalizacji lekarskich nową specjalizację – „medycyna ratunkowa.” Zanim proces szkoleniowy dotyczący specjalizacji z medycyny ratunkowej obejmie wszystkich lekarzy, ustawa wprowadza okres przejściowy do dnia 31 grudnia 2009 roku dla lekarzy zatrudnionych w systemie pomocy doraźnej, w celu uzyskania przez nich tej specjalizacji. Do tego czasu osobami

¹⁸ Ustawa z dnia 25 lipca 2001r. o państwowym ratownictwie medycznym, Dz. U. z 2001, Nr 113, poz. 1207.

uprawnionymi do podejmowania medycznych działań ratowniczych są lekarze ratunkowi, lekarze odbywający specjalizację w dziedzinie medycyny ratunkowej, lekarze posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezjologii, chirurgii, interny i pediatrii.

W 1999r. Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej rozpoczęły szkolenia dla lekarzy z medycyny ratunkowej drogą tzw. „krótkiej ścieżki”. W styczniu 2001r. pierwszych 100 lekarzy uzyskało specjalizację z medycyny ratunkowej (kolejnych ok. 150 lekarzy w jesieni 2002r.) [103]. Występuje duże zainteresowanie rozpoczęciem specjalizacji z zakresu medycyny ratunkowej, problem stanowią jednak opóźnienie uruchamiania kolejnych oddziałów ratunkowych i trudności w funkcjonowaniu już uruchomionych oraz zbyt mała ilość oddziałów akredytowanych do szkolenia specjalistycznego.

Art. 43. ustawy wprowadza również okres przejściowy dla kształcenia pielęgniarek. Do dnia 31 grudnia 2009r. osobami uprawnionymi do podejmowania medycznych działań ratowniczych uprawnione są: pielęgniarki ratunkowe, pielęgniarki odbywające specjalizację w pielęgniarstwie ratunkowym, pielęgniarki specjalistki z anestezjologii, chirurgii, interny, pediatrii, oraz pielęgniarki posiadające co najmniej 3 letni staż pracy w tych specjalnościach.

Szkolenie ratowników medycznych prowadzone jest już na poziomie 3-letnich studiów licencjackich w 8 akademiach medycznych w Polsce. Program kształcenia ratowników medycznych jest realizowany na 3-letnich licencjackich studiach zawodowych. W roku akademickim 2002/2003 zakończyła studia pierwsza grupa studentów z AM w Katowicach i Bydgoszczy. Wszystkie osoby zaangażowane w systemie ratownictwa są zobowiązane do stałego aktualizowania swojej wiedzy zawodowej nie rzadziej niż raz na cztery lata, w formie kursów doskonalenia zawodowego, potwierdzonych dyplomem lub świadectwem ukończenia, organizowanych przez ośrodki nauczające lub przez pracodawcę we współpracy z ośrodkami nauczającymi. Obok wymienionych wyżej zawodów medycznych biorących udział w działaniach ratowniczych w nowym system ratowniczym nie należy zapominać o dyspozytorach medycznych, pracujących w centrach powiadamiania ratunkowego. Obecnie nie ma jeszcze żadnych regulacji prawnych określających szkolenie dyspozytorów, jak również umiejscowienia tego zawodu w systemie ratowniczym pod względem jego kompetencji, kwalifikacji i odpowiedzialności. Jednak pomimo tej niejasnej sytuacji prawnej, Instytut Ratownictwa Medycznego w Krakowie od 2001 roku rozpoczął realizację programu szkoleniowego dla dyspozytorów medycznych przyszłych Centrów Powiadamiania Ratunkowego (5-dniowy program szkoleniowy obejmujący 40 godzin zajęć teoretycznych).

5. Zmiany w statusie prawnym pracowników

Status prawny pracowników ochrony zdrowia tradycyjnie odzwierciedlał pogląd, że usługi zdrowotne są „świadzczeniami niezbędnymi i koniecznymi”, których przerwanie jest zagrożeniem życia, bezpieczeństwa osobistego, oraz zdrowia części lub całości populacji. W konsekwencji tego, zatrudnienie w tym sektorze często miało status służb cywilnych. Zmierzało to do ochrony personelu i pacjentów opieki zdrowotnej przed politycznymi, religijnymi, ekonomicznymi i innego rodzaju ograniczeniami i naciskiem, które mogłyby utrudniać świadczenie usług. Mimo to pracownicy sektora opieki zdrowotnej uzależnieni są w znacznym stopniu od swych pracodawców i organizacji zawodowych.

W przebiegu procesu reformy ochrony zdrowia, często traktowano status cywilny pracowników ochrony zdrowia, jako zbyt sztywny, aby pozwolił się dostosować do szybkich zmian zachodzących w sektorze. Prywatyzacja i wprowadzenie mechanizmów wolnego rynku do sektora opieki zdrowotnej powoduje, że kadra zarządzająca ma więcej możliwości w elastyczności stosowanych rozwiązań płacowych i innych warunków zatrudnienia. Procesowi wprowadzenia większej elastyczności w odniesieniu do zasobów kadrowych, towarzyszą nie tylko zmiany w postrzeganiu zadań i odpowiedzialności, ale także często status prawny zatrudnionych. Wzrost efektywności i racjonalizacja działań stają się głównym celem kadry zarządzającej i pracodawców, wykonywane zawody i zadania w sektorze opieki zdrowotnej stają się znacznie bardziej postrzegane jako „zwykła praca”, z mniejszym naciskiem na dostarczanie usług w interesie publicznym. Ta tendencja jest obserwowana zarówno w instytucjach publicznych jak i prywatnych, bez względu na to, czy są to instytucje for-profit czy też non-profit [24].

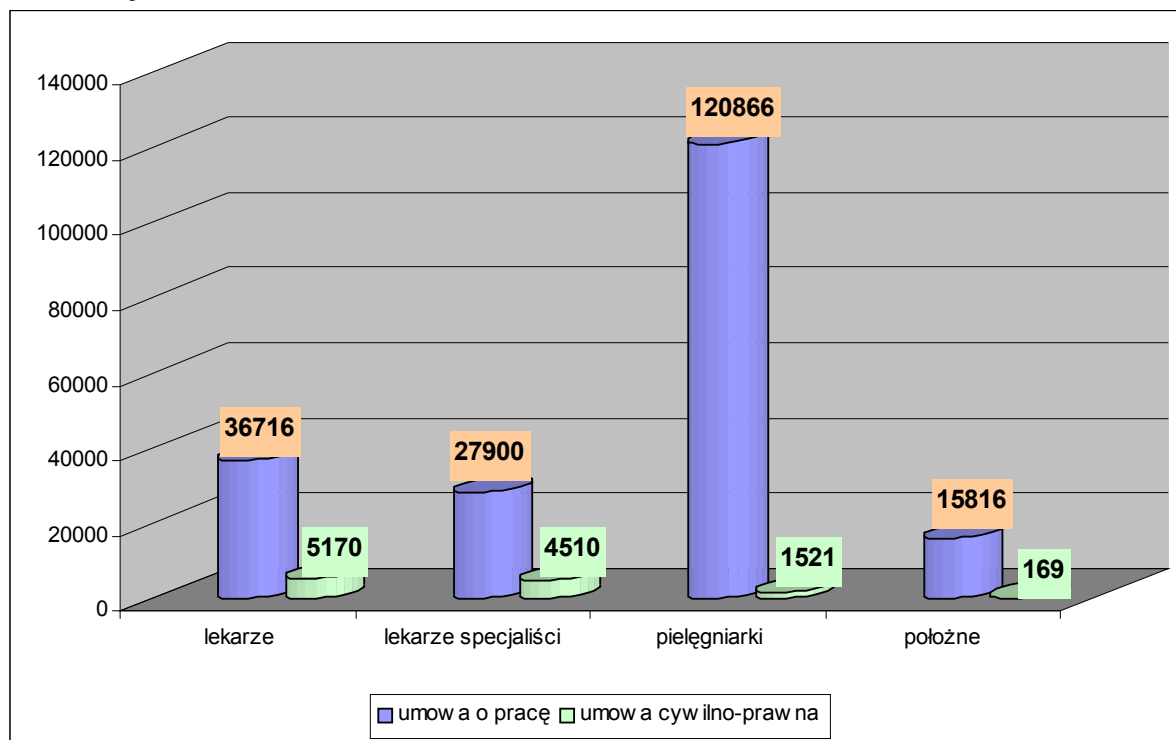
W warunkach polskich regulacji prawnych, alternatywną formą zatrudnienia dla umowy o pracę, w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej jest umowa o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne (art.35-35a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz Rozporządzenie MZiOS z dnia 13 lipca 1998r. w sprawie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne)¹⁹. Zawieranie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne odbywa się z lekarzami, pielęgniarkami, położnymi wykonującymi zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki (indywidualnej specjalistycznej praktyki) lub występujących w formie grupowej praktyki lekarskiej, pielęgniarek czy położnych. Stroną umowy może być także niepubliczny zakład opieki zdrowotnej [40]. Zatrudnianie pracowników medycznych w zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej pozwala z jednej strony zwiększyć elastyczność i efektywność świadczenia usług medycznych, z drugiej strony pozwala przenieść na wykonawcę (tj. lekarza, pielęgniarkę) znaczny zakres ryzyka. Ponadto umowy cywilnoprawne nie podlegają takim ograniczeniom w zakresie rozwiązywania jak umowy o pracę, dyrekcja zakładu podpisując taką umowę z pracownikiem ma ułatwioną możliwość rozstania się z wykonawcą usługi. Zawieranie tego rodzaju umów ułatwia więc dyrekcji zarządzanie zakładem (zwłaszcza w okresie nasilonych redukcji personelu), wiąże się to także ze znacznym ograniczeniem wpływu i kontroli ze strony zakładowych organizacji związkowych. Ponadto wykonawca

¹⁹ Rozporządzenia MZiOS z dnia 13 lipca 1998r. w sprawie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne, Dz. U. 98, Nr 93, poz. 592.

usług jest uzależniony od decyzji dyrekcji odnośnie kontynuowania lub zawarcia nowej umowy (w praktyce odmowa zawarcia takiej umowy oznacza ukryte zwolnienie z pracy).

Informacje nt. liczby pracowników medycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz umowy cywilnoprawnej przedstawiono w tabelach 10-13 w aneksie. Informacje te zostały przygotowane na podstawie danych statystycznych Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, pochodzących ze sprawozdań MZ 29 – o działalności zakładów stacjonarnej niepsychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz sprawozdań MZ 11 o działalności i zatrudnieniu w podstawowej opiece zdrowotnej. Analizując dane należy uwzględnić fakt, że w sprawozdaniu wykazane zostały osoby pełnozatrudnione.

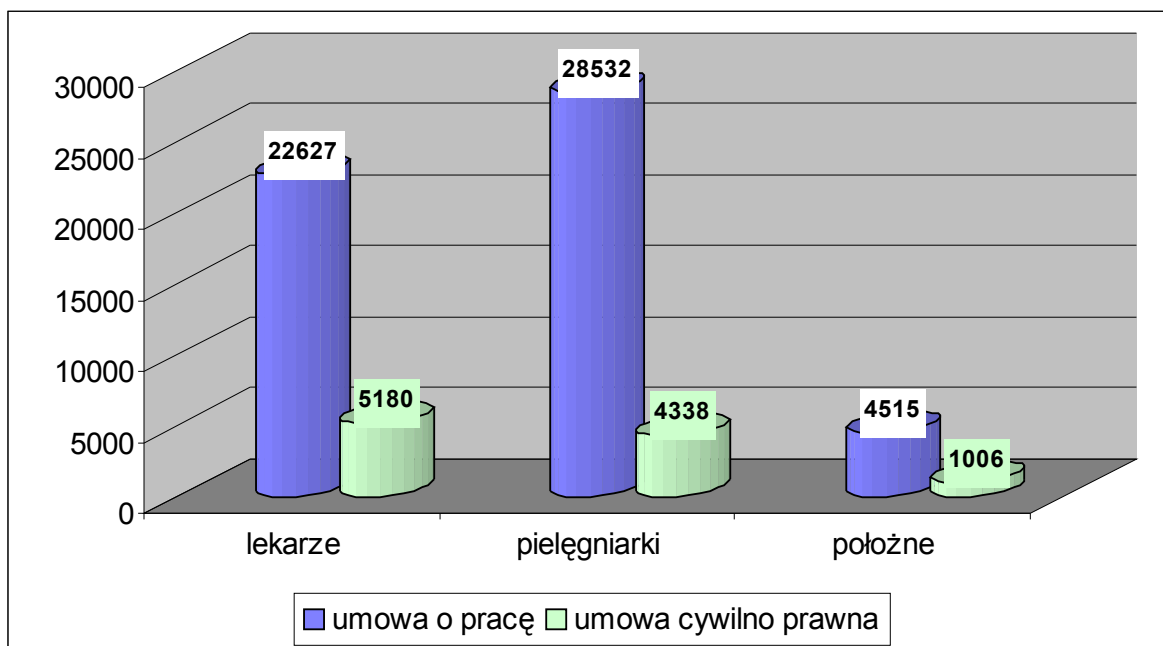
Rys. 4. Prawne formy zatrudnienia pracowników medycznych w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej – 2001



Źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informacyjnych (MZ 29 o działalności zakładów stacjonarnej niepsychiatrycznej opieki zdrowotnej, zatrudnienie personelu pełnozatrudnionego, 31.XII.2001).

Na umowach cywilno-prawnych w lecznictwie stacjonarnym zatrudnionych było na koniec 2001r. 5.170 lekarzy co stanowiło 12,3% ogółu zatrudnionych lekarzy (w roku 2002 udział lekarzy zatrudnionych na umowach cywilno-prawnych wyniósł 13,6% - szczegóły w tabeli nr 13 w aneksie). Spośród 122.387 pielęgniarek zatrudnionych w lecznictwie stacjonarnym, zaledwie 1.521 pracowało na podstawie umowy cywilno-prawnej (tj. 1,2%). Podobna sytuacja występowała w grupie położnych: spośród 15.985 zatrudnionych tylko 169 (1,1%) miało podpisaną umowę cywilno-prawną.

Rys.5. Prawne formy zatrudnienia pracowników w podstawowej opiece zdrowotnej – 2001r.



źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informacyjnych (MZ 11 o działalności i zatrudnieniu w podstawowej opiece zdrowotnej), zatrudnienie personelu pełnozatrudnionego. 31.XII.2001).

Spośród ogółu 27.897 lekarzy zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej – 5.180 (tj. 18,6%) zatrudnionych było w oparciu o umowę cywilno-prawną. Na podstawie umowy cywilno-prawnej w podstawowej opiece zdrowotnej pracowało 4.338 pielęgniarek (tj. 13,2% ogółu zatrudnionych) oraz 1.006 położnych (tj. 18,2%).

5.1. Formy zatrudniania lekarzy

Reforma opieki zdrowotnej spowodowała tendencję do różnicowania i wzbogacania form świadczenia usług przez lekarzy. Formy organizacyjno-prawne wykonywania zawodu lekarza określają: 1) kodeks pracy²⁰ i wydane na jego podstawie przepisy wykonawcze, 2) Ustawa o zawodzie lekarza²¹ i związane z nią akty wykonawcze, 3) Kodeks cywilny²² oraz 4) Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej²³. Na podstawie wymienionych powyżej aktów prawnych możliwe jest wykonywanie zawodu lekarza w następujących formach [40]:

1. na podstawie umowy o pracę,
2. na podstawie umowy cywilnej,
3. w formie indywidualnej praktyki lekarskiej oraz indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej,
4. w formie grupowej praktyki lekarskiej,
5. przez świadczenie usług w utworzonym przez lekarzy niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej.

²⁰ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 – Kodeks pracy, Dz. U. Nr 24, poz. 141z późn. zm.

²¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 o zawodzie lekarza, Dz.U.97r., Nr 28, poz.152 późn. zm.

²² Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 – Kodeks cywilny, Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.

²³ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U.91, Nr 91, poz. 408 z późn. zm.

W konsekwencji zawierania różnych umów na świadczenie usług, lekarze pracujący w jednym samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej mogą mieć różny status prawny, np. „lekarze-pracownicy” (zatrudnieni w oparciu o umowę o pracę), lekarze samodzielnie zarobkujący (zatrudnieni w wyniku udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne) oraz lekarze zatrudnieni na podstawie umowy cywilnoprawnej (zatrudnienie kontraktowe, niepracownicze).

5.1.1. Wykonywanie zawodu lekarza na podstawie umowy o pracę

Większość lekarzy w Polsce zatrudnionych jest w zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy o pracę. Wynika to m.in. z przysługujących w takim wypadku przywilejów pracowniczych (np. płatny urlop i okresy czasowej niezdolności do pracy, fundusz socjalny, itp.) i ochrony pracy zapewnionej kodeksem pracy (prawo do wypoczynku, prawo do dodatkowych dni wolnych od pracy i określenia maksymalnych norm czasu pracy, ochrony pracownika przed nieuzasadnionym bądź niezgodnym z prawem rozwiązaniem umowy o pracę, ochrony pracy kobiet, itd.). Jednocześnie forma ta posiada szereg wad, np. zależność od pracodawcy. Wykonywanie zawodu lekarza na podstawie umów o pracę polega na przyjęciu przez lekarza obowiązków pracownika i wykonywaniu pracy na rzecz zakładu (tj. na rzecz pracodawcy). Obowiązkiem pracodawcy jest natomiast wypłata wynagrodzenia oraz zapewnienie innych świadczeń wynikających ze stosunku pracy.

Ustawa o zawodzie lekarza nie preferuje żadnej z wymienionych na wstępie form wykonywania zawodu i umożliwia lekarzom indywidualne podejmowanie decyzji w tym zakresie. W niektórych sytuacjach istnieje jednak obowiązek zawierania umów o pracę: zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24.05.1999 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza, lekarza stomatologa: „*lekarz odbywa staż na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony, równy czasowi trwania stażu*”. Także Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25.03.1999 r., w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów przewiduje, że lekarz odbywający specjalizację na podstawie zatrudnienia w jednostce prowadzącej specjalizację obowiązany jest do zawarcia umowy o pracę na czas określony - tzw. rezydentura - lub na czas nieokreślony. Umowa o pracę określa tylko część obowiązków pracodawcy i pracownika, dotyczących konkretnego pracownika i wskazujących rodzaj powierzonej mu pracy bądź stanowiska, wysokości przysługującego wynagrodzenia podstawowego, czasu pracy i miejsca jej wykonywania. Poza postanowieniami umowy, strony stosunku pracy związane są obowiązkami wskazanymi w kodeksie pracy, a także w obowiązującym u danego pracodawcy regulaminie pracy, regulaminie wynagradzania, ewentualnie w układach zbiorowych pracy.

5.1.2. Wykonywanie zawodu lekarza na podstawie umowy prawa cywilnego.

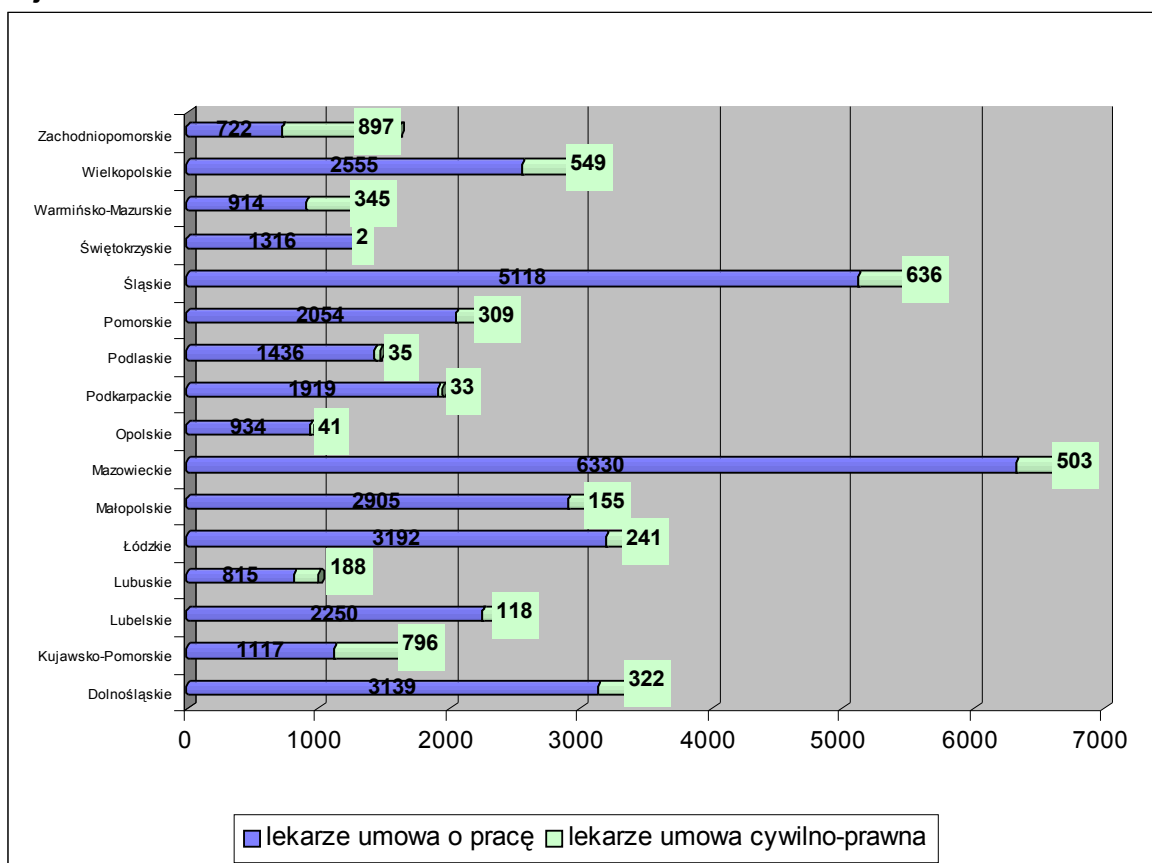
Usługi medyczne coraz szerzej są świadczone na podstawie umów cywilnoprawnych. Umowy cywilne zawierane są z lekarzami występującymi jako osoby fizyczne, posiadającymi kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych. Podstawowe znaczenie dla określenia wzajemnych obowiązków stron ma przede wszystkim treść umowy.

Przepisy kodeksu cywilnego dotyczące umów zlecenia stosuje się tylko w zakresie nieuregulowanym umową, przy czym są to przepisy regulujące kwestie ogólne, typowe dla umów zlecenia.

Z tych względów umowy zlecenia zawierane z lekarzami są bardzo szczegółowe, wymieniają rodzaj zlecanych czynności, regulują zasady odpowiedzialności związanej z niewykonaniem lub nieterminowym wykonaniem zlecenia, wskazują w sposób wyraźny i jednoznaczny obowiązki zleceniodawcy i zleceniobiorcy, określają sposób dokonywania zapłaty i inne.

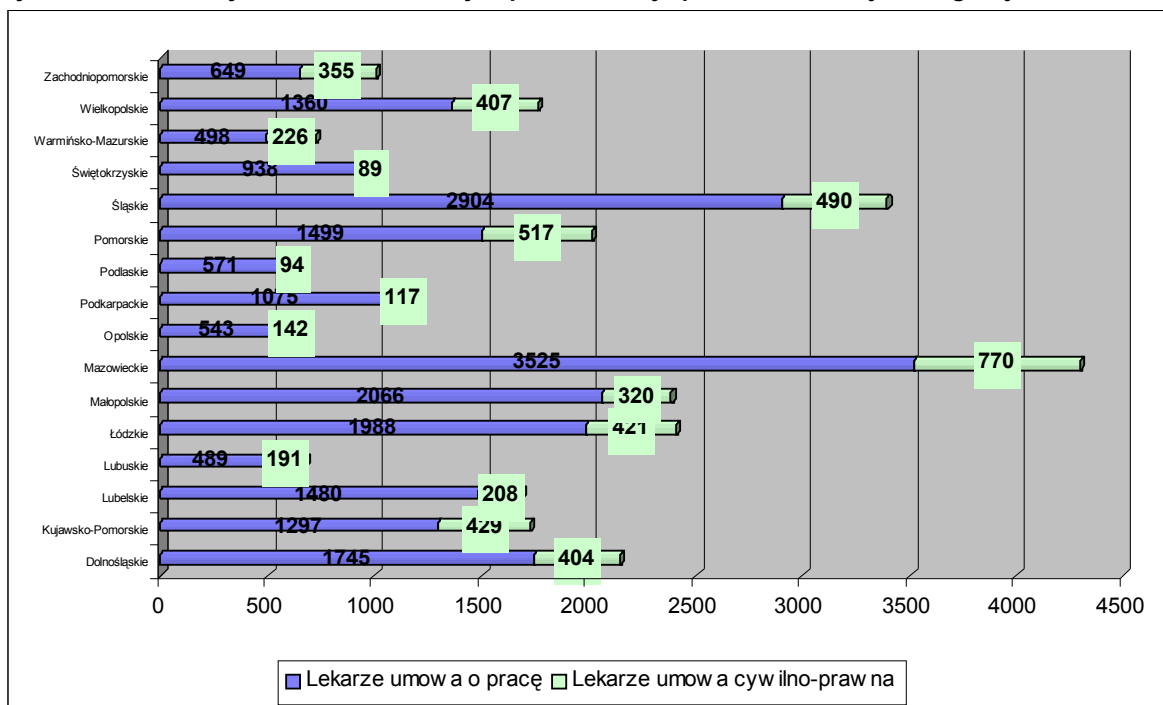
Najważniejsze różnice pomiędzy umową zlecenia a umową o pracę to: 1) ponoszenie ryzyka związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez zleceniobiorcę (lekarza), 2) brak stosunku podporządkowania - strony umowy zlecenia są sobie równe, 3) brak obowiązku pozostawania w dyspozycji podmiotu zatrudniającego, co oznacza, że zleceniobiorca nie może być przenoszony na inne stanowiska, czy np. zobowiązany do pracy w godzinach nadliczbowych w związku ze szczególnymi potrzebami zleceniodawcy, 4) brak obowiązku zleceniobiorcy uczestniczenia w szkoleniach, poddawania się badaniom okresowym, kontrolnym, czy wykonywania innych powinności przewidzianych w układzie pracowniczym. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładzie określona w regulaminie porządkowym zakładu obowiązuje tak samo lekarzy-pracowników, jak i lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy cywilno-prawnej. Umowy cywilnoprawne pojawiły się także zamiast dyżurów lekarskich, jako alternatywa wobec wyznaczania lekarzowi pracy w wymiarze ponadnormatywnym [84]. Problem dyżurów lekarskich nie jest szczegółowo omawiany w niniejszej pracy, zagadnienie to wymaga odrębnego omówienia. Poniższy rysunek przedstawia zróżnicowanie prawnych form zatrudniania lekarzy w stacjonarnej opiece zdrowotnej w układzie wojewódzkim (stan na 31.XII.2001r.). Proporcjonalnie najwięcej umów cywilnoprawnych podpisano w województwie zachodniopomorskim (55,4%) i kujawsko-pomorskim (41,6%). Umowa cywilno-prawna była najmniej popularną formą zatrudnienia lekarzy w województwie świętokrzyskim (2 umowy na 1.318 zatrudnionych lekarzy).

Rys. 6. Prawne formy zatrudnienia lekarzy w stacjonarnej opiece zdrowotnej, według województw - 2001r.



Źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informacyjnych (MZ 29 o działalności zakładów stacjonarnej niepsychiatrycznej opieki zdrowotnej, zatrudnienie personelu pełnozatrudnionego, 31.XII.2001).

Rys. 7. Prawne formy zatrudnienia lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej według województw - 2001r.



źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informacyjnych (MZ 11 o działalności i zatrudnieniu w podstawowej opiece zdrowotnej), zatrudnienie personelu pełnozatrudnionego, 31.XII.2001).

5.1.3. Prowadzenie indywidualnej bądź grupowej praktyki lekarskiej

Ustawa o zawodzie lekarza umożliwia lekarzom świadczenie usług w sposób bardziej niezależny, wynikający ze specyfiki tego zawodu, jako tzw. zawodu wolnego, tj. poprzez prowadzenie indywidualnej bądź grupowej praktyki lekarskiej. Lekarz może wykonywać swój zawód w formie indywidualnej praktyki lekarskiej po spełnieniu następujących wymogów:

- 1) musi posiadać prawo wykonywania zawodu i nie został zawieszony w prawie wykonywania zawodu albo ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych,
- 2) wykonywał swój zawód co najmniej przez okres 2 lat od ukończenia stażu podyplomowego,
- 3) uzyskał zezwolenie oraz wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich we właściwej okręgowej izbie lekarskiej.

5.2 Formy zatrudniania pielęgniarek i położnych

Reforma systemu opieki zdrowotnej spowodowała, że także pielęgniarki i położne świadczą pracę (usługi medyczne) nie tylko na podstawie umowy o pracę, ale także na podstawie umów cywilnoprawnych na rzecz płatnika, jak też innych świadczeniodawców usług zdrowotnych. Przygotowując projekty umów kontraktowych dla pielęgniarek i położnych przyjęto następujące założenia [99]:

1. dążenie do rozszerzenia zakresu i dostępności świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki,
2. zapewnienie efektywnego wykorzystywania kadry pielęgniarskiej i posiadanych zasobów,
3. stworzenie motywacji finansowej dla środowiska pielęgniarskiego,
4. wzmocnienie pozycji zawodowej pielęgniarki w zespole i w społeczeństwie.

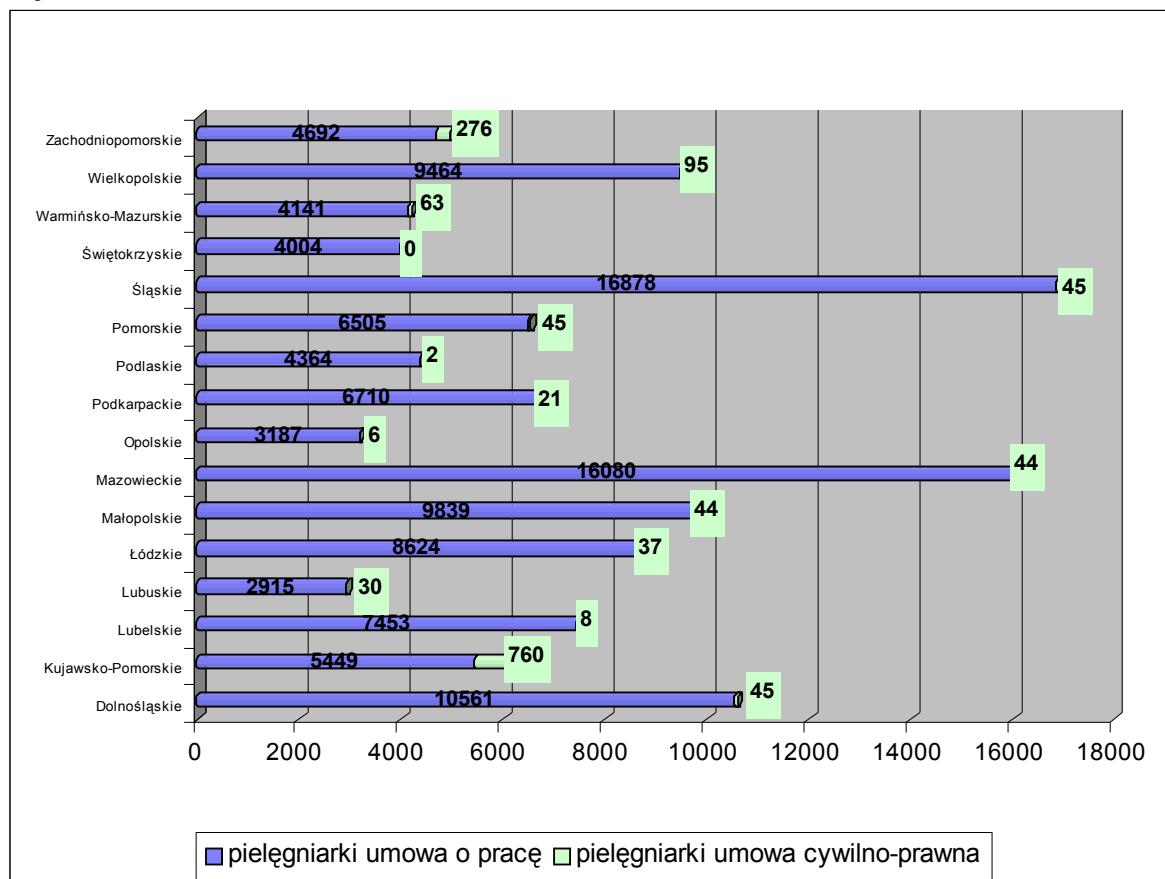
Dominującą formą zatrudnienia pielęgniarek i położnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej jest jednak umowa o pracę. Taka forma uznana jest za najwłaściwszą i zainteresowane nią są zarówno pielęgniarki i położne (ochronny charakter przepisów prawa pracy), jak i zakłady opieki zdrowotnej (ten rodzaj zatrudnienia umożliwia podporządkowanie pielęgniarki i położnej poleceniom pracodawcy). Praca wykonywana przez pielęgniarkę lub położną pod kierownictwem pracodawcy nie powinna być wykonywana na podstawie umowy cywilnoprawnej [41]. Praca pielęgniarki i położnej może być wykonywana w następującej formie [47]:

1. praktyki indywidualnej (specjalistycznej praktyki indywidualnej),
2. grupowej praktyki pielęgniarskiej,
3. praktyk indywidualnych zorganizowanych jako zespół praktyk,
4. praktyki towarzyszącej,
5. niepublicznego zakładu usług pielęgniarskich.

5.2.1 Zatrudnienie pielęgniarek i położnych w oparciu o umowę cywilnoprawną

Podstawę niepracowniczego zatrudnienia pielęgniarek i położnych stanowi umowa o świadczenie usług medycznych (pielęgniarskich, położniczych). Pielęgniarki i położne mogą być angażowane w formie zatrudnienia niepracowniczego przez: 1) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, 2) niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, 3) lekarzy prowadzących indywidualne praktyki lekarskie, 4) lekarzy prowadzących grupowe praktyki lekarskie, 5) inne podmioty (np. osoby fizyczne). Należy w tym miejscu przytoczyć stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 14 listopada 2000r., w którym podkreślono, że pielęgniarka i położna podejmująca wykonywanie zawodu w ramach umowy cywilnoprawnej w zakładzie, w którym pracowała na podstawie umowy o pracę, wykonuje dotychczasowe czynności w godzinach i zakresie ustalonym dla pracownika, ale bez uprawnień wynikających z kodeksu pracy (zapłata za godziny nadliczbowe, urlop wypoczynkowy oraz świadczenia wynikające z przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy).

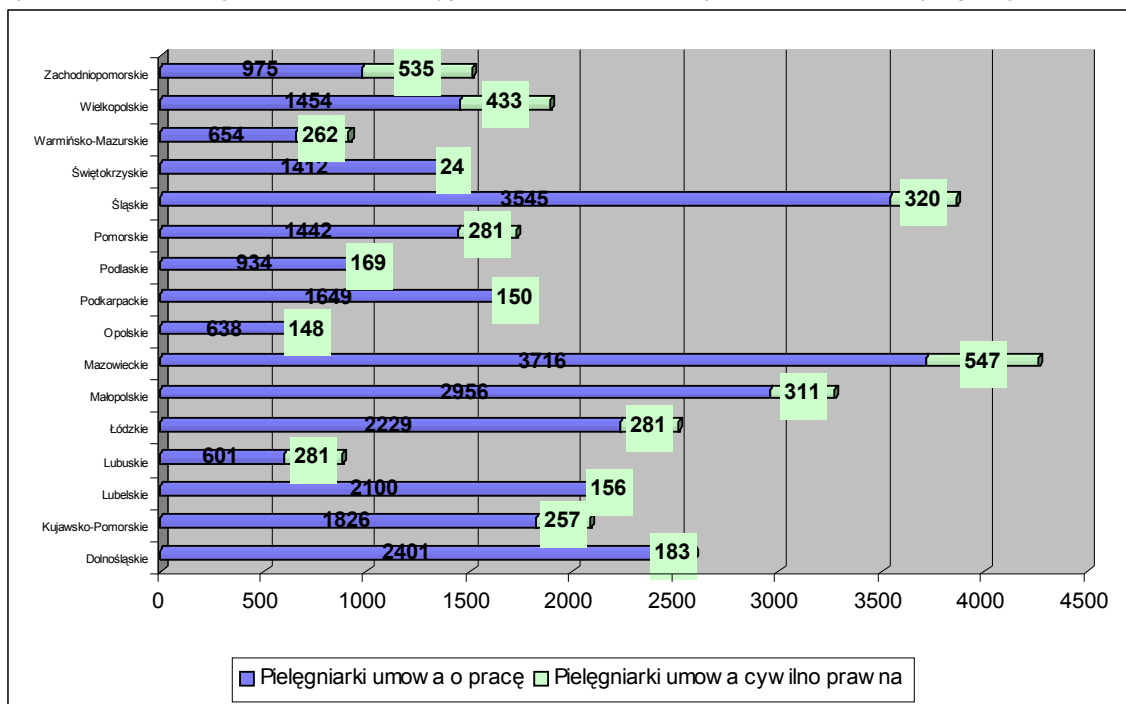
Rys. 8. Prawne formy zatrudnienia pielęgniarek w stacjonarnej opiece zdrowotnej według województw - 2001r.



Źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informatycznych (MZ 29 o działalności zakładów stacjonarnej niepsychiatrycznej opieki zdrowotnej, zatrudnienie personelu pełnozatrudnionego, 31.XII.2001).

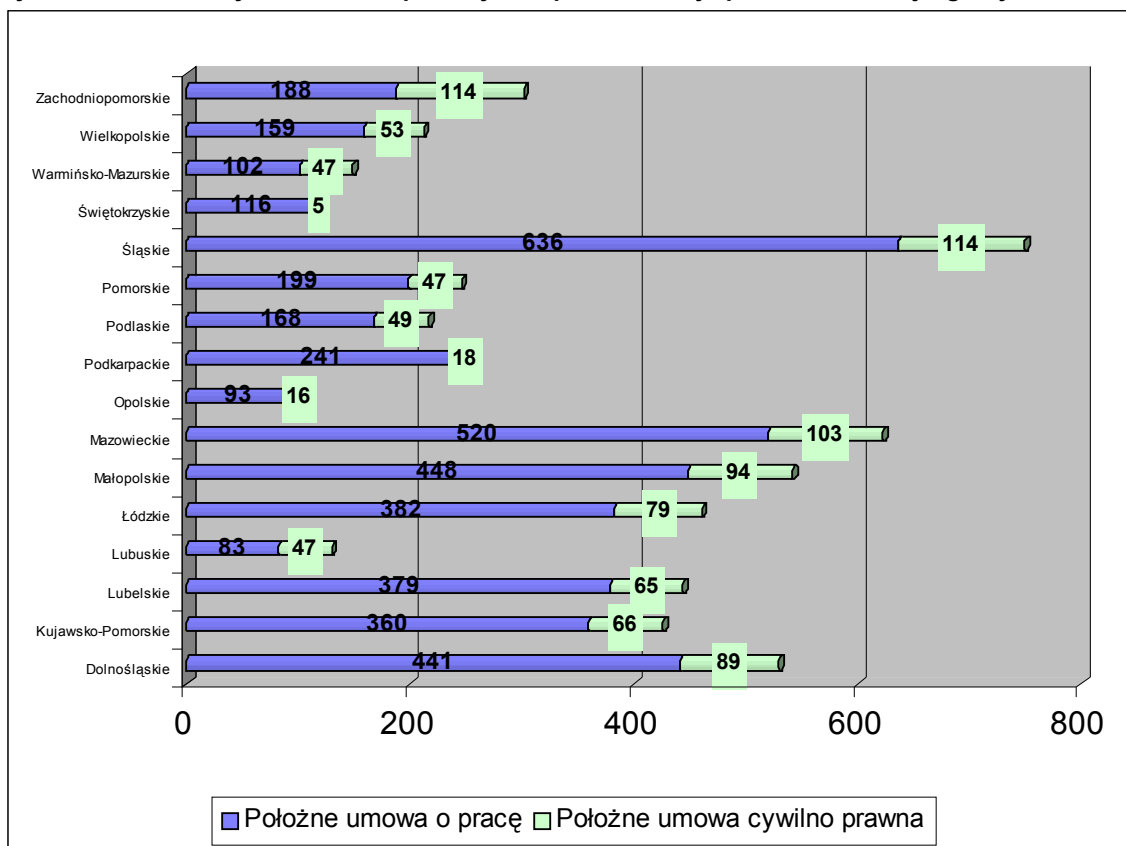
Podobnie jak w przypadku lekarzy, umowa cywilno-prawna była najczęściej stosowana w województwie kujawsko-pomorskim (760 umów) i zachodniopomorskim (276 umów). Żadnej umowy cywilno-prawnej z pielęgniarką zatrudnioną w szpitalu nie podpisano w województwie świętokrzyskim.

Rys.9. Prawne formy zatrudnienia pielęgniarek w podstawowej opiece zdrowotnej wg województw - 2001r.



Źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony zdrowia (MZ 11 o działalności i zatrudnieniu w podstawowej opiece zdrowotnej), zatrudnienie personelu pełnozatrudnionego, 31.XII.2001).

Rys.10. Prawne formy zatrudnienia położnych w podstawowej opiece zdrowotnej wg województw - 2001r.



Źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informacyjnych (MZ 11 o działalności i zatrudnieniu w podstawowej opiece zdrowotnej), zatrudnienie personelu pełnozatrudnionego, 31.XII.2001).

W podstawowej opiece zdrowotnej umowa cywilno-prawna w przypadku zatrudnienia pielęgniarek i położnych była najczęściej stosowana w województwie zachodniopomorskim i mazowieckim. Najmniej umów cywilno-prawnych podpisano z pielęgniarkami i położnymi w województwach: świętokrzyskim, podkarpackim, opolskim.

5.2.2. Udzielanie świadczeń pielęgniarskich/położniczych na podstawie umowy z płatnikiem świadczeń zdrowotnych

W przypadku prowadzenia przez pielęgniarkę/położną praktyki samodzielnej lub praktyki grupowej, może się ona ubiegać o zawarcie umowy cywilnoprawnej z dysponentem środków na realizację świadczeń pielęgniarskich/położniczych.

Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej świadczące usługi pielęgniarskie lub położnicze (w zakresie kompetencji pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej czy położnej środowiskowej) zakładane są na ogół przez dwie – trzy pielęgniarki tworzące spółkę cywilną, a pozostałe pielęgniarki są zatrudniane w oparciu o umowę o pracę jako personel najemny. Tworzenie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej przez pielęgniarki prowadzi więc do pewnego zróżnicowania statusu w tej grupie zawodowej. Część pielęgniarek staje się kierownikami, czy udziałowcami zakładów, a inne są najemnym personelem medycznym [63].

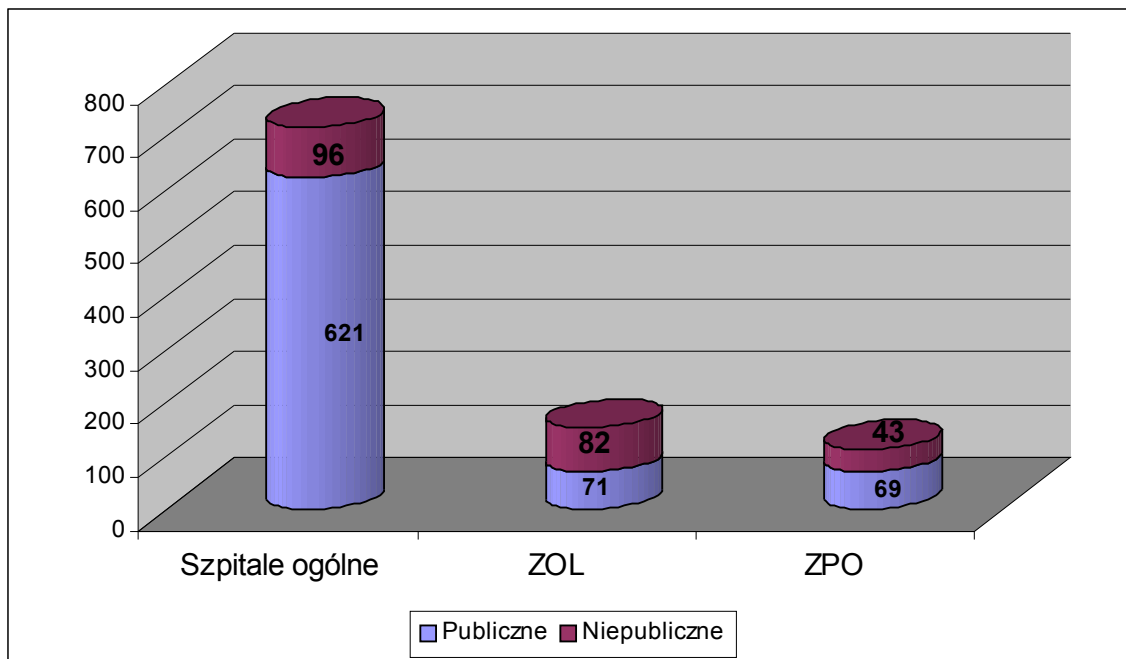
6. Świadczenie usług w formie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej

Porównanie liczby publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w kolejnych latach wskazuje na wyraźny trend zwieszania się udziału zakładów niepublicznych w ogólnej liczbie zakładów, zwłaszcza w zakresie leczenia ambulatoryjnego. W analizowanym okresie czasu (1999-2001) następował dynamiczny rozwój sektora niepublicznego, głównie w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w końcu 2001r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej funkcjonowało ogółem 2.201 przychodni publicznych (o 498 mniej niż w 2000r.), 3.575 przychodni niepublicznych (o 589 więcej niż w 2000r.) [18]. W sektorze niepublicznym dynamicznie zwiększała się także liczba praktyk lekarskich, praktyk specjalistycznych (indywidualnych i grupowych). W 2000r. było w miastach łącznie 4.211 takich praktyk lekarskich, w 2001r. liczba ta zwiększyła się do 5.136. Na wsi liczba praktyk lekarskich wzrosła z 869 w 2000r. do 1.283 w roku 2001 [18].

Szczegółowe informacje na temat liczby pracowników medycznych zatrudnionych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej przedstawiono w tabelach 7, 8, 9 w aneksie (stan na dzień 31.XII.2001r). Z informacji tych wynika, że ok. 27% lekarzy, 53% stomatologów, 17% pielęgniarek i 17% położnych pracuje w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

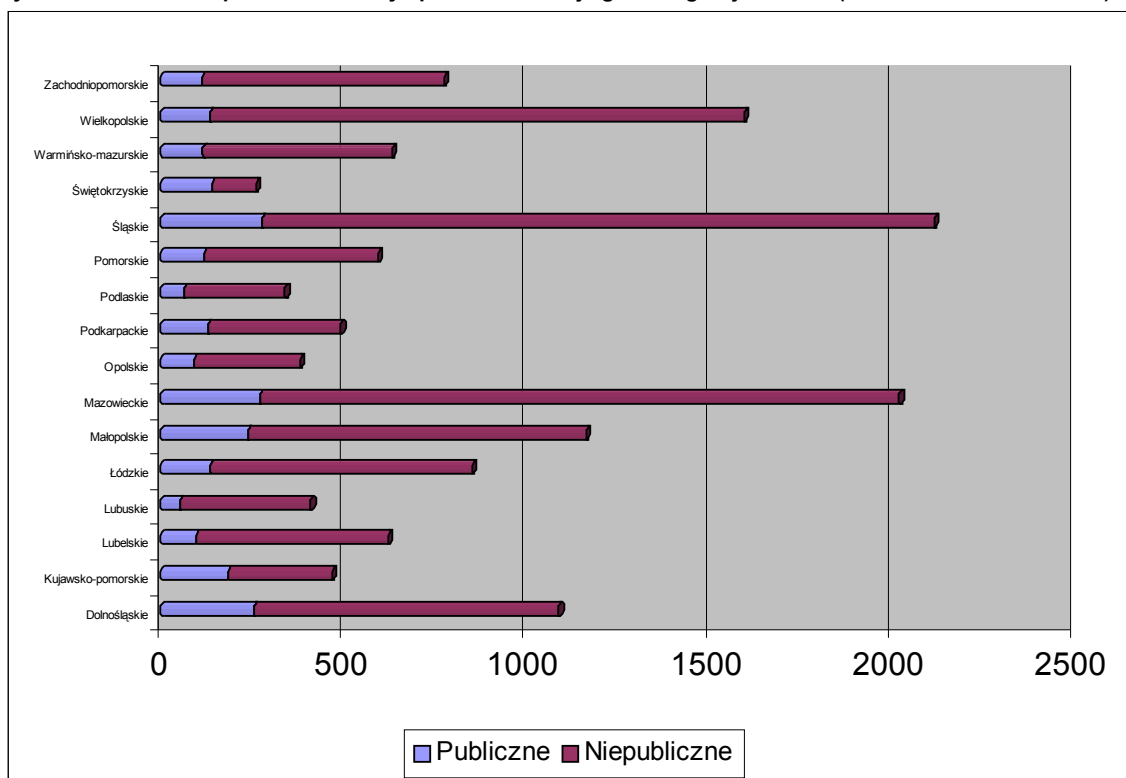
Według danych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji przygotowanych na podstawie rejestru wojewodów na koniec 2001r. w Polsce funkcjonowało **2.420** publicznych oraz **11.378** niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wśród 717 szpitali ogólnych, szpitali niepublicznych było 96 (tj. 13,4%).

Rys.11. Publiczne i niepubliczne zakłady stacjonarnej opieki zdrowotnej (stan na 31.XII.2001r).



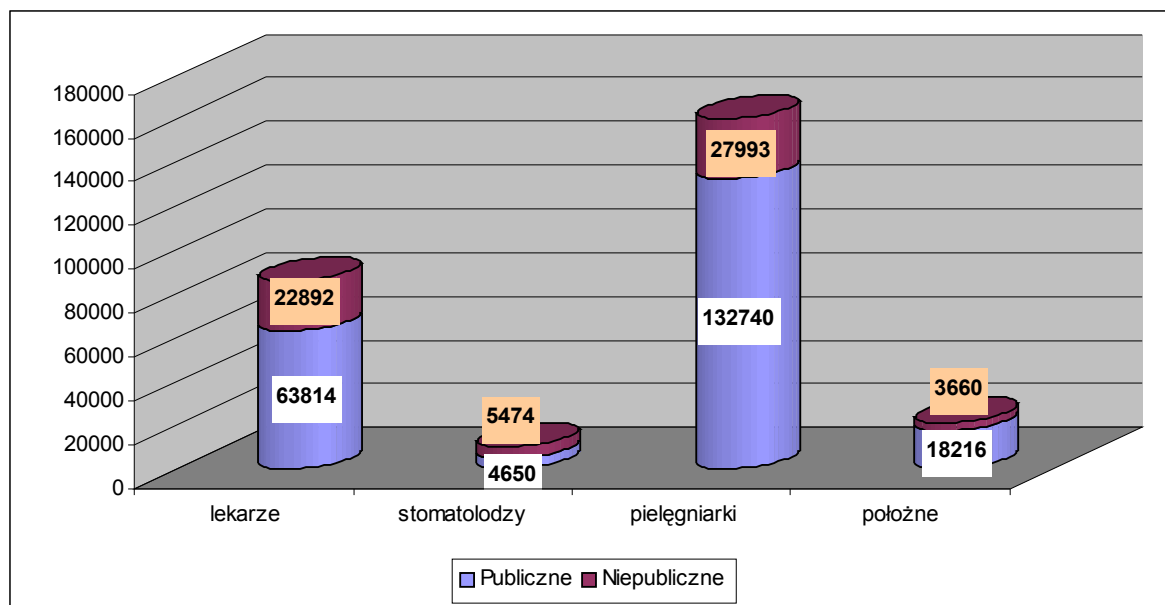
Źródło danych: MSWiA na podstawie rejestru wojewodów

Rys.12. Publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej ogółem wg województw (stan na dzień 31.XII.2001r.)



Źródło danych: MSWiA na podstawie rejestru wojewodów

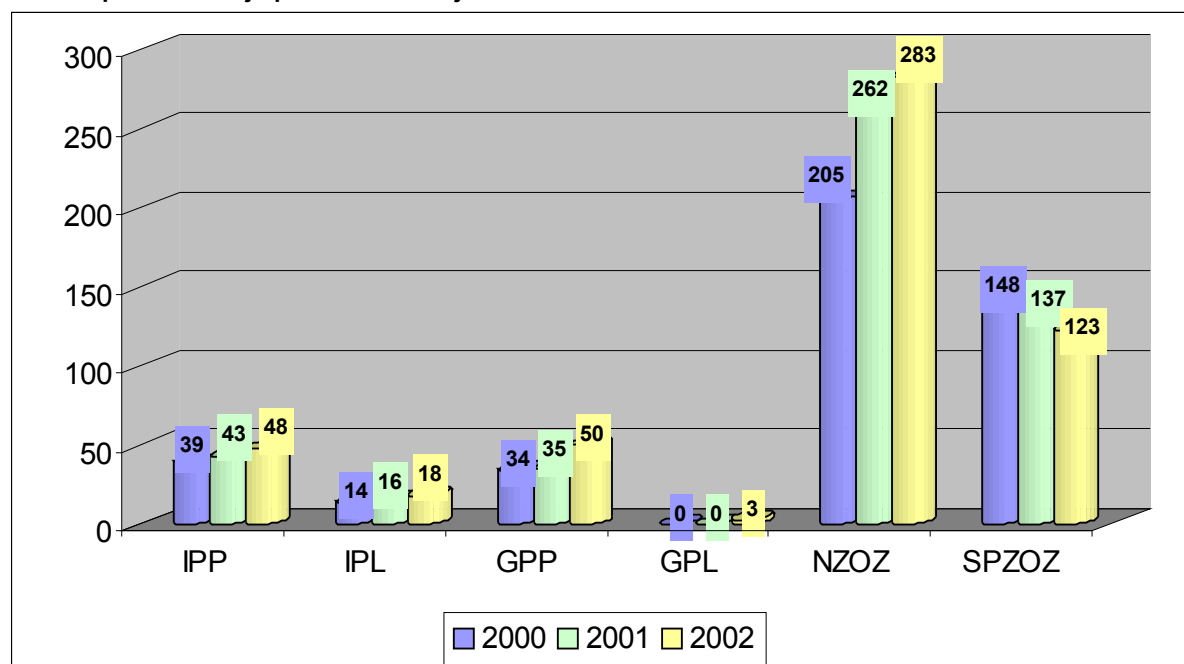
Rys.13. Zatrudnienie pracowników medycznych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej - 2001r.



Źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (MZ 88 o zatrudnieniu w zakładach opieki zdrowotnej, stan na dzień 31.XII.2001).

W kolejnych latach zwiększał się udział sektora niepublicznego w realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Na rysunkach 14 do 17 przedstawiono dane dotyczące liczby kontraktów zawieranych przez Małopolską Regionalną Kasę Chorych w latach 2000-2002 z poszczególnymi grupami świadczeniodawców w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii.

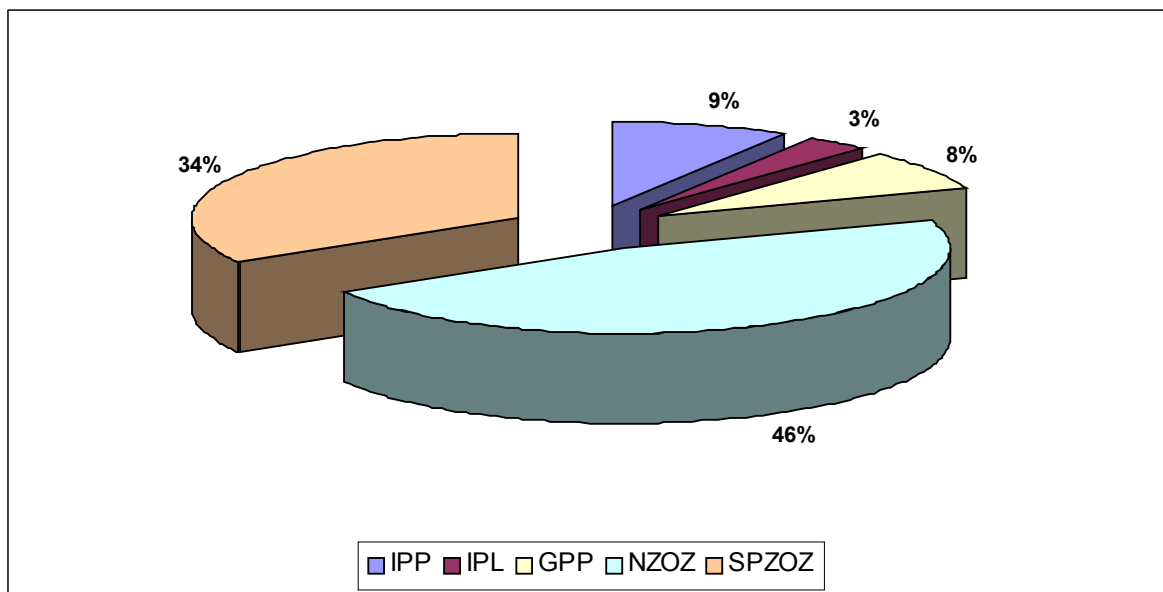
Rys. 14. Liczba umów zawartych przez Małopolską Regionalną Kasę Chorych w latach 2000-2002 w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.



Źródło danych: Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Legenda: IPP – indywidualna praktyka pielęgniarska, IPL – indywidualna praktyka lekarska, GPP – grupowa praktyka pielęgniarska, GPL – grupowa praktyka lekarska, NZOZ- niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, SPZOZ – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

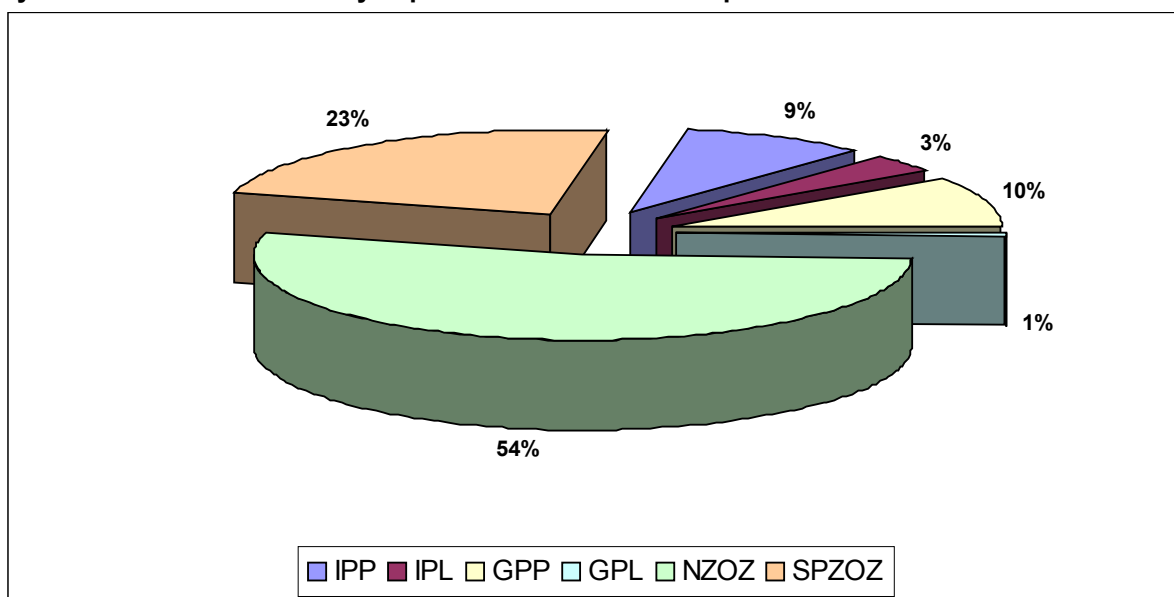
Rys. 15. Liczba umów zawartych przez MRKCh w zakresie poz w 2000r.



Źródło danych: Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Legenda: **IPP** – indywidualna praktyka pielęgniarska, **IPL** – indywidualna praktyka lekarska, **GPP** – grupowa praktyka pielęgniarska, **GPL** – grupowa praktyka lekarska, **NZOZ**- niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, **SPZOZ** – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

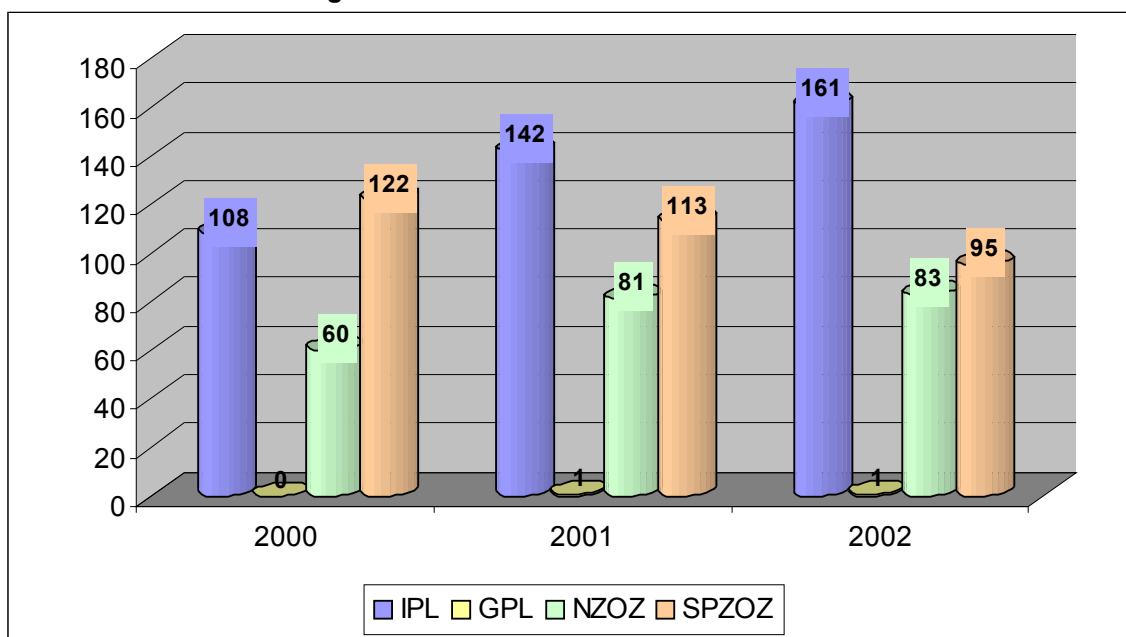
Rys. 16. Liczba umów zawartych przez MRKCh w zakresie poz w 2002r.



Źródło danych: Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Legenda: **IPP** – indywidualna praktyka pielęgniarska, **IPL** – indywidualna praktyka lekarska, **GPP** – grupowa praktyka pielęgniarska, **GPL** – grupowa praktyka lekarska, **NZOZ**- niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, **SPZOZ** – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

Rys. 17. Liczba umów zawartych przez Małopolską Regionalną Kasę Chorych w latach 2000 - 2002 w zakresie stomatologii.



Źródło danych: Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Legenda: IPP – indywidualna praktyka pielęgniarska, IPL – indywidualna praktyka lekarska, GPP – grupowa praktyka pielęgniarska, GPL – grupowa praktyka lekarska, NZOZ- niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, SPZOZ – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

W kolejnych latach zwiększał się także udział podmiotów niepublicznych świadczących usługi z zakresu specjalistyki, opieki stacjonarnej świadczeń opiekuńczo-leczniczych (opieka długoterminowa). Liczbę umów zawartych na te świadczenia przez MRKCh w latach 2000-2002 przedstawiono w załączniku nr 4 w aneksie.

Analiza liczby kontraktów zawieranych przez MRKCh w latach 2000-2002 prowadzi do następujących wniosków:

- w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej nastąpił istotny wzrost liczby kontraktów zawieranych z NZOZ-ami (wzrost z 205 do 283 tj. o 38%) i grupowymi praktykami pielęgniarskimi (wzrost z 34 do 50 tj. o 47%),
- kontrakty zawierane z NZOZ-ami stanowiły w 2002r. 54% ogółu liczby kontraktów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, kontrakty z SPZOZ-ami stanowiły 23%,
- w zakresie stomatologii nastąpił wzrost liczby kontraktów z indywidualnymi praktykami lekarskimi (wzrost ze 108 do 161 tj. o 49%) i NZOZ-ami (wzrost z 60 do 83 tj. o 38%), zmniejszyła się natomiast liczba kontraktów zawieranych z SPZOZ-ami (spadek ze 122 do 95 tj. o 22%), co związane było z prywatyzacją zakładów,
- w zakresie specjalistyki w 2000r. zwiększył się udział NZOZ-ów (170 podmiotów), oraz indywidualnych praktyk lekarskich (27), zmniejszyła się liczba kontraktów z SPZOZ-ami (spadek ze 133 do 129),
- w zakresie leczenia szpitalnego w 2002 r. zawarto 20 umów z NZOZ-ami (tj. o 9 umów więcej niż w 2000r.) oraz 71 umów z SPZOZ-ami (tj. o 5 umów mniej niż w 2000r.),

- wśród umów zawartych w 2002r. z zakładami opiekuńczo-leczniczymi było 16 zakładów niepublicznych (o 6 więcej w porównaniu do roku 2000) oraz 3 zakłady publiczne.

7. Zmiany w wynagradzaniu pracowników

Wynagrodzenia w służbie zdrowia w Polsce nigdy nie były wysokie, dlatego wielkie nadzieje wiązano z reformą powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Autorzy reformy podkreślali, że personel medyczny powinien być dobrze opłacany i m.in. na taki efekt miała być ukierunkowana reforma.

Wynagradzanie pracowników opieki zdrowotnej ma istotne znaczenie dla systemu opieki zdrowotnej. Z jednej strony należy pamiętać, że koszty osobowe stanowią kluczową pozycję w całkowitych kosztach funkcjonowania każdego zakładu opieki zdrowotnej, z drugiej strony rażąco niskie wynagrodzenia pracowników powodują ich rosnące frustracje i brak motywacji do pracy. Problem wynagradzania pracy lekarzy i pielęgniarek powinien być więc w odpowiedni sposób uregulowany i pracownicy służby zdrowia mają prawo domagania się tych regulacji stosując wszelkie legalne formy nacisku na pracodawców, na kierownictwo resortu zdrowia i rząd, nie naruszając przy tym należytej opieki medycznej dla pacjentów [64]. Wyróżnia się cztery podstawowe systemy wynagradzania świadczeniodawców usług medycznych [91]:

1. opłata stała (pensja),
2. opłata za usługę (fee-for-service),
3. opłata za objęcie opieką (kapitacja),
4. opłata za przypadek.

Zasady wynagradzania pracowników opieki zdrowotnej w formie stałej pensji regulowane są kilkoma przepisami prawnymi. Część elementów wynagrodzenia została unormowana w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (wynagrodzenie za dyżury medyczne, wynagrodzenie za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, dodatkowego wynagradzania z tytułu pracy w systemie zmianowym, dodatku za pracę w zespole wyjazdowym pogotowia ratunkowego oraz w pogotowiu ratunkowym poza zespołem wyjazdowym). Zgodnie z art. 40 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zasady wynagradzania pracowników w zakładach prowadzonych w formie jednostki budżetowej lub zakładu budżetowego określa w drodze Rozporządzenia Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Pracy i Polityki Społecznej. Obecnie obowiązującym aktem prawnym regulującym te kwestie jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 czerwca 1999r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej²⁴. Należy w tym miejscu podkreślić, że rozporządzenie to nie dotyczy pracowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Warunki wynagradzania pracowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak również niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej powinny być ustalane zgodnie z art. 77 kodeksu pracy, czyli w układzie zbiorowym pracy lub w zakładowym regulaminie wynagradzania (jeżeli w zakładzie nie ma podpisanego układu zbiorowego) [42]. W układzie zbiorowym pracy lub regulaminie pracy powinna być ustalona stawka wynagrodzenia zasadniczego pracowników, wyrażona kwotą miesięczną lub godzinową dla poszczególnych rodzajów pracy bądź na

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 czerwca 1999r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz. U. 1999, Nr 52, poz.43.

konkretnych stanowiskach. Ponadto w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej wyróżnia się następujące dodatkowe wynagrodzenia do stawki zasadniczej:

1. **dodatkowe wynagrodzenie za pracę w porze nocnej** - wynosi co najmniej 65% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy w porze nocnej, oraz co najmniej 45% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz w dni dodatkowo wolne od pracy. Dotyczy to tylko tych pracowników, którzy spełniają następujące kryteria: wykonują zawody medyczne, pracują w zakładach przeznaczonych dla osób, których stan zdrowia wymaga opieki całodobowej oraz są zatrudnieni w systemie zmianowym.
2. **dodatek za pracę w pogotowiu ratunkowym** – dodatek dla pracowników medycznych za każdą przepracowaną godzinę w pogotowiu ratunkowym, w przypadku pracy w zespole wyjazdowym – 30% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, poza zespołem wyjazdowym – 20% wynagrodzenia zasadniczego za każdą przepracowaną godzinę.
3. **wynagrodzenie za dyżury medyczne** – dotyczy tylko pracowników z wyższym wykształceniem wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w zakładach dla osób wymagających całodobowej opieki. Wynagrodzenie to wynosi minimum:
 - a. 130% stawki godzinowej za każdą godzinę dyżuru w porze dziennej w dniu roboczym,
 - b. 165% stawki godzinowej za każdą godzinę dyżuru w porze nocnej w dniu roboczym,
 - c. 200% stawki godzinowej za każdą godzinę dyżuru w porze dziennej lub nocnej pełnionego w niedzielę lub święto.
4. **wynagrodzenie za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń** – (art. 32k. ust.2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) – wynosi 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego.
5. **dodatek za wysługę lat** – (art. 62d ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) – dodatek w wysokości 5% miesięcznego wynagrodzenia po przepracowaniu 5 lat pracy, dodatek wzrasta o 1% po każdym przepracowanym roku aż do 20% miesięcznego wynagrodzenia.

Ponadto pracownikom SPZOZ przysługuje także ustawowo nagroda jubileuszowa (po przepracowaniu 20, 25, 30, 35 i 40 lat) oraz jednorazowa odprawa z tytułu przejścia na emeryturę lub rentę (w wysokości 1, 2, 3 –krotności wynagrodzenia po przepracowaniu odpowiednio 5, 15 i 20 lat pracy).

„Ustawa 203”²⁵ – podwyżka wynagrodzenia o 203 zł.

W grudniu 2000 r. w kraju wybuchły protesty pielęgniarek i położnych, domagających się podwyżek płac. Pod presją strajków i demonstracji Rząd skierował do Sejmu projekt ustawy (o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie przyrostu kształtowania wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej), gwarantującej pracownikom samodzielnych

²⁵ Ustawa z dnia 22 grudnia 2000r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 5, poz. 45.

publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zatrudniających powyżej 50 pracowników. (a więc przede wszystkim szpitalom), podwyżki przez dwa kolejne lata o min. 203 zł. Zapisy tej ustawy w większości zakładów opieki zdrowotnej nie zostały zrealizowane z dwóch powodów: 1) wadliwej konstrukcji ustawy, która spowodowała wątpliwości interpretacyjne, 2) braku pieniędzy. Parlament uchwalając ustawę nie wskazał źródła finansowania. Dyrektorzy szpitali ostrzegali, że nie będą wypłacali podwyżek, bo nie ma na nie dodatkowych pieniędzy z kas chorych. Ministerstwo Zdrowia twierdziło, że pieniądze na podwyżki w kasach chorych są, dzięki wysokiej ściągłości składki w 2001r. (do kas miało wpłynąć o ponad miliard złotych więcej, niż przewidywały plany). Kasy powinny więc re negocjować kontrakty ze szpitalami. Federacja Związków Pracodawców ZOZ RP wystąpiły do Sądu o kontrolę poprawności przepisów ustawy [51]. Federacja zarzuciła ustawodawcy, że nie wskazuje adresata, który miałby wypłacać podwyżki, nie precyzuje źródła ich finansowania i nie określa mechanizmów przekazywania środków finansowych. Ciężar finansowania podwyżki wynagrodzenia przyznanej określonej grupie społecznej nie może obciążać samodzielnych podmiotów, jakimi są publiczne zakłady opieki zdrowotnej i kasy chorych. Przepis ten narusza także reguły dialogu społecznego, zaufania do państwa i stanowionego prawa. Szacuje się, że podwyżki wypłaciło ok. 38 proc. pracodawców. Według danych Ministerstwa Zdrowia, na realizację zapisów ustawy w skali kraju tylko w 2001r. i w pierwszej połowie 2002r. potrzebna była kwota ok. 1,7mld zł. Pielęgniarki i położne złożyły w sądach pracy ok. 10.000 pozwów. Z orzeczeń Sądu Najwyższego oraz Trybunału Konstytucyjnego wynika jasno, że indywidualne roszczenia pielęgniarek i położnych przed sądami pracy dotyczące wyegzekwowania podwyżek są w pełni uzasadnione. Ponadto pozwy składane były także przez pracodawców. Trybunał Konstytucyjny orzekł, że konsekwencje finansowe ustawy ponoszą wspólnie pracodawca i płatnik, czyli kasy chorych, których następcą prawnym jest Narodowy Fundusz Zdrowia²⁶.

²⁶ wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18.12.2002r. sygn. Akt K 43/01 – Dz .U. Nr 1, poz. 14 z 2003.

Tabela 7. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w ochronie zdrowia i opiece społecznej w Polsce latach 1998-2001.

| | Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w kraju | Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w ochronie zdrowia i opiece społecznej |
|------|---|--|
| 1998 | 1232,69 | 1002,79 |
| 1999 | 1697,12 | 1341,05 |
| 2000 | 1893,74 | 1479,99 |
| 2001 | 2011,22 | 1595,47 |

Źródło: Rocznik Statystyczny GUS, 1999, 2001

Tabela 8. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w ochronie zdrowia i opiece społecznej wg sektora własności.

| | Przeciętne miesięczne wynagrodzenie – sektor publiczny | Przeciętne miesięczne wynagrodzenie sektor prywatny |
|------|--|---|
| 1998 | 1003,35 | 986,20 |
| 1999 | 1345,18 | 1240,46 |
| 2000 | 1489,98 | 1331,46 |
| 2001 | 1658,86 | 1460,60 |

Źródło: Rocznik Statystyczny GUS, 1999, 2001

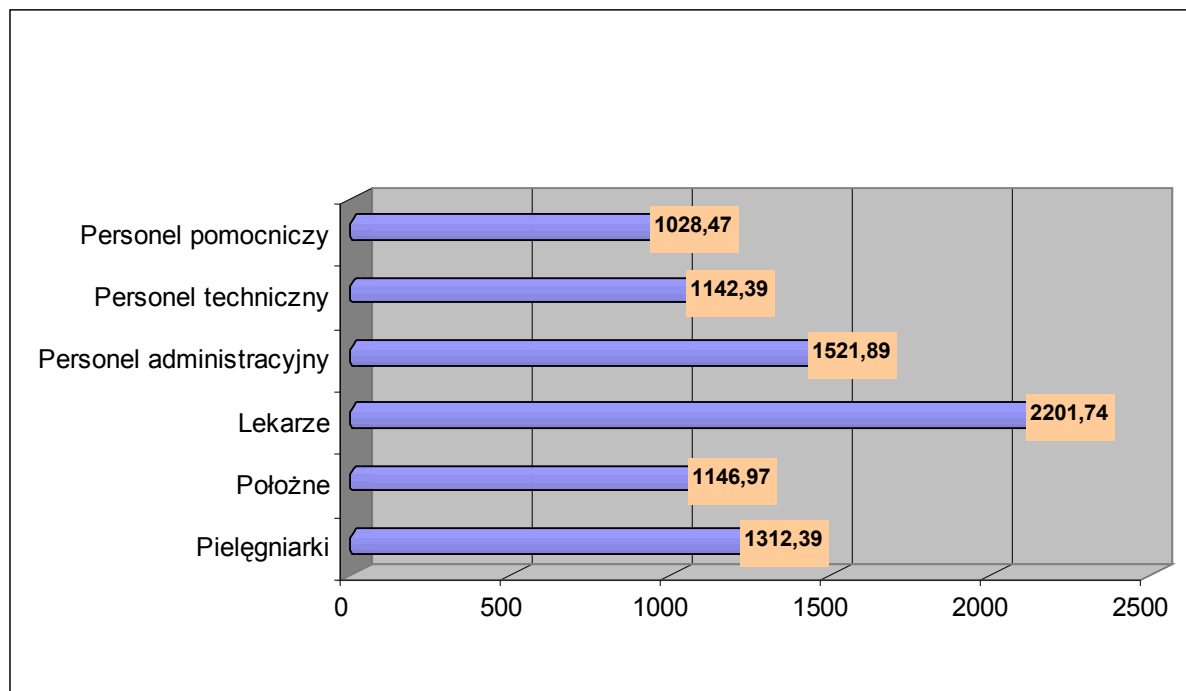
Z danych przedstawionych w powyższych tabelach wynika, że przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto pracowników zatrudnionych w ochronie zdrowia i opiece społecznej stanowi ok. 0,80 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w kraju. Podobne wskaźniki obserwuje się także w innych krajach OECD, np. Niemcy – 0,76, Węgry - 0,74, Włochy – 0,85, Austria - 1.00 [71]. Deklarowane przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w sektorze niepublicznym jest o ok. 10% niższe w porównaniu do sektora publicznego.

Tabela 9. Zarobki poszczególnych grup zawodowych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej województwa małopolskiego (kwoty średnie w zł).

| Lp. | Grupa zawodowa | Średnie wynagrodzenie brutto | Płaca zasadnicza | Wysługa lat | Dyżury | Dodatek nocny i świąteczny | Kontrakty | Premie | Inne |
|-----|--------------------------|------------------------------|------------------|-------------|--------|----------------------------|-----------|--------|--------|
| 1. | Pielęgniarki | 1312,39 | 973,16 | 161,56 | 100,00 | 123,74 | - | 129,55 | 87,36 |
| 2. | Położne | 1146,97 | 888,66 | 142,26 | 90,38 | 173,63 | - | 111,62 | 51,36 |
| 3. | Lekarze | 2201,74 | 1457,98 | 184,66 | 630,98 | 47,78 | 1307,50 | 206,96 | 166,03 |
| 4. | Personel administracyjny | 1521,89 | 1154,08 | 181,54 | - | 38,82 | - | 156,35 | 95,46 |
| 5. | Personel techniczny | 1142,39 | 905,44 | 143,05 | 108,55 | 70,78 | - | 113,51 | 46,07 |
| 6. | Personel pomocniczy | 1028,47 | 800,12 | 134,35 | 114,36 | 62,35 | - | 97,20 | 53,50 |

Źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego: „Analiza zatrudnienia pracowników publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej województwa małopolskiego”, Kraków, kwiecień 2001

Rys.18. Średnie wynagrodzenie brutto pracowników w publicznych zakładach opieki zdrowotnej województwa małopolskiego.



Źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego: „Analiza zatrudnienia pracowników publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej województwa małopolskiego”, Kraków, kwiecień 2001

Tabela 10. Zarobki poszczególnych grup zawodowych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej województwa małopolskiego.

| Lp. | Liczba osób | do 954 zł | 955 zł - 1430 zł | 1431 zł - 1906 zł | 1907 zł – 2382 zł | powyżej 2382 zł |
|-----|--------------------------|---------------|------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| 1. | Pielęgniarki | 1389 (16%) | 5875 (67%) | 1360 (15%) | 120 (1%) | 53 (1%) |
| 2. | Położne | 189 (16%) | 828 (69%) | 173 (14%) | 7 (1%) | 1 (0,3%) |
| 3. | Lekarze | 273 (7%) | 929 (24%) | 897 (23%) | 767 (20%) | 1061 (27%) |
| 4. | Personel administracyjny | 446 (22%) | 894 (44%) | 356 (18%) | 145 (7%) | 180 (9%) |
| 5. | Personel techniczny | 801 (40%) | 943 (48%) | 188 (9%) | 23 (1%) | 27 (91%) |
| 6. | Personel pomocniczy | 3507 (53%) | 2778 (42%) | 279 (4%) | 54 (1%) | 28 (0,5%) |

Źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego: „Analiza zatrudnienia pracowników publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej województwa małopolskiego”, Kraków, kwiecień 2001

Tabela 11. Zarobki poszczególnych grup zawodowych w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej województwa małopolskiego.

| Lp. | Liczba osób | do 954 zł | 955 zł - 1430 zł | 1431 zł - 1906 zł | 1907 zł – 2382 zł | powyżej 2382 zł |
|-----|--------------------------|----------------|------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| 1. | Pielęgniarki | 115 (69,3%) | 40 (24,1%) | 11 (6,6%) | 0 | 0 |
| 2. | Położne | 9 (82%) | 1 (9%) | 1 (9%) | 0 | 0 |
| 3. | Lekarze | 81 (42,4%) | 82 (42,9%) | 20 (10,5%) | 6 (3,2%) | 2 (1,0%) |
| 4. | Personel administracyjny | 18 (40%) | 21 (47,7%) | 3 (6,8%) | 2 (4,5%) | 0 |
| 5. | Personel techniczny | 4 (66%) | 2 (34%) | 0 | 0 | 0 |
| 6. | Personel pomocniczy | 47 | 14 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | |
|--|--|-------|-------|--|--|--|
| | | (77%) | (23%) | | | |
|--|--|-------|-------|--|--|--|

Źródło: Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego: „Analiza zatrudnienia pracowników publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej województwa małopolskiego”, Kraków, kwiecień 2001

8. Minimalne normy zatrudnienia

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej daje Ministrowi Zdrowia delegację do określania zasad ustalania minimalnych norm zatrudniania na podstawie rozporządzenia. Obecnie funkcjonuje tylko Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej²⁷.

Istotą metody określania norm zatrudnienia jest rejestracja przez określony czas, reprezentatywny dla zmiennego w czasie obciążenia pracą, możliwie wszystkich elementów pracy pielęgniarek w komórce organizacyjnej, a następnie przeliczenie zanotowanego łącznego czasu opieki na etaty, z uwzględnieniem efektywnego czasu pracy pielęgniarki [100].

Praktycznie, głównym czynnikiem uwzględnianym w obliczeniach norm zatrudnienia jest liczba i rodzaj oraz czas wykonywania świadczeń przez pielęgniarkę. Sposób obliczenia normy zatrudnienia określa poniższy wzór:

$$E = \frac{\text{łączny zanotowany czas opieki bezpośredniej i pośredniej za okres obserwacji}}{\text{efektywny zaobserwowany czas pracy za ten sam okres, uzyskany z 1 uśrednionego etatu}}$$

Wynik dzielenia tych dwóch wartości jest wstępną liczbą etatów zapewniających wykonanie świadczeń zanotowanych w okresie obserwacji. Uzyskany w ten sposób wynik powinien być skorygowany (o ok. 10%) na podstawie takich kryteriów jak:

1. wskaźnik średniego wykorzystania łóżek w ciągu 12 miesięcy (w przypadku wysokiego wskaźnika możliwe jest zwiększenie liczby etatów),
2. wskaźnik średniego czasu leczenia (jako wskaźnik odwrotnie proporcjonalny do obciążenia pracą pielęgniarek).

Zgodnie z rozporządzeniem, za ustalenie norm zatrudnienia odpowiedzialny jest kierownik zakładu, który podejmuje decyzje o ustanowieniu norm po przeprowadzeniu stosownych konsultacji z kierownikami komórek organizacyjnych, samorządem pielęgniarek i położnych oraz związkami zawodowymi.

Rozporządzenie jest dla środowiska pielęgniarek pewnego rodzaju szansą na obiektywne określenie nakładu pracy, określenia realnego zapotrzebowania na pracę pielęgniarki. Nie podjęto jednak starań o przygotowanie analogicznych narzędzi definiujących normy zatrudniania kolejnych grup zawodowych pracowników ochrony zdrowia.

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U.1996, Nr 111, poz. 1314.

9. Outsourcing jako narzędzie restrukturyzacji zatrudnienia

Pojęcie „outsourcing” (*z ang. – outside-resource-using*) można tłumaczyć jako wykorzystanie źródeł zewnętrznych. Przedsięwzięcia outsourcingu, jako wpływające na zmianę struktury organizacyjnej zakładu i jego kontaktów z otoczeniem mają charakter działań restrukturyzacyjnych. Są zorientowane na kształtowanie struktury organizacyjnej zakładu, ograniczenie zatrudnienia, zmniejszenie liczby komórek i stanowisk organizacyjnych, zmniejszenie liczby szczebli kierowania. Dzięki tym zabiegom „odchudzona” struktura organizacyjna zakładu staje się bardziej elastyczna, zdolna do szybszych reakcji na zmiany zachodzące w otoczeniu. Przedsięwzięcia tego rodzaju określane są w literaturze jako: 1) *shrinking* - kurczenie się organizacji, 2) *downsizing* - zmniejszanie organizacji, 3) *deleyering* - ograniczenie liczby szczebli zarządzania, 4) *spin off* - rozpinanie struktury [85]:

W regionalnych programach restrukturyzacyjnych omawianych szerzej w rozdziale nr III niniejszej pracy, często wskazywano outsourcing jako narzędzie wspomagające restrukturyzację zakładów opieki zdrowotnej, w głównej mierze w odniesieniu do zaplecza logistycznego (pralnia, kuchnia), oraz tworzenia regionalnych centrów (np. centralnych laboratoriów) [62].

Stosowanie outsourcingu jako narzędzia restrukturyzacji, prócz redukcji zatrudnienia w zakładach sprowadza się również do takiego ukształtowania struktury organizacyjnej, aby w najlepszy sposób zapewniała możliwość reagowania na zmiany zachodzące w otoczeniu. W szczególności sprowadza się to do „odchudzenia” struktur, optymalizacji rozpiętości kierowania i jasnego określenia hierarchii służbowej. Wydzielenie ze struktur komórek organizacyjnych, których obszarem działań są funkcje pomocnicze pozwala organizacji skupić się na jej głównym celu funkcjonowania. Na ogół w ramach outsourcingu przekazywana jest na zewnątrz działalność pomocnicza zakładów. W przypadku zakładów opieki zdrowotnej, które ze względu na ograniczenia finansowe nie dokonywały nakładów na odbudowę infrastruktury technicznej, a obecnie nie mają wystarczającej ilości środków na konieczne remonty czy inwestycje, outsourcing pozwala na ominięcie bariery finansowej i pozyskanie odpowiednich nakładów inwestycyjnych wnoszonych przez podmioty zewnętrzne w zamian za możliwość świadczenia usług dla tych zakładów [36].

W przypadku zakładów opieki zdrowotnej najczęściej stosuje się outsourcing w odniesieniu do takich usług jak:

- **sprzątanie pomieszczeń** – co pozwala na lepszą organizację pracy oraz lepszą kontrolę i nadzór nad pracownikami w firmach zewnętrznych,
- **usługi pralnicze** – utrzymanie własnej pralni w zakładzie okazuje się zwykle nieopłacalne ze względu na znaczny stopień zużycia zasobów technologicznych pralni przyszpitalnych, konieczność modernizacji istniejących pralni w związku ze zmieniającymi się przepisami w zakresie wymogów, jakie powinny być spełnione w procesie prania [36].
- **przygotowywanie posiłków** – ze względu na słabą bazę technologiczną kuchni i brak środków na jej modernizację. Większość placówek wymaga przeprowadzenia gruntownych remontów budowlanych oraz wymiany zaplecza technologicznego wraz z najbardziej zaniedbanym

elementem jakim jest dystrybucja. Gdy warunki techniczne nie spełniają koniecznych wymogów istnieje zagrożenie zamknięcia kuchni przez Inspekcję Sanitarną, stąd konieczność inwestycji w wyeksploatowane zasoby kuchni szpitalnych lub outsourcing.

- **ochrona mienia** - w przypadku gdy usługi ochroniarskie pełni specjalistyczna firma ponosi ona pełną odpowiedzialność za nadzorowane mienie. Istnieje również możliwość wykorzystania tych firm do specyficznych zadań, np. do konwoju gotówki.
- **gospodarka odpadami** - spalanie odpadów powinno być dokonywane w spalarniach ze względu na emisję szkodliwych związków, należy się spodziewać, iż z chwilą rygorystycznego przestrzegania przepisów, zakłady opieki zdrowotnej będą musiały koniecznie neutralizować odpady medyczne w spalarniach. W wyniku braku urządzeń spełniających odpowiednie normy zmuszone będą do kontraktowania tych usług podmiotom zewnętrznym.
- **prace remontowo konserwacyjne, obsługa kotłowni CO** - usługi te dotyczą prac związanych z zabezpieczeniem sprawności technicznej: budynków, wyposażenia, urządzeń, instalacji elektrycznej, sanitarnej, wentylacyjnej, urządzeń dźwigowych, robót ogólnobudowlanych, sanitarnych, elektrycznych, obsługi urządzeń i instalacji gazów medycznych, obsługi ujęć wody, prac stolarskich, malarskich, murarskich, hydraulicznych, mechanicznych i ślusarskich.
- **usługi transportowe** - kontraktowanie usług transportu sanitarnego pozwala ograniczyć koszty związane z utrzymaniem własnego taboru komunikacyjnego. Konkurencja pomiędzy podmiotami prywatnymi i Kolumnami Transportu Sanitarnego wpływa na obniżenie kosztów usługi, co skłania zakłady do rezygnacji z własnej bazy transportowej i kontraktowania tego typu usług z podmiotami zewnętrznymi.
- **technologie medyczne** - w przypadku organizacji zasobów aparatury medycznej można wyróżnić dwie sytuacje: 1) całkowite wydzielenie określonych procedur diagnostycznych na zewnątrz, 2) zlecenie wyłącznie utrzymania w sprawności aparatury medycznej.
- **technologie informacyjne** - jedną z najważniejszych i najistotniejszych przesłanek przemawiających za oddaniem w outsourcing części informatyczno - informacyjnej szpitala jest pewność, że usługa zostanie wykonana profesjonalnie i jednocześnie zagwarantowany będzie stały dostęp do najnowocześniejszych rozwiązań z branży IT.
- **kontrakty menedżerskie** – zagadnienie szerzej omówione w punkcie nr 3 niniejszego rozdziału. W tym miejscu należy jednak podkreślić, że samo oddanie zarządzania zakładem na zasadach outsourcingu, wpływa również na stosowanie outsourcingu w stosunku do innych obszarów działalności. Z reguły w zakładach opieki zdrowotnej, gdzie kierownik zatrudniany jest na podstawie kontraktu menedżerskiego, częściej podejmowane są decyzje o wydzieleniu poszczególnych funkcji podmiotom zewnętrznym na zasadach outsourcingu. W poniższej tabeli przedstawiono wyniki badań przeprowadzonych w tym obszarze [34].

Tabela 12. Zakup usług obcych w zależności od formy zatrudnienia dyrektora

| Obszar działalności | Kontrakt | Quasi kontrakt | Etat |
|---------------------|----------|----------------|--------|
| Sprzątanie | 50,00% | 23,08 % | 41,67% |
| Kuchnia | 66,67% | 15,38 % | 25,00% |
| Dozór mienia | 66,67% | 7,69% | 41,67% |
| Dział techniczny | 66,67% | 30,77 % | 16,67% |
| Inne | 83,33% | 61,54% | 58,33% |

Źródło: Kautsch M., Klich J., Styło W., Kopeć B., Struś M., Więckiewicz M., Zakłady opieki zdrowotnej: analiza praktyk zarządczych i ich efektów w zależności od formy zatrudnienia dyrektora, Raport z badań dla Ministerstwa Zdrowia, Kraków 2001.

Outsourcing w zakładach opieki zdrowotnej staje się rozwiązaniem coraz chętniej stosowanym przez dyrekcje zakładów, ponieważ z jednej strony pozwala na obniżenie kosztów funkcjonowania, z drugiej zaś strony ułatwia rozwiązanie problemów, które niejednokrotnie bez wejścia zewnętrznego kapitału byłyby przeszkodą w dostosowaniu się zakładu np. do norm sanitarnych. Wyróżnić można cztery sytuacje personelu zakładu, który wykonywał dane usługi, zanim zostały one zlecone w formie outsourcingu: 1) pracownicy zakładają spółkę i przejmują zadania, 2) zadania przejmuje firma zewnętrzna wraz z dotychczasowymi pracownikami zakładu, 3) zadania przejmuje firma zewnętrzna zatrudniając część dotychczasowych pracowników zakładu, 4) zadania przejmuje firma zewnętrzna, pracownicy zakładu zostają zwolnieni. W praktyce znane są wszystkie cztery rozwiązania, natomiast analizy wymaga częstość i zasadność ekonomiczna stosowania poszczególnych rozwiązań.

10. Zmiany systemowe w ochronie zdrowia a bezrobocie

Każdy rynek pracy w okresie transformacji systemu gospodarczego charakteryzuje się tym, że nie jest w stanie wchłonąć wszystkich osób zdolnych do pracy, zwłaszcza ludzi młodych [29].

Okres transformacji systemowych w Polsce przyniósł dwa współzależne względem siebie zjawiska: spadek zatrudnienia i pojawienie się dużej skali trwałego bezrobocia. Okres ten można podzielić na trzy wyróżniające się podokresy [74]:

1. lata 1990 – 1993 (stopa bezrobocia - 16,3% gwałtowny wzrost bezrobocia w związku z recesją gospodarczą i dostosowywaniem zakładów do funkcjonowania na wolnym rynku)
2. lata 1994 – 1997 (spadek stopy bezrobocia –10,3%, stopniowa poprawa na rynku pracy, spowolnienie procesu restrukturyzacji),
3. lata 1998 – 2000 (ponowny wzrost bezrobocia).

Proces restrukturyzacji w ochronie zdrowia i towarzysząca mu redukcja zatrudnienia w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, przypada na ostatni z powyżej przetoczonych okresów. Redukcji zatrudnienia w zakładach opieki zdrowotnej towarzyszyły takie zjawiska jak:

- przyspieszenie procesów restrukturyzacji,
- zwiększony napływ absolwentów (efekt wyżu demograficznego),
- ujawnienie się osób, które poprzez uzyskanie statusu bezrobotnego chciały uzyskać opłacanie składki na ubezpieczenie zdrowotne z budżetu państwa,
- spadek tempa przyrostu miejsc pracy, głównie w małych i średnich przedsiębiorstwach,
- mała elastyczność przepisów prawa pracy.

Na początku 2000r. Rząd przyjął do realizacji: „*Narodową Strategię Wzrostu Zatrudnienia i Rozwoju Zasobów Ludzkich w latach 2000 – 2006*” [52] oraz „*Narodowy Plan Działania na Rzecz Zatrudnienia na lata 2000-2001*” [53]. Jako główny cel planowanych działań przyjęto osiągnięcie wyższego zaangażowania ludności w procesie pracy przy równoczesnym podwyższeniu potencjału kwalifikacyjnego zasobów ludzkich. Zaplanowano następujące sposoby osiągnięcia wskazanego celu:

- rozwój jakości zasobów ludzkich,
- rozwój przedsiębiorczości,
- poprawę zdolności adaptacji przedsiębiorstw i ich pracowników do warunków zmieniającego się rynku,
- wzmocnienie polityki równości szans na rynku pracy.

Z danych GUS wynika, że przeciętne zatrudnienie w sektorze ochrony zdrowia i opieki społecznej wynosiło na dzień 31.XII.2001r. **804.156** osób i stanowiło 8,9% ogółu przeciętnego zatrudniania (9.050.216 osób), co oznacza, że sektor ten jest ważnym pracodawcą. Według informacji Departamentu Rynku Pracy, Ministerstwa Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej, liczba osób zarejestrowanych jako bezrobotne w zawodach medycznych na koniec roku 2001 wynosiła **44.405**. Wśród tych osób najliczniej reprezentowany był średni personel ochrony zdrowia (17.836), pielęgniarki i położne (15.123) oraz pomocniczy personel medyczny (5.758). W grupie lekarzy medycyny zarejestrowanych było 685 osób. Szczegółowe informacje przedstawiono poniżej w tabelach 13, 14 (oraz w tabelach 4, 5, 6 w aneksie). Analizując dane statystyczne na temat liczby osób bezrobotnych zarejestrowanych w zawodach medycznych, należy pamiętać o kilku czynnikach: niektórzy z pracowników zwalnianych z publicznych zakładów opieki zdrowotnej pracują także w gabinetach prywatnych, inni pracownicy zatrudnieni są w kilku miejscach. W takich przypadkach utrata pracy nie uprawnia ich do zarejestrowania się jako osoby bezrobotne.

Tabela 13. Bezrobotni zarejestrowani w zawodach medycznych w latach 1999-2001 (stan na 31.XII).

| | farmaceuci | lekarze dentyści | lekarze medycyny | pielęgniarki i położne | Pomocn. personel medyczny | pozostały średni personel ochrony zdrowia | specjaliści ochrony zdrowia | średni personel ochrony zdrowia | RAZEM |
|-------------|------------|------------------|------------------|------------------------|---------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------|---------------|
| 1999 | 67 | 115 | 676 | 13387 | 4569 | 2805 | 164 | 11077 | 32 860 |
| 2000 | 97 | 114 | 307 | 15263 | 5470 | 4189 | 267 | 14121 | 39 828 |
| 2001 | 89 | 112 | 685 | 15 132 | 5 789 | 4 424 | 369 | 17 836 | 44 405 |

Źródło: Departament Rynku Pracy, Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej.

Tabela 14. Bezrobotni zarejestrowani w zawodach medycznych wg województw (stan na 31.XII.2001).

| Województwa | farmaceuci | lekarze dentyści | lekarze medycyny | pielęgniarki i położne | pomocn. personel medyczny | pozostały średni personel ochrony zdrowia | specjaliści ochrony zdrowia | średni personel ochrony zdrowia | RAZEM |
|---------------------|------------|------------------|------------------|------------------------|---------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------|---------------|
| Dolnośląskie | 3 | 7 | 13 | 1 382 | 676 | 462 | 21 | 1 300 | 3 864 |
| Kujawsko-pomorskie | 4 | 3 | 23 | 978 | 366 | 199 | 18 | 1 133 | 2 724 |
| Lubelskie | 6 | 7 | 57 | 1 142 | 424 | 265 | 17 | 1 013 | 2 931 |
| Lubuskie | 1 | 1 | 9 | 375 | 236 | 197 | 10 | 296 | 1 125 |
| Łódzkie | 11 | 15 | 91 | 1 049 | 279 | 337 | 66 | 858 | 2 706 |
| Małopolskie | 1 | 11 | 56 | 1 196 | 372 | 359 | 53 | 1 660 | 3 708 |
| Mazowieckie | 14 | 14 | 73 | 1 153 | 560 | 515 | 43 | 1 475 | 3 847 |
| Opolskie | 7 | 1 | 11 | 392 | 92 | 111 | 8 | 393 | 1 015 |
| Podkarpackie | 7 | 5 | 16 | 1 247 | 248 | 202 | 17 | 1 655 | 3 397 |
| Podlaskie | 2 | 10 | 59 | 451 | 235 | 165 | 3 | 504 | 1 429 |
| Pomorskie | 8 | 7 | 69 | 738 | 420 | 260 | 11 | 925 | 2 438 |
| Śląskie | 12 | 6 | 89 | 1 436 | 509 | 519 | 36 | 2 114 | 4 721 |
| Świętokrzyskie | 4 | 6 | 15 | 781 | 56 | 104 | 10 | 804 | 1 780 |
| Warmińsko-mazurskie | 3 | 4 | 14 | 837 | 353 | 193 | 13 | 874 | 2 291 |
| Wielkopolskie | 3 | 9 | 54 | 920 | 495 | 256 | 30 | 1 664 | 3 431 |
| Zachodniopomorskie | 3 | 6 | 36 | 1 055 | 437 | 280 | 13 | 1 168 | 2 998 |
| Polska | 89 | 112 | 685 | 15 132 | 5 758 | 4 424 | 369 | 17 836 | 44 405 |

Źródło: Departament Rynku Pracy Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej.

Według danych statystycznych Departamentu Rynku Pracy, Ministerstwa Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej na koniec 2001r. zarejestrowanych było w zawodach medycznych ogółem 44.405 osób bezrobotnych (o 11.545 osób więcej w stosunku do 1999r.).

Podsumowując zagadnienia poruszone w rozdziale II należy stwierdzić, że reforma powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego spowodowała szereg zmian w uwarunkowaniach pracy pracowników ochrony zdrowia. W analizowanym okresie, nastąpił spadek wskaźników zatrudnienia przy równoczesnym wzroście poziomu bezrobocia. Coraz silniejsza jest tendencja do różnicowania i wzbogacania podstaw prawnych świadczenia pracy. Dotyczy to zarówno personelu medycznego (lekarze, pielęgniarki, położne coraz częściej świadczą pracę na podstawie umów cywilno-prawnych), kadry zarządzającej (upowszechnianie kontraktów menedżerskich), jak i pracowników gospodarczych i obsługi (outsourcing). Wśród świadczeniodawców usług zdrowotnych, zwiększa się udział podmiotów niepublicznych, realizujących świadczenia w oparciu o kontrakt z publicznym płatnikiem (zwłaszcza w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej).

ROZDZIAŁ III. RZĄDOWE PROGRAMY WSPIERAJĄCE PROCES RESTRUKTURYZACJI ZATRUDNIENIA W OCHRONIE ZDROWIA W LATACH 1999-2001

Wstęp

Przebudowa systemu ochrony zdrowia pociąga za sobą wysokie koszty społeczne i finansowe, często trudne do udźwignięcia przez zakłady opieki zdrowotnej i ich organy założycielskie. W celu wsparcia procesów restrukturyzacyjnych Ministerstwo Zdrowia w 1999r. opracowało i rozpoczęło realizację rządowego *Programu Działań Wspierających dla Pracowników Zakładów Opieki Zdrowotnej jako Element Restrukturyzacji Zatrudnienia Związany z Reformą Ochrony Zdrowia*. Program ten był kontynuowany w kolejnych latach jako Program Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2000 i 2001. Główne cele programu to: podniesienie jakości usług medycznych, wyrównanie i poprawa dostępności do świadczeń medycznych, poprawa bezpieczeństwa pacjentów oraz obniżenie kosztów świadczeń medycznych, zapobieganie dekapitalizacji majątku trwałego, unowocześnienie metod diagnostycznych, lepsza organizacja wewnątrz zakładu, wzmocnienie konkurencyjności między zakładami [55]. Działania programu ukierunkowane były na bardziej efektywne wykorzystanie zasobów systemu opieki zdrowotnej, zwłaszcza zasobów ludzkich. Działania dofinansowywane w ramach programu dotyczyły różnych przedsięwzięć, m.in. inwestycji, remontów, modernizacji. Tak więc szczególną część wyżej wymienionego programu stanowiły działania w zakresie restrukturyzacji zatrudnienia, zwane **Programem Restrukturyzacji Zatrudnienia (PRZ)**. Ze względu na społeczne znaczenie problemu restrukturyzacji zatrudnienia pracowników ochrony zdrowia i prognozowane skumulowanie skutków restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej na przełomie lat 1999/2000, łączny czas trwania programu zaplanowano na lata 1999 – 2001. W niniejszej analizie program ten został więc przedstawiony w trzech kolejnych etapach:

- **I FAZA Programu Restrukturyzacji - rok 1999,**
- **II FAZA Programu Restrukturyzacji – rok 2000,**
- **III FAZA Programu Restrukturyzacji – rok 2001.**

Wśród ogółu wniosków zgłaszanych do dofinansowania przez zakłady opieki zdrowotnej, w sposób priorytetowy traktowane były wnioski dotyczące odpraw i odszkodowań dla zwalnianych pracowników. W pierwszej kolejności dofinansowywane były te zakłady, w których dokonywano redukcji zatrudnienia na szeroką skalę (przy spełnieniu wymogów Ustawy z dnia 28 grudnia 1989r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy²⁸. Ustawa ta reguluje tryb i warunki zwolnień indywidualnych i grupowych, o ile następują one wyłącznie z winy

²⁸ Ustawa z dnia 28 grudnia 1989r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy, Dz. U. Nr 4, poz.19 w 1990.

pracodawcy. Zgodnie w ww. ustawą ze „zwolnieniami grupowymi” z przyczyn zakładu pracy mamy do czynienia wtedy, gdy powodują one konieczność jednorazowego lub w okresie nie dłuższym niż 3 miesiące, rozwiązania stosunku pracy z grupą pracowników obejmujących co najmniej 10% załogi w zakładach zatrudniających do 100 pracowników lub co najmniej 100 pracowników w zakładach zatrudniających powyżej 1.000 pracowników. Planowanie przeprowadzenia zwolnień grupowych winno być poprzedzone szczegółową analizą stanu zatrudnienia w zakładzie. Zgodnie z art. 1 ustawy, uzasadnieniem dla przeprowadzenia zwolnienia grupowego mogą być: 1) przyczyny ekonomiczne, 2) zmiany organizacyjne, 3) zmiany produkcyjne, 4) zmiany technologiczne.

Artykuł 4 powyższej ustawy nakłada w przypadku zwolnień grupowych, obowiązek zawarcia porozumienia pomiędzy kierownikiem zakładu pracy a związkami zawodowymi lub związkami zawodowymi działającymi w danym zakładzie. Celem takiego porozumienia jest zdefiniowanie zasad postępowania w sprawach dotyczących pracowników objętych zamiarem zwolnienia z pracy, a w szczególności:

- kryteria doboru pracowników do zwolnienia,
- kolejność i terminy wypowiedzenia,
- obowiązki zakładu pracy w zakresie niezbędnym do rozstrzygnięcia innych spraw pracowniczych związanych z zamierzonymi zwolnieniami.

W przypadku nie zawarcia porozumienia z powodu niemożności uzgodnienia przez strony jego treści, zasady postępowania w sprawach dotyczących pracowników objętych zamiarem zwolnienia grupowego określa kierownik zakładu pracy w drodze regulaminu, uwzględniając ustalenia dokonane z organizacją związkową w toku uzgadniania porozumienia. Pracownikowi, z którym rozwiązano stosunek pracy z przyczyn zakładu pracy, przysługuje odprawa pieniężna, której wysokość zależy od ogólnego stażu pracy (tzn. 1 –miesięczne, 2 – miesięczne, i 3-miesięczne wynagrodzenie przy stażu pracy odpowiednio: mniej niż 10 lat, pomiędzy 10 a 20 lat, powyżej 20 lat)²⁹.

1. Wstępna diagnoza potrzeb restrukturyzacji zatrudnienia w ochronie zdrowia

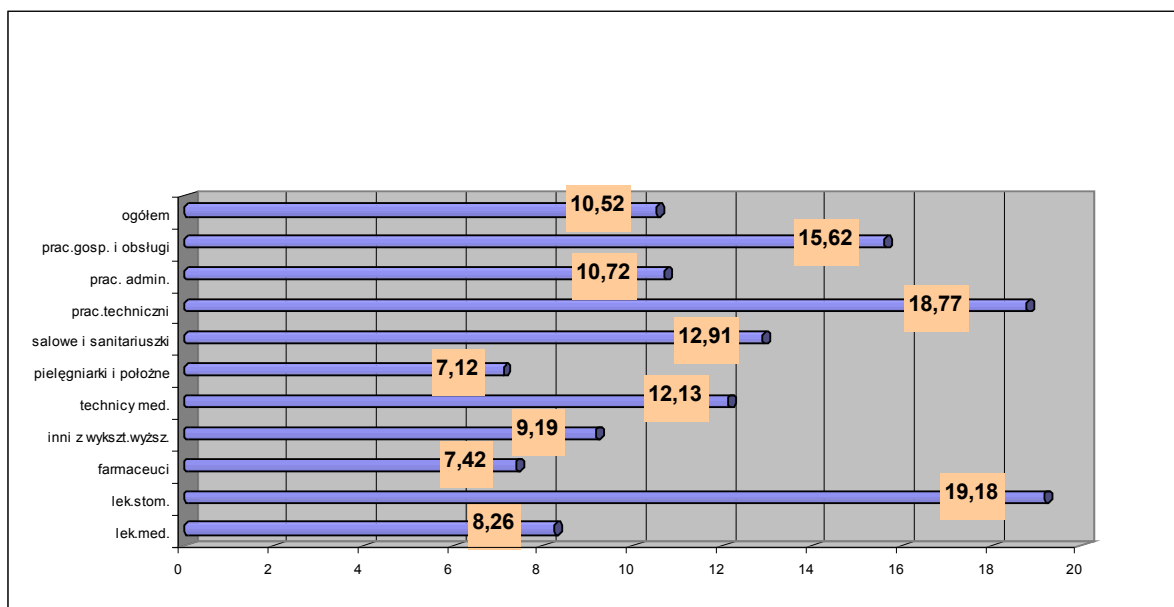
W celu dokonania analizy i diagnozy rzeczywistych potrzeb w zakresie restrukturyzacji zatrudnienia, przed rozpoczęciem prac nad opracowaniem Programu Restrukturyzacji, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia (w okresie styczeń – luty 1999r) przeprowadziło badanie ankietowe we wszystkich zakładach ochrony zdrowia, dotyczące planowanej restrukturyzacji zatrudnienia. Dyrektorzy zakładów zostali poproszeni o oszacowanie skali restrukturyzacji zatrudnienia planowanej w podległych zakładach w latach 1999-2000. Wyniki i wnioski z tego badania zostały przedstawione w dokumencie pt.: „Raport końcowy z analizy ankiet dotyczących restrukturyzacji zatrudnienia w ochronie zdrowia.” Uzyskane wyniki badania należy traktować jako dane szacunkowe, ponieważ nie wszystkie zakłady wypełniły ankietę, a dyrektorzy podkreślali, że trudno na początku roku

²⁹ Ustawa z dnia 28 grudnia 1989r. w sprawie szczególnych zasad rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy oraz o zmianie niektórych ustaw, Dz. U. z 1990r., Nr 4, poz. 19 z późn. zm.

oszacować dokładnie liczbę osób planowanych do zwolnienia (m.in. ze względu na trwające negocjacje z kasami chorych dotyczące finansowania zakładu) [7].

1. Łączną liczbę osób planowanych do zwolnienia w latach 1999 i 2000 oszacowano na poziomie ok. **57.000 osób** (w tym aż 42 000 w roku 1999).
2. Przewidywano, że zwolnienia będą dotyczyć ok. **10,5%** ogółu zatrudnionych. Najwięcej zwolnień przewidywano w następujących grupach zawodowych:
 - a. lekarze stomatolodzy – ok. 19,2% (co związane było z prywatyzacją stomatologii)
 - b. pracownicy techniczni – ok. 18,7%
 - c. pracownicy gospodarczy i obsługi – 15,6%
 - d. technicy medyczni – 12,1%
 - e. pracownicy administracyjni – 10,7%
 - f. lekarze medycyny – 8,3%
 - g. pielęgniarki i położne – 7,4%
3. Redukcja miała dotyczyć w dużym stopniu osób, które mogą skorzystać ze świadczeń przedemerytalnych (33,2%). W tej grupie najliczniej reprezentowani byli pracownicy administracyjni (48,9%), pielęgniarki i położne (44,6%), pracownicy gospodarczy i obsługa (24%) oraz lekarze medycyny (39%).
4. Najwięcej uprawnionych osób do świadczeń przedemerytalnych (tj. staż pracy: kobiety – 32 lata, mężczyźni – 37 lat) odnotowano w następujących województwach: śląskim (1.911 osób), dolnośląskim (1.376 osób) i mazowieckim (1.078 osób). Najmniej w województwach: opolskim (361), kujawsko-pomorskim (431) oraz podlaskim (441).
5. Największą liczbę osób uprawnionych do świadczeń przedemerytalnych odnotowano w grupie pielęgniarek i położnych (3.822 osób), pracowników gospodarczych i obsługi (1.644 osób) oraz lekarzy medycyny (1.546 osób).

Rys 19. Szacunkowa redukcja zatrudnienia w ochronie zdrowia w latach 1999 – 2000. Udział procentowy liczby osób planowanych do zwolnienia w liczbie zatrudnionych ogółem.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia

2. PROGRAM RESTRUKTURYZACJI W ROKU 1999.

2.1. Założenia i schemat Programu Restrukturyzacji w roku 1999.

W odpowiedzi na duże potrzeby dotyczące konieczności restrukturyzacji zatrudnienia w zakładach opieki zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia w kwietniu 1999r. opracowało „**Program działań wspierających dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej jako element restrukturyzacji zatrudnienia związany z reformą ochrony zdrowia**” [55]. Program został zatwierdzony i przyjęty przez Radę Ministrów, nie miał jednakże stosownego umocowania prawnego, co przez niektórych przeciwników Programu było uznawane za jedną z jego słabych stron.

Celem zaproponowanych w dokumencie działań, miało być zapewnienie różnych form pomocy państwa dla zwalnianych i przemieszczanych pracowników publicznej ochrony zdrowia, służących zminimalizowaniu negatywnych skutków restrukturyzacji zatrudnienia związanej z reformą ochrony zdrowia. Proponowane w Programie działania obejmowały:

1. **Utrzymanie miejsc pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej**

Planowano, że pracownicy zwalniani z zakładów publicznych, będą znajdować miejsce pracy w nowopowstających zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz zakładach lub oddziałach opieki paliatywno-hospicyjnej (tworzonych w odpowiedzi na potrzeby demograficzne społeczeństwa). Planowano utworzenie 50 zakładów opiekuńczo-leczniczych (w których minimalne zatrudnienie oszacowano na poziomie 20 etatów, głównie dla pielęgniarek i personelu pomocniczego), oraz 20 oddziałów opieki paliatywno-hospicyjnej (minimalne zatrudnienie 30 etatów). Łącznie planowano więc utworzenie 1600 nowych miejsc pracy, w tym 500 dla pielęgniarek.

Poniższa tabela przedstawia liczbę zakładów opieki długoterminowej powstałych w latach 1999-2000 oraz liczbę miejsc dla pacjentów [11]. Nie prowadzono natomiast analizy na temat liczby stworzonych miejsc pracy w tych zakładach.

Tabela 15. Liczba jednostek opieki długoterminowej i liczba miejsc w zakładach opieki długoterminowej powstałych w latach 1999 – 2000.

| | Liczba jednostek powstałych w latach 1999-2000 | Miejsca w zakładach opiekuńczo-leczniczych | Miejsca w zakładach pielęgn.-opiekuńczych i hospicyjnych |
|---------------------------|--|--|--|
| 1. Dolnośląskie | 12 | 660 | 9 |
| 2. Kujawsko - Pomorskie | 21 | 340 | 30 |
| 3. Lubelskie | 8 | 60 | 44 |
| 4. Lubuskie | 6 | 31 | 12 |
| 5. Łódzkie | 15 | 10 | 41 |
| 6. Małopolskie | 21 | 377 | 163 |
| 7. Mazowieckie | 33 | 635 | 89 |
| 8. Opolskie | 6 | 266 | 0 |
| 9. Podkarpackie | 4 | 34 | 0 |
| 10. Podlaskie | 17 | 0 | 61 |
| 11. Pomorskie | 11 | 86 | 74 |
| 12. Śląskie | 20 | 0 | 0 |
| 13. Świętokrzyskie | 8 | 235 | 45 |
| 14. Warmińsko - Mazurskie | 8 | 178 | 18 |
| 15. Wielkopolskie | 20 | 118 | 408 |

| | | | |
|-------------------------------|------------|-------------|-------------|
| 16. Zachodniopomorskie | 8 | 176 | 80 |
| | 218 | 3206 | 1074 |

Źródło: Czarniecka K., Huk A., *Program restrukturyzacji opieki zdrowotnej*, Zdrowie i Zarządzanie, tom III, nr 1/2001

2. Przemieszczanie pracowników z publicznych zakładów opieki zdrowotnej do sektora prywatnego

Jako jedną z aktywnych form zwalczania bezrobocia wśród pracowników medycznych zaplanowano stworzenie możliwości podejmowania indywidualnej działalności gospodarczej w ochronie zdrowia poprzez udzielanie kredytów na wyposażenie gabinetów na warunkach preferencyjnych dla lekarzy i pielęgniarek, którzy zrezygnują z pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Jedną z form wspierania pracowników odchodzących z publicznych zakładów opieki zdrowotnej i rozpoczynających prywatną działalność, było stworzenie możliwości uruchomienia dopłat do kredytów. Projekt Ustawy o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom i położnym oraz o umarzaniu tych kredytów³⁰ we wrześniu 2000 roku został skierowany do Sejmu. Zgodnie z pierwotnymi zapisami tej ustawy preferencyjne kredyty otrzymać mogli: 1) lekarze, lekarze stomatolodzy, pielęgniarki i położne, z którymi rozwiązano umowę o pracę po 31 grudnia 1998 (później zapis ten zmieniono na datę 1 stycznia 2000r) z przyczyn dotyczących zakładu pracy, 2) lekarze, lekarze stomatolodzy, pielęgniarki i położne, którzy w chwili wejścia w życie ustawy są nadal zatrudnieni, ale złożą deklarację gotowości rozwiązania umowy o pracę, co oznacza wyrażenie woli praktykowania w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej, 3) lekarze, lekarze stomatolodzy, pielęgniarki i położne, którzy są wspólnikami, lub udziałowcami tworzonego niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Prawo do uzyskania kredytu nie przysługuje osobom, które nabyły uprawnienia do otrzymania świadczeń emerytalno -rentowych lub zasiłków przedemerytalnych. Uzyskany kredyt może być przeznaczony na takie cele jak: adaptacja pomieszczeń, zakup specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej. Prace nad ustawą trwały ponad dwa lata, ustawa ta weszła więc w życie dopiero 1 stycznia 2002r.

Pomoc finansowa udzielana jest z budżetu państwa (fundusz przekazywane są do Banku Gospodarki Żywnościowej (BGK) na podstawie umowy zawartej z Ministrem Zdrowia) i polega na dofinansowaniu specjalnego kredytu udzielanego przez BGK lub inny bank, z którym BGK podpisze umowę na cele związane z prowadzeniem zakładu opieki zdrowotnej. Możliwe jest także umorzenie 20% udzielonego kredytu po spłaceniu 80% jego wysokości i spełnieniu innych zdefiniowanych wymogów (m.in. dotyczących tworzenia miejsc pracy). Ustawa określa limit dofinansowanego kredytu (dla lekarza i lekarza stomatologa - 70.000 zł i dla pozostałych pracowników 40.000 zł), kwoty dopłat do kredytu i warunki ubiegania się o nie. W projekcie ustawy przewidziano pomoc w spłacie kredytów dla 1000 lekarzy i 500 pielęgniarek, czego koszt wyniósłby ok. 50 mln. zł. Według danych Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w 2002r. Ministerstwo Zdrowia dopłaciło do kredytów 700 000 zł. Kredyt przeznaczony jest na adaptacje pomieszczeń, zakup wyposażenia, aparatury lub sprzętu medycznego oraz środków transportu.

³⁰ Ustawa z dnia 24 sierpnia 2001r. o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom i położnym i technikom medycznym oraz o umarzaniu tych kredytów, Dz. U.01, Nr 128, poz.148 z późn. zm.

3. **Instrumenty aktywizacji na rzecz zwalnianych pracowników ochrony zdrowia w związku z restrukturyzacją zatrudnienia** (finansowane z Funduszu Pracy) – uzgodnione pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Krajowym Urzędem Pracy. Planowanymi działaniami urzędy pracy miały objąć ok. 12.450 osób, w ramach następujących form pomocy:

- samozatrudnianie osób zwalnianych poprzez podejmowanie przez nich działalności gospodarczej – planowano udzielanie pożyczek na ten cel 200 osobom w wysokości ok. 25.000 (łącznie planowany koszt ok. 5 mln PLN).
- przekwalifikowanie osób zwalnianych, prowadzące do zatrudnienia ich w zawodach innych niż medyczne, na które występuje zapotrzebowanie na lokalnych rynkach pracy. Planowano objąć tym programem ok. 5.750 osób, głównie średni personel medyczny i personel pomocniczy (łącznie koszt ok. 4,65 mln PLN).
- zwiększenie zatrudnienia w wyniku realizacji programów specjalnych (dla ok. 6500 osób), w ramach których planowano umożliwienie zatrudnienia w miejscowościach, w których występuje rzeczywisty deficyt kadr w zawodach medycznych poprzez dofinansowanie:
 - zakwaterowania pracowników zmieniających miejsce zamieszkania w związku ze zmianą zatrudnienia (dla ok. 2000 osób przez 9 miesięcy po 200 PLN, łączny koszt ok. 3,6 mln PLN),
 - dojazd do pracy pracowników zmieniających miejsce zatrudnienia (dla 2000 pracowników przez 9 miesięcy po 50 PLN, łączny koszt ok. 0,9 mln PLN).
 - czasowego wsparcia programami zatrudnienia subsydiowanego (dla ok. 2 500 osób, łączny koszt ok. 6,5 mln PLN).

Planowano, że działania urzędów pracy obejmą ogółem ok. **12.450** osób zwalnianych z publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Szczegółowe informacje na temat wykonania planowanych działań omówiono w pkt. III.2.3 i przedstawiono w tabeli 3 w aneksie.

4. Działania wspierające proces restrukturyzacji zatrudnienia pracowników

Dla pracowników zwalnianych z przyczyn zakładów pracy, w ramach zwolnień grupowych, zaplanowano odprawy w wysokości zgodnej z obowiązującymi przepisami (jako dopłata do zwiększonych kosztów realizacji świadczeń zdrowotnych dla pracodawców w związku z restrukturyzacją zatrudnienia). Za priorytetowe kryteria pokrywania kosztów odpraw uznano zabezpieczenie odpraw dla pracowników jednostek likwidowanych (ok. 24 mln), a następnie pracowników pozostałych jednostek nabywających uprawnienia do świadczeń i zasiłków przedemerytalnych (ok. 14 mln), pozostałe środki miały być przeznaczone na refinansowanie odpraw wypłacanych pracownikom zwalnianym w ramach zwolnień grupowych.

Z budżetu Programu pokrywane były jedynie koszty odpraw i odszkodowań naliczone zgodnie z obowiązującym prawem (nie były pokrywane nagrody jubileuszowe, ekwiwalenty za zaległe urlopy, ani inne zobowiązania zakładu wobec pracowników).

5. Świadczenia przedemerytalne

Świadczenia przedemerytalne w ramach Programu Restrukturyzacji miały być przyznawane osobom spełniającym warunki do ich uzyskania określone w ustawie o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu³¹ (tj. pracowników mających wymagany staż pracy do emerytury min. 35 lat dla kobiet i 40 lat dla mężczyzn). Koszt tych świadczeń miał być pokrywany ze środków Funduszu Pracy.

2.2. Realizacja programu i analiza danych statystycznych

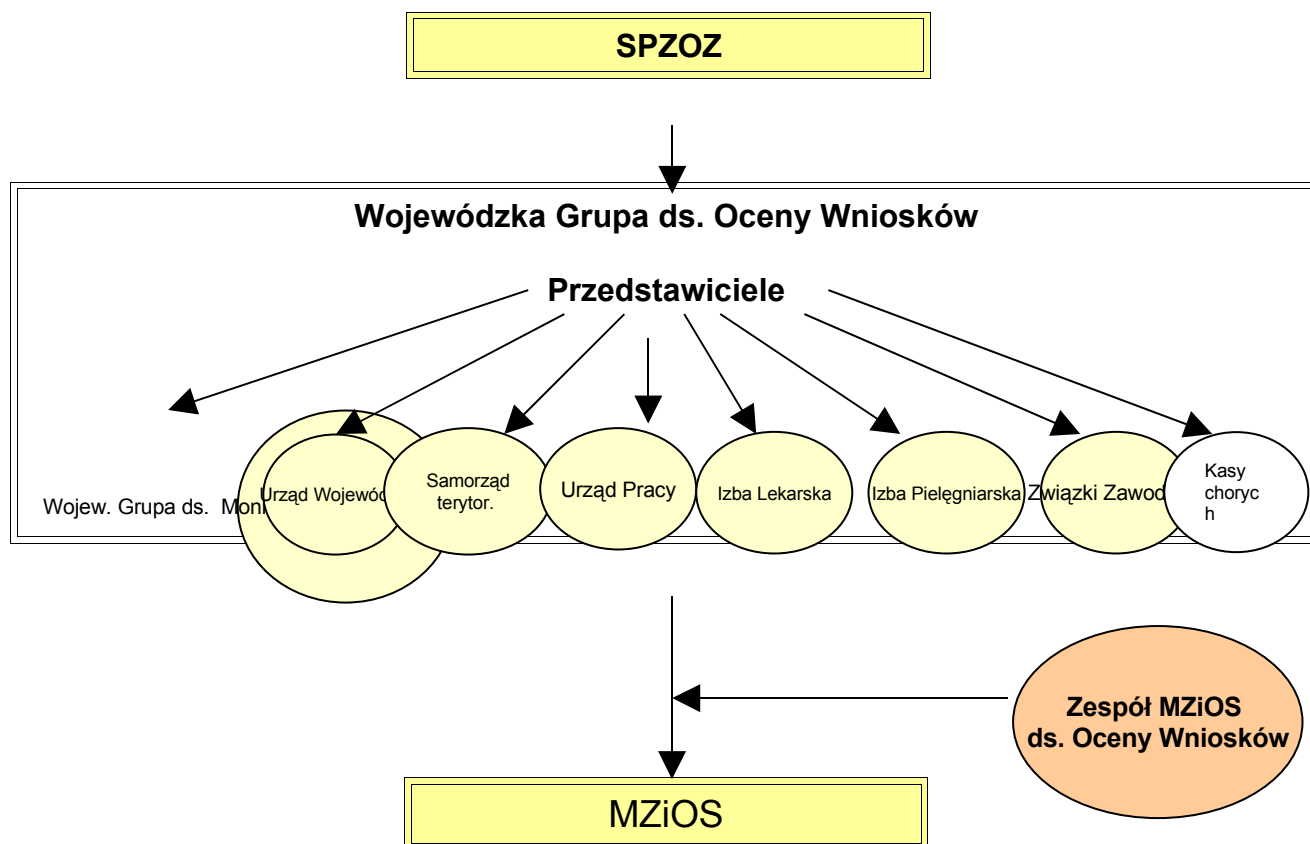
Procedura oceny i wyboru wniosków w 1999r. odbywała się w trzech etapach:

Etap I – ocena, wybór i regionalny ranking wniosków dokonany przez wojewodów (Wojewódzkie Grupy ds. Oceny Wniosków, w skład których wchodziłi przedstawiciele Wojewódzkich Grup ds. Monitorowania Reformy w Ochronie Zdrowia, przedstawiciele urzędu wojewódzkiego, samorządu terytorialnego, urzędu pracy, izby lekarskiej i izby pielęgniarskiej, związków zawodowych i kas chorych). Każde województwo miało możliwość wytypowania do dofinansowania 50 wniosków.

Etap II - ocena, wybór i ranking wniosków dokonany przez Zespół Ministra Zdrowia ds. Oceny Wniosków.

Etap III – decyzja Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej o finansowaniu wniosków.

Rys. 20. Schemat tworzenia programu restrukturyzacji - Program Restrukturyzacji 1999r.



³¹ Ustawa z dnia 14 grudnia 1994r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu, Dz.U.03., Nr 58, poz. 514.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: „Program działań wspierających dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej jako element restrukturyzacji zatrudnienia związany z reformą ochrony zdrowia”, Ministerstwo Zdrowia 1999”

Wnioski dotyczące restrukturyzacji zatrudnienia były traktowane priorytetowo wśród ogółu zgłaszanych wniosków. Przyjęto dla nich następujące kryteria oceny (max. liczba punktów – 50):

1. przy likwidacji zakładu – 40 pkt.
2. przy zwolnieniach powyżej 7% załogi – 30 pkt.
 - przy zwolnieniach od 7% do 5% - 25 pkt.
 - przy zwolnieniach od 5% do 4% - 20 pkt.
 - przy zwolnieniach od 4% do 3% - 15 pkt.
 - przy zwolnieniach od 3% do 2% - 10 pkt.
 - przy zwolnieniach poniżej 2% - 0 punktów
3. Przy wysokim wskaźniku bezrobocia w regionie – 10 punktów za miejsce pierwsze na liście regionów o najwyższych wskaźnikach bezrobocia, za kolejne miejsca: drugie – 9 pkt., trzecie 8 punktów, czwarte – 7 punktów, piąte – 6 pkt., szóste – 5 pkt., siódme – 4 pkt., ósme – 3 pkt., dziewiąte – 1 pkt.
4. Udział środków własnych max. 10 punktów.

W rezerwie celowej w ustawie budżetowej zaplanowano na realizację działań wspierających dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej - 82 mln zł, w depozycie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej 161 mln zł, pozostałe środki pochodziły z pożyczki Banku Światowego oraz Funduszu Pracy [57].

Tabela 16. Realizacja Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia 1999r.

| | Liczba SPZOZ w województwie* | Liczba zakładów uczestniczących w programie* | Liczba zwolnionych osób | Kwota przyznana na restrukturyzację zatrudnienia |
|----------------------------------|------------------------------|--|-------------------------|--|
| 1. Dolnośląskie | 205 | 63 | 3 105 | 9 148 925 zł |
| 2. Kujawsko - Pomorskie | 164 | 28 | 1 588 | 5 250 535 zł |
| 3. Lubelskie | 63 | 17 | 1 815 | 5 881 769 zł |
| 4. Lubuskie | 46 | 28 | 3 446 | 7 968 404 zł |
| 5. Łódzkie | 67 | 23 | 2 744 | 9 202 239 zł |
| 6. Małopolskie | 128 | 42 | 3 439 | 9 966 189 zł |
| 7. Mazowieckie | 134 | 34 | 3 538 | 10 914 954 zł |
| 8. Opolskie | 34 | 11 | 522 | 1 673 904 zł |
| 9. Podkarpackie | 87 | 19 | 1 757 | 6 573 260 zł |
| 10. Podlaskie | 42 | 20 | 1 280 | 3 683 436 zł |
| 11. Pomorskie | 114 | 37 | 1 838 | 7 070 667 zł |
| 12. Śląskie | 193 | 56 | 3 021 | 10 415 141 zł |
| 13. Świętokrzyskie | 102 | 14 | 542 | 1 940 806 zł |
| 14. Warmińsko - Mazurskie | 80 | 30 | 2 352 | 7 182 851 zł |
| 15. Wielkopolskie | 103 | 45 | 3 141 | 10 319 591 zł |
| 16. Zachodniopomorskie | 75 | 48 | 2 621 | 8 332 855 zł |
| Razem | 1637 | 515 | 36 749 | 115 525 526 zł |

źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych MSWiA oraz Departamentu Przekształceń Systemowych, Ministerstwa Zdrowia

* łącznie z zakładami MZ, MON, i MSWiA

Jak wynika z powyższej tabeli w 1999r. w Programie Restrukturyzacji Zatrudnienia udział wzięło 515 publicznych zakładów opieki zdrowotnej (tj. 31% ogółu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce). Zwolnionych zostało z tych zakładów **36.749** osób. Łącznie na całość Programu Restrukturyzacji w 1999r. wydano **331.7 mln zł**, z tego na zadania związane z wypłaceniem odpraw i odszkodowań dla zwalnianych pracowników wydatkowano kwotę **115.5 mln zł**, czyli **34,9%** całości budżetu Programu.

2.3. Działania systemów Urzędów Pracy na rzecz zwalnianych pracowników ochrony zdrowia finansowane z Funduszu Pracy w 1999r.

Urzędy pracy planowanymi działaniami zamierzały objąć ogółem w latach 1999-2000 ponad 12 tys. osób. Z danych przedstawionych w dokumencie pt.: *„Działania systemów urzędów pracy na rzecz zwalnianych pracowników ochrony zdrowia finansowane z Funduszu Pracy w 1999r”* wynika, że z pomocy skorzystało zaledwie ok. 3.5 tys. osób. W związku z powyższym, wojewódzkie urzędy pracy zwróciły się do Prezesa Krajowego Urzędu Pracy o całkowitą lub częściową zmianę kwalifikacji przyznanych środków i przeznaczenie ich na programy rynku pracy dla zarejestrowanych bezrobotnych spoza ochrony zdrowia [39]. Oznacza to, że na pomoc dla zwalnianych pracowników ochrony zdrowia wydano znacznie mniej środków z Funduszu Pracy niż zaplanowano.

Kierunki działań zorientowane były głównie na:

1. Udzielanie pożyczek na prowadzenie działalności gospodarczej (samozatrudnienie) – zwalnianych osób poprzez podejmowanie działalności gospodarczej.
2. Szkolenia i przekwalifikowania osób zwalnianych w celu zatrudnienia w zawodach innych niż medyczne (zaplanowano objęcie tym programem przede wszystkim średniego personelu medycznego i personelu pomocniczego).
3. Zwiększenie zatrudnienia w wyniku realizacji programów specjalnych - umożliwienie zatrudnienia w miejscowościach, w których występuje rzeczywisty niedobór kadr w zawodach medycznych.

Na realizację zadań z zakresu restrukturyzacji zatrudniania i planowanymi dużymi zwolnieniami w sektorze ochrony zdrowia utworzona została rezerwa z Funduszu Pracy w wysokości 20,6 mln zł.

Z informacji przedstawionych przez Departament Planowania i Programowania Rynku Pracy Krajowego Urzędu Pracy w dokumencie pt.: *„Działania Systemów Urzędów Pracy na Rzecz Zwalnianych Pracowników Ochrony Zdrowia finansowane z Funduszu Pracy w 1999r.”*, wynika, że programy osłonowe celowane i specjalne, opracowywane i adresowane były do poszczególnych grup zawodowych: lekarze (stażyści, odbywający specjalizację, stomatolodzy), farmaceuci, pracownicy ochrony zdrowia z wyższym wykształceniem, technicy medyczni, pielęgniarki i położne, salowe, sanitariuszki, pracownicy techniczni i administracyjni, pracownicy gospodarczy i obsługi, pracownicy kolumn transportu sanitarnego.

Zgodnie z procedurą składania wniosków o dofinansowanie odpraw dla zwalnianych pracowników przez zakłady opieki zdrowotnej, dyrekcja zakładu do wniosku składanego w Ministerstwie Zdrowia powinna dołączyć kopię pisma kierowanego do powiatowego urzędu pracy, informując o planowanych zwolnieniach grupowych w zakładzie. Mechanizm ten miał zapewnić lepszy przepływ informacji i koordynację działań pomocowych dla zwalnianych pracowników.

Nie zawsze jednak warunek ten był właściwie spełniany. Powiatowe urzędy pracy otrzymywały wielokrotnie informacje, że zakłady opieki zdrowotnej wycofują się z wcześniej zaplanowanych redukcji personelu, albo nie potrafią określić faktycznej liczby osób planowanych do zwolnienia, bądź też terminu zwolnienia.

Z zestawienia stosowanych programów rynku pracy dla zwalnianych pracowników w ochronie zdrowia wynika, że w 1999r. łączna liczba osób ze wszystkich województw, które otrzymały pożyczki lub złożyły wnioski do urzędu pracy o udzielenie pożyczki na prowadzenie działalności gospodarczej wynosiła 114 osób. Szczegółowe informacje o realizacji programów z dodatkowych środków Funduszu Pracy w ujęciu wojewódzkim przedstawiono w tabeli 3 w Aneksie [39].

Realizacja programów finansowanych z dodatkowych środków Funduszu Pracy wykazywała duże zróżnicowanie w poszczególnych województwach. Najwięcej pożyczek udzielono w województwie zachodniopomorskim (37) oraz kujawsko-pomorskim (14). Nie udzielono pożyczek w województwie dolnośląskim, zaś w małopolskim i łódzkim udzielono tylko po 1pożyczce. Liczba osób, które odbyły szkolenia i przekwalifikowania zawodowe w ramach programów finansowanych z dodatkowych środków Funduszu Pracy wynosiła 857, z tego najwięcej w województwie kujawsko-pomorskim (192) i zachodniopomorskim (165), nie zorganizowano natomiast szkoleń w województwie świętokrzyskim, zaś w lubelskim przeszkolona została zaledwie jedna osoba. Programami specjalnymi, realizowanymi w 9 województwach objętych było łącznie 513 osób. Programów takich nie podjęto w następujących województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, łódzkim, opolskim, śląskim i wielkopolskim. Najwięcej osób skorzystało z tego programu w województwie warmińsko-mazurskim (250 osób). Ogółem programami objęto więc **1.484 osoby**. Pomoc dla tych osób była finansowana z dodatkowych środków przyznanych urzędem pracy z Funduszu Pracy, jak również ze środków będących w dyspozycji urzędów pracy w ramach tzw. kontraktów zadaniowych [39].

Ponadto **1.959 osób** zostało objętych programami finansowanymi w ramach dodatkowych środków Funduszu Pracy (w wysokości 7,6 mln zł), przyznanych poza kontraktami zadaniowymi. Wśród tej grupy, 201 osób uzyskało pożyczkę na prowadzenie działalności gospodarczej (najwięcej w województwie zachodniopomorskim – 55 osób i w śląskim – 40 osób). Średni koszt pożyczki na 1 osobę wynosił 21.482 zł. Z programów dotyczących szkoleń i przekwalifikowania zawodowego skorzystało ogółem 1.033 (średni koszt szkoleń na 1 osobę wynosił 1.026 zł). Ponadto 725 osób zostało objętych programami specjalnymi (średni koszt programu specjalnego na 1 osobę – 3.063 zł). W grupie osób objętych programami specjalnymi znalazło się 625 osób, które uzyskały zatrudnienie subsydiowane, 18 osób, które uzyskały refundację kosztów z tytułu zakwaterowania oraz 34 osoby, którym dofinansowano koszty z tytułu dojazdu do pracy.

3. PROGRAM RESTRUKTURYZACJI – Rok 2000.

3.1. Założenia i schemat Programu Restrukturyzacji w roku 2000.

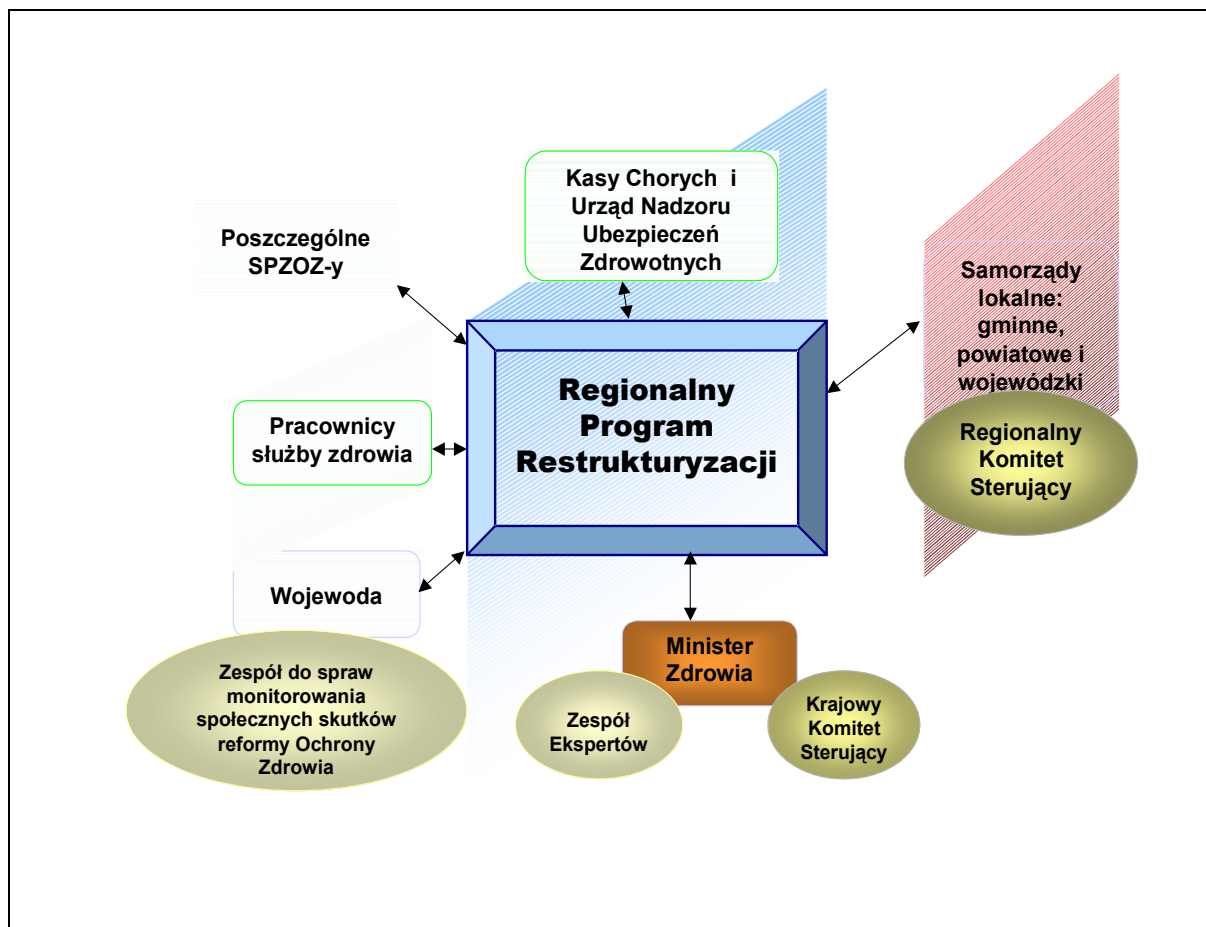
Doświadczenia z realizacji programu w roku 1999, jak również postulaty wielu jednostek i samorządów dotyczące zdecentralizowania podziału środków, przyniosły w konsekwencji zmianę zasad podziału środków w 2000r. Ministerstwo Zdrowia wypracowało dokument pt.: „*Program Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2000 i perspektywa działań w latach następnych*” [62]. Rozpoczęto proces tworzenia Regionalnych Programów Restrukturyzacji obejmujących jednostki ochrony zdrowia z całego województwa. Główną ideą procesu tworzenia Regionalnych Programów Restrukturyzacji było zaplanowanie i zrealizowanie działań restrukturyzacyjnych uwzględniających kompleksowo sytuację, potrzeby i możliwości zakładów opieki zdrowotnej z całego regionu. Po raz pierwszy, dzięki realizacji Regionalnego Programu Restrukturyzacji w 2000r. zebrani zostali reprezentanci wszystkich zainteresowanych stron: zakładów opieki zdrowotnej, władz lokalnych, kas chorych, samorządów i związków zawodowych, w celu wspólnego wypracowania Regionalnego Programu Restrukturyzacji. Nowe podejście do tworzenia planów regionalnych, angażujące wszystkie podmioty odpowiedzialne za kreowanie i realizację regionalnej polityki zdrowotnej miało zapoczątkować i stymulować pracę nad wieloletnimi planami rozwoju regionalnego w ochronie zdrowia [62].

Zakładano, że w budowie Regionalnego Programu Restrukturyzacji będą przeprowadzane analizy danych dotyczących demografii, epidemiologii, planów rozwoju społeczno – ekonomicznego, bezrobocia oraz podaży usług medycznych, a także struktury świadczeniodawców, ich kadry medycznej, wyposażenia w sprzęt medyczny i potencjalnych możliwości świadczenia usług. Tworzone na poziomie województw programy uwzględniać miały lokalne priorytety w regionalnej polityce zdrowotnej, restrukturyzację jednostek z całego województwa, jak również wsparcie procesów prywatyzacji. Program ten powinien uwzględniać [62]:

- określenie priorytetów lokalnych w regionalnej polityce zdrowotnej,
- restrukturyzację zakładów opieki zdrowotnej z całego województwa, opracowaną z uwzględnieniem istniejących niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej i szpitali klinicznych, branżowych i instytutów,
- wsparcie i aktywizację programów prywatyzacji,
- program restrukturyzacji podstawowej opieki zdrowotnej dla terenów wiejskich,
- kredyty dla pracowników służby zdrowia przechodzących do sektora niepublicznego.

Zakładano, że Regionalny Program Restrukturyzacji w zakresie restrukturyzacji zatrudnienia i rekwalifikacji zawodowej powinien być przygotowany w korelacji z planami powiatowych urzędów pracy.

Rys. 21. Schemat budowy Regionalnych Programów Restrukturyzacji w regionach w 2000r.



Źródło: Program Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2000 i perspektywa działań w latach następnych, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, luty 2000.

3.2. Realizacja programu i analiza danych statystycznych

Tworzenie Regionalnych Programów Restrukturyzacji (RPR) zaplanowano w oparciu o następujący schemat działania:

1. Powołanie Regionalnych Grup Wsparcia (grupy ekspertów wybrane przez MZ dla poszczególnych województw).
2. Powołanie Regionalnych Komitetów Sterujących pod przewodnictwem marszałka województwa.
3. Regionalna Grupa Wsparcia we współpracy z Regionalnym Komitetem Sterującym przygotowuje projekt Regionalnego Programu Restrukturyzacji.
4. Program zatwierdzony przez Regionalny Komitet Sterujący wraz z wnioskami poszczególnych zakładów zostaje przekazany do Ministra Zdrowia.
5. Wojewoda przesyła do Ministra Zdrowia opinię nt. RPR.
6. Zespół Ekspertów powołany przez Ministra Zdrowia analizuje RPR z poszczególnych województw i przekazuje opinię do Krajowego Komitetu Sterującego.
7. Krajowy Komitet Sterujący ocenia poszczególne RPR i przygotowuje dla Ministra propozycję podziału środków.
8. Minister Zdrowia podejmuje decyzję o przyznaniu środków na RPR.

W ramach realizacji Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia w roku 2000, zwolnionych zostało z publicznych zakładów opieki zdrowotnej **40 554 osób**. Koszty związane z wypleceniem dla tych osób odpraw i odszkodowań wyniosły 127, 37 mln.

Tabela 17. Realizacja Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia 2000r.

| Województwo | Liczba zwolnionych osób** | Kwota przyznana na restrukturyzację |
|-----------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Dolnośląskie | 3 870 | 11 401 248 zł |
| Kujawsko - Pomorskie | 3 744 | 9 955 357 zł |
| Lubelskie | 2 185 | 7 083 386 zł |
| Lubuskie | 1 515 | 3 504 577 zł |
| Łódzkie | 3 689 | 12 376 160 zł |
| Małopolskie | 2 847 | 14 028 892 zł |
| Mazowieckie | 5 506 | 11 215 783 zł |
| Opolskie | 1 314 | 4 212 602 zł |
| Podkarpackie | 1 520 | 5 689 814 zł |
| Podlaskie | 1 809 | 5 208 059 zł |
| Pomorskie | 2 627 | 10 107 056 zł |
| Śląskie | 2 391 | 8 246 233 zł |
| Świętokrzyskie | 451 | 1 615 443 zł |
| Warmińsko - Mazurskie | 1 418 | 4 331 559 zł |
| Wielkopolskie | 3 457 | 11 359 539 zł |
| Zachodniopomorskie | 2 211 | 7 029 694 zł |
| Razem | 40 554 | 127 365 402 zł |

źródło: Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia

* łącznie z zakładami MZ, MON, i MSWiA

** łącznie z trybem tzw. szybkiej ścieżki, omówionym szczegółowo poniżej

3.3. Restrukturyzacja zatrudnienia w ramach tzw. „szybkiej ścieżki”

W ramach programu restrukturyzacji zatrudnienia uruchomiony został tryb tzw. „szybkiej ścieżki”, który umożliwiał uzyskanie dofinansowania dla zakładów, które ulegały likwidacji albo dokonywały zwolnień grupowych. Aby uzyskać dofinansowanie restrukturyzacji w ramach „szybkiej ścieżki” zakład musiał zgodnie z wymogami programu spełnić następujące warunki:

1. wniosek musiał być zaakceptowany przez organ założycielski i regionalny komitet sterujący,
2. do wniosku dołączono porozumienie ze związkami zawodowymi, pismo do odpowiedniego urzędu pracy o planowanych zwolnieniach i informację o przyszłości zawodowej zwalnianych pracowników.

W przypadku likwidacji należało również dołączyć uchwałę właściwego samorządu terytorialnego o likwidacji zakładu.

Tryb szybkiej ścieżki odbywał się poza procedurą Programu przedstawioną na rys. 21.

Wnioski składane w ramach „szybkiej ścieżki” (dotyczące zarówno likwidacji zakładu, jak też zwolnień grupowych pracowników) musiały zawierać :

- plan uwzględniający nie tylko odprawy i odszkodowania dla pracowników, ale także zabezpieczenie usług dla ludności,

- informacje o dalszych losach pracowników, w tym programy przeciwdziałania bezrobociu przygotowane wspólnie z powiatowym urzędem pracy,
- zgody związków zawodowych na planowane działania bądź regulaminy zwolnień.

Taka forma redukcji zatrudnienia budziła jednak duże lęki i obawy ze strony pracowników i związków zawodowych, według których: „Restrukturyzacja zakładów poprzez tryb szybkiej ścieżki, czyli m.in. likwidację zakładów, oddziałów – przed określeniem długoletniego programu polityki i potrzeb zdrowotnych w regionie, będzie prowokowała niepokój społeczny i niepotrzebne koszty związane z przedwczesną likwidacją, a potem tworzeniem jednostek” [69].

Całkowita kwota zaplanowana na restrukturyzację ochrony zdrowia w poszczególnych województwach pomniejszana była o kwotę wydaną na restrukturyzację zatrudnienia w trybie tzw. szybkiej ścieżki. Liczba zwolnionych w 2000r. w trybie „szybkiej ścieżki” wynosiła 24 357 osób. Z tego trybu restrukturyzacji skorzystało aż 329 zakładów.

Tabela 18. Restrukturyzacja zatrudnienia w 2000r. w ramach „szybkiej ścieżki”.

| Województwo | Liczba zakładów uczestniczących w programie* | Liczba zwolnionych osób | Kwota przyznana na restrukturyzację |
|---------------------------|--|-------------------------|-------------------------------------|
| 1. Dolnośląskie | 28 | 2 315 | 6 819 456 |
| 2. Kujawsko - Pomorskie | 32 | 1 935 | 6 457 343 |
| 3. Lubelskie | 14 | 1 401 | 4 540 573 |
| 4. Lubuskie | 4 | 250 | 578 159 |
| 5. Łódzkie | 30 | 2 583 | 8 664 149 |
| 6. Małopolskie | 25 | 2 212 | 6 278 971 |
| 7. Mazowieckie | 33 | 2 731 | 8 418 468 |
| 8. Opolskie | 17 | 661 | 2 118 873 |
| 9. Podkarpackie | 10 | 706 | 2 642 475 |
| 10. Podlaskie | 18 | 1 368 | 3 938 288 |
| 11. Pomorskie | 30 | 2 025 | 7 829 390 |
| 12. Śląskie | 20 | 1 102 | 3 631 057 |
| 13. Świętokrzyskie | 7 | 297 | 1 062 858 |
| 14. Warmińsko - Mazurskie | 30 | 1 425 | 4 300 437 |
| 15. Wielkopolskie | 18 | 2 649 | 4 622 187 |
| 16. Zachodniopomorskie | 13 | 697 | 2 216 416 |
| Razem | 329 | 24 357 | 74 119 100 |

Źródło: Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia

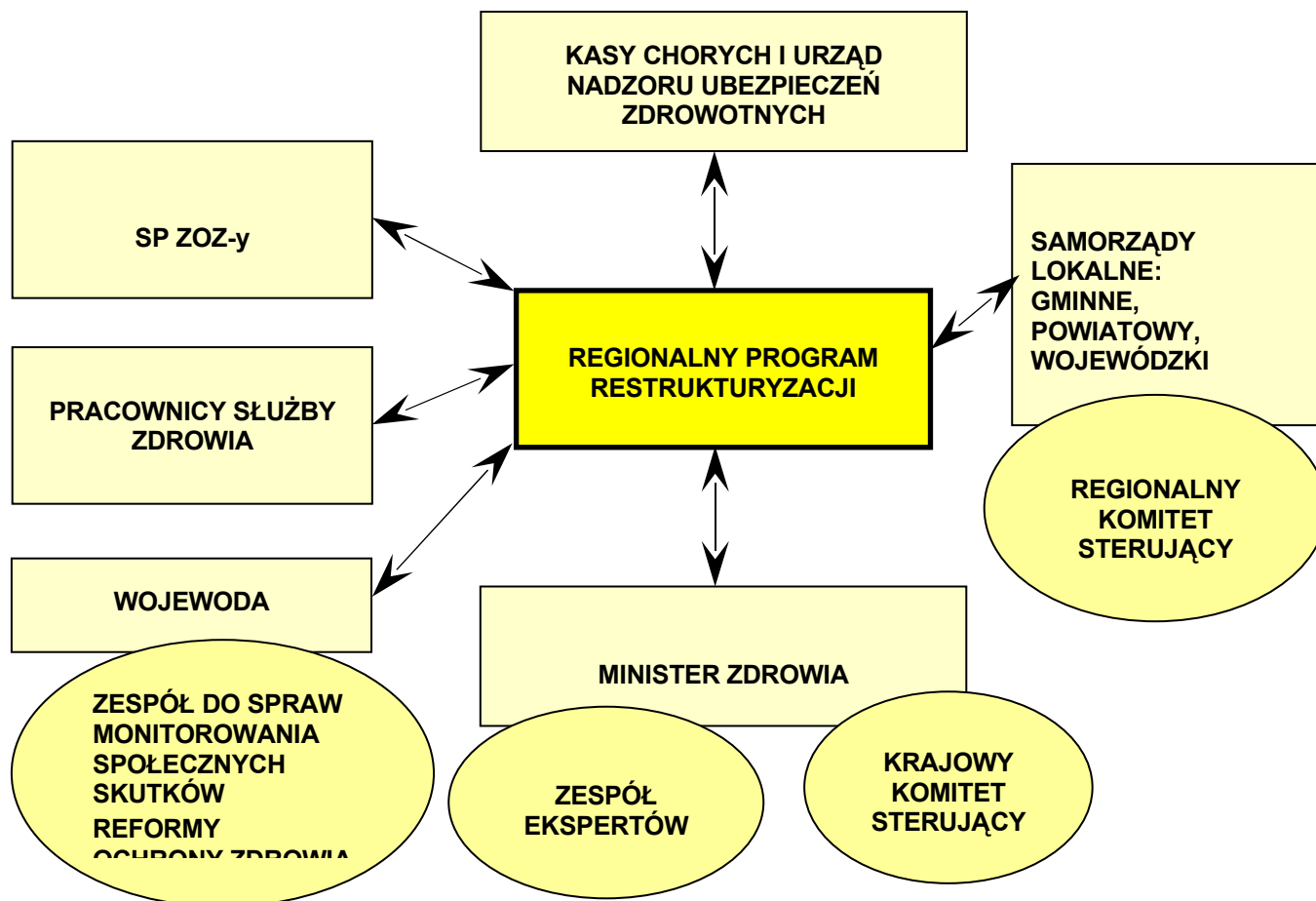
* - bez zakładów MON, MZ, MSWiA

4. PROGRAM RESTRUKTURYZACJI – ROK 2001.

4.1. Założenia i schemat Programu Restrukturyzacji w roku 2001.

Podstawą do realizacji Regionalnego Programu Restrukturyzacji 2001, będącego kontynuacją programu z lat 1999 – 20002 był §15c, ust. 8. Programu wsparcia na lata 2001- 2002, stanowiącego załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 XII 2000 r. w sprawie przyjęcia Programu wsparcia na lata 2001 – 2002³².

Rys. 22. Schemat budowy Programu Restrukturyzacji w 2001r.



Źródło: Ministerstwo Zdrowia, Program wsparcia na lata 2001-2002.

³² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 XII 2000 r. w sprawie przyjęcia Programu wsparcia na lata 2001 – 2002 (Dz.U. Nr 122, poz.1326.).

Procedury tworzenia Regionalnego Programu Restrukturyzacji na rok 2001

W realizacji programu na 2001r. przyjęto następujące założenia:

1. Regionalny Komitet Sterujący opracowywał propozycje finansowania zadań w roku 2001 wykorzystując projekty przygotowane w roku 2000 przez regionalne grupy wsparcia, innych ekspertów, konsultantów wojewódzkich, samorzady terytorialne we współpracy ze wszystkimi zainteresowanymi, w tym ze związkami zawodowymi, korporacjami zawodowymi, związkami pracodawców i Wojewódzkimi Zespołami ds. Monitorowania Społecznych Skutków Reformy Ochrony Zdrowia. Wojewoda dołączał opracowane na podstawie własnych informacji podstawowe dane na temat regionu.
2. Zespół Ekspertów powołany przez Ministra Zdrowia analizował i opiniował nadesłane Programy i przedstawiał opinię wraz z projektem dofinansowania Programów do Krajowego Komitetu Sterującego.
3. Krajowy Komitet Sterujący oceniał nadesłane programy, przygotowując dla Ministra Zdrowia propozycje wsparcia Regionalnych Programów Restrukturyzacji wraz z podziałem na poszczególne zadania.
4. Minister Zdrowia podejmował decyzję o przyznaniu środków i przysyłał informacje do Regionalnych Komitetów Sterujących i do Wojewody. Minister Zdrowia przysyłał do Ministra Finansów wnioski o zwiększenie budżetu poszczególnych Wojewodów, z przeznaczeniem dla samorządów terytorialnych będących organami założycielskimi jednostek służby zdrowia.

W porównaniu z programem realizowanym w roku 2000, większe uprawnienia zostały przyznane wojewodom: ostateczna wersja programu musiała być z nimi uzgodniona przez komitety sterujące, samorzady mogły zgłaszać do wojewodów swoje uwagi i zastrzeżenia, ponadto wojewoda miał możliwość wprowadzenia korekt w programie. Natomiast rola związków zawodowych została ograniczona do opiniowania projektu na szczeblu zakładu i regionu.

4.2. Realizacja programu i analiza danych statystycznych.

51,7% środków dla regionów było rozdysponowane metodą kapitacyjną. Pozostałe 48,3% rozdysponować miał Minister Zdrowia uwzględniając propozycje Krajowego Komitetu Sterującego, na podstawie jakości przedstawionych programów oraz skali problemów danego województwa.

Na program restrukturyzacji w ochronie zdrowia zaplanowano na rok 2001r. w projekcie ustawy budżetowej kwotę 440 mln zł, w tym 140 mln na wydatki bieżące i 300 mln na inwestycje (w autopoprawce rząd zmniejszył planowaną kwotę o 20 mln). Realizacja programu restrukturyzacji została wstrzymana na skutek blokady wydatków budżetowych wprowadzonej na mocy Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 października 2001r. w sprawie blokowania niektórych wydatków w budżecie państwa na rok 2001³³, wstrzymującej finansowanie działań restrukturyzacyjnych w większości województw, w wyniku czego zrealizowano zaledwie 44% budżetu programu. Tylko 6 województw otrzymało powyżej 80% przyznanych środków, 10 województw otrzymało 40%, były jednak także takie

³³ Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 października 2001r. w sprawie blokowania niektórych wydatków w budżecie państwa na rok 2001,

województwa, które wykorzystały przyznane środki jedynie w 12% [78]. W poniższej tabeli przedstawiono informacje nt. planowanych i faktycznych redukcji zatrudnienia w poszczególnych województwach oraz kwot zaplanowanych i wydanych na ten cel w 2001r.

Tabela 19. Realizacja Programu restrukturyzacji zatrudnienia w 2001r.

| Województwo | Liczba osób planowanych do zwolnienia w 2001 | Liczba osób zwolnionych w 2001 | Planowana kwota na restrukturyzację zatrudnienia w 2001 | Kwota wydana na restrukturyzację zatrudnienia w 2001 |
|-----------------------|--|--------------------------------|---|--|
| Dolnośląskie | 1 906 | 922 | 5 616 336 | 3 226 376 |
| Kujawsko – Pomorskie | 1 218 | 1 131 | 4 029 757 | 3 960 216 |
| Lubelskie | 2 467 | 776 | 7 994 377 | 2 716 851 |
| Lubuskie | 1 324 | 875 | 3 061 797 | 3 061 797 |
| Łódzkie | 2 512 | 515 | 8 427 169 | 1 803 627 |
| Małopolskie | 3 187 | 1 050 | 9 238 524 | 3 673 917 |
| Mazowieckie | 1 788 | 373 | 5 518 798 | 1 306 270 |
| Opolskie | 384 | 32 | 1 231 084 | 111 845 |
| Podkarpackie | 556 | 598 | 2 082 851 | 2 092 121 |
| Podlaskie | 1 806 | 1 216 | 5 199 002 | 4 255 794 |
| Pomorskie | 1 772 | 221 | 6 820 317 | 774 194 |
| Śląskie | 1 860 | 51 | 6 415 233 | 177 982 |
| Świętokrzyskie | 761 | 124 | 2 724 476 | 434 365 |
| Warmińsko – Mazurskie | 800 | 680 | 2 444 288 | 2 380 856 |
| Wielkopolskie | 2 480 | 158 | 8 149 458 | 551 817 |
| Zachodniopomorskie | 1 092 | 992 | 3 472 821 | 3 472 821 |
| Razem | 25 913 | 9 715 | 82 426 288 | 34 000 849 |

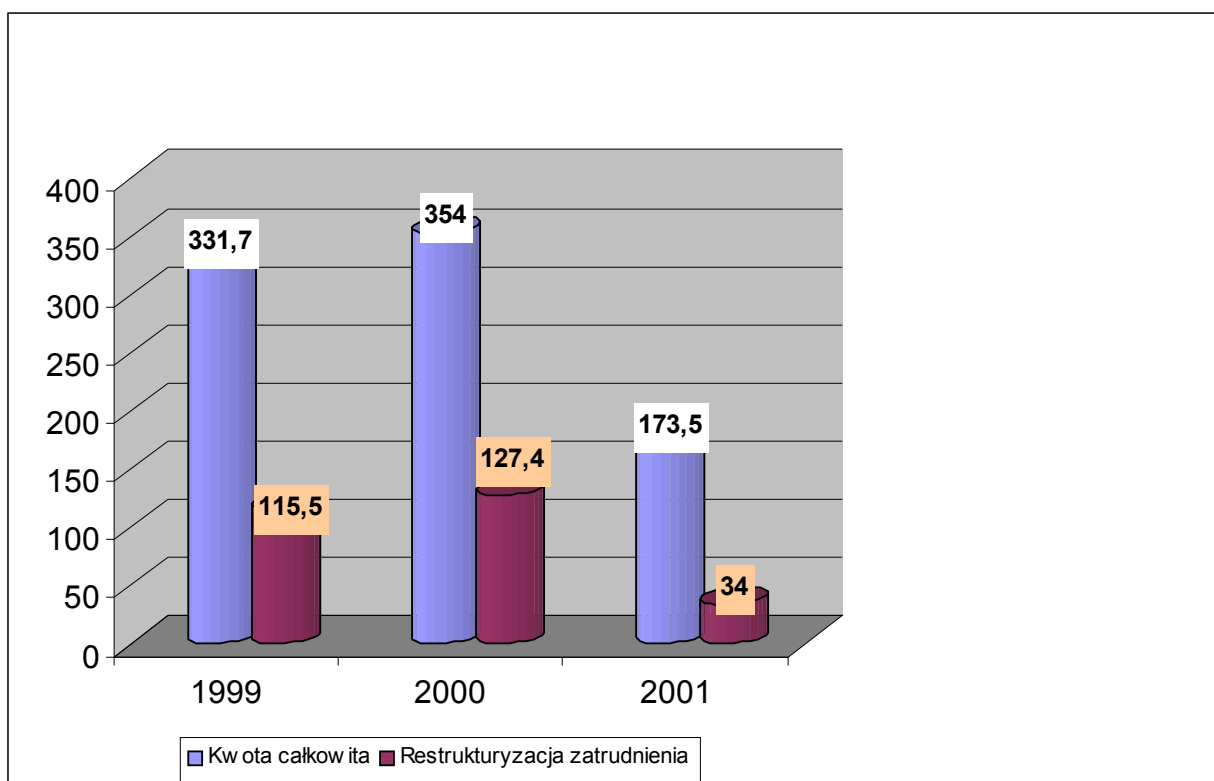
źródło: Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia

Jak wynika z danych przedstawionych w powyższej tabeli, spośród planowanej liczby 25 913 osób do zwolnienia w 2001, zwolnionych zostało 9.175 (tj. **37,5%**). Zaplanowana na ten cel kwota w wysokości 82 426 288 zł została wydana w **41,3%**.

5. Podsumowanie efektów Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia 1999-2001.

Łącznie w latach 1999-2001 na Program Restrukturyzacji wydano ok. **859,3 mln zł** (1999r – 331,7 mln PLN w 2000r. – 354,1 mln PLN i w 2001 - 173,5 mln PLN). Z tej kwoty na działania związane z dopłatą do odpraw i odszkodowań dla zwalnianych pracowników, wydano w latach 1999-2001 łącznie kwotę **276,9 mln zł** (czyli **32,2%** budżetu całego Programu), z tego w 1999r. – 115, 5 mln zł, w 2000r. 127, 4 mln zł i w 2001r. 34 mln zł.

Rys. 23. Budżet Programu Restrukturyzacji w latach 1999-2001.



Źródło: Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia

W ramach Programu Restrukturyzacji w latach 1999–2001 zwolniono ok. 87.000 pracowników z publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej przygotowując wniosek o dofinansowanie restrukturyzacji zatrudnienia, zobligowani byli do przedstawienia w nim informacji dotyczącej dalszych losów zwalnianych pracowników. Informacja taka miała jednak charakter szacunkowy, gdyż w momencie przygotowywania wniosku, często trudno było dokładnie określić, jakie będą dalsze losy zwalnianych pracowników. Z informacji zebranych w ten sposób przez Departament Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia oszacowano, że grupa pracowników przechodzących na kontrakty wynosiła ok. 40,5%, odchodzący z sektora 54,5% (głównie wcześniejsze emerytury), pozostałe ok. 5% - inne.

Środki z Programu Restrukturyzacji nie zawsze zostały wydatkowane zasadnie i efektywnie, na co wskazują m.in. raporty Najwyższej Izby Kontroli: *Funkcjonowanie samodzielnych publicznych zakładów*

opieki zdrowotnej w warunkach reformy administracji publicznej [65] oraz Wykorzystanie środków publicznych na restrukturyzację w służbie zdrowia [66].

Kontrola NIK-u została przeprowadzona w okresie marzec-sierpień 2001r., obejmowała okres od stycznia 1999r. do końca czerwca 2001. Większość nieprawidłowości wykazanych przez NIK dotyczyła problemów systemowo-organizacyjnych i ekonomicznych, co miało bezpośredni wpływ na efektywność wykorzystania środków oraz niecelowe ich wydatkowanie. Najważniejsze z nich to:

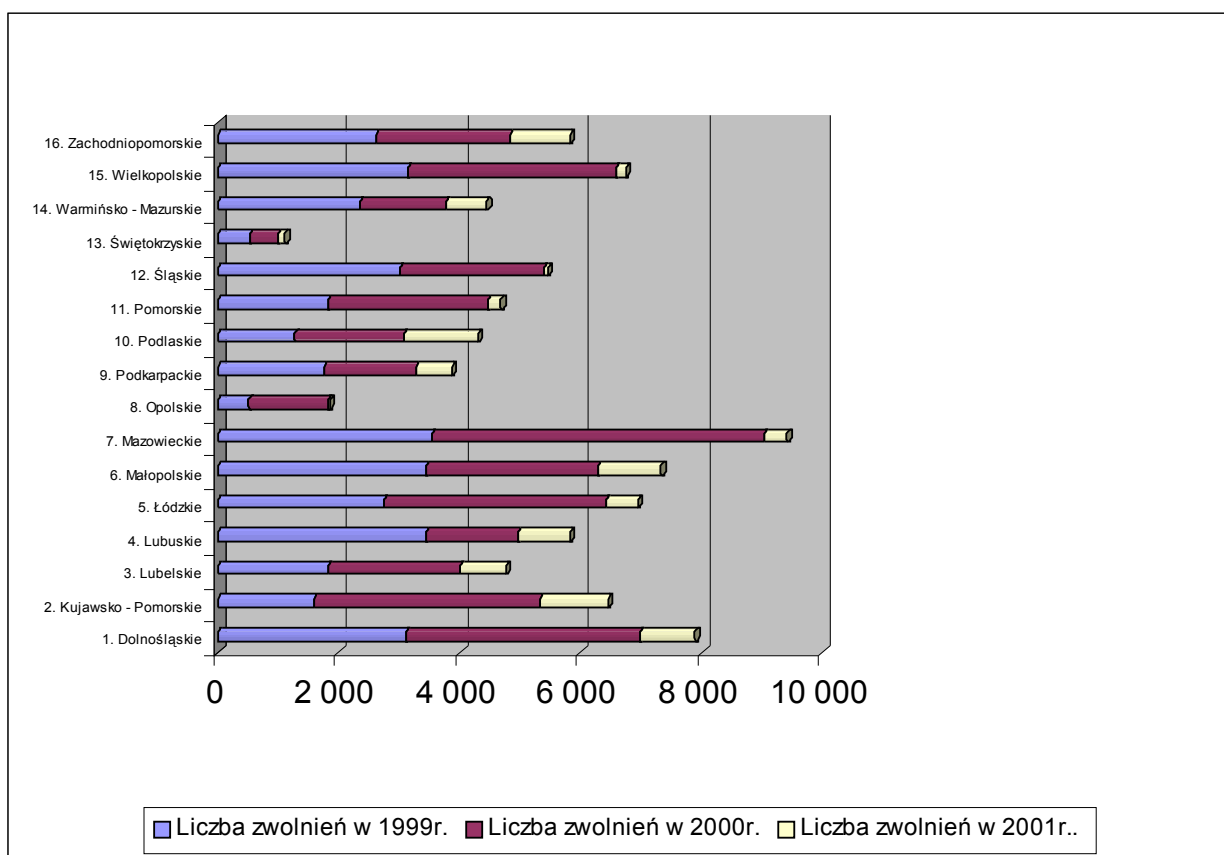
- 1) nieprzestrzeganie przepisów ustawy o zamówieniach publicznych,
- 2) łamanie przepisów o rachunkowości,
- 3) łamanie przepisów prawa budżetowego,
- 4) nierzetelność i niekompletność przygotowania dokumentacji sprawozdawczej,
- 5) podjęcie działań restrukturyzacyjnych bez określenia docelowego planu rozmieszczenia szpitali publicznych,
- 6) opóźnienie w planowanym rozpoczęciu programu, ze względu na skomplikowaną procedurę wyłaniania Regionalnych Grup Wsparcia,
- 7) wysokie koszty pracy zespołów doradczych,
- 8) nie zapewnienie warunków dla bezstronnej i obiektywnej oceny wykonania poszczególnych zadań,
- 9) słabe merytoryczne uzasadnienie opracowanych regionalnych programów restrukturyzacji,
- 10) brak rzetelnej informacji o wykorzystaniu przyznanych środków na restrukturyzację,
- 11) ograniczenie uprawnień organów założycielskich w zakresie ustalania wysokości i celu przeznaczenia środków z dotacji,
- 12) zbyt późne przekazanie przyznanych środków finansowych do zakładów opieki zdrowotnej co utrudniło, a w niektórych przypadkach uniemożliwiło ich racjonalne wykorzystanie,
- 13) decyzje dotyczące zwolnień pracowników były niekiedy podejmowane w sposób sprzeczny z przyjętymi wcześniej założeniami, bez dostatecznej oceny własnych potrzeb kadrowych.

Z drugiej jednak strony, z badań przedstawionych przez Najwyższą Izbę Kontroli w raporcie pt.: „Wykorzystanie środków publicznych na restrukturyzację w służbie zdrowia” wynika, że restrukturyzacja zatrudnienia doprowadziła do korzystnych efektów w kontrolowanych zakładach opieki zdrowotnej, co wyrażało się obniżeniem kosztów osobowych, w przypadku 35 zakładów (74,5% zakładów objętych kontrolą). W wyniku restrukturyzacji zatrudnienia przeprowadzonej w 2000r., przeciętne zatrudnienie zmniejszyło się o ok. **12,7%**. Największa redukcja zatrudnienia dotyczyła personelu pomocniczego – 16,3%. Liczba lekarzy zmniejszyła się o 13,2%, zaś średniego personelu medycznego o 9,5%. Redukcja zatrudnienia spowodowała spadek kosztów osobowych o ok. **7,1%** w 2000r. w stosunku do roku 1999, co miało istotne znaczenie dla kondycji finansowej zakładów. Spadek kosztów osobowych nie nastąpił w tych, spośród kontrolowanych zakładów, w których środki zaoszczędzone na redukcji zatrudnienia przeznaczono na podwyżki płac dla pozostałych pracowników. Jak wynika z przeprowadzonej kontroli, miejsce miały także takie przypadki, gdzie zwalniani pracownicy byli ponownie przyjmowani do pracy po wypłaceniu z dotacji budżetowej odpraw i odszkodowań za skrócony okres wypowiedzenia. Taka sytuacja miała miejsce w 6 skontrolowanych zakładach (12,6%). W umowach zawieranych z

Ministerstwem Zdrowia w 1999r. na przekazanie dotacji na restrukturyzację zatrudnienia, znajdował się zapis zobowiązujący do niezwiększania poziomu zatrudnienia w zakładzie do dnia 30 czerwca 2001. Zapisu takiego zabrakło w umowach zawieranych w roku 2000.

Zgodnie z ustawą o finansach publicznych przyznane środki finansowe w formie dotacji, które nie zostały wykorzystane w danym roku obrachunkowym muszą być zwrócone do budżetu państwa. Był to jeden z podstawowych problemów w trakcie realizacji Programu Restrukturyzacji, co wynikało z opóźnionego uruchomienia Programu. Część środków finansowych przyznanych zakładom opieki zdrowotnej na podstawie wnioskowanej kwoty, nie była wykorzystana (zmniejszono liczbę osób faktycznie zwolnionych w stosunku do liczby planowanych zwolnień), co skutkowało koniecznością zwrócenia tych środków do budżetu państwa. Według informacji Ministerstwa Zdrowia, 5,5 mln zaplanowanych środków nie zostało wykorzystanych w 2000r. (niektóre placówki wycofały się z planowanej redukcji personelu) i musiało być zwrócone do budżetu państwa [73].

Rys.24. Restrukturyzacja zatrudnienia w latach 1999- 2001 w ujęciu wojewódzkim.



Źródło: Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia

Tabela 20. Liczba osób zwolnionych w ramach Programu Restrukturyzacji w latach 1999–2001.

| Województwo | 1999 | 2000 | 2001 | 1999-2001 | Udział w zwolnieniach 1999-2001 (%) | Udział w zatrudnieniu (%)* |
|------------------------|-------|-------|------|--------------|-------------------------------------|----------------------------|
| 1. Dolnośląskie | 3 105 | 3 870 | 922 | 7 897 | 9,1 | 8,3 |

| | | | | | | |
|---------------------------------|---------------|---------------|--------------|---------------|------------|------------|
| 2. Kujawsko - Pomorskie | 1 588 | 3 744 | 1 131 | 6 463 | 7,4 | 5 |
| 3. Lubelskie | 1 815 | 2 185 | 776 | 4 776 | 5,5 | 5,7 |
| 4. Lubuskie | 3 446 | 1 515 | 875 | 5 836 | 6,7 | 2,5 |
| 5. Łódzkie | 2 744 | 3 689 | 515 | 6 948 | 8,0 | 7 |
| 6. Małopolskie | 3 439 | 2 847 | 1 050 | 7 336 | 8,4 | 8,6 |
| 7. Mazowieckie | 3 538 | 5 506 | 373 | 9 417 | 10,8 | 14,7 |
| 8. Opolskie | 522 | 1 314 | 32 | 1 868 | 2,1 | 2,7 |
| 9. Podkarpackie | 1 757 | 1 520 | 598 | 3 875 | 4,4 | 5,1 |
| 10. Podlaskie | 1 280 | 1 809 | 1 216 | 4 305 | 4,9 | 3,1 |
| 11. Pomorskie | 1 838 | 2 627 | 221 | 4 686 | 5,4 | 5,2 |
| 12. Śląskie | 3 021 | 2 391 | 51 | 5 463 | 6,3 | 13,4 |
| 13. Świętokrzyskie | 542 | 451 | 124 | 1 117 | 1,3 | 3,4 |
| 14. Warmińsko- Mazurskie | 2 352 | 1 418 | 680 | 4 450 | 5,1 | 3,2 |
| 15. Wielkopolskie | 3 141 | 3 457 | 158 | 6 756 | 7,8 | 7,8 |
| 16. Zachodniopomorskie | 2 621 | 2 211 | 992 | 5 824 | 6,7 | 4,3 |
| Razem | 36 749 | 40 554 | 9 715 | 87 018 | 100 | 100 |

źródło: Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia

*GUS, Rocznik Statystyczny 2001, Pracujący w 2001r. w ochronie zdrowia i opiece społecznej wg województw.

Biorąc po uwagę liczbę osób zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia w poszczególnych województwach oraz liczbę zwolnionych osób z publicznych zakładów opieki zdrowotnej w ramach Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia, można oszacować, że największą redukcję przeprowadzono w województwach: lubuskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim. Najniższa redukcja zatrudnienia nastąpiła w województwach: śląskim, mazowieckim, świętokrzyskim i podlaskim.

Tabela 21. Kwota przeznaczona na restrukturyzację zatrudnienia w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w latach 1999-2001.

| Województwo | 1999 | 2000 | 2001 | 1999-2001 |
|---------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| 1. Dolnośląskie | 9 148 925 | 11 401 248 | 3 226 376 | 23 776 549 |
| 2. Kujawsko - Pomorskie | 5 250 535 | 9 955 357 | 3 960 216 | 19 166 108 |
| 3. Lubelskie | 5 881 769 | 7 083 386 | 2 716 851 | 15 682 006 |
| 4. Lubuskie | 7 968 404 | 3 504 577 | 3 061 797 | 14 534 778 |
| 5. Łódzkie | 9 202 239 | 12 376 160 | 1 803 627 | 23 382 026 |
| 6. Małopolskie | 9 966 189 | 8 255 358 | 3 673 917 | 21 895 464 |
| 7. Mazowieckie | 10 914 954 | 16 989 317 | 1 306 270 | 29 210 541 |
| 8. Opolskie | 1 673 904 | 4 212 602 | 111 845 | 5 998 351 |
| 9. Podkarpackie | 6 573 260 | 5 689 814 | 2 092 121 | 14 355 195 |
| 10. Podlaskie | 3 683 436 | 5 208 059 | 4 255 794 | 13 147 289 |
| 11. Pomorskie | 7 070 667 | 10 107 056 | 774 194 | 17 951 917 |
| 12. Śląskie | 10 415 141 | 8 246 233 | 177 982 | 18 839 356 |
| 13. Świętokrzyskie | 1 940 806 | 1 615 443 | 434 365 | 3 990 614 |
| 14. Warmińsko - Mazurskie | 7 182 851 | 4 331 559 | 2 380 856 | 13 895 266 |
| 15. Wielkopolskie | 10 319 591 | 11 359 539 | 551 817 | 22 230 947 |
| 16. Zachodniopomorskie | 8 332 855 | 7 029 694 | 3 472 821 | 18 835 370 |
| Razem | 115 525 526 | 127 365 402 | 34 000 849 | 276 891 777 |

źródło: Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia

Wspomniana blokada niektórych wydatków w budżecie państwa na rok 2001 spowodowała, że 6 województw otrzymało powyżej 80% zaplanowanych środków programu, natomiast 10 województw poniżej 40%, a niektóre jedynie ok. 15%. W roku 2002 podjęto więc działania mające na celu zrównoważenie stopnia realizacji zadań z programu 2001 roku. W Programie Restrukturyzacji realizowanym w 2002r. nie dokonano zmian w składzie i trybie podejmowania decyzji przez Regionalne Komitety Sterujące. Według danych Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia, łącznie w ramach Programu Restrukturyzacji w 2002r. zwolnionych zostało **5.056** osób, koszty związane z wypłaceniem dla nich odpraw i odszkodowań wynosiły **17.697.667 zł** (szczegóły przedstawiono w tabeli 2 w aneksie).

6. Program Restrukturyzacji Zatrudnienia w opinii kluczowych aktorów procesu.

Analiza wywiadów pogłębionych.

W celu uzyskania pełniejszej oceny rządowego Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia, na potrzeby niniejszej pracy, przeprowadzono wywiady pogłębione z wybranymi przedstawicielami 10 kluczowych instytucji bezpośrednio zaangażowanych w przygotowywanie i realizację Programu Restrukturyzacji. Wywiady przeprowadzono za pomocą kwestionariusza składającego się z 13 pytań (przedstawionego w aneksie jako Załącznik nr 1). Badanie za pomocą wywiadu pogłębionego jest badaniem jakościowym, toteż doboru kluczowych instytucji dokonano w taki sposób, aby uzyskać informację ze strony instytucji reprezentujących różne oczekiwania i pełniących różne funkcje w realizacji Programu. Wśród osób wybranych do badania (szczegółowy wykaz nazwisk przedstawia Załącznik nr 2 w aneksie) z którymi przeprowadzono wywiady znalazły się:

- Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia (odpowiedzialny za Program Restrukturyzacji z ramienia Ministerstwa Zdrowia),
- Z-ca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia (departament odpowiedzialny za realizację Programu),
- Przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” (i zarazem reprezentant związków zawodowych w Krajowym Komitecie Sterującym),
- Dyrektor Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego,
- Dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta,
- Dyrektor Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego,
- Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,
- Przedstawiciel środowiska lekarskiego,
- Dyrektor Szpitala Powiatowego, w którym dokonano zwolnień grupowych w ramach Programu,
- Dyrektor Szpitala Powiatowego, w którym dokonano nieznacznej restrukturyzacji zatrudnienia.

Program Restrukturyzacji realizowany był na poziomie centralnym (Ministerstwo Zdrowia, Krajowy Komitet Sterujący) oraz regionalnym (wojewódzkie programy restrukturyzacyjne). Aby uniknąć oceny Programu z poziomu jednego województwa, do badania wybrano osoby reprezentujące: Ministerstwo Zdrowia, Krajowy Komitet Sterujący oraz województwa: małopolskie, dolnośląskie, mazowieckie, opolskie, lubelskie. Badanie przeprowadzono w okresie luty - maj 2003, czyli dwa lata po zakończeniu realizacji Programu, który był przedmiotem rozmowy. Ta perspektywa czasu pozwoliła na spojrzenie i ocenę Programu z perspektywy czasu, co z jednej strony pozwoliło na wykluczenie czynnika emocjonalnego, który towarzyszył ocenie Programu w trakcie jego trwania, z drugiej jednak strony respondenci w odniesieniu do kilku pytań nie potrafili udzielić szczegółowych odpowiedzi, ze względu na upływ czasu (odpowiedzi nie uzyskano od 3 osób na 2 pytania). Poniżej omówiono szczegółowo odpowiedzi uzyskane na poszczególne pytania.

Pyt.1. Jakie Pani/Pana zdaniem były mocne strony Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia (1999-2001)?

Większość respondentów (7 na 10 osób) jako mocną stroną Programu na pierwszym miejscu wymieniała sam fakt, że powstał taki program. Podkreślano, że po raz pierwszy realizowane było tak duże i odpowiedzialne zadanie w układzie nowych województw. Zwracano także uwagę, że metodologia pracy i postępowania w przygotowywaniu Programu, była podobna jak metodologia ubiegania się o środki UE dla regionów, stąd też doświadczenie w pracy nad Programem Restrukturyzacji w ochronie zdrowia, stało się cennym doświadczeniem współpracy w regionie. Aż sześciu respondentów zwróciło uwagę na edukacyjną rolę Programu, który spowodował ogólne zainteresowanie i zaangażowanie w działania związane z restrukturyzacją ochrony zdrowia i zainicjowały dialog społeczny na poziomie regionów, w który była włączona większość podmiotów systemu ochrony zdrowia.

Trzech respondentów zwróciło uwagę, że dla wielu zakładów, znajdujących się w trudnej sytuacji finansowej i stojących przed koniecznością dokonania zwolnień, środki zapewnione przez Program były niejako „*kołem ratunkowym*.” Był to bodziec i czynnik motywacyjny w postaci konkretnego strumienia środków finansowych na zdefiniowany cel.

„Nigdy wcześniej w naszym kraju nie wprowadzono na taką skalę restrukturyzacji, zastosowano inny sposób podejścia, próbowano objąć systemowo całość zasobów ochrony zdrowia”. Podkreślano także, że następowała próba dostosowania zasobów do potrzeb zdrowotnych, stąd kierunek tworzenia łóżek opieki długoterminowej poprzez likwidację i przekształcenia łóżek opieki krótkoterminowej, czemu towarzyszył proces przekwalifikowywania kadr. Wzmocniono zatem opiekę długoterminową poprzez doposażenie sprzętowe i modernizację zakładów o tym profilu działania, przy jednoczesnym uruchomieniu programu szkoleniowego z zakresu zarządzania tego typu placówkami oraz świadczenia usług medycznych w tych zakładach (zakup sprzętu i szkolenia finansowane ze środków Banku Światowego, a restrukturyzacja finansowana w ramach programów rządowych). Inne mocne strony, na które zwracali uwagę respondenci to:

- przyznanie restrukturyzacji zatrudnienia priorytetowego znaczenia wśród całokształtu przekształceń w systemie,
- stworzenie realnej pomocy dla zakładów zdecydowanych na restrukturyzację,
- łatwość dostępu i aplikowania o środki,
- zdefiniowany harmonogram czasowy (choć rygorystyczny),
- przejrzystość procedur,
- istnienie zdefiniowanego budżetu z podziałem na województwa według czytelnych kryteriów.

Pyt.2. Jakie Pani/Pana zdaniem były słabe strony Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia?

Profil odpowiedzi na to pytanie był bardzo zróżnicowany w zależności o tego, jaką instytucję reprezentował respondent. Jednomyślności opinii (8 osób) dotyczyła jednak bardzo rygorystycznego harmonogramu działań, skutkującego krótkimi terminami na przygotowanie wniosków, a potem ich analizy i oceny. Powodowało to opóźnienia w przekazaniu środków finansowych, powodujące

utrudnienia w ich wykorzystaniu (...*„chaos informacyjny w fazie przygotowania i realizacji, brak przejrzystych kryteriów zatwierdzania projektów i przyznawania środków, opóźnienia w przepływach finansowych”*).

Zwrócono także uwagę na brak właściwej współpracy pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Ministerstwem Pracy: *„...Oferty rynku pracy dla zwalnianych pracowników były bardzo ograniczone i nieefektywne, nie udało się w tym zakresie nawiązać skutecznej i efektywnej współpracy ani na poziomie centralnym, ani na poziomie regionalnym”*.

Większość respondentów wskazywała także na brak narzędzi do monitorowania programu. Dwie osoby podkreśliły, że przeprowadzana restrukturyzacja często nie miała nic wspólnego z analizą i racjonalizacją zatrudnienia, dokonywano redukcji *„bo były środki finansowe na odprawy”*, *„często zmuszano nieprzygotowanych pracowników obsługi do zakładania własnych firm”*.

Postulowano, że należało dokonać rozdzielenia zwolnień naturalnych (emerytura) od przechodzenia do sektora prywatnego (...*„czy ci, którzy przechodzili do NZOZ-ów powinni otrzymywać odprawy?”*)

Wskazywano także na zbyt mały nadzór nad skutkami restrukturyzacji (w niektórych zakładach dochodziło do ponownego zatrudniania pracowników, pomimo wcześniejszej redukcji), obowiązywały zbyt liberalne zasady pokrywania kosztów restrukturyzacji zatrudnienia (...*„w niektórych przypadkach dokonywano przechodzenia pracowników z zakładu publicznego do niepublicznego z dnia na dzień, przy jednoczesnym wypłacaniu odpraw, a często nawet odszkodowań”*).

Ponadto wskazywano także na takie słabe strony programu jak:

- często brak woli restrukturyzacji nawet po otrzymaniu środków, co skutkowało koniecznością zwrócenia środków,
- trudności w podejmowaniu decyzji przez komitety sterujące (brak uzgodnień, wyraźna różnica interesów).

Pyt.3. Jakie były główne ograniczenia i bariery w planowaniu i wdrażaniu Programu?

Odpowiedzi na to pytanie głównie dotyczyły problemów wynikających z przepisów ustawy o finansach publicznych, zgodnie z którą środki przyznane, a niewykorzystane w danym roku obrachunkowym, muszą być zwrócone do budżetu. Jeżeli zaplanowane środki nie były wykorzystane w terminie, to musiały zostać zwrócone do budżetu (*„...w takich przypadkach przepisy prawa powinny być bardziej elastyczne, aby nie trzeba było zwracać środków, ale wykorzystać je w inny sposób”*). Zakłady opieki zdrowotnej otrzymując środki miały świadomość, że jeżeli ich nie wykorzystają, to będą musiały je zwrócić, co powodowało, że często decyzje o restrukturyzacji zatrudnienia były podejmowane w pośpiechu bez przeprowadzenia stosownych analiz. Kolejnym problemem, na który zwróciła uwagę połowa respondentów to charakter procesu restrukturyzacji, który z punktu widzenia społecznego jest trudnym przedsięwzięciem, zwłaszcza w małych miastach, gdzie każde zwolnienia powodują lokalny wzrost bezrobocia, wówczas procesowi temu towarzyszy niechęć i opór środowiska lokalnego. W trzech przypadkach zwrócono także uwagę na ostre kryteria przystąpienia do Programu (np. wymagany wskazany procent redukcji zatrudnienia), przepisy prawa pracy – czasochłonne procedury (np. konieczność podpisania porozumienia ze związkami zawodowymi w przypadku zwolnień grupowych),

silna pozycja związków zawodowych w zakładzie. Inne bariery i ograniczenia, na które wskazywali respondenci to:

- niewystarczający budżet (odpowiedzi takiej udzieliło 3 na 10 respondentów),
- szeroki zakres zmian w ochronie zdrowia,
- brak wiary wśród pracowników, że restrukturyzacja jest niezbędna,
- decyzje komitetu sterującego nie zawsze przenosiły się na decyzje organów założycielskich,
- brak stosownych regulacji prawnych w zakresie przekształceń prywatyzacyjnych w ochronie zdrowia,
- kosztowne i czasochłonne procedury likwidacji zakładów opieki zdrowotnej.

Pyt.4. Czy Program Restrukturyzacji Zatrudnienia przyczynił się do zwiększenia efektywności działania zakładów opieki zdrowotnej?

Wszyscy respondenci odpowiadali twierdząco na to pytanie, podkreślali przy tym, że:

- wzrost efektywności następował pośrednio poprzez redukcję kosztów osobowych,
- była to często tzw. „redukcja prosta” (np. trzy dotychczasowe rejestratorki zastępowano jedną, która realizowała całość zadań), często przeprowadzana równoległe z wdrażaniem outsourcingu,
- skala zjawiska poprawy efektywności była bardzo zróżnicowana i uwarunkowana wieloma czynnikami (np. ogólna kondycja finansowa zakładu, sposób zarządzania zakładem, wysokość kontraktu z kasą chorych itd.)

Jeden z respondentów zwrócił uwagę, że zakłady, które wcześniej przeprowadziły restrukturyzację zatrudnienia nie były beneficjentami Programu.

Pyt.5. Jakie korzyści uzyskały zakłady dzięki Programowi Restrukturyzacji Zatrudnienia?

Odpowiadając na to pytanie respondenci nie mieli wątpliwości, że zakłady odniosły wiele korzyści dzięki uczestnictwie w Programie, do najczęściej wymienianych korzyści należały:

- Ułatwienie przeprowadzenia restrukturyzacji, ponieważ w rozmowie ze związkami zawodowymi i organem założycielskim, można było posługiwać się argumentem, że jest to działanie kierowane „odgórnie”, co pozwoliło na uzyskanie pewnego „przyzwolenia społecznego” (*„argument: teraz są środki na realizację zadania, które i tak musimy wykonać, a jego odłożenie w czasie, może spowodować utratę szansy pozyskania środków na ten cel”*).
- Konkretna pomoc finansowa na przeprowadzenie koniecznego zadania.
- Walor edukacyjny dla kadry zarządzającej poprzez uświadomienie mechanizmów reformy i zrozumienie konieczności restrukturyzacji zasobów kadrowych (*„...”zwrócenie uwagi na fakt, że utrzymanie pracowników kosztuje, taniej i efektywniej jest zlecić - umowa na zadanie”*).
- Możliwość racjonalizacji zatrudnienia poprzez dostosowania kadry do liczby i rodzaju świadczeń wykonywanych na podstawie umowy z kasą chorych.

- Obniżenie kosztów osobowych i zmniejszenie dysproporcji pomiędzy wydatkami, a przychodami (czyli spadek zadłużenia).
- Możliwość prywatyzacji usług – odejście pracowników z SPZOZ do NZOZ, w warunkach spokoju i wzajemnego zrozumienia. Utrzymana została przy tym płynność finansowa zakładu.

Jeden z respondentów zwrócił także uwagę na taki aspekt programu jak „szacunek do pracy” (posiadanie pracy), co z kolei wpływało pozytywnie na stosunek do pacjenta, motywację do podnoszenia kwalifikacji.

Pyt.6. Czy restrukturyzacja doprowadziła do zmiany pozycji konkurencyjnej zakładów?

Odpowiedzi na to pytanie były dość zróżnicowane: większość (6 osób) odpowiedziało twierdząco, podkreślając, że stopień zjawiska zależał od skali przeprowadzonej restrukturyzacji w zakładzie oraz procesów towarzyszących (np. prywatyzacji). Zakłady w których koszty funkcjonowania pozostały na poziomie sprzed reformy, miały bardzo wysokie koszty całkowite, były więc mniej konkurencyjne.

Dwie osoby uznały, że wpływ restrukturyzacji na konkurencyjność zakładów był bardzo ograniczony. Kolejne dwie osoby twierdziły, że nawet skutecznie przeprowadzona restrukturyzacja nie miała żadnego wpływu na wzrost konkurencyjności, ponieważ konkurencyjność zakładów „była ograniczana przez kasy chorych i ich subiektywizm w ustalaniu stawek kontraktów”.

Pyt.7. Czy przeprowadzona restrukturyzacja doprowadziła do istotnego zmniejszenia kosztów w zakładach?

W opinii dziewięciu respondentów przeprowadzenie „faktycznej” restrukturyzacji doprowadziło do zmniejszenia kosztów w zakładzie (*„porównanie wydatków osobowych w zakładach wskazuje, że wyraźnie się obniżyły”*), podkreślano przy tym, że inna jest struktura kosztów. Jeden z respondentów twierdził, że jeśli odejście pracowników było związane ze zmniejszeniem zakresu działalności, to przy działalności deficytowej osiągnięto zamierzony cel.

Pyt.8. Czy bez pomocy programu restrukturyzacji Ministerstwa Zdrowia zakłady opieki zdrowotnej byłyby w stanie przeprowadzić restrukturyzację zatrudnienia?

Wszyscy respondenci zgodnie stwierdzili, że nie byłoby możliwości przeprowadzenia restrukturyzacji na tak szeroką skalę, jak to miało miejsce dzięki Pogramowi, podkreślano przy tym następujące aspekty programu:

- Odprawy finansowe są ustawowo gwarantowane, przy obecnej sytuacji finansowej zakładów opieki zdrowotnej bez środków Ministerstwa Zdrowia nie byłoby restrukturyzacji na taką skalę (*„na taką skalę na pewno nie byłoby restrukturyzacji, co widać obecnie w wypowiedziach starostów i dyrektorów zakładów, którzy stając przed koniecznością restrukturyzacji twierdzą, że gdyby mogli na ten cel otrzymać środki, to byłoby im znacznie łatwiej przeprowadzić ten proces”*).

- Byłoby to bardzo trudne ze względu na opór związków zawodowych i brak środków na odprawę, program miał istotne znaczenie jako argument w dyskusji ze związkami zawodowymi jako „proces odgórny” oraz szansa uzyskania dofinansowania.
- Program ten był potrzebny jako bodziec motywacyjny.
- Proces ten byłby szczególnie trudny w zakładach o najgorszej sytuacji finansowej (w przypadku zakładów o dużym zadłużeniu nie byłoby to możliwe, brak płynności finansowej, odprawy stanowią pokaźną pozycję w budżecie zakładu).

Pyt.9. Jak ocenia Pani/Pan współpracę i zaangażowanie partnerów odpowiedzialnych za proces restrukturyzacji?

Rozkład uzyskanych odpowiedzi na to pytanie jest bardzo zróżnicowany, co wynika z różnych doświadczeń w budowaniu Programu. Osoby biorące udział w Programie z poziomu centralnego, podkreślały, że charakter współpracy podmiotów zaangażowanych w Program był bardzo zróżnicowany w różnych regionach kraju (*„były regiony gdzie współpraca się dobrze układała, jak również takie, gdzie trudno było nawiązać dialog merytoryczny, zależało to od wielu czynników, m.in. od proporcji pomiędzy czynnikami merytorycznymi a politycznymi”*).

Współpraca miała różny charakter w kolejnych etapach programu: *„zwłaszcza na początku programu obserwowano dużą niechęć środowiska, nastawienie na „nie,” w drugim i trzecim roku realizacji programów negatywne nastawienie znacznie się osłabiło, większe zrozumienie i akceptacja dla procesu, widać więc że proces ten wymaga upływu czasu”*. Pozytywnie oceniana była zwłaszcza postawa organów założycielskim (*„przyzwolenie i zrozumienie ze strony organu założycielskiego”, „współpraca z organami założycielskimi była dobra i prawidłowa”*). W opinii dwóch respondentów - izby i związki zawodowe blokowały w wielu przypadkach podejmowanie decyzji przez komitet sterujący (ochrona interesów pracowniczych).

Pyt.10. Jak ocenia Pani/Pan wpływ restrukturyzacji zatrudnienia na proces prywatyzacji w zakładach opieki zdrowotnej?

Odpowiedzi uzyskane na no pytanie pokazują dość skrajne postrzeżenie związku restrukturyzacji ze zmianą formy własności. Część respondentów uważała, że prywatyzacja była niejako wynikiem - skutkiem restrukturyzacji (*„liczba utworzonych niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej jest odpowiedzią na restrukturyzację”, „program umożliwił mi przeprowadzenie w zakładzie prywatyzacji podstawowej opieki zdrowotnej”*). Dwie osoby uważały, że w niektórych przypadkach był związek restrukturyzacji z prywatyzacją, ale skalę tego zjawiska trudno oszacować (*„w wyniku restrukturyzacji dotarło do świadomości, że może to być korzystniejsze - odchodzenie części pracowników wiązało się z prywatyzacją i zwykle była to inicjatywa, która się sprawdziła, o ile za jakiś czas SPZOZ nie tworzył działalności konkurencyjnej, posiadając nadal przerost zatrudnienia”*). Podkreślano przy tym, że prywatyzowana część świadczeń w pierwszej kolejności wiązała się z odejściem najbardziej przedsiębiorczych i doświadczonych pracowników.

Trzech respondentów stwierdziło, że nie było wyraźnego restrukturyzacji z prywatyzacją, gdyż nie było wyraźnego bodźca motywacyjnego w kierunku zmian prywatyzacyjnych (np. dodatkowych punktów przy ocenie wniosków).

Pyt.11. Jak ocenia Pani/Pan przebieg monitorowania procesu restrukturyzacji zatrudnienia?

Monitorowanie procesu restrukturyzacji okazało się najsłabszym punktem Programu Restrukturyzacji, o czym świadczą uzyskane odpowiedzi: „nie znam wyników”, „nic na ten temat nie wiem”, „bardzo słabo”, „brak zwrotnej informacji w skali województwa i kraju”, „niedobry, nie wiadomo jak te zmiany wpłynęły na wielkość zatrudnienia”, „nie ma na ten temat wiarygodnych danych”.

Pyt.12. Gdyby Pani/Pan dysponowała sumą taką, jaka została przeznaczona na Program Restrukturyzacji to czy wykorzystałaby ją Pani/Pan w taki sam sposób? Jeśli nie, to jaka jest Pani propozycja?

Trzy osoby zdecydowanie stwierdziły, że środki na restrukturyzację zatrudnienia należało wydać w taki sposób, w jaki były wydane („skoro zakłady bez dopingu nie chciały się zrestrukturyzować, to należało to zainicjować odgórnie”, „widocznie program taki był niezbędny, był jasno zdefiniowany cel, zgodnie z którym te środki były wydatkowane”).

Czterech respondentów było przekonanych o słusznym kierunku restrukturyzacji, ale zwracali uwagę na konieczność dokonania pewnych modyfikacji w sposobie przeprowadzania restrukturyzacji:

- konieczność stworzenia lepszego systemu monitorowania,
- przygotowanie i uchwalenie stosownych przepisów prawnych,
- stworzenie harmonogramu pracy pozwalającego na lepsze rozłożenie pracy w czasie,
- wykluczenie procedury z systemu jednorocznego rozliczenia finansowego (stworzenie mechanizmów wykorzystania środków nie objęte rokiem budżetowym),
- przeznaczenie środków na restrukturyzację tylko w sytuacji, gdy pracownicy tracili pracę bez możliwości pracy w sektorze ochrony zdrowia, lub w sytuacjach, gdy restrukturyzacja wiązałaby się z likwidacją zakładów lub oddziałów,
- należałoby uwzględnić udział własny zakładów - tj. partycypację w kosztach, wtedy zapewne nie dochodziłoby tak często do niewykorzystania środków (np. 75% z Ministerstwa, pozostałe 25% z ramienia organu założycielskiego lub zakładu),
- należało wprowadzić ostre restrykcje egzekwowane w odniesieniu do dyrektorów, którzy planowali dużą restrukturyzację, a po otrzymaniu środków wycofywali się z pierwotnych planów, blokując w ten sposób środki finansowe i powodując konieczność ich zwrócenia do budżetu (utrata środków z systemu ochrony zdrowia).

Dwóch respondentów podało jako propozycję stworzenie specjalnych „agend” odpowiedzialnych za restrukturyzację na poziomie regionu:

- stworzenie Regionalnego Funduszu Restrukturyzacyjnego jako samodzielnego podmiotu prawnego, który byłby odpowiedzialny za planowanie, realizację, doradztwo i monitorowanie programów na poziomie województwa,

- powołanie agencji ds. restrukturyzacji (analogicznie jak np. w hutnictwie), która byłaby prawnie upoważniona do przeprowadzenia restrukturyzacji. Agencja taka mogłaby przekazywać środki bezpośrednio zakładom lub organom założycielskim. Agencja mogłaby zapewnić większą skuteczność, bezstronność i monitorowanie procesu.

W opinii jednego z respondentów bardziej racjonalne byłoby wydatkowanie tych środków raczej jako dofinansowanie do spłaty komercyjnego kredytu (program aktywnego wsparcia dla zwalnianych pracowników).

Pyt.13. Pani//Pana uwagi do procedury i przebiegu procesu restrukturyzacji?

Podstawowy problem, na jaki zwracali uwagę respondenci, to zbyt późne ogłoszenie terminów składania wniosków, opóźnienia w przekazywaniu środków, długie oczekiwanie na decyzję o przyznaniu środków. Część respondentów podkreślała, że niedobrze, że programy już się skończyły, bo ludzie zaczęli się uczyć ich funkcjonowania, zaczęli myśleć nowymi kategoriami, zaczęli się do nich przyzwyczajać („*Stan pogłębiającego się kryzysu w ochronie zdrowia pokazuje, że błędem było przerwanie realizacji programów*”).

Podsumowanie przeprowadzonych wywiadów

Analiza odpowiedzi uzyskanych w wyniku przeprowadzonego badania wskazuje, że opinie o Programie wyrażane przez przedstawicieli różnych podmiotów zaangażowanych w proces restrukturyzacji są dość zbliżone. Na podkreślenie zasługuje fakt, że osoby te reprezentowały różne interesy w trakcie realizacji Programu, niemniej jednak wykazują dość dużą jednogłośnieść w ocenie Programu, dokonanej z perspektywy czasu.

Jako mocna strona Programu respondenci wskazywali przede wszystkim sam fakt stworzenia i przeprowadzenia Programu Restrukturyzacji o zdefiniowanych założeniach, celach i zasadach uczestnictwa. Większość respondentów uważa, że restrukturyzacja zatrudnienia w takim wymiarze i w takiej skali nie byłaby możliwa do przeprowadzenia bez wsparcia ze strony programu rządowego. Podkreślana była także rola edukacyjna Programu i zainicjowanie dialogu społecznego na poziomie województw w zakresie budowania wojewódzkiej strategii dla zdrowia regionu. Zwracano również uwagę na liczne ograniczenia i słabe strony Programu, wśród których najczęściej wymieniane były: bardzo napięty harmonogram czasowy, opóźnienia w przekazywaniu środków finansowych, pospieszne dokonywanie restrukturyzacji bez dokonania koniecznych analiz, konieczność zwracania do budżetu niewykorzystanych środków. W całościowej ocenie Programu Restrukturyzacji przeważają jednak pozytywne wypowiedzi, równoważone wskazywaniem mankamentów Programu, które powinny być zmodyfikowane (głównie w obszarze monitorowania, które okazało się najbardziej nieskuteczne, a w zasadzie brakło w Programie mechanizmów i narzędzi do monitorowania procesu w pożądanym wymiarze).

IV. PODSUMOWANIE

System opieki zdrowotnej pozostaje pod silnym wpływem dwóch czynników: rozwoju cywilizacyjnego oraz ciągłych ograniczeń ekonomicznych. Zmusza to organizatorów i świadczeniodawców opieki zdrowotnej do bardziej efektywnego wykorzystania dostępnych zasobów, w szczególności zasobów ludzkich. Im twardsze są restrykcje i ograniczenia budżetowe, tym bardziej potrzebna jest racjonalizacja działania. W Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej, sektor opieki zdrowotnej charakteryzował się przerostem zatrudnienia kadr medycznych, zwłaszcza w przypadku lekarzy. Wcześniejszy system polityczno-ustrojowy pozostawił po sobie w wielu instytucjach problemy w zakresie stosunków pracy oraz przyzwyczajęń pracowników. Szpitale były za duże i zatrudniały zbyt dużo lekarzy, podczas gdy związki zawodowe i stowarzyszenia pielęgniarek zwracały uwagę na niedobory w zakresie kadr pielęgniarskich. W efekcie wydajność systemów opieki zdrowotnej w krajach Europy Środkowo-Wschodniej jest niższa, lekarze często wykonują pracę, którą mogłyby wykonywać wykwalifikowane pielęgniarki, a praca administracyjna mogłaby być wykonywana przez personel administracyjny [22]. Analiza zasobów kadrowych w polskim systemie opieki zdrowotnej dokonana przez ekspertów Banku Światowego prowadziła do wniosku, że problemy kadrowe były wynikiem braku odpowiednich proporcji pomiędzy różnymi grupami kadr medycznych, ich niewłaściwego rozmieszczenia i braku motywacji do pracy. Wzrost liczby lekarzy bez zbilansowania właściwego przyrostu liczby pielęgniarek i innego medycznego personelu pomocniczego, może prowadzić do negatywnych skutków (m.in. niska jakość usług, długie listy oczekujących, wzrost kosztów świadczonych usług).

W celu dostosowania zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej do popytu na świadczenia zdrowotne, konieczne jest planowanie uwzględniające takie aspekty jak: kształtowanie podaży wyszkolonej kadry, rewizja norm kadrowych, redystrybucja istniejącego personelu oraz jego racjonalne rozmieszczenie. Zasoby ludzkie systemu opieki zdrowotnej powinny więc być analizowane nie tylko z punktu widzenia ich liczebności, ale także, a może przede wszystkim, z punktu widzenia jakości. Stąd też istnieje konieczność dokonania analizy programów kształcenia akademickiego, podyplomowego i ustawicznego dla lekarzy, pielęgniarek i menadżerów oraz pozostałych pracowników ochrony zdrowia.

Kreowanie strategii restrukturyzacji zatrudnienia jest więc procesem wymagającym gruntownej analizy struktury i jakości posiadanych zasobów. Szczegółowej ocenie powinny być poddane uwarunkowania rynku pracy (w tym prognozowanie podaży wewnętrznej i zewnętrznej) i ogólne tendencje ekonomiczne oraz przewidywany popyt na realizowane świadczenia [16]. Planowanie strategiczne zasobów ludzkich powinno być niezbędnym elementem polityki zakładów opieki zdrowotnej, mimo iż niesie ono ze sobą wiele problemów, głównie dotyczących połączenia planowania strategicznego z planowaniem finansowym, co jest trudne w zderzeniu z ciągłymi zmianami otoczenia, zwłaszcza w odniesieniu do polityki płatnika świadczeń zdrowotnych.

Poniższy schemat jest teoretyczną próbą konstrukcji kolejnych etapów budowania i wdrażania strategicznej polityki restrukturyzacji zatrudniania, towarzyszącej wprowadzaniu reformy ochrony zdrowia.

Budowa strategicznej polityki zatrudnienia w systemie opieki zdrowotnej

1. Opracowanie kierunków zmian w systemie opieki zdrowotnej.
2. Oszacowanie posiadanych zasobów ludzkich z punktu widzenia ilości i jakości (liczba i kwalifikacje).
3. Ustalenie orientacji strategicznej:
 - i. na rozwój wewnętrzny zasobów
 - ii. na zdobywanie wykwalifikowanych pracowników na rynku pracy
 - iii. na kontraktowanie usług związanych z zatrudnieniem.
4. Opracowanie koncepcji strategicznej polityki personalnej.
5. Ustalenie, które decyzje personalne są scentralizowane, a które zdecentralizowane (podział kompetencji).
6. Delegowanie uprawnień związanych z budową nowego modelu zatrudnienia.
7. Wdrażanie strategii.
8. Monitorowanie systemu zmian.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Klich J, Kautsch M., Campbell P., Zarządzanie w opiece zdrowotnej [35] oraz Wawrzyniak B., Strategia firmy a strategiczne zarządzanie ZZL [90].

Czy pracownicy systemu opieki zdrowotnej odnieśli korzyści z reformy?

Współpraca ze środowiskami medycznymi w trakcie planowania i wdrażania reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego traktowana była wyłącznie instrumentalnie w stosunku do procesu politycznego. Zabrakło zarówno stosownej kampanii informacyjnej dla pracowników, jak również współpracy i dialogu, tymczasem poparcie, a przynajmniej neutralność pracowników medycznych są powszechnie traktowane jako warunek konieczny powodzenia reformy [50]. Po analizie dokonanej na potrzeby niniejszej pracy oraz uwzględnieniu wielu dostępnych badań i opinii, listę deklarowanych i zrealizowanych korzyści z reformy, jakie mieli odnieść pracownicy sektora opieki zdrowotnej, można próbować zdefiniować w następujący sposób:

Tabela. 22. Analiza deklarowanych korzyści z reformy dla pracowników i ich realizacja.

| Deklarowane korzyści z reformy [54] | Realizacja deklaracji | Wynik |
|-------------------------------------|-----------------------|-------|
|-------------------------------------|-----------------------|-------|

| | | |
|---|---|---|
| Możliwość zwiększenia ogólnej puli środków przeznaczonych na zdrowie i ściślejsze ich powiązanie z konkretnymi usługami | Nie nastąpiło istotne zwiększenie wydatków publicznych na ochronę zdrowia [13]. | — |
| Odpolitycznienie sfery usług zdrowotnych | Nastąpiło upolitycznienie rad i zarządów kas chorych [83]. | — |
| Zwiększenie zarobków wśród pracowników instytucji medycznych i powiązanie ich wysokości z nakładem pracy | Nie nastąpił wzrost w wysokości zarobków pracowników zakładów publicznych, nie wypracowano także systemu wynagrodzeń powiązanego z nakładem pracy [48]. Próby wprowadzenia ustawowej podwyżki dla pracowników („ustawa 203”) okazały się niezgodne z obowiązującym prawem i trudne do zrealizowania. | — |
| Wzrost satysfakcji z trudnej pracy i wyższy status społeczny | Zarówno częstość, jak i skala protestów pracowników ochrony zdrowia świadczą o ich niezadowoleniu z warunków pracy. Większość badań prowadzonych wśród pracowników ochrony zdrowia wskazuje na ich niską satysfakcję; poprawa nastąpiła jedynie w przypadku lekarzy rodzinnych i pracowników zatrudnionych na kontraktach z płatnikiem świadczeń zdrowotnych. Grupa ta stanowi jednak niewielki udział procentowy w liczbie pracowników zatrudnionych ogółem. | — |
| Wypracowanie narzędzi racjonalizacji zatrudniania | Jedyną podjętą próbą w tym zakresie było wypracowanie i wdrożenie przepisów rozporządzenia w sprawie norm zatrudniania pielęgniarek i położnych. Nie wypracowano narzędzi racjonalizujących zatrudnienie w pozostałych grupach zawodowych. | — |

Źródło: opracowanie własne

Czy działania w ramach rządowego Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia były pomocne dla pracowników ochrony zdrowia?

W ramach Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia, omówionego szczegółowo w rozdziale III niniejszej pracy, w latach 1999-2001 zwolniono z publicznych zakładów opieki zdrowotnej ok. **87.000** pracowników, przy czym według szacunków Ministerstwa Zdrowia, przynajmniej połowa z nich znalazła miejsce pracy w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Z informacji zebranych przez Ministerstwo Zdrowia, na podstawie deklaracji z zakładów objętych dofinansowaniem, wynika, że grupa pracowników odchodzących na kontrakty lub znajdujących zatrudnienie w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej wynosiła ok. 40,5%, odchodzący z sektora 54,5% (głównie wcześniejsze emerytury, renty), pozostałe osoby to ok. 5%.

Program Restrukturyzacji Zatrudnienia budził wiele negatywnych emocji, zarówno w trakcie przygotowywania założeń, jak i wdrażania. Restrukturyzacja zatrudnienia postrzegana jako „masowe zwolnienia” nie spotkała się z przychylnym nastawieniem środowiska medycznego: „*Uważamy za nietrafne i merytorycznie nieuzasadnione podejmowanie dyskusji przez rząd na temat działań osłonowych w stosunku do pracowników ochrony zdrowia mogących stracić pracę w związku z reformą. Powoduje to dodatkowy opór środowisk medycznych zagrożonych utratą miejsca pracy. Gdyby miało dojść do zwolnień, zagrażałoby to bezpieczeństwu zdrowotnemu Polaków. Wskaźniki zatrudnienia są w*

Polsce na poziomach średnich europejskich i światowych.....Polityka państwa powinna iść w kierunku wprowadzenia limitów na studia medyczne, ponieważ w ostatnich latach liczba lekarzy wzrasta, rośnie też liczba studentów” [80].

Sposób realizacji Programu Restrukturyzacji został negatywnie oceniony przez kontrolerów NIK-u (szczegóły w rozdziale III niniejszej pracy), choć zwrócono uwagę na istotne obniżenie kosztów funkcjonowania zakładów, dzięki dokonanej redukcji zatrudnienia. Mimo licznych głosów krytycznych należy podkreślić **innowacyjne elementy** Programu, takie jak:

- wprowadzenie decentralizacji i regionalizacji poprzez tworzenie programów w ujęciu regionalnym,
- jasne zdefiniowanie procedury aplikowania do Programu, zasad funkcjonowania Programu i kryteriów ocen programów regionalnych,
- uzależnienie ostatecznego podziału środków od jakości programu (środki finansowe z założenia zaplanowano dla tych, którzy mają zdefiniowany plan działania i chcą je wydać w sposób racjonalny),
- zaangażowanie wszystkich stron zainteresowanych procesem zmian w ochronie zdrowia, inicjując w ten sposób budowanie regionalnego „partnerstwa dla zdrowia”,
- zastosowanie techniki komunikacji społecznej - informacje o programie zostały rozesłane do wszystkich zainteresowanych (w tym do przedstawicieli wszystkich samorządów terytorialnych, do wojewodów, związków i korporacji zawodowych, mediów, zaprezentowano je na spotkaniach we wszystkich województwach).

Analiza odpowiedzi uzyskanych w wyniku wywiadów z kluczowymi aktorami procesu (przeprowadzonych na potrzeby niniejszej pracy i omówionych szczegółowo w pkt. 6 rozdziału III) wskazuje, że opinie o Programie Restrukturyzacji wyrażane przez przedstawicieli różnych podmiotów zaangażowanych w proces restrukturyzacji są dość zbliżone. Respondenci reprezentowali różne interesy w trakcie realizacji Programu, niemniej jednak wykazali dość dużą jednorodność w ocenie Programu, dokonanej z perspektywy czasu. Jako mocna strona Programu wskazywano przede wszystkim sam fakt stworzenia i przeprowadzenia działań restrukturyzacyjnych o zdefiniowanych założeniach, celach i zasadach uczestnictwa. Większość respondentów uważała, że restrukturyzacja zatrudnienia w takim wymiarze i w takiej skali, w jakiej została dokonana w latach 1999-2001, nie byłaby możliwa do przeprowadzenia bez wsparcia ze strony programu rządowego. Podkreślana była także rola edukacyjna Programu i zainicjowanie dialogu społecznego na poziomie województw w zakresie budowania wojewódzkiej strategii dla zdrowia regionu. Zwracano również uwagę na liczne ograniczenia i słabe strony Programu, wśród których najczęściej wymieniane były: bardzo napięty harmonogram czasowy, opóźnienia w przekazywaniu środków finansowych, pośpieszne dokonywanie restrukturyzacji bez dokonania koniecznych analiz, konieczność zwracania do budżetu niewykorzystanych środków.

Wyniki badania opinii kluczowych aktorów Programu Restrukturyzacji, pozwalają na dokonanie analizy słabych i mocnych stron Programu:

Tabela. 23. Analiza słabych i mocnych stron Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia

| SŁABE STRONY | MOCNE STRONY |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ rygorystyczny harmonogramu działań, skutkujący krótkimi terminami na przygotowanie wniosków, a następnie ich analizy i oceny, ▪ opóźnienia w przekazaniu środków finansowych, powodujące utrudnienia w ich wykorzystaniu i konieczność zwracania do budżetu środków niewykorzystanych w danym roku kalendarzowym, ▪ brak procesu monitorowania, ▪ częsty brak przeprowadzenia rzetelnej analizy poprzedzającej decyzję o redukcji, ▪ zbyt mała motywacja do restrukturyzacji zatrudnienia, ▪ trudności w podejmowaniu decyzji przez komitety sterujące (wyrażna różnica interesów członków komitetu), ▪ brak właściwej współpracy pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Ministerstwem Pracy. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ dokonanie „remanentu” posiadanych zasobów, ▪ przyznanie restrukturyzacji zatrudnienia priorytetowego znaczenia wśród całokształtu przekształceń w systemie, ▪ zainspirowanie dialogu społecznego i współpracy podmiotów odpowiedzialnych za politykę zdrowotną na poziomie regionów, ▪ bodziec i czynnik motywacyjny w postaci konkretnego strumienia środków finansowych na zdefiniowany cel, ▪ kompleksowość planowania działań, ▪ rola edukacyjna, ▪ stworzenie realnej pomocy dla zakładów zdecydowanych na restrukturyzację, ▪ przejrzystość procedur, ▪ istnienie zdefiniowanego budżetu z podziałem na województwa według czytelnych kryteriów. |

źródło: opracowanie własne na podstawie wywiadów pogłębionych przeprowadzonych z kluczowymi aktorami Programu Restrukturyzacji

Jaka była skala restrukturyzacji zatrudnienia pracowników opieki zdrowotnej w latach 1999-2001 i jakie przyniosła skutki?

Rządowy Program Restrukturyzacji Zatrudnienia z jednej strony miał za zadanie zmotywowanie kadry zarządzającej do przyspieszenia procesów restrukturyzacji, z drugiej zaś strony miał za zadanie złagodzenie skutków restrukturyzacji. W latach 1999 – 2001 w ramach PRZ zwolniono z publicznych zakładów opieki zdrowotnej ok. **87.000** pracowników (z tego w 1999r. – 36.749 osób, w 2000r. – 40.555 osób, i w 2001 – 9.715 osób), przy czym według szacunków Ministerstwa Zdrowia, przynajmniej połowa z nich znalazła miejsce pracy w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Ze względu na brak monitoringu procesu restrukturyzacji na poziomie kraju, nie ma możliwości zdefiniowania losów osób, które zostały zwolnione z zakładów publicznych. Zgodnie ze wspomnianymi szacunkami Ministerstwa Zdrowia, ponad 50% zwalnianych pracowników odchodziła z sektora opieki zdrowotnej (głównie na wcześniejsze emerytury i renty). Analiza danych statystycznych na temat liczby zarejestrowanych bezrobotnych w zawodach medycznych świadczy o tym, że część osób odchodzących z sektora opieki zdrowotnej rejestrowała się jako osoby bezrobotne. Liczba zarejestrowanych bezrobotnych w zawodach medycznych w okresie 1999-2001 wzrosła z 32.860 do 44.405 (wzrost o 35%).

Redukcja pracowników, wynikająca z realizacji Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia obejmowała w różnym stopniu różne grupy zawodowe. Ze względu na brak dostępnych danych na poziomie kraju,

poniżej przytoczono informacje o zmianie struktury zatrudnienia w lecznictwie stacjonarnym województwa małopolskiego [88].

Tabela. 24. Zatrudnienie w szpitalach powiatowych i wojewódzkich województwa małopolskiego w latach 1999-2001.

| | 31.12.1999 | 31.12.2000 | różnica | % | 31.12.2001 | różnica | % |
|----------------------------|------------------|------------------|------------------|-------------|------------------|----------------|-------------|
| szpitale powiatowe (et.) | 18 250,54 | 16 021,18 | -2 229,36 | 87,8 | 15 497,15 | 524,03 | 96,7 |
| szpitale wojewódzkie (et.) | 10 502,66 | 9 902,11 | -600,55 | 94,3 | 9 641,25 | 260,86 | 97,3 |
| Razem: | 28 753,20 | 25 923,29 | -2 829,91 | 90,2 | 25 138,40 | -784,89 | 96,9 |

Źródło: Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Departament Polityki Społecznej, Raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali publicznych w Małopolsce w latach 1999 – 2001, Kraków 2002.

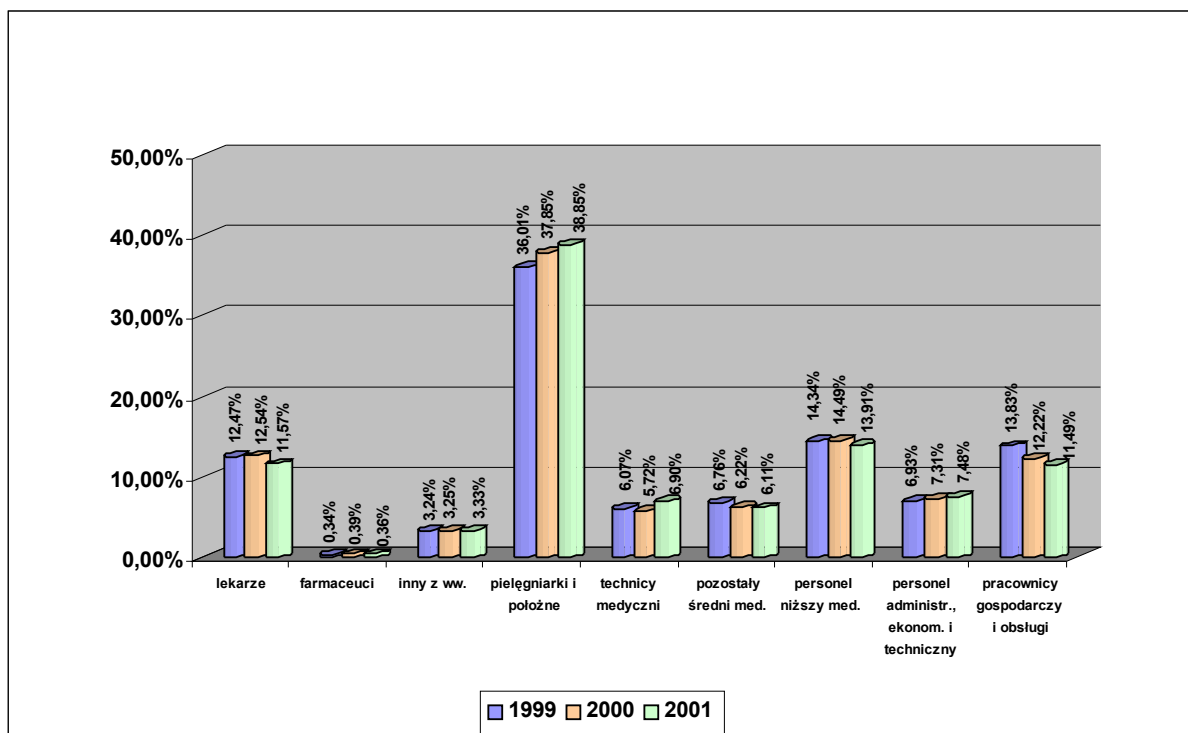
Tabela. 25. Zmiana struktury zatrudnienia w szpitalach województwa małopolskiego w latach 1999-2001.

| Grupa zawodowa | 1999 | zatrudnienie /1 łóżko | 2000 | zatrudnienie /1 łóżko | 2001 | zatrudnienie /1 łóżko |
|--|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|
| lekarze | 12,47% | 0,22 | 12,54% | 0,20 | 11,57% | 0,17 |
| farmaceuci | 0,34% | 0,01 | 0,39% | 0,01 | 0,36% | 0,01 |
| inni z ww. | 3,24% | 0,06 | 3,25% | 0,05 | 3,33% | 0,05 |
| pielęgniarki i położne | 36,01% | 0,63 | 37,85% | 0,62 | 38,85% | 0,59 |
| technicy medyczni | 6,07% | 0,11 | 5,72% | 0,09 | 6,90% | 0,10 |
| pozostały średni med. | 6,76% | 0,12 | 6,22% | 0,10 | 6,11% | 0,09 |
| personel niższy med. | 14,34% | 0,25 | 14,49% | 0,24 | 13,91% | 0,21 |
| personel administr., ekonomi., i techniczny | 6,93% | 0,12 | 7,31% | 0,12 | 7,48% | 0,11 |
| pracownicy gospod. i obsługi | 13,83% | 0,24 | 12,22% | 0,20 | 11,49% | 0,17 |
| | 100,00% | 1,76 | 100,00% | 1,63 | 100,00% | 1,51 |

Źródło: Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Departament Polityki Społecznej, Raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali publicznych w Małopolsce w latach 1999 – 2001, Kraków 2002.

Analiza wskaźników zatrudnienia w poszczególnych grupach wskazuje, że w okresie 1999-2001 nastąpił spadek wskaźników zatrudnienia we wszystkich grupach zawodowych. Redukcja ta odbywała się jednak z różnym nasileniem w poszczególnych grupach, co spowodowało zmiany w strukturze zatrudnienia ogółem. W okresie 1999-2001 w zakładach lecznictwa stacjonarnego województwa małopolskiego nastąpił wzrost udziału grupy pielęgniarek i położnych w zatrudnieniu ogółem (wzrost z 36,01% w 1999r. do 38,85% w 2001r.). Ponadto wzrósł udział techników medycznych (wzrost z 6,07% do 6,90%) oraz personelu administracyjnego, ekonomicznego i technicznego (wzrost z 6,93% do 7,48%). Spadek udziału w strukturze zatrudnienia ogółem, nastąpił w grupie lekarzy (spadek z 12,47% w 1999r. do 11,57% w 2001r.). Ponadto zmniejszył się także udział średniego i niższego personelu medycznego w zatrudnieniu ogółem.

Rys.25. Zmiany w strukturze zatrudnienia lecznictwa stacjonarnego w woj. małopolskim w latach 1999-2001.



Źródło: Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Departament Polityki Społecznej, Raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali publicznych w Małopolsce w latach 1999 – 2001, Kraków 2002.

Równoległe z redukcją liczby zatrudnionych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, następował wzrost liczby niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, co wynikało z realizacji procesu prywatyzacji. Według danych MSWiA przygotowanych na podstawie rejestru wojewodów, na koniec 2001r. w Polsce funkcjonowało **2.420** publicznych oraz **11.378** niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wśród 717 szpitali ogólnych, szpitali niepublicznych było 96 (tj. 13,4%).

Szczegółowe informacje nt. liczby pracowników medycznych zatrudnionych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej przedstawiono w tabelach 8, 9, 10 w aneksie (stan na dzień 31.XII.2001). Z informacji tych wynika, że ok. 27% lekarzy, 53% stomatologów, 17% pielęgniarek i 17% położnych pracuje w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

W kolejnych analizowanych latach zwiększał się udział sektora niepublicznego (w tym m.in. indywidualne i grupowe praktyki lekarskie i pielęgniarskie) w realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych, co szczegółowo omówiono w rozdziale II pkt. 6.

Negatywnym skutkiem przeprowadzanej restrukturyzacji było zwiększenie w analizowanym okresie, liczby osób zarejestrowanych jako bezrobotne w poszczególnych zawodach medycznych. Według danych statystycznych Departamentu Rynku Pracy, Ministerstwa Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej na koniec 2001r. zarejestrowanych było ogółem 44.405 osób bezrobotnych w zawodach medycznych. Wśród tych osób najliczniej reprezentowany był średni personel medyczny (17.836), pielęgniarki i położne (15.123) oraz pomocniczy personel medyczny (5.758). W grupie lekarzy medycyny zarejestrowanych było 685 osób.

Ciągle zachodzące zmiany w systemie opieki zdrowotnej, dokonująca się redukcja zatrudnienia, niskie płace, roszczeniowa postawa pacjentów i stres wywierają negatywny wpływ na warunki pracy pracowników, podczas gdy poczucie bezpieczeństwa w pracy jest jednym z kluczowych warunków wysokich wyników działalności, a tym samym zapewnienia usług zdrowotnych wysokiej jakości [26].

V. WNIOSKI

Hipoteza 1: Reforma ochrony zdrowia spowodowała istotne zmiany w strukturze i warunkach zatrudnienia pracowników medycznych.

Najistotniejsze zmiany jakie dokonane zostały w strukturze i warunkach zatrudnienia pracowników ochrony zdrowia, w wyniku wdrożenia reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, można zdefiniować w następujący sposób:

1. Pogorszenie poczucia bezpieczeństwa pracy.

Z analizy przeprowadzonej na potrzeby niniejszej pracy wynika, że nie zostały zrealizowane deklaracje reformatorów odnośnie korzyści, jakie mieli odnieść pracownicy zakładów opieki zdrowotnej po wprowadzeniu reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Nie nastąpił realny wzrost wynagrodzeń, wysokość wynagrodzenia nie została powiązana z wykonywaną pracą. Zachodzące ciągle zmiany organizacyjne i prawne w systemie, redukcja zatrudnienia, niezadowolenie pacjentów, spowodowało narastające frustracje i pogorszenie warunków pracy. Badania satysfakcji prowadzone wśród pracowników ochrony zdrowia, wskazują na niską ocenę satysfakcji i warunków pracy [93]. Ponadto w analizowanym okresie (1999-2001) odnotowano wyraźny wzrost zarejestrowanych bezrobotnych w zawodach medycznych.

2. Zmiany prawnych form wykonywania pracy przez lekarzy, pielęgniarki i położne (porównaj rozdział II. pkt.5).

Reforma opieki zdrowotnej spowodowała istotne zmiany prawnych form wykonywania pracy (usług) przez lekarzy, pielęgniarki i położne. Ograniczeniu uległo zatrudnienie pracownicze tych kategorii zawodowych na rzecz świadczenia usług w oparciu o umowy cywilnoprawne. W miejsce statusu pracowniczego lekarzy, pielęgniarek i położnych, pojawił się status zatrudnieniowy typu cywilnoprawnego oraz status przedsiębiorcy. Zatrudnianie pracowników medycznych w zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilno-prawnej pozwala z jednej strony zwiększyć elastyczność i efektywność świadczenia usług medycznych, z drugiej strony pozwala przenieść na wykonawcę (tj. lekarza, pielęgniarkę) znaczny zakres ryzyka. Ponadto umowy cywilnoprawne nie podlegają takim ograniczeniom w zakresie rozwiązywania jak umowy o pracę, dyrekcja zakładu podpisując taką umowę z pracownikiem ma ułatwioną możliwość rozstania się z wykonawcą usługi. Zawieranie tego rodzaju umów ułatwia więc dyrekcji zarządzanie zakładem (zwłaszcza w okresie nasilonych redukcji personelu), wiąże się to także ze znacznym ograniczeniem wpływu i kontroli ze strony zakładowych organizacji związkowych. Ponadto wykonawca usług jest uzależniony od decyzji dyrekcji odnośnie kontynuowania lub zawarcia nowej umowy (w praktyce odmowa zawarcia takiej umowy oznacza ukryte zwolnienie z pracy).

Najważniejsze różnice pomiędzy umową cywilno-prawną a umową o pracę to: 1) ponoszenie ryzyka związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez zleceniobiorcę, 2) brak stosunku podporządkowania - strony umowy są sobie równe, 3) brak obowiązku pozostawania w dyspozycji podmiotu zatrudniającego, co oznacza, że zleceniobiorca nie może być przenoszony na inne stanowiska, czy np. zobowiązany do pracy w godzinach nadliczbowych w związku ze szczególnymi potrzebami zleceniodawcy; 4) brak obowiązku zleceniobiorcy uczestniczenia w szkoleniach, poddawania się badaniom okresowym, kontrolnym, czy wykonywania innych powinności przewidzianych w układzie pracowniczym.

Według danych Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, spośród ogółu 27.897 lekarzy zatrudnionych na koniec 2001r. **w podstawowej opiece zdrowotnej** – 5.180 (tj. 18,6%) zatrudnionych było w oparciu o umowę cywilno-prawną. Na podstawie umowy cywilno-prawnej w podstawowej opiece zdrowotnej pracowało 4.338 pielęgniarek (tj. 13,2% ogółu zatrudnionych) oraz 1.006 położnych (tj. 18,2%).

Na umowach cywilno-prawnych **w lecznictwie stacjonarnym** zatrudnionych było na koniec 2001r. 5.170 lekarzy co stanowiło 12,3% ogółu zatrudnionych lekarzy. Spośród 122.387 pielęgniarek zatrudnionych w lecznictwie stacjonarnym, zaledwie 1.521 pracowało na podstawie umowy cywilno-prawnej (tj. 1,2%). Podobna sytuacja występowała w grupie położnych: spośród 15.985 zatrudnionych tylko 169 (1,1%) miało podpisaną umowę cywilno-prawną.

Poszczególne województwa charakteryzują się dużym zróżnicowaniem liczby pracowników medycznych zatrudnionych w oparciu o umowę cywilno-prawną. Proporcjonalnie do liczby zatrudnionych, najwięcej tego typu umów zawarto w województwie zachodniopomorskim i kujawsko-pomorskim, najmniej w województwach: świętokrzyskim, podkarpackim, opolskim. Analiza danych za rok 2002, wskazuje na wzrostowy trend udziału osób zatrudnionych na podstawie umowy cywilno-prawnej w stosunku do ogółu zatrudnionych (szczegółowe dane przedstawia załącznik nr 5 oraz tabele nr 11 i 13 w aneksie). Spośród ogółu 30.094 lekarzy zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej – 6.131 (tj. 20,4%) zatrudnionych było w oparciu o umowę cywilno-prawną. Wśród pielęgniarek na umowie cywilno-prawnej pracowało 5.254 (tj. 15% ogółu zatrudnionych pielęgniarek) oraz 1.225 położnych (tj. 20,4%).

W lecznictwie stacjonarnym na umowach cywilno-prawnych zatrudnionych było na koniec 2002r. 5.725 lekarzy co stanowiło 13,6% ogółu lekarzy zatrudnionych. Spośród 124.063 pielęgniarek zatrudnionych w lecznictwie stacjonarnym, zaledwie 1.508 pracowało na podstawie umowy cywilno-prawnej (tj. 1,2%). Podobna sytuacja występowała w grupie położnych: spośród 15.924 zatrudnionych tylko 189 (1,2%) miało podpisaną umowę cywilno-prawną.

Wyraźna jest więc tendencja wzrostowa liczby umów cywilno-prawnych zawieranych z pracownikami, zwłaszcza w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. Powyżej przedstawiono podstawowe różnice pomiędzy zatrudnieniem na umowę o pracę, a umową cywilno-prawną. Aby określić, która z tych form zatrudnienia jest bardziej korzystna dla pracowników, wskazane byłoby porównanie wysokości wynagrodzenia w obu grupach oraz przeprowadzenie badań satysfakcji zawodowej.

3. Przekwalifikowywanie pracowników i przesunięcia części pracowników do tworzonych zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych oraz hospicjów.

Tworzenie zakładów opieki długoterminowej w miejsce likwidowanych lub przekształcanych łóżek ostrych było jednym z założeń działań restrukturyzacyjnych. W latach 1999-2000 utworzono 218 takich zakładów w skali kraju. Proces przesunięcia pracowników z likwidowanych oddziałów ostrych do nowopowstających oddziałów opieki długoterminowej, pozwolił na uniknięcie utraty miejsc pracy. Pracownicy tych zakładów odbyli także szkolenia zawodowe w ramach programów finansowanych ze środków Banku Światowego. Przekwalifikowanie zwalnianych pracowników i przesunięcie ich do nowopowstających zakładów opieki zdrowotnej, pozwoliło więc na redukcję skutków przeprowadzanej restrukturyzacji w ochronie zdrowia i jest pozytywnym przykładem działań racjonalizujących zatrudnienie, zwłaszcza wobec faktu zwiększającego się popytu na świadczenia z zakresu opieki długoterminowej.

4. Zwiększający się udział podmiotów niepublicznych w świadczeniu usług zdrowotnych w oparciu o kontrakt z publicznym płatnikiem (porównaj rozdział II. pkt.6).

Zgodnie z założeniami reformy nastąpiło zrównanie w prawach i dostępie do środków publicznych podmiotów publicznych i niepublicznych. Według danych UNZUZ w 1999r. ok. 4000 niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej miało podpisane kontrakty z kasami chorych, w 2000r. liczba ta wzrosła do 14.000. W lutym 2001 roku liczba kontraktów z niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej była czterokrotnie większa w stosunku do roku 1999 [89]. Porównanie liczby kontraktów zawartych z publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej w różnych zakresach opieki zdrowotnej wskazuje, że w podstawowej opiece zdrowotnej, stomatologii, specjalistce i lecznictwie uzdrowiskowym przeważają kontrakty podpisywane z niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Kontrakty z zakładami publicznymi dominują natomiast w zakresie opieki szpitalnej i pomocy doraźnej. Największy udział wśród kontraktów zawartych z niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej mają kontrakty w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Ze względu na brak szczegółowych danych statystycznych na poziomie kraju, na potrzeby niniejszej pracy przeprowadzono szczegółową analizę kontraktów zawieranych z publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami przez Małopolską Regionalną Kasę Chorych (MRKCh) w latach 2000-2002. Analiza ta prowadzi do następujących wniosków (szczegóły przedstawiono w pkt. 6 rozdziału III oraz w załączniku nr 3 w aneksie):

- w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej nastąpił istotny wzrost liczby kontraktów zawieranych z NZOZ-ami (wzrost z 205 do 283 tj. o 38%) i grupowymi praktykami pielęgniańskimi (wzrost z 34 do 50 tj. o 47%),
- kontrakty zawierane z NZOZ-ami stanowiły w 2002r. 54% ogółu liczby kontraktów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, kontrakty z SPZOZ - ami stanowiły 23%,
- w zakresie stomatologii nastąpił wzrost liczby kontraktów z indywidualnymi praktykami lekarskimi (wzrost ze 108 do 161 tj. o 49%) i NZOZ-ami (wzrost z 60 do 83 tj. o 38%), zmniejszyła się natomiast liczba kontraktów zawieranych z SPZOZ-ami (spadek ze 122 do 95 tj. o 22%), co związane było z prywatyzacją zakładów,

- w zakresie specjalistki w 2000r. zwiększył się udział NZOZ-ów (170 podmiotów), oraz indywidualnych praktyk lekarskich (27), zmniejszyła się liczba kontraktów z SPZOZ-ami (spadek ze 133 do 129),
- w zakresie lecznictwa szpitalnego w 2002 r. zawarto 20 umów z NZOZ-ami (tj. o 9 umów więcej niż w 2000r.) oraz 71 umowy z SPZOZ-ami (tj. o 5 umów mniej niż w 2000r.),
- wśród umów zawartych w 2002r. z zakładami opiekuńczo-leczniczymi było 16 zakładów niepublicznych (o 6 więcej w porównaniu do roku 2000) oraz 3 publiczne.

5. **Wzmocnienie pozycji lekarzy rodzinnych w systemie** (porównaj rozdział II. pkt.2).

Niektóre źródła podają, iż lekarze rodzinni są jedyną grupą zawodową, która jest beneficjentem zmian systemowych, o czym świadczą wysokie oceny ich satysfakcji zawodowej [87]. Jednym z głównych założeń reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego było wzmocnienie pozycji lekarza rodzinnego w systemie, jako ogniwa racjonalizującego korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z zapisami dokumentu kierunkowego Ministerstwa Zdrowia pt.: „Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucję lekarza rodzinnego”, lekarz rodzinny stanowi podstawę systemu podstawowej opieki zdrowotnej, obok lekarzy stomatologów, pielęgniarek i położnych środowiskowo-rodziny i pielęgniarek szkolnych [58]. Taką strukturę świadczeniodawców uważano za docelowy model opieki podstawowej i tylko przejściowo proponowano zatrudnianie przedstawicieli dawnych specjalności. W programach kształcenia lekarzy rodzinnych oprócz zagadnień medycznych, uwzględniano także zagadnienia z zakresu prowadzenia samodzielnej działalności gospodarczej. Podstawowa opieka zdrowotna przed wdrożeniem reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zdominowana była przez zakłady publiczne, natomiast wprowadzenie reformy spowodowało przyspieszone zmiany w tworzeniu nowych podmiotów: grupowych praktyk lekarskich, niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Nadal jednak mała jest liczba lekarzy ze specjalnością z medycyny rodzinnej. Obecnie liczba lekarzy rodzinnych w Polsce zaspakaja ok. 25% zapotrzebowania, które szacuje się na ok. 20.000 lekarzy. Od czasu uruchomienia kształcenia podyplomowego w zakresie medycyny rodzinnej w roku 1994, specjalizację z medycyny rodzinnej uzyskało do r. 2001 ok. 5.500 osób. Gdyby to tempo szkolenia zostało utrzymane, to można oczekiwać docelowej liczby 20.000 lekarzy rodzinnych w Polsce nie wcześniej niż w roku 2025 [60].

6. **Poprawa systemu zarządzania zakładami opieki zdrowotnej poprzez zatrudnianie profesjonalnych menedżerów** (porównaj rozdział II. pkt.3).

Sprawne zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej w ciągle ewoluującym otoczeniu systemowo-prawnym wymaga profesjonalnego przygotowania, wiedzy i doświadczenia. W celu pozyskania wysoko wykwalifikowanej kadry zarządczej od 1998r. wprowadzane są tzw. „kontrakty menedżerskie”. Z prowadzonych badań wynika, że pozytywne rezultaty działalności zakładów (np. edukacja ekonomiczna, poprawa sytuacji finansowej zakładu) związane były z osobą dyrektora, który był zatrudniony na kontrakcie [34]. Dyrektorzy zatrudniani na kontraktach wprowadzali szereg zmian w procesach

zarządzania wewnętrznego, np.: decentralizacja w ramach organizacji, delegowanie uprawnień na podwładnych, inwestowanie w szkolenia personelu. W ostatnich latach zmienia się także profil wykształcenia menedżera zakładu (coraz mniej menedżerów ma wykształcenie medyczne, zwiększa się odsetek prawników, ekonomistów, specjalistów ds. organizacji i zarządzania) [15]. Wydaje się więc, że jest to pozytywny kierunek zmian i w perspektywie czasu przyniesie wymierne korzyści w zakresie racjonalizacji dostępnych zasobów.

7. Zastosowanie outsourcingu w przypadku usług pozamedycznych (porównaj rozdział II. pkt.9)

Outsourcing jest zjawiskiem coraz powszechniej stosowanym w polskich szpitalach, pozwala na ominięcie bariery finansowej i pozyskanie odpowiednich nakładów inwestycyjnych wnoszonych przez podmioty zewnętrzne w zamian za możliwość świadczenia odpłatnych usług dla tych zakładów. W przypadku zakładów opieki zdrowotnej najczęściej stosuje się outsourcing w odniesieniu do takich usług jak: sprzątanie pomieszczeń, usługi pralnicze, usługi transportowe, przygotowywanie posiłków. Wyróżnić można cztery sytuacje personelu zakładu, który wykonywał dane usługi, zanim zostały one zlecone w formie outsourcingu: 1) pracownicy zakładają spółkę i przejmują zadania, 2) zadania przejmuje firma zewnętrzna wraz z dotychczasowymi pracownikami zakładu, 3) zadania przejmuje firma zewnętrzna zatrudniając część dotychczasowych pracowników zakładu, 4) zadania przejmuje firma zewnętrzna, pracownicy zakładu zostają zwolnieni. W praktyce znane są wszystkie cztery rozwiązania, natomiast określenie, które z nich jest najbardziej zasadne ekonomicznie, wymaga przeprowadzenia głębszych analiz.

Hipoteza 2: Reforma ochrony zdrowia spowodowała wyraźną redukcję zatrudnienia w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, która była stymulowana rządowymi programami restrukturyzacji i w nierównym stopniu dotknęła różne zakłady opieki zdrowotnej i różne grupy zawodowe.

Analiza wskaźników zatrudnienia kadr medycznych w Polsce za latami 1998-2001, wskazuje na wyraźną tendencję spadkową we wszystkich grupach zawodowych.

Według diagnozy przeprowadzonej przez Centrum Organizacji, Ekonomiki i Ochrony Zdrowia na podstawie badania ankietowego, oszacowano, że w latach 1999-2001 ok. 10% pracowników zostanie zwolnionych z publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Liczbę osób planowanych do zwolnienia szacowano na ok. **57.000** (w tym 42.000 w 1999r.) [7].

Realizowany od 1999r Program Restrukturyzacji Zatrudnienia miał za zadanie nie tylko zmotywowanie kadry zarządzającej do podjęcia działań restrukturyzacyjnych, ale także złagodzenie skutków przeprowadzanej redukcji zatrudnienia w ochronie zdrowia. W wyniku Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia w latach 1999-2001 ok. **87.000** osób zostało zwolnionych z publicznych zakładów opieki zdrowotnej (z tego w 1999r – 36.749 osób, w 2000r. – 40.555 osób, i w 2001 – 9.715 osób). Dane statystyczne Departamentu Rynku Pracy Ministerstwa Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej potwierdzają zwiększającą się w kolejnych latach liczbę zarejestrowanych bezrobotnych w zawodach medycznych (44.405 osób w 2001r). Z kontroli prowadzonej przez NIK w 47 zakładach, które dokonały restrukturyzacji zatrudnienia w 2000r., wynika, że przeciętne zatrudnienie zmniejszyło się o ok. **12,7%** (w stosunku do roku 1999). Największa redukcja zatrudnienia dotyczyła personelu pomocniczego – 16,3%. Liczba lekarzy zmniejszyła się o 13,2%, zaś średniego personelu medycznego o 9,5%. Redukcja zatrudnienia spowodowała spadek kosztów osobowych o ok. 7,1% w 2000r. w stosunku do roku 1999, co miało istotne, pozytywne znaczenie dla kondycji finansowej zakładów. Analiza restrukturyzacji zatrudnienia w latach 1999 – 2001 w ujęciu wojewódzkim, wskazuje, że proces ten odbywał się z różnym nasileniem w **poszczególnych regionach kraju** (szczegóły przedstawia rysunek nr 24 na str. 85 oraz tabela nr 20 na str. 86). Porównanie liczby osób zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia w poszczególnych województwach oraz liczby zwolnionych osób z publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 1999-2001, pozwala oszacować, że największą redukcję zatrudnienia przeprowadzono w województwach: lubuskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim. Najniższa redukcja zatrudnienia nastąpiła w województwach:

śląskim, mazowieckim, świętokrzyskim i podlaskim.

Zróznicowanie rozmiaru przeprowadzanej redukcji zatrudnienia zanotowano także w zależności od **organu założycielskiego** zakładu opieki zdrowotnej. Z analiz przeprowadzonych w ramach badania CASE, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, wynika, że skala zwolnień w szpitalach wojewódzkich była mniejsza w porównaniu ze szpitalami powiatowymi, co można tłumaczyć jako wynik dominującej w nich polityki płac nastawionej na zachowanie zatrudnienia i unikanie zwolnień pracowników. W 50 na 55 analizowanych szpitali, dokonana została redukcja zatrudnienia [15]. Porównanie w cytowanym badaniu skali redukcji zatrudnienia w szpitalach powiatowych i wojewódzkich prowadzi do wniosku, że deklarowana przeciętna skala redukcji zatrudnienia w szpitalach wojewódzkich redukujących

zatrudnienie, jest prawie w każdej grupie zawodowej blisko dwa razy mniejsza aniżeli w szpitalach powiatowych, z czego autorzy badania wnioskują, że szpitale wojewódzkie prowadzą mniej restrykcyjną politykę zatrudnienia. Do podobnych wniosków prowadzi analiza danych dotyczących procesu restrukturyzacji zatrudnienia w szpitalach województwa małopolskiego w latach 1999-2001. Z danych tych wynika, że liczba zatrudnionych ogółem w szpitalach powiatowych województwa małopolskiego w 2001r., zmniejszyła się o ok. 15% w stosunku do poziomu zatrudnienia z 1999r. W tym samym czasie liczba zatrudnionych w szpitalach wojewódzkich, uległa zmniejszeniu o ok. 8% [88].

Redukcja zatrudnienia nie ominęła żadnej **grupy zawodowej**, ale charakteryzowała się dużym zróżnicowaniem. Np. we wspomnianym powyżej badaniu przeprowadzonym na potrzeby raportu CASE, redukcja w grupie lekarzy wynosiła przeciętnie o 16,8%, w grupie pielęgniarek 11,98%, pracownicy techniczno-medyczni – 17,69%, administracja – 11,58%, pracownicy pomocniczy –27,44% i personel techniczny – 23,34% największe zmiany dotknęły pracowników gospodarczych i obsługi – przeciętna redukcja – 34,39%) [15]. W szpitalach województwa małopolskiego największa redukcja także dotyczyła pracowników gospodarczych i obsługi [88]. Tak wysoka skala redukcji zatrudnienia w grupie pracowników gospodarczych i obsługi wiąże się z wprowadzaniem w wielu szpitalach outsourcingu.

Na kilkunastoprocentową redukcję zatrudnienia wskazują także wyniki innych badań, np. badań prowadzonych przez Kautscha i współpracowników, z których wynika, że we wszystkich 24 zakładach opieki zdrowotnej objętych badaniem, nastąpiła redukcja zatrudnienia średnio o ok. 16% [34].

Z powyższych danych wynika, że dokonana w latach 1999-2001 redukcja zatrudnienia była znacznie wyższa niż pierwotnie planowano i wykazywała duże zróżnicowanie w zależności od województwa, rodzaju organu założycielskiego oraz grupy zawodowej. Na nierównomierne tempo i skalę procesu restrukturyzacji zwracali także uwagę w trakcie wywiadów pogłębionych przeprowadzonych na potrzeby niniejszej pracy, przedstawiciele kluczowych instytucji zaangażowanych w Program Restrukturyzacji.

Analizując przedstawione powyżej najważniejsze zmiany w strukturze i warunkach zatrudniania kadr medycznych, towarzyszące wprowadzeniu reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz wynikające z wcześniejszych zmian systemowych, należy pamiętać, że zmiany zachodzące w systemie opieki zdrowotnej mają charakter ciągły i uwarunkowany wieloma czynnikami. Z przeprowadzonej analizy, wynika jednak, że deklaracje reformatorów odnośnie korzyści, jakie mieli odnieść pracownicy dzięki reformie, nie zostały zrealizowane, a wdrożeniu reformy towarzyszyły zmiany, które wpłynęły negatywnie na sytuację pracowników m.in.: wyraźna redukcja zatrudnienia skutkująca spadkiem wskaźników zatrudnienia we wszystkich grupach zawodów medycznych, wzrost bezrobocia w zawodach medycznych, narastające niezadowolenie i niska satysfakcja z pracy, pogorszenie poczucia bezpieczeństwa pracy. Należy jednak wskazać także te elementy, których wpływ można ocenić jako pozytywny, m.in. umożliwienie podejmowania pracy przez lekarzy, pielęgniarki i położne na podstawie umowy cywilno-prawnej, umożliwienie prywatnym podmiotom (w tym praktykom lekarskim, pielęgniarskim) dostępu do środków publicznych na realizację świadczeń zdrowotnych.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Bielecki K., *Pierwsze dni reformy w opinii lekarza klinicysty*, Prawo i Medycyna, Nr 2 (vol.1.), 1999.
2. Boczkowski A., Cybart A., Chomińska – Szosland D., *Kadra kierownicza ZOZ wobec reformy systemowej*, Zdrowie Publiczne, Nr 2, tom 111, 2001.
3. Centrum Badania Opinii Społecznej, *Opinie o protestach pielęgniarek. Komunikat z badań*. CBOS, Warszawa, grudzień 2000.
4. Centrum Badania Opinii Społecznej, *Opinie o reformie służby zdrowia w pierwszych dniach jej funkcjonowania. Komunikat z badań*, CBOS, Warszawa, luty 1999.
5. Centrum Badania Opinii Społecznej, *Reforma ochrony zdrowia i protesty służby zdrowia w opinii społecznej. Komunikat z badań*, CBOS, Warszawa, luty 1999.
6. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, *Aktualne problemy środowiska pielęgniarek i położnych*, COiEOZ, Warszawa, czerwiec 1999.
7. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, *Raport końcowy z analizy ankiet dotyczących restrukturyzacji zatrudnienia w ochronie zdrowia*, COiEOZ, Warszawa, marzec 1999.
8. Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, *Zdrowie 21. Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku*, Vesalius, Kraków 2001.
9. Ciechomska G., *O reformie dobrze i źle – wywiad z Prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej – Krzysztofem Madejem*, Gazeta Lekarska, NIL, Warszawa, Nr 02/2000,.
10. Ciechomska G., *Porządkowanie specjalizacji?*, Gazeta Lekarska, NIL, Nr 10/2000, Warszawa.
11. Czarniecka K., Huk A., *Program restrukturyzacji opieki zdrowotnej*, Zdrowie i Zarządzanie, tom III, nr 1/2001.
12. Egeman M., *Rozwój firmy i prognostyczne kierowanie zatrudnieniem [w] Strategia firmy a restrukturyzacja zatrudnienia*, Polska Fundacja Promocji Kadr, Warszawa 2001.
13. Golinowska S., *Wielkość i determinanty wydatków na ochronę zdrowia [w] Zeszyty Naukowe, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, Pismo Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Ochrony Zdrowia CM UJ*, Kraków 2003.
14. Golinowska S., Walewski M., *Tworzenie zatrudnienia a restrukturyzacja ekonomiczna*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2000.
15. Golinowska S., Czepulis –Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada Ch., Włodartczyk C., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Raporty CASE, Warszawa 2002.

16. Goszczyńska B., *Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w szpitalach i innych zakładach opieki zdrowotnej udzielających całodobowych świadczeń zdrowotnych*, Antidotum 1/2000.
17. Griffin R., *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
18. Główny Urząd Statystyczny, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2001r.*, GUS, Warszawa 2002.
19. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 1998*, GUS, Warszawa 1999.
20. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2001*, GUS, Warszawa 2002.
21. Holland W., Detels R., Knox G., *Oxford Textbook of Public Health*, Oxford Medical Publications, Oxford University Press 1991.
22. Humphries C., *Health care personnel in Central and Eastern Europe*, Sectoral Activities Programme Working Paper, SAP 4.40/WP.103, Geneva, 1997.
23. International Labour Organisation, [*Employment and labour practices in health care in Central and Eastern Europe*](#), Report of the ILO/PSI Workshop in Prague, Czech Republic, 15-17 May 1997, ILO, Geneva 1997.
24. International Labour Organisation, *Employment and labour practices in health care in Central and Eastern Europe*, ILO Geneva 1999.
25. International Labour Organisation, *General report, Report to the Standing Technical Committee for Health and Medical Services*, First Session, Geneva 1997.
26. International Labour Organisation, *Public service reforms and their impact on health sector personnel, Critical questions: a tool for action*, Geneva 2000.
27. International Labour Organisation, [*Terms of employment and working conditions in health sector reform*](#), ILO, Geneva 1999.
28. International Labour Organisation, *Report of the Joint Meeting on Employment and Conditions of Work in Health and Medical Services*, ILO, Geneva 1985.
29. Jagodziński A., Wesołowska E., *Wybrane cechy rynku pracy w okresie transformacji w świetle badań*, Antidotum, Nr 10, 2002.
30. Jurek I., *Rola i zadania menedżera w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, Antidotum 05/2001, Warszawa 2001.
31. Jurkowski R., *Restrukturyzacja zatrudnienia*, Zarządzanie zasobami ludzkimi 2/2001, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2001.
32. Kapała W., *O pracy pielęgniarek i położnych w Polsce*, Antidotum, Nr 8, 2001.
33. Karta Lubljańska, *The Ljubljana charter on reforming care*, BMJ 1996, 312:1664-5.
34. Kautsch M., Klich J., Styło W., Kopeć B., Struś M., Więckiewicz M., *Zakłady opieki zdrowotnej: analiza praktyk zarządczych i ich efektów w zależności od formy zatrudnienia dyrektora*, Raport z badań dla Ministerstwa Zdrowia, Kraków 2001.

35. Klich J., Kautsch M., Campbell P., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Planowanie*. Wydawnictwo Medyczne, Vesalius, Kraków 1998.
36. Kautsch M., Ponikło W., Styło W., *Rozważania o outsourcingu*, Zdrowie i Zarządzanie, tom IV nr 1/2002.
37. Korta T., *Dylematy etyczne lekarzy w okresie wprowadzania reformy ochrony zdrowia*, Prawo i Medycyna, Nr 2, (vol. 1), 1999.
38. Kozierekiewicz A., Klich J., *Umowa – kontrakt menedżerski*, Zdrowie i Zarządzanie, tom I, nr 1/1999.
39. Krajowy Urząd Pracy, *Działania systemu urzędów pracy na rzecz zwalnianych pracowników ochrony zdrowia finansowane z funduszu pracy w 1999 roku*, KUP, Departament Planowania i Programowania Rynku Pracy, Warszawa, grudzień 1999.
40. Kubot Z., *Formy zatrudniania lekarzy w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, Prawo i Medycyna, nr 5 (vol 2), 2000.
41. Kubot Z., *Prawne formy wykonywania pracy i usług przez pielęgniarki oraz położne*, Prawo i Medycyna, Nr 9 (vol 3), 2001.
42. Kubot Z., *Wynagradzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, Prawo i Medycyna, Nr 10, (vol.3.), Warszawa 2001.
43. Lenartowicz H., *Nowy model kształcenia pielęgniarek*, Zdrowie i Zarządzanie, tom III, nr 5/2001.
44. Leowski J., Opolski J., *Ochrona zdrowia w Polsce u progu 21-stulecia – scenariusz naprawy reformy ochrony zdrowia*, Antidotum, Nr 9, 2001.
45. Leowski J., *Polityka zdrowotna – dylematy i wyzwania reformy ochrony zdrowia w Polsce i na świecie*, Prawo i Medycyna, Nr 2 (vol. 1), Warszawa 1999.
46. Makuch K., *Etyczne problemy lekarzy po wprowadzeniu ubezpieczeń społecznych*, Prawo i Medycyna, Nr 6-7 (vol. 2), 2000.
47. Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, *Jak włączyć się w przekształcenia systemowe zachodzące w ochronie zdrowia*, Poradnik dla pielęgniarek i położnych, MOIPIP, Wydawnictwo Ad vocem, Kraków 1999.
48. Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego, *Analiza zatrudnienia pracowników publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej województwa małopolskiego*, MCZP, Kraków, kwiecień 2001.
49. Marcinowicz L., Borzuchowska A., Stoda M., *Funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej w opinii lekarzy województwa podlaskiego*, Zdrowie Publiczne, Nr 2, tom 111, 2001.
50. Marcus J. Leonard, *Renegocjowanie opieki zdrowotnej*, Vesalius, Kraków 2000.
51. Mielcarek M., *Ustawa 203*, Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu, www.oipip-poznan.pl.
52. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Narodowa Strategia Wzrostu Zatrudnienia i Rozwoju Zasobów Ludzkich w Latach 2000 – 2006*, MPiPS, Warszawa, styczeń 2000.
53. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Narodowy Plan Działania na Rzecz Zatrudnienia na lata 2000 – 2001*, Warszawa, marzec 2000.

54. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Departament Koordynacji Reform Społecznych, *Materiały nt. reformy opieki zdrowotnej*, Maszynopis powielony, Warszawa, kwiecień 1998.
55. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, *Program Działań Wspierających dla Pracowników Zakładów Opieki Zdrowotnej jako Element Restrukturyzacji Zatrudnienia Związany z Reformą Ochrony Zdrowia*, Warszawa, kwiecień 1999.
56. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, *Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucję lekarza rodzinnego* (opracowanie zespołu w składzie: Łuczak J., Roślewski A., Tomasiak T., Windak A.), Warszawa, 1998.
57. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, *Szczegółowy harmonogram uruchamiania środków finansowych na wdrażanie „Programu Działań Wspierających Pracowników Zakładów Opieki Zdrowotnej jako Element Restrukturyzacji Zatrudnienia Związanego z Reformą Ochrony Zdrowia”*, Warszawa, czerwiec 1999.
58. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 1998.
59. Ministerstwo Zdrowia, *Analiza SWOT Reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, MZ, Warszawa 2002, www.mz.gov.pl
60. Ministerstwo Zdrowia, *Ocena efektywności kształcenia lekarzy rodzinnych a perspektywy dalszego rozwoju specjalizacji*, MZ, Warszawa, styczeń 2001.
61. Ministerstwo Zdrowia, *Program Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2001, Kontynuacja Programu z roku 1999 i 2000*, Warszawa, luty 2001.
62. Ministerstwo Zdrowia, *Program Restrukturyzacji w Ochronie Zdrowia w roku 2000 i Perspektywa Działań w latach następnych*, Warszawa 2000.
63. Muracka K., *Lepsza taka praca niż żadna*, Gazeta Medyczna Nr 3, maj 1999 za: Kubot Z., *Prawne formy wykonywania pracy i usług przez pielęgniarki oraz położnej*, Prawo i Medycyna, Nr 9 (vol 3), 2001.
64. Murzynowski A., *Jak rozwiązywać problemy płacowe służby zdrowia?*, Prawo i Medycyna, Nr 2, (vol.1), 1999.
65. Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w warunkach reformy administracji publicznej*, (P/99/061), NIK, Warszawa 1999.
66. Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli wykorzystania środków publicznych na restrukturyzację w służbie zdrowia*, nr 11/2002/P/01/129/KPZ, NIK, Warszawa 2002.
67. Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, nr P/98/129, NIK Warszawa 1999.
68. Niżankowski R., *Jaki system specjalizacji lekarskich?*, Zdrowie i Zarządzanie, tom II, nr 5/2000.
69. NSZZ Solidarność, *Stanowisko Przewodniczącej Sekretariatu Ochrony Zdrowia*, skierowane do Ministerstwa Zdrowia w dniu 15.03.2000.
70. O’Neil E.H., Hare D.M., *Perspectives on the Health Professions*, Duke University, Durham 1990.

71. OECD Raport, *Health Data 2001*, OECD Paris, 2002.
72. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, *Oświadczenie OZZL z dnia 13.XII.2000 w sprawie poparcia protestu pielęgniarek*, www.ozzl.org.pl
73. Pietraszek M., *Restrukturyzacja z korektami*, Służba Zdrowia, nr 13-14 (3008-3009), 15-19 Warszawa, luty 2001.
74. Polska Fundacja Promocji Kadr, *Strategia firmy a restrukturyzacja zatrudnienia*, Warszawa 2001.
75. Poździoch S., *Obecny stan regulacji prawnych w zakresie specjalizacji lekarskich*, Zdrowie i Zarządzanie, tom II, nr 5/2000.
76. Poździoch S., *System zdrowotny* [w] *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, Praca zbiorowa pod red. Czupryny A., Poździocha S., Rysia A., Włodarczyka C., tom I, Vesalius, Kraków 2000.
77. *Procesy przekształceń w ochronie zdrowia 2000*, materiały konferencyjne, wystąpienie Podsekretarza Stanu Ministerstwa Zdrowia – K. Tronczyńskiego na konferencji Instytutu Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa, 18-19.X.2000r.,.
78. Przesmycka M., *Program restrukturyzacji 2002*, Gazeta Lekarska, Nr 6/2002, NIL, Warszawa.
79. Putz J., *Analiza satysfakcji zawodowej lekarzy rodzinnych* [w] *Procesy przekształceń w ochronie zdrowia – bariery i możliwości*, Praca zbiorowa pod red. Putza J., Warszawa 2002.
80. Religa Z., *Dostępności do specjalistyki a stan zdrowia społeczeństwa*, Służba Zdrowia, Nr 16-17, 24-28 luty 2000.
81. Rychlicka A., *Kontraktowanie. Kto jest za?*, Zdrowie i Zarządzanie, tom I, nr 1/1999.
82. Shortel S.M., Kałużny A.D., *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Uniwersyteckie Wydawnictwo, Vesalius 2001.
83. Solecka M., *Reforma systemu ochrony zdrowia*, Rzeczpospolita, 24 stycznia 2000.
84. Szerweniak-Milewska E., *Kontrakty zamiast dyżurów*, Gazeta Medyczna, nr 12, 16 listopad 1999.
85. Trocki M., *Outsourcing*, Polskie Wydawnictwa Ekonomiczne, Warszawa 2001.
86. Tymowska K., *Projekt naprawy systemu opieki zdrowotnej – eksperckie opracowanie autorskie*, Zdrowie i Zarządzanie, tom II, nr 3-4/2000.
87. Tymowska K., *Reforma ochrony zdrowia* [w] *Diagnoza społeczna 2000, Rada Monitoringu Społecznego, WSP TWP, Warszawa*.
88. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Departament Polityki Społecznej, *Raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali publicznych w Małopolsce w latach 1999 – 2001*, Kraków 2002.
89. Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, *Powszechne ubezpieczenie zdrowotne w latach 1999-2001. Analiza funkcjonowania w świetle doświadczeń UNUZ*, Warszawa 2001.
90. Wawrzyniak B., *Strategia firmy a strategiczne zarządzanie ZZL*, Polska Fundacja Promocji Kadr, Warszawa 2001.
91. Windak A., Chawla M., Kulis M., *Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych. Od teorii do praktyki*, Vesalius, Kraków 1998.

92. Windak A., Chawla M., Berman P., Kulis M., *Contracting Family Practice in Krakow: Early Experience*, Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health, Boston, January 1997.
93. Witczak I., Kmiata E., *Zadowolenie z pracy kadry pielęgniarskiej wyznacznikiem jakości opieki zdrowotnej*, materiały konferencyjne: Ogólnopolska Konferencja: *Jakość w opiece zdrowotnej*, Kraków, 12-14 kwiecień, 2001.
94. Włodarczyk C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Vesalius, Kraków 1998.
95. Włodarczyk C., *Polski system ochrony zdrowia w rok po reformie*, *Zdrowie i Zarządzanie*, tom II, nr 3-4/2000.
96. Włodarczyk C., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Vesalius, Kraków, 1998.
97. Włodarczyk C., *System po reformie: próba syntezy*, *Zdrowie i Zarządzanie*, tom I, nr 5/21999.
98. WHO, *European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1996 (materiały na konferencję w Ljublanie 17-21 czerwca 1996) za: Włodarczyk C., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Vesalius, Kraków 1998.
99. Wójcik G., Pierzak A., *Kontraktowanie świadczeń pielęgniarskich w warunkach transformacji systemu ochrony zdrowia*, *Zdrowie i Zarządzanie*, tom I, nr 1, 1999.
100. Wójcik G., Ziegman M., *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej*, *Antidotum* 1/2000.
101. Wójtowicz M., *Rola zarządzającego menedżera na polskim rynku zdrowotnym*, *Antidotum*, wydanie specjalne, 2000.
102. Zaborowski P., *Kształcenie lekarzy – skąd przychodzimy, dokąd zmierzamy?*, *Gazeta Lekarska*, NIL, Nr 4/2000.
103. Żak J., *Czy polskie ratownictwo zdąży się zmienić?*, *Zdrowie i Zarządzanie*, tom IV, Nr 6/2002.

Akty prawne

1. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 – *Kodeks cywilny*, Dz. U. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.
2. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 – *Kodeks pracy*, Dz. U. Nr 24, poz. 141z późn. zm.
3. Ustawa z dnia 23 grudnia 1988r. o działalności gospodarczej, Dz. U. Nr 41, poz. 324.
4. Ustawa z dnia 28 grudnia 1989r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy, Dz. U. Nr 4, poz.19 w 1990.
5. Ustawa z dnia 17 maja 1989r o izbach lekarskich, Dz. U.89r., Nr 30, poz. 158.
6. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U.91, Nr 91, poz. 408 z późn. zm.
7. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991r o izbach aptekarskich, Dz. U.91, Nr 41, poz.179.
8. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991r o samorządzie pielęgniarek i położnych, Dz. U.91, Nr 41, poz.178.
9. Ustawa z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania wynagrodzeń w przedsiębiorstwach oraz o zmianie niektórych ustaw, D. U.95, Nr 1, poz. 2.
10. Ustawa z dnia 14 grudnia 1994r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu, Dz. U.03., Nr 58, poz. 514.
11. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 o zawodzie lekarza Dz. U.97r., Nr 28, poz.152 późn. zm.
12. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 o zawodzie pielęgniarki i położnej, Dz. U.96r., Nr 91, poz. 410.
13. Ustawa z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U.97, Nr 28, poz. 163.
14. Ustawa z dnia 22 grudnia 2000r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 5, poz.45.
15. Ustawa z dnia 25 lipca 2001 o państwowym ratownictwie medycznym, Dz.U.01, Nr 113, poz.1207.
16. Ustawa z dnia 24 sierpnia 2001r. o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom i położnym i technikom medycznym oraz o umarzeniu tych kredytów, Dz. U.01, Nr 128, poz.148 z późn. zm.
17. Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1998r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 1999, Nr 30, poz.300.
18. Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998r. w sprawie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne, Dz. U. 98, Nr 93, poz. 592.
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów, Dz. U. Nr 31, poz. 302.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24 maja 1999 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza, lekarza stomatologa, Dz. U. Nr 54, poz. 571.
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 czerwca 1999r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz. U. 1999, Nr 52, poz. 43.

22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 111, poz. 1314.
23. Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2000r. w sprawie przyjęcia Programu wsparcia na lata 2001 – 2002, Dz. U. Nr 122, poz.1326.
24. Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 października 2001r. w sprawie blokowania niektórych wydatków w budżecie państwa na rok 2001.
25. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2003r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne, Dz. U. Nr 99, poz. 917.
26. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18.12.2002r. w sprawie ustawy z dnia 22 grudnia 2000r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, Sygn. Akt K 43/01, Dz .U. Nr 1, poz. 14 z 2003.

Wywiady:

1. Wywiad z Krystyną Czarniecką przeprowadzony w dniu 27 lutego 2003r.
2. Wywiad z Maciejem Kiełbratowskim przeprowadzony w dniu 14 marca 2003r.
3. Wywiad z Romanem Kolkim przeprowadzony w dniu 20 marca 2003r.
4. Wywiad z Tomaszem Tomasikiem przeprowadzony w dniu 4 kwietnia 2003r.
5. Wywiad z Jarosławem Maroszkim przeprowadzony w dniu 8 kwietnia 2003r.
6. Wywiad z Jadwigą Greger przeprowadzony w dniu 10 kwietnia 2003r.
7. Wywiad z Elżbietą Hibner przeprowadzony w dniu 15 maja 2003r.
8. Wywiad z Markiem Haberem przeprowadzony w dniu 16 maja 2003r.
9. Wywiad z Beatą Jeleniewską przeprowadzony w dniu 16 maja 2003r.
10. Wywiad z Anną Grajcarek przeprowadzony w dniu 23 maja 2003r.

Źródłowe dane statystyczne uzyskane na potrzeby niniejszej pracy:

1. Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej, Departament Rynku Pracy – bezrobotni zarejestrowani w zawodach medycznych - stan na 31.XII.1999, 31.XII.2000, 31.XII.2002.
2. Ministerstwo Zdrowia, Departament Organizacji Ochrony Zdrowia – dane statystyczne nt. realizacji Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia w latach 1999, 2000, 2001, 2002.
3. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji - liczba publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej na podstawie rejestru wojewodów (stan na 31.12.2001).
4. Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia – liczba umów zawartych przez MRKCh w latach 2000 – 2002 z poszczególnymi grupami świadczeniodawców.
5. Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia: zatrudnienie pracowników medycznych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej (stan na 31.XII.2001), prawne formy zatrudnienia pracowników medycznych w podstawowej i stacjonarnej opiece zdrowotnej (stan na 31.XII.2001, 31.XII.2002).

WYKAZ TABEL

| | |
|---|-----|
| Tabela 1. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce latach 1998 – 2001..... | 21 |
| Tabela 2. Podstawowe wskaźniki zatrudnienia kadr medycznych w Polsce (personel zatrudniony)..... | 29 |
| Tabela 3. Podstawowe wskaźniki kadr medycznych w Polsce (personel uprawniony do wykonywania zawodu)..... | 29 |
| Tabela 4. Liczba osób, które uzyskały specjalizację z medycyny rodzinnej w latach 1994-2001.... | 31 |
| Tabela 5. Studenci kierunków medycznych w latach 1999-2002..... | 37 |
| Tabela 6. Absolwenci szkół średnich, policealnych i wyższych medycznych w latach 1999-2002.. | 37 |
| Tabela 7. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w ochronie zdrowia i opiece społecznej w Polsce latach 1998-2001..... | 37 |
| Tabela 8. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w ochronie zdrowia i opiece społecznej wg sektora własności. | 58 |
| Tabela 9. Zarobki poszczególnych grup zawodowych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej województwa małopolskiego | 58 |
| Tabela 10. Zarobki poszczególnych grup zawodowych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej województwa małopolskiego w 2001r..... | 59 |
| Tabela 11. Zarobki poszczególnych grup zawodowych w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej województwa małopolskiego w 2001r..... | 59 |
| Tabela 12. Zakup usług obcych w zależności od formy zatrudnienia dyrektora zakładu..... | 63 |
| Tabela 13. Bezrobotni zarejestrowani w zawodach medycznych w latach 1999-2001 (31.XII)..... | 65 |
| Tabela 14. Bezrobotni zarejestrowani w zawodach medycznych wg województw (31.XII.2001).... | 65 |
| Tabela 15. Liczba jednostek opieki długoterminowej i liczba miejsc w zakładach opieki długoterminowej powstałe w latach 1999 – 2000..... | 69 |
| Tabela 16. Realizacja Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia 1999r..... | 73 |
| Tabela 17. Realizacja Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia 2000r..... | 78 |
| Tabela 18. Restrukturyzacja zatrudnienia w 2000r. w ramach „szybkiej ścieżki” | 79 |
| Tabela 19. Realizacja Programu restrukturyzacji zatrudnienia w 2001r..... | 82 |
| Tabela 20. Liczba osób zwolnionych w ramach Programu Restrukturyzacji w latach 1999–2001.. | 86 |
| Tabela 21. Kwota przeznaczona na restrukturyzację zatrudnienia w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w latach 1999-2001..... | 87 |
| Tabela 22. Analiza deklarowanych korzyści z reformy dla pracowników i ich realizacja..... | 98 |
| Tabela 23. Analiza słabych i mocnych stron Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia..... | 100 |
| Tabela 24. Zatrudnienie w szpitalach powiatowych i wojewódzkich województwa małopolskiego w latach 1999-2001..... | 101 |
| Tabela 25. Zmiana struktury zatrudnienia w szpitalach województwa małopolskiego w latach 1999-2001..... | 101 |

SPIS RYSUNKÓW

| | |
|---|-----|
| Rys.1. Kluczowi aktorzy reformy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego..... | 24 |
| Rys.2. Zmiana liczby lekarzy i pielęgniarek w latach 1998-2001..... | 30 |
| Rys.3. Liczba lekarzy rodzinnych w Polsce w latach 1998-2001..... | 32 |
| Rys.4. Prawne formy zatrudnienia pracowników medycznych w zakładach opieki stacjonarnej 2001..... | 42 |
| Rys.5. Prawne formy zatrudnienia pracowników w podstawowej opiece zdrowotnej – 2001r..... | 43 |
| Rys.6. Prawne formy zatrudnienia lekarzy w opiece stacjonarnej wg województw - 2001r..... | 46 |
| Rys.7. Prawne formy zatrudnienia lekarzy w opiece podstawowej wg województw - 2001r..... | 46 |
| Rys.8. Prawne formy zatrudnienia pielęgniarek w opiece stacjonarnej wg województw - 2001r..... | 48 |
| Rys.9. Prawne formy zatrudnienia pielęgniarek w opiece podstawowej wg województw - 2001r.... | 49 |
| Rys.10. Prawne formy zatrudnienia położnych w opiece podstawowej wg województw - 2001r.... | 49 |
| Rys.11. Publiczne i niepubliczne zakłady stacjonarnej opieki zdrowotnej - 2001r..... | 51 |
| Rys.12. Publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej wg województw – 2001r. | 51 |
| Rys.13. Zatrudnienie pracowników medycznych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej - 2001r..... | 52 |
| Rys.14. Liczba umów zawartych przez Małopolską Regionalną Kasę Chorych w latach 2000 - 2002 w zakresie poz..... | 52 |
| Rys.15. Liczba umów zawartych przez MRKCh w zakresie poz w 2000r..... | 53 |
| Rys.16. Liczba umów zawartych przez MRKCh w zakresie poz w 2002r..... | 53 |
| Rys.17. Liczba umów zawartych przez MRKCh w latach 2000 - 2002 w zakresie stomatologii..... | 54 |
| Rys.18. Średnie wynagrodzenie brutto pracowników w publicznych zakładach opieki zdrowotnej województwa małopolskiego w 2001r..... | 59 |
| Rys.19. Szacunkowa redukcja zatrudnienia w ochronie zdrowia w latach 1999 – 2000. Udział procentowy liczby osób planowanych do zwolnienia w liczbie zatrudnionych ogółem..... | 68 |
| Rys.20. Schemat tworzenia programu restrukturyzacji - Program Restrukturyzacji 1999r..... | 72 |
| Rys.21. Schemat budowy Regionalnych Programów Restrukturyzacji w regionach w 2000r..... | 77 |
| Rys.22. Schemat budowy Programu Restrukturyzacji w 2001r..... | 80 |
| Rys.23. Budżet Programu Restrukturyzacji w latach 1999-2001..... | 83 |
| Rys.24. Restrukturyzacja zatrudnienia w latach 1999- 2001 w ujęciu wojewódzkim..... | 85 |
| Rys.25. Zmiany w strukturze zatrudnienia lecznictwa stacjonarnego w woj. małopolskim w latach 1999-2001..... | 102 |

Aneks

ANEKS - SPIS TREŚCI:

| | |
|---|-----|
| Załącznik nr 1. Kwestionariusz zastosowany do wywiadu pogłębionego z kluczowymi aktorami programu restrukturyzacji zatrudnienia..... | 123 |
| Załącznik nr 2. Wykaz nazwisk i instytucji reprezentowanych przez osoby uczestniczące w wywiadzie pogłębionym..... | 125 |
| Załącznik nr 3. Zarejestrowane związki zawodowe działające w systemie ochrony zdrowia..... | 126 |
| Załącznik nr 4. Liczba umów zawartych przez MRKCh w latach 2000-2002 w zakresie specjalistyki, , lecznictwa szpitalnego i opieki długoterminowej | |
| Rys. 1. Liczba umów zawartych przez MRKCh w zakresie specjalistyki. | |
| Rys. 2. Liczba umów zawartych przez MRKCh w zakresie lecznictwa szpitalnego. | |
| Rys.3. Liczba umów zawartych przez MRKCh – zakłady opiekuńczo-lecznicze | 127 |
| Załącznik nr 5. Prawne formy zatrudnienia pracowników medycznych w 2002r. | |
| Rys. 4. Prawne formy zatrudnienia pracowników medycznych w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej – 2002r..... | 128 |
| Rys.5. Prawne formy zatrudnienia pracowników w podstawowej opiece zdrowotnej – 2002r..... | 128 |
| Rys. 6. Prawne formy zatrudnienia lekarzy w stacjonarnej opiece zdrowotnej, według województw - 2002r..... | 129 |
| Rys.7. Prawne formy zatrudnienia lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej według województw - 2002r. | 129 |
| Rys. 8. Prawne formy zatrudnienia pielęgniarek w stacjonarnej opiece zdrowotnej według województw - 2002r. | 130 |
| Rys.9. Prawne formy zatrudnienia pielęgniarek w podstawowej opiece zdrowotnej według województw - 2002r. | 130 |
| Rys.10. Prawne formy zatrudnienia położnych w podstawowej opiece zdrowotnej według województw - 2002r..... | 131 |
| Załącznik nr 6. Tabele uzupełniające | |
| Tabela 1. Kwota przyznana na restrukturyzację zatrudnienia i liczba zwolnionych osób w latach 1999-2001 w ramach Programu Restrukturyzacji. | 132 |
| Tabela 2. Kwota przyznana na restrukturyzację zatrudnienia i liczba zwolnionych osób w roku 2002..... | 133 |
| Tabela 3. Programy rynku pracy, dla osób podlegających restrukturyzacji w ochronie zdrowia w 1999, finansowane z dodatkowych środków Funduszu Pracy..... | 134 |
| Tabela 4. Bezrobotni w zawodach medycznych (stan na dzień 31.XII.1999)..... | 135 |
| Tabela 5. Bezrobotni w zawodach medycznych (stan na dzień 31.XII.2000)..... | 136 |
| Tabela 6. Bezrobotni w zawodach medycznych (stan na dzień 31.XII.2001)..... | 137 |
| Tabela. 7. Zatrudnienie pracowników medycznych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej (stan na 31.XII.2001)..... | 138 |
| Tabela 8. Zatrudnienie pracowników medycznych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (31.XII.2001)..... | 139 |
| Tabela 9. Zatrudnienie pracowników medycznych w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej (stan na 31.XII.2001). | 140 |
| Tabela 10. Prawne formy zatrudnienia kadr medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej (stan na 31.XII.2001). | 141 |
| Tabela 11. Prawne formy zatrudnienia kadr medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej (stan na 31.XII.2002).. | 142 |
| Tabela 12. Prawne formy zatrudnienia kadr medycznych w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej (stan na 31.XII.2001).. | 143 |
| Tabela 13. Prawne formy zatrudnienia kadr medycznych w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej (stan na 31.XII.2002)..... | 144 |
| Tabela 14. Porównanie liczby publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach (stan na 31.12.2001)..... | 145 |

Załącznik nr 1.

Kwestionariusz zastosowany do wywiadu pogłębionego z kluczowymi aktorami programu restrukturyzacji zatrudnienia

Program Restrukturyzacji Zatrudnienia 1999 – 2001
BADANIE OPINII KLUCZOWYCH AKTORÓW

| |
|--|
| <p>1. Jakie Pani/Pana zdaniem były mocne strony Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia (1999-2001)?</p> |
| <p>2. Jakie Pani/Pana zdaniem były słabe strony Programu Restrukturyzacji Zatrudnienia?</p> |
| <p>3. Jakie były główne ograniczenia i bariery w planowaniu i wdrażaniu Programu?</p> |
| <p>4. Czy Program Restrukturyzacji Zatrudnienia przyczynił się do zwiększenia efektywności działania zakładów opieki zdrowotnej?</p> |
| <p>5. Jakie korzyści uzyskały jednostki dzięki Programowi Restrukturyzacji zatrudnienia?</p> |
| <p>6. Czy restrukturyzacja doprowadziła do zmiany pozycji konkurencyjnej zakładów?</p> |
| <p>7. Czy przeprowadzona restrukturyzacja doprowadziła do istotnego zmniejszenia kosztów w zakładach?</p> |
| <p>8. Czy bez pomocy programu restrukturyzacji Ministerstwa Zdrowia zakłady opieki zdrowotnej byłyby w stanie przeprowadzić restrukturyzację zatrudnienia?</p> |
| <p>9. Jak ocenia Pani/Pan współpracę i zaangażowanie partnerów odpowiedzialnych za proces restrukturyzacji?</p> |

10. Jak ocenia Pani/Pan wpływ restrukturyzacji zatrudnienia na proces prywatyzacji w zakładach opieki zdrowotnej?

11. Jak ocenia Pani/Pan przebieg monitorowania procesu restrukturyzacji zatrudnienia?

12. Gdyby Pani/Pana dysponowała sumą taką, jaka została przeznaczona na Program Restrukturyzacji to czy wykorzystałaby ją Pani/Pan ją w taki sam sposób? Jeśli nie, to jaka jest Pani/Pan propozycja?

13. Pani/Pana uwagi do procedury i przebiegu procesu restrukturyzacji?

Załącznik nr 2.

Wykaz nazwisk i instytucji reprezentowanych przez osoby uczestniczące w wywiadzie pogłębionym

Lista kluczowych aktorów procesu wybranych do badania (przy funkcjach podano funkcję pełnioną w okresie realizacji programów 1999 - 2001):

1. **Elżbieta Hibner** – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia – odpowiedzialny za Program Restrukturyzacji z ramienia MZ
2. **Krystyna Czarniecka** - Z-ca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia - odpowiedzialnego za Program Restrukturyzacji
3. **Jadwiga Greger** – Przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” – Członek Krajowego Komitetu Sterującego
4. **Roman Kolek** – Dyrektor Wydziału Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego
5. **Jarosław Maroszek** – Z-ca Dyrektora Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Wrocławia
6. **Tomasz Tomasiak** – Dyrektor Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, Kraków
7. **Maciej Kielbratowski** – Dyrektor Szpitala Powiatowego w Sochaczewie
8. **Marek Haber** - Dyrektor Szpitala Powiatowego w Suchoj Beskidzkiej
9. **Beata Jeleniewska** – przedstawiciel środowiska lekarskiego, Lublin
10. **Anna Grajcarek** – Przewodnicząca Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

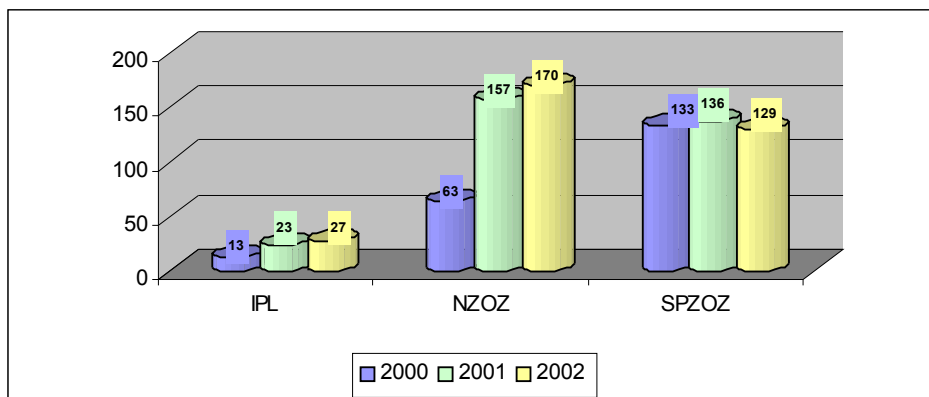
Załącznik nr 3.

Zarejestrowane związki zawodowe działające w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

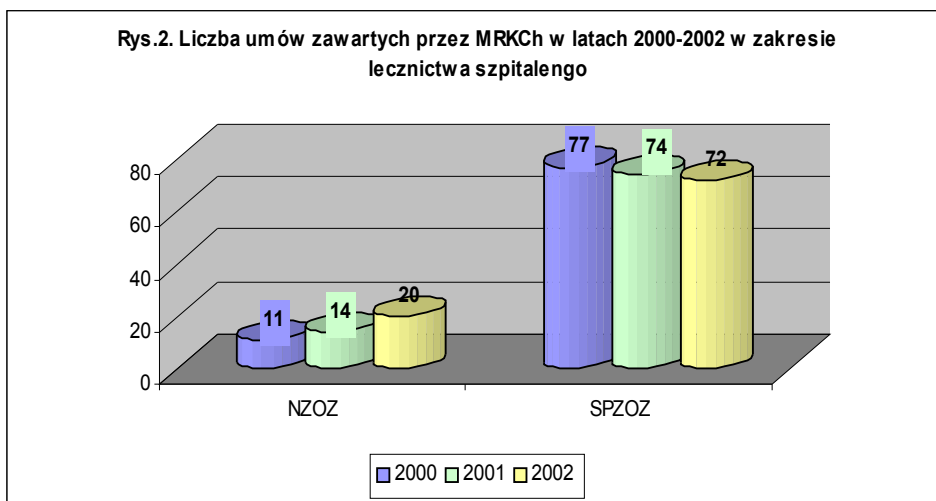
1. Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia
2. Krajowa Sekcja Służby Zdrowia NSZZ "Solidarność"
3. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy
4. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych
5. Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych
6. Związek Zawodowy Pracowników Cywilnych MSWiA
7. Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ " Solidarność"
8. Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii
9. Ogólnopolski Związek Lekarzy Stomatologów
10. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Radiologów
11. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego Anestezjologii i Intensywnej Terapii
12. Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii
12. Związek Zawodowy Anestezjologów
13. Związek Zawodowy Chirurgów Polskich
15. Związek Zawodowy Farmaceutów
16. Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych
17. Związek Zawodowy Neonatologów
18. Związek Zawodowy Techników Medycznych „Medyk
19. Federacja Związków Zawodowych Technicznej Obsługi Służby Zdrowia
20. Federacja Związków Zawodowych Pracowników PKP
21. NSZZ Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa
22. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Stomatologów Ubezpieczeń Zdrowotnych, Kas Chorych i Wolnopracujących
23. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Administracji i Obsługi Służby Zdrowia
24. Zespół Służby Zdrowia przy KK Wolny Związek Zawodowy „Sierpień 80” Konfederacja
25. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii
26. Forum Związków Zawodowych
27. Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych
28. Krajowy Ogólnopolski Związek Zawodowy Fizjoterapii
29. Związek Zawodowy Techników Farmaceutycznych R.P.
30. Związek Zawodowy Uzdrowisk Polskich

Załącznik nr 4. Liczba umów zawartych przez MRKCh w latach 2000-2002 w zakresie specjalistki, leczenia szpitalnego i opieki długoterminowej.

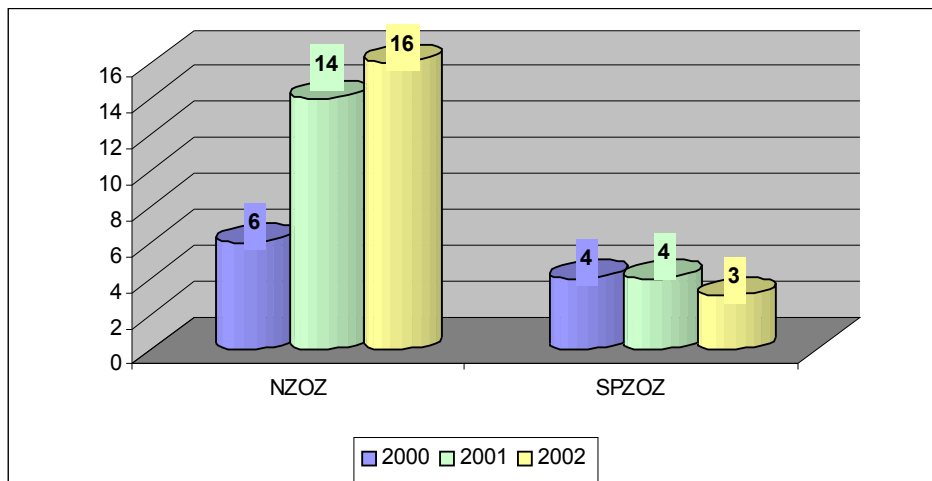
Rys. 1. Liczba umów zawartych przez MRKCh w zakresie specjalistyki



Rys. 2. Liczba umów zawartych przez MRKCh w zakresie leczenia szpitalnego



Rys.3. Liczba umów zawartych przez MRKCh – zakłady opiekuńczo-lecznicze

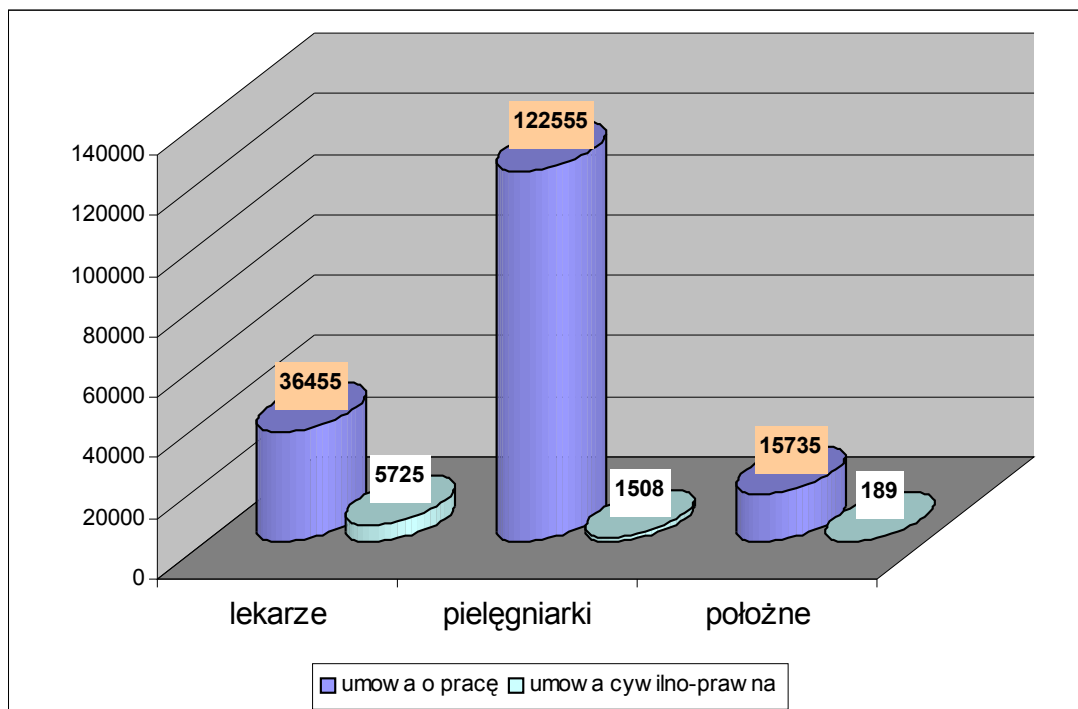


Źródło danych: Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Legenda: IPP – indywidualna praktyka pielęgniarska,
 IPL – indywidualna praktyka lekarska,
 GPP – grupowa praktyka pielęgniarska,
 GPL – grupowa praktyka lekarska,
 NZOZ- niepubliczny zakład opieki zdrowotnej,
 SPZOZ – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

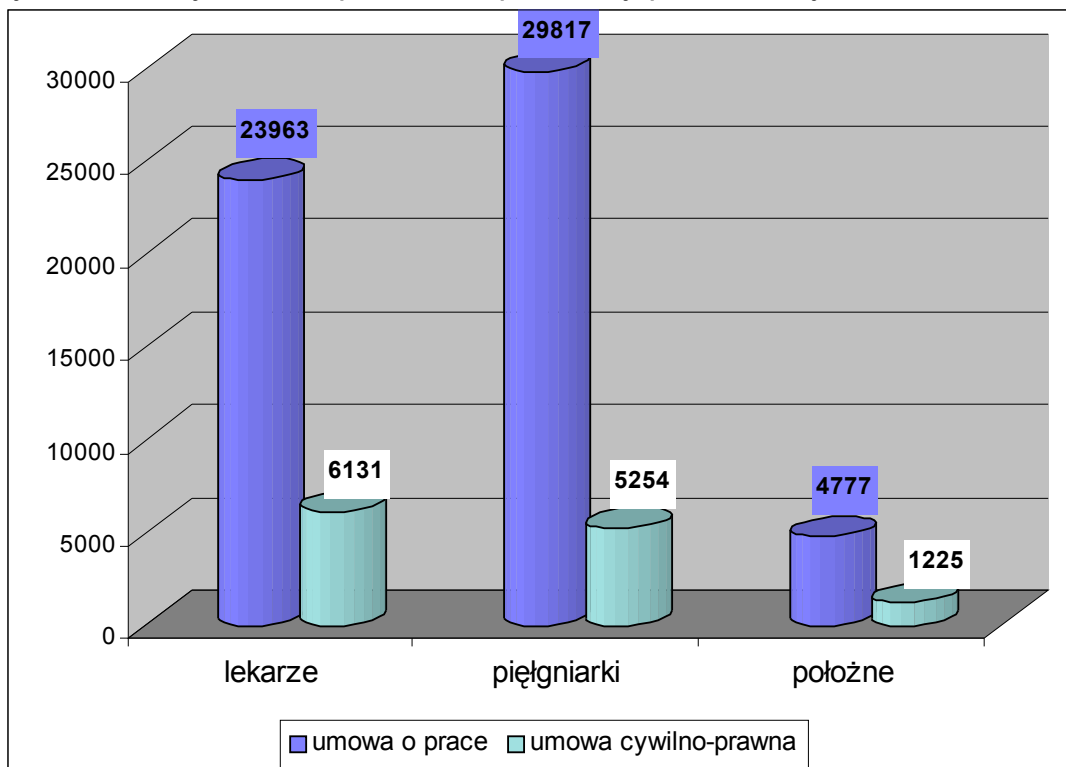
Załącznik nr 5. Prawne formy zatrudnienia pracowników medycznych w 2002r.

Rys. 4. Prawne formy zatrudnienia pracowników med. w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej – 2002r.



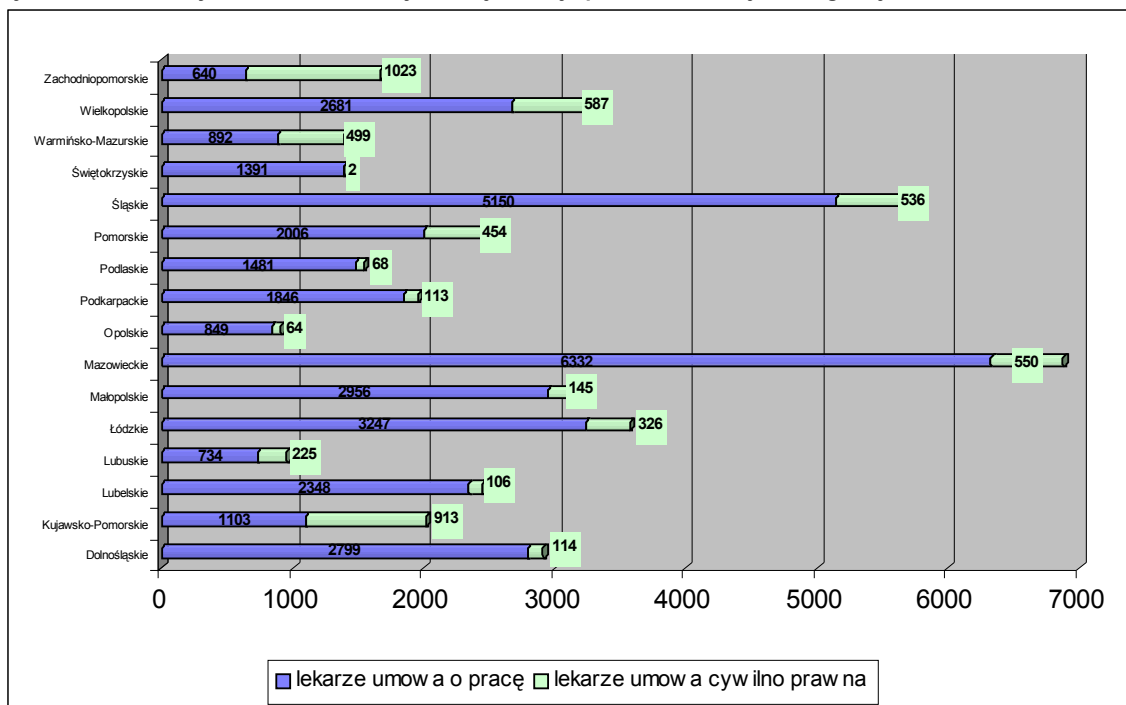
Źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informatycznych (MZ 29 o działalności zakładów stacjonarnej niepsychiatrycznej opieki zdrowotnej, zatrudnienie personelu pełnozatrudnionego, 31.XII.2002).

Rys.5. Prawne formy zatrudnienia pracowników w podstawowej opiece zdrowotnej – 2002.



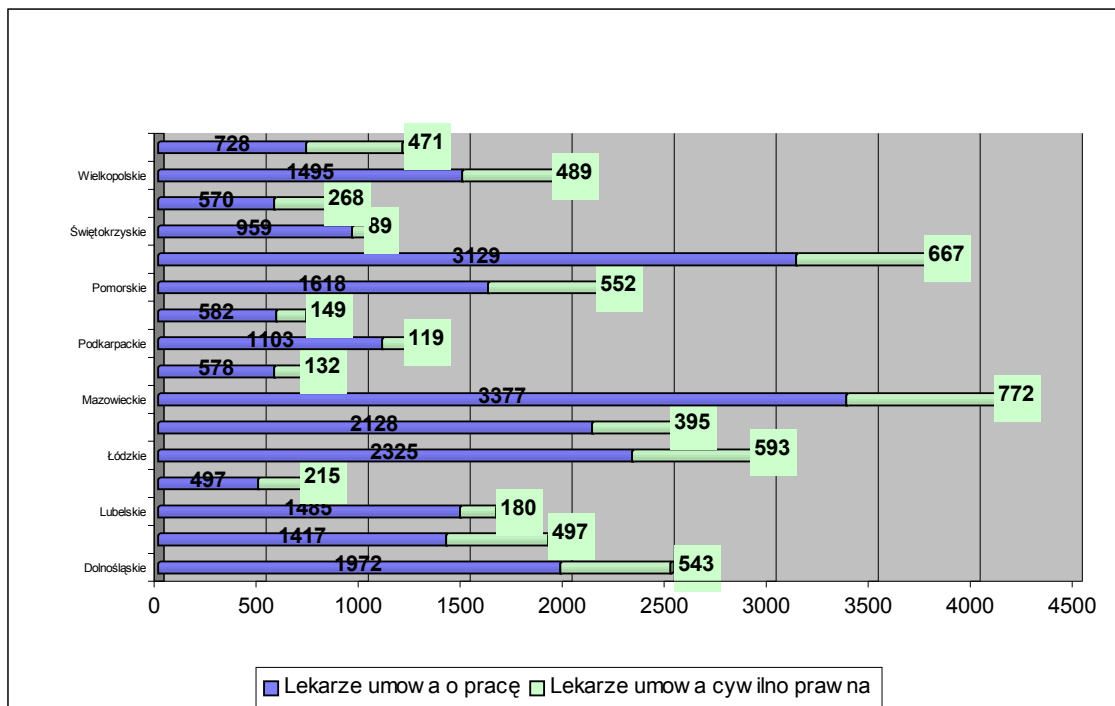
źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informatycznych (MZ 11 o działalności i zatrudnieniu w podstawowej opiece zdrowotnej), zatrudnienie personelu pełnozatrudnionego, 31.XII.2002).

Rys. 6. Prawne formy zatrudnienia lekarzy w stacjonarnej opiece zdrowotnej, według województw - 2002r.



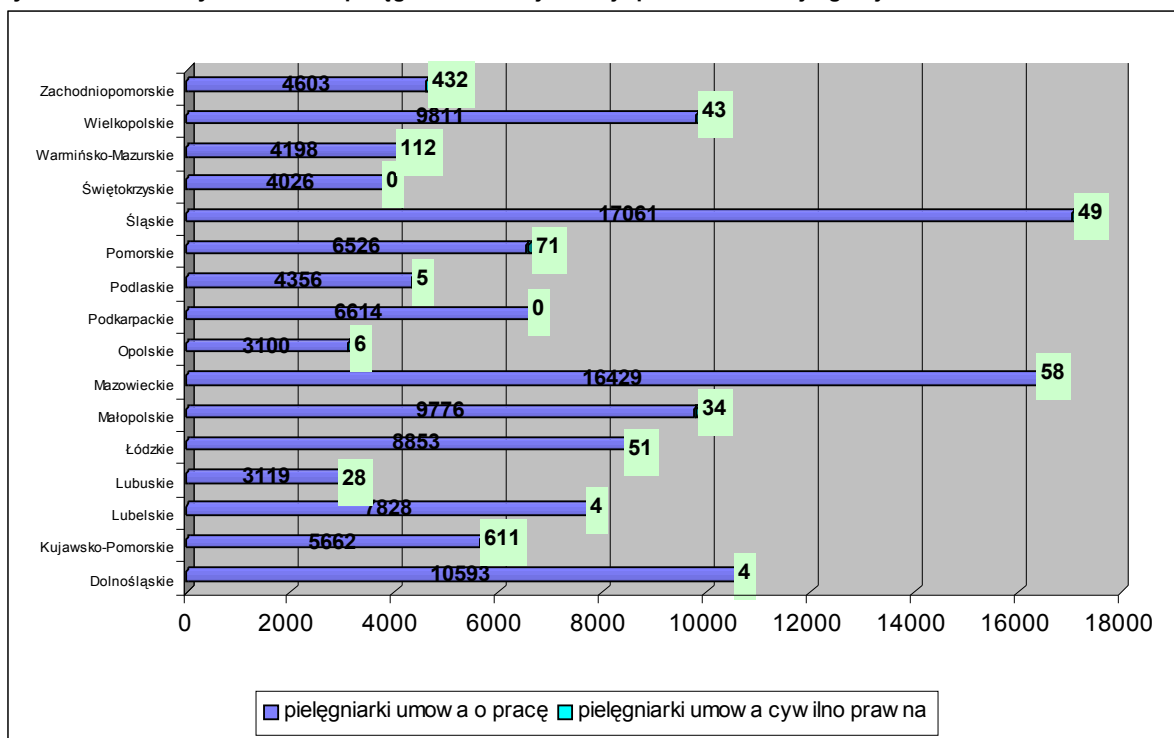
źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informacyjnych (MZ 29 o działalności zakładów stacjonarnej niepsychiatrycznej opieki zdrowotnej, zatrudnienie personelu pełnozatrudnionego, 31.XII.2002).

Rys.7. Prawne formy zatrudnienia lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej według województw - 2002r.



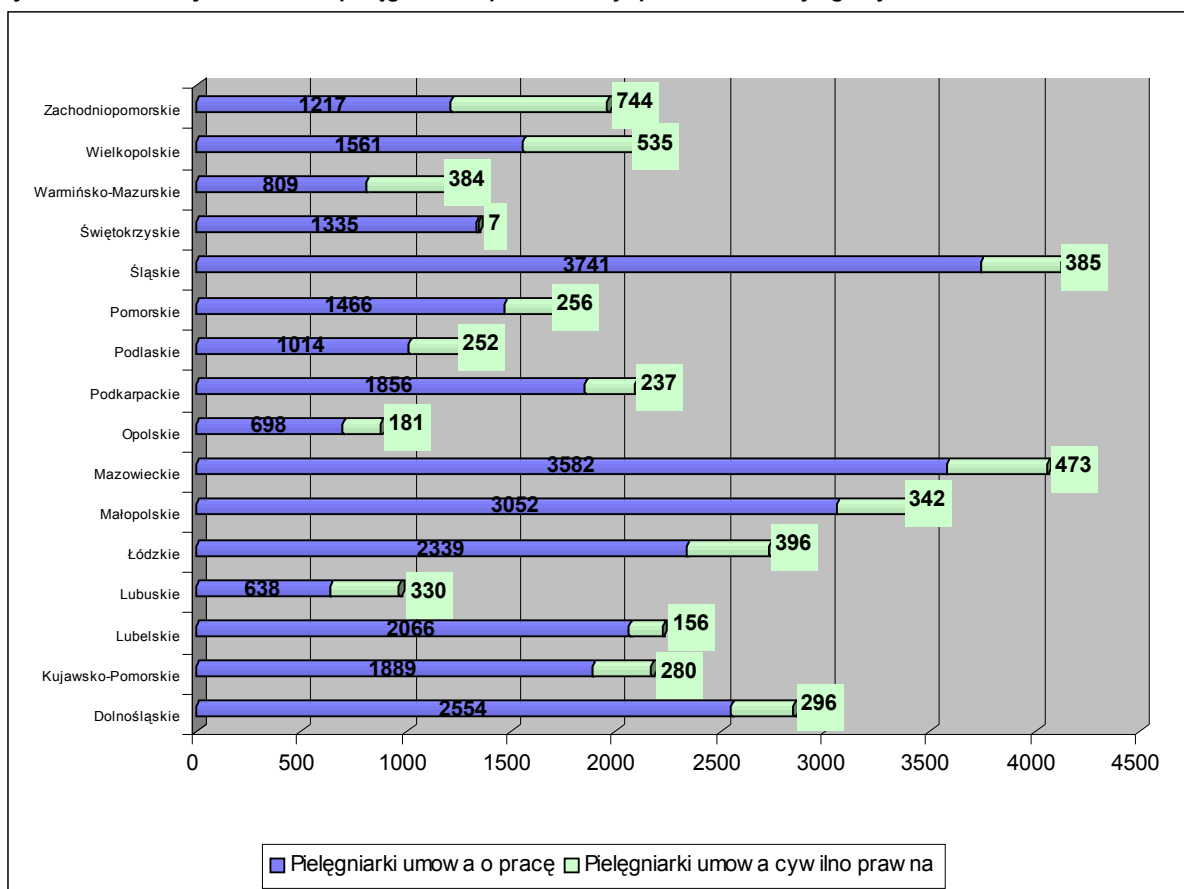
źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informacyjnych (MZ 11 o działalności i zatrudnieniu w podstawowej opiece zdrowotnej), zatrudnienie personelu pełnozatrudnionego, 31.XII.2002).

Rys. 8. Prawne formy zatrudnienia pielęgniarek w stacjonarnej opiece zdrowotnej wg województw - 2002r.



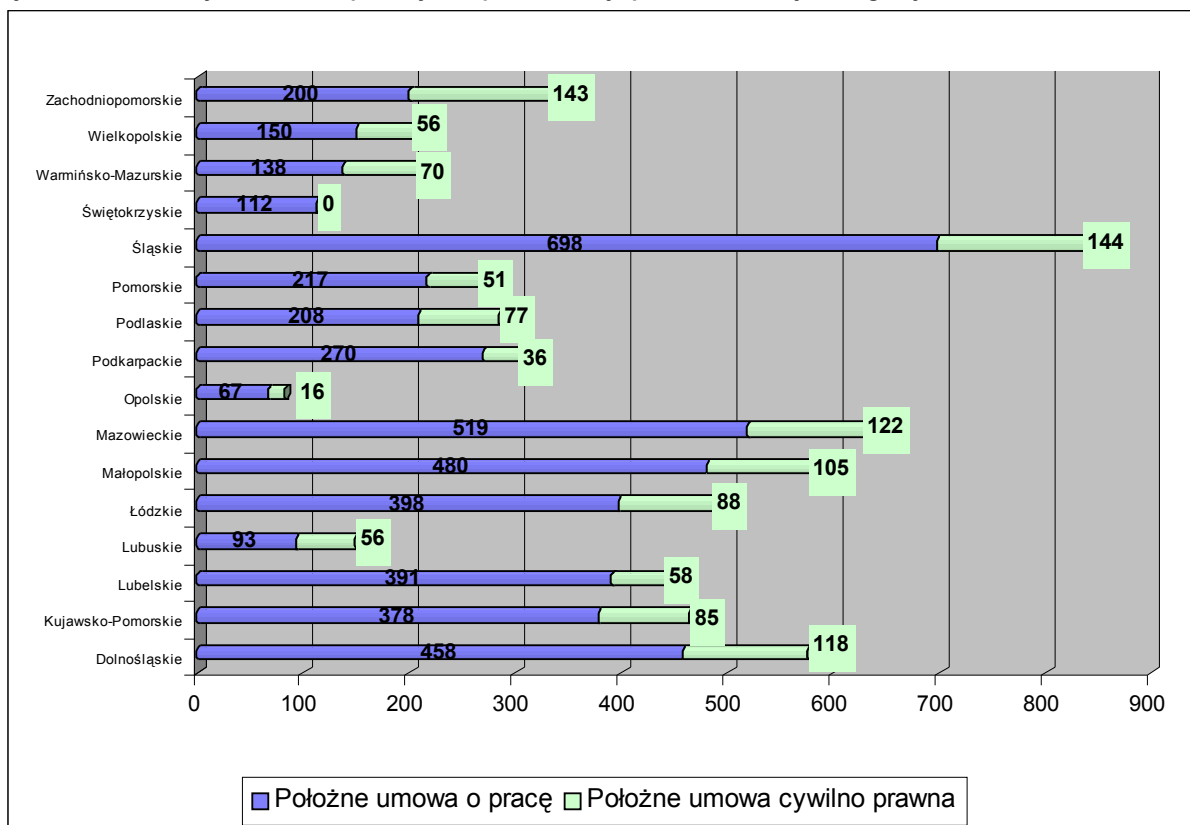
źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informatycznych (MZ 29 o działalności zakładów stacjonarnej niepsychiatrycznej opieki zdrowotnej, zatrudnienie personelu pełnozatrudnionego, 31.XII.2002).

Rys.9. Prawne formy zatrudnienia pielęgniarek w podstawowej opiece zdrowotnej wg województw - 2002r.



źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informatycznych Ochrony zdrowia (MZ 11 o działalności i zatrudnieniu w podstawowej opiece zdrowotnej), zatrudnienie personelu pełnozatrudnionego, 31.XII.2002).

Rys.10. Prawne formy zatrudnienia położnych w podstawowej opiece zdrowotnej według województw - 2002r.



źródło danych: opracowanie własne na podstawie danych Centrum Systemów Informacyjnych (MZ 11 o działalności i zatrudnieniu w podstawowej opiece zdrowotnej), zatrudnienie personelu pełnozatrudnionego, 31.XII.2002).

Załącznik nr 6. Tabele uzupełniające

Tabela 1. Kwota przyznana na restrukturyzację zatrudnienia i liczba zwolnionych osób w latach 1999-2001 w ramach Programu Restrukturyzacji.

| WOJEWÓDZTWO | Kwota na restrukturyzację zatrudnienia w 1999r. | Liczba osób zwolnionych w 1999r. | Kwota na restrukturyzację zatrudnienia w 2000r. | Liczba osób zwolnionych w 2000r. | Kwota na restrukturyzację zatrudnienia w 2001r. | Liczba osób zwolnionych w roku 2001 | Kwota na restrukturyzację zatrudnienia w latach 1999-2001 | Liczba osób zwolnionych w latach 1999-2001 |
|-----------------------|---|----------------------------------|---|----------------------------------|---|-------------------------------------|---|--|
| Dolnośląskie | 9 148 925 | 3 105 | 11 401 248 | 3 870 | 3 226 376 | 922 | 23 776 549 | 7 897 |
| Kujawsko - Pomorskie | 5 250 535 | 1 588 | 9 955 357 | 3 744 | 3 960 216 | 1 131 | 19 166 108 | 6 463 |
| Lubelskie | 5 881 769 | 1 815 | 7 083 386 | 2 185 | 2 716 851 | 776 | 15 682 006 | 4 776 |
| Lubuskie | 7 968 404 | 3 446 | 3 504 577 | 1 515 | 3 061 797 | 875 | 14 534 778 | 5 836 |
| Łódzkie | 9 202 239 | 2 744 | 12 376 160 | 3 689 | 1 803 627 | 515 | 23 382 026 | 6 948 |
| Małopolskie | 9 966 189 | 3 439 | 8 255 358 | 2 847 | 3 673 917 | 1 050 | 21 895 464 | 7 336 |
| Mazowieckie | 10 914 954 | 3 538 | 16 989 317 | 5 506 | 1 306 270 | 373 | 29 210 541 | 9 417 |
| Opolskie | 1 673 904 | 522 | 4 212 602 | 1 314 | 111 845 | 32 | 5 998 351 | 1 868 |
| Podkarpackie | 6 573 260 | 1 757 | 5 689 814 | 1 520 | 2 092 121 | 598 | 14 355 195 | 3 875 |
| Podlaskie | 3 683 436 | 1 280 | 5 208 059 | 1 809 | 4 255 794 | 1 216 | 13 147 289 | 4 305 |
| Pomorskie | 7 070 667 | 1 838 | 10 107 056 | 2 627 | 774 194 | 221 | 17 951 917 | 4 686 |
| Śląskie | 10 415 141 | 3 021 | 8 246 233 | 2 391 | 177 982 | 51 | 18 839 356 | 5 463 |
| Świętokrzyskie | 1 940 806 | 542 | 1 615 443 | 451 | 434 365 | 124 | 3 990 614 | 1 117 |
| Warmińsko - Mazurskie | 7 182 851 | 2 352 | 4 331 559 | 1 418 | 2 380 856 | 680 | 13 895 266 | 4 450 |
| Wielkopolskie | 10 319 591 | 3 141 | 11 359 539 | 3 457 | 551 817 | 158 | 22 230 947 | 6 756 |
| Zachodniopomorskie | 8 332 855 | 2 621 | 7 029 694 | 2 211 | 3 472 821 | 992 | 18 835 370 | 5 824 |
| Razem | 115 525 526 | 36 749 | 127 365 402 | 40 554 | 34 000 849 | 9 715 | 276 891 777 | 87 018 |

Źródło: Departament Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia

Tabela 2. Kwota przyznana na restrukturyzację zatrudnienia i liczba zwolnionych w roku 2002.

| Wojewódzki Urząd Pracy | Kwota na restrukturyzację zatrudnienia w roku 2002 | Liczba osób zwolnionych w roku 2002 |
|------------------------|--|-------------------------------------|
| Dolnośląskie | 4 492 037 | 1 283 |
| Kujawsko - Pomorskie | 29 400 | 8 |
| Lubelskie | 1 890 180 | 540 |
| Lubuskie | 361 000 | 103 |
| Łódzkie | 936 573 | 268 |
| Małopolskie | 470 836 | 135 |
| Mazowieckie | 1 295 063 | 370 |
| Opolskie | 806 992 | 231 |
| Podkarpackie | 0 | 0 |
| Podlaskie | 0 | 0 |
| Pomorskie | 2 461 555 | 703 |
| Śląskie | 3 480 856 | 995 |
| Świętokrzyskie | 694 966 | 199 |
| Warmińsko - Mazurskie | 72 002 | 21 |
| Wielkopolskie | 654 748 | 187 |
| Zachodniopomorskie | 51 459 | 15 |
| Razem | 17 697 667 | 5 056 |

źródło: Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia

Tabela 3. Programy rynku pracy, dla osób podlegających restrukturyzacji w ochronie zdrowia w 1999, finansowane z dodatkowych środków Funduszu Pracy

| Wojewódzki Urząd Pracy | pożyczki | liczba osób, które otrzymały pożyczki | szkolenia | ilość przeszkolonych osób | programy specjalne | liczba osób objętych programami |
|------------------------|----------|---------------------------------------|-----------|---------------------------|--------------------|---------------------------------|
| Dolnośląskie | - | - | X | 59 | - | - |
| Kujawsko - Pomorskie | X | 14 | X | 192 | - | - |
| Lubelskie | X | 3 | X | 1 | - | - |
| Lubuskie | X | 10 | X | 22 | X | 40 |
| Łódzkie | X | 1 | X | 13 | - | - |
| Małopolskie | X | 1 | X | 8 | X | 27 |
| Mazowieckie | X | 3 | X | 53 | X | 35 |
| Opolskie | X | 3 | X | 14 | - | - |
| Podkarpackie | X | 8 | X | 80 | X | 30 |
| Podlaskie | X | 4 | X | 19 | X | 20 |
| Pomorskie | X | 7 | X | 66 | X | 41 |
| Śląskie | X | 6 | X | 90 | - | - |
| Świętokrzyskie | X | 2 | - | - | X | 25 |
| Warmińsko - Mazurskie | X | 5 | X | 45 | - | 250 |
| Wielkopolskie | X | 10 | X | 30 | - | - |
| Zachodniopomorskie | X | 37 | X | 165 | X | 45 |
| Razem | X | 114 | X | 857 | X | 513 |

źródło: Departament Planowania i Programowania Rynku Pracy, Krajowy Urząd Pracy, Warszawa 1999

X – oznacza programy zastosowane

Tabela 4. Bezrobotni w zawodach medycznych (stan na dzień 31.XII.1999)

| Województwa | farmaceuci | lekarze dentyści | lekarze medycyny | pielęgniarki i położne | pomocniczy personel medyczny | pozostali średni personel ochrony zdrowia | specjaliści ochrony zdrowia | średni personel ochrony zdrowia | RAZEM |
|---------------------|------------|------------------|------------------|------------------------|------------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------|--------------|
| Dolnośląskie | 3 | 12 | 33 | 1120 | 557 | 280 | 16 | 791 | 2812 |
| Kujawsko-pomorskie | 3 | | 12 | 720 | 226 | 124 | 4 | 878 | 1967 |
| Lubelskie | 10 | 22 | 85 | 1017 | 407 | 182 | 9 | 597 | 2329 |
| Lubuskie | 0 | 1 | 3 | 303 | 176 | 152 | 4 | 219 | 858 |
| Łódzkie | 3 | 4 | 75 | 982 | 154 | 185 | 15 | 594 | 2012 |
| Małopolskie | 6 | 15 | 78 | 1164 | 233 | 178 | 13 | 1040 | 2727 |
| Mazowieckie | 14 | 7 | 71 | 1060 | 438 | 351 | 25 | 946 | 2912 |
| Opolskie | 3 | 1 | 4 | 235 | 70 | 58 | 2 | 175 | 548 |
| Podkarpackie | 1 | 4 | 15 | 1087 | 243 | 172 | 11 | 1227 | 2760 |
| Podlaskie | 4 | 15 | 62 | 411 | 157 | 108 | 6 | 258 | 1021 |
| Pomorskie | 2 | 12 | 58 | 523 | 297 | 149 | 4 | 521 | 1566 |
| Śląskie | 8 | 4 | 86 | 1441 | 374 | 324 | 17 | 1071 | 3325 |
| Świętokrzyskie | 1 | 3 | 18 | 915 | 94 | 81 | 6 | 585 | 1703 |
| Warmińsko-mazurskie | 3 | 10 | 8 | 687 | 310 | 151 | 5 | 520 | 1694 |
| Wielkopolskie | 5 | 4 | 33 | 862 | 437 | 106 | 20 | 884 | 2351 |
| Zachodniopomorskie | 1 | 1 | 35 | 860 | 396 | 204 | 7 | 771 | 2275 |
| RAZEM | 67 | 115 | 676 | 13387 | 4569 | 2805 | 164 | 11077 | 32860 |

Źródło danych: Departament Rynku Pracy, Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej

Tabela 5. Bezrobotni w zawodach medycznych (stan na dzień 31.XII.2000).

| Województwa | farmaceuci | lekarze dentyści | lekarze medycyny | pielęgniarki i położne | pomocniczy personel medyczny | pozostały średni personel ochrony zdrowia | specjaliści ochrony zdrowia | średni personel ochrony zdrowia | RAZEM |
|---------------------|------------|------------------|------------------|------------------------|------------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------|---------------|
| Dolnośląskie | 4 | 5 | 9 | 1 403 | 636 | 403 | 21 | 1 097 | 3 578 |
| Kujawsko-pomorskie | 3 | 1 | 9 | 986 | 348 | 190 | 12 | 989 | 2 538 |
| Lubelskie | 8 | 19 | 25 | 1 137 | 448 | 229 | 19 | 810 | 2 695 |
| Lubuskie | 0 | 2 | 4 | 342 | 222 | 200 | 5 | 231 | 1 006 |
| Łódzkie | 10 | 11 | 90 | 1 065 | 218 | 339 | 31 | 702 | 2 466 |
| Małopolskie | 7 | 5 | 19 | 1 127 | 346 | 317 | 37 | 1 252 | 3 110 |
| Mazowieckie | 15 | 10 | 41 | 1 262 | 523 | 495 | 36 | 1 167 | 3 549 |
| Opolskie | 3 | 1 | 3 | 328 | 105 | 104 | 4 | 273 | 821 |
| Podkarpackie | 6 | 4 | 10 | 1 292 | 272 | 179 | 11 | 1 298 | 3 072 |
| Podlaskie | 0 | 13 | 28 | 463 | 239 | 146 | 3 | 370 | 1 262 |
| Pomorskie | 12 | 8 | 16 | 757 | 380 | 228 | 7 | 687 | 2 095 |
| Śląskie | 12 | 4 | 27 | 1 521 | 456 | 471 | 25 | 1 728 | 4 244 |
| Świętokrzyskie | 4 | 9 | 5 | 765 | 89 | 100 | 10 | 626 | 1 608 |
| Warmińsko-mazurskie | 3 | 11 | 7 | 831 | 338 | 207 | 10 | 629 | 2 036 |
| Wielkopolskie | 5 | 8 | 6 | 903 | 443 | 275 | 27 | 1 298 | 2 965 |
| Zachodniopomorskie | 5 | 3 | 8 | 1 081 | 407 | 306 | 9 | 964 | 2 783 |
| RAZEM | 97 | 114 | 307 | 15 263 | 5 470 | 4 189 | 267 | 14 121 | 39 828 |

Źródło danych: Departament Rynku Pracy, Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej

Tabela 6. Bezrobotni w zawodach medycznych (stan na dzień 31.XII.2001).

| Województwa | farmaceuci | lekarze dentyści | lekarze medycyny | pielęgniarki i położne | pomocniczy personel medyczny | pozostały średni personel ochrony zdrowia | specjaliści ochrony zdrowia | średni personel ochrony zdrowia | RAZEM |
|---------------------|------------|------------------|------------------|------------------------|------------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------|---------------|
| Dolnośląskie | 3 | 7 | 13 | 1382 | 676 | 462 | 21 | 1300 | 3 864 |
| Kujawsko-pomorskie | 4 | 3 | 23 | 978 | 366 | 199 | 18 | 1133 | 2 724 |
| Lubelskie | 6 | 7 | 57 | 1142 | 424 | 265 | 17 | 1013 | 2 931 |
| Lubuskie | 1 | 1 | 9 | 375 | 236 | 197 | 10 | 296 | 1 125 |
| Łódzkie | 11 | 15 | 91 | 1049 | 279 | 337 | 66 | 858 | 2 706 |
| Małopolskie | 1 | 11 | 56 | 1196 | 372 | 359 | 53 | 1660 | 3 708 |
| Mazowieckie | 14 | 14 | 73 | 1153 | 560 | 515 | 43 | 1475 | 3 847 |
| Opolskie | 7 | 1 | 11 | 392 | 92 | 111 | 8 | 393 | 1 015 |
| Podkarpackie | 7 | 5 | 16 | 1247 | 248 | 202 | 17 | 1655 | 3 397 |
| Podlaskie | 2 | 10 | 59 | 451 | 235 | 165 | 3 | 504 | 1 429 |
| Pomorskie | 8 | 7 | 69 | 738 | 420 | 260 | 11 | 925 | 2 438 |
| Śląskie | 12 | 6 | 89 | 1436 | 509 | 519 | 36 | 2114 | 4 721 |
| Świętokrzyskie | 4 | 6 | 15 | 781 | 56 | 104 | 10 | 804 | 1 780 |
| Warmińsko-mazurskie | 3 | 4 | 14 | 837 | 353 | 193 | 13 | 874 | 2 291 |
| Wielkopolskie | 3 | 9 | 54 | 920 | 495 | 256 | 30 | 1664 | 3 431 |
| Zachodniopomorskie | 3 | 6 | 36 | 1055 | 437 | 280 | 13 | 1168 | 2 998 |
| RAZEM | 89 | 112 | 685 | 15 132 | 5 758 | 4 424 | 369 | 17 836 | 44 405 |

Źródło danych: Departament Rynku Pracy, Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej

Tabela 7. Zatrudnienie pracowników medycznych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej (stan na 31.XII.2001).

| Województwo | Lekarze | w tym kobiety | Lekarze stomatolodzy | w tym kobiety | Pielęgniarki razem | Położne | Mgr pielęgn. |
|---------------------|--------------|---------------|----------------------|---------------|--------------------|--------------|--------------|
| Dolnośląskie | 6976 | 3742 | 1001 | 731 | 16544 | 1637 | 387 |
| Kujawsko-pomorskie | 3847 | 1995 | 672 | 499 | 9463 | 1364 | 167 |
| Lubelskie | 5370 | 2934 | 979 | 811 | 12307 | 1527 | 769 |
| Lubuskie | 1791 | 876 | 262 | 216 | 4496 | 609 | 103 |
| Łódzkie | 6496 | 3674 | 934 | 722 | 12309 | 1493 | 255 |
| Małopolskie | 7246 | 4067 | 1249 | 955 | 15426 | 1961 | 382 |
| Mazowieckie | 14286 | 8186 | 1957 | 1498 | 24717 | 2656 | 425 |
| Opolskie | 1946 | 929 | 224 | 168 | 4607 | 421 | 87 |
| Podkarpackie | 3826 | 1932 | 705 | 523 | 9858 | 1569 | 256 |
| Podlaskie | 3130 | 1806 | 215 | 161 | 6478 | 838 | 131 |
| Pomorskie | 5162 | 2896 | 607 | 473 | 9368 | 1140 | 140 |
| Śląskie | 13142 | 6896 | 1766 | 1234 | 25178 | 2598 | 378 |
| Świętokrzyskie | 2689 | 1465 | 385 | 303 | 6705 | 792 | 119 |
| Warmińsko-mazurskie | 2155 | 1152 | 240 | 185 | 5756 | 793 | 59 |
| Wielkopolskie | 6264 | 3026 | 561 | 381 | 13329 | 1781 | 378 |
| Zachodniopomorskie | 3665 | 1922 | 678 | 532 | 7449 | 935 | 116 |
| POLSKA | 87991 | 47498 | 12435 | 9392 | 183990 | 22114 | 4152 |

Źródło danych: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia

Tabela. 8. Zatrudnienie pracowników medycznych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (stan na 31.XII.2001).

| Województwo | Lekarze | w tym kobiety | Lekarze stomatolodzy | w tym kobiety | Pielęgniarki razem | Położne | Mgr pielęgn. |
|---------------------|--------------|---------------|-------------------------|---------------|-----------------------|--------------|--------------|
| Dolnośląskie | 4503 | 2368 | 331 | 230 | 13002 | 1240 | 285 |
| Kujawsko-pomorskie | 3210 | 1631 | 348 | 252 | 8345 | 1188 | 150 |
| Lubelskie | 3821 | 2009 | 379 | 327 | 8950 | 1091 | 590 |
| Lubuskie | 1147 | 488 | 16 | 12 | 3624 | 484 | 67 |
| Łódzkie | 4658 | 2618 | 490 | 387 | 10356 | 1346 | 228 |
| Małopolskie | 5138 | 2761 | 458 | 327 | 12626 | 1619 | 350 |
| Mazowieckie | 11526 | 6499 | 922 | 729 | 21912 | 2337 | 358 |
| Opolskie | 1455 | 652 | 54 | 35 | 3979 | 366 | 85 |
| Podkarpackie | 3131 | 1539 | 262 | 200 | 8689 | 1453 | 239 |
| Podlaskie | 2760 | 1600 | 123 | 92 | 5906 | 735 | 126 |
| Pomorskie | 3559 | 1934 | 214 | 165 | 7525 | 939 | 125 |
| Śląskie | 9022 | 4700 | 511 | 351 | 19665 | 2031 | 298 |
| Świętokrzyskie | 2502 | 1356 | 223 | 173 | 6270 | 760 | 78 |
| Warmińsko-mazurskie | 1388 | 716 | 52 | 36 | 4481 | 607 | 40 |
| Wielkopolskie | 4210 | 1935 | 182 | 111 | 10646 | 1473 | 322 |
| Zachodniopomorskie | 1784 | 950 | 85 | 74 | 4980 | 547 | 77 |
| POLSKA | 63814 | 33756 | 4650 | 3501 | 150956 | 18216 | 3418 |

Źródło danych: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia

Tabela. 9. Zatrudnienie pracowników medycznych w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej (stan na 31.XII.2001).

| Województwa | Lekarze | w tym kobiety | Lekarze stomatolodzy | w tym kobiety | Pielęgniarki razem | Położne | Mgr pielęgn. |
|---------------------|--------------|------------------|-------------------------|---------------|-----------------------|-------------|--------------|
| Dolnośląskie | 2364 | 1320 | 496 | 353 | 3339 | 372 | 102 |
| Kujawsko-pomorskie | 581 | 330 | 120 | 90 | 1059 | 155 | 16 |
| Lubelskie | 1506 | 900 | 389 | 321 | 3275 | 426 | 178 |
| Lubuskie | 593 | 359 | 139 | 113 | 805 | 111 | 36 |
| Łódzkie | 1788 | 1025 | 376 | 278 | 1879 | 135 | 27 |
| Małopolskie | 2076 | 1288 | 687 | 545 | 2772 | 336 | 32 |
| Mazowieckie | 2533 | 1579 | 749 | 568 | 2684 | 298 | 67 |
| Opolskie | 402 | 224 | 67 | 48 | 528 | 40 | 2 |
| Podkarpackie | 619 | 350 | 211 | 153 | 1090 | 113 | 17 |
| Podlaskie | 308 | 171 | 91 | 69 | 466 | 87 | 4 |
| Pomorskie | 1603 | 962 | 393 | 308 | 1843 | 201 | 15 |
| Śląskie | 4040 | 2153 | 960 | 670 | 5411 | 547 | 80 |
| Świętokrzyskie | 163 | 99 | 86 | 66 | 411 | 29 | 41 |
| Warmińsko-mazurskie | 678 | 375 | 111 | 84 | 1178 | 163 | 19 |
| Wielkopolskie | 1883 | 1004 | 207 | 148 | 2586 | 290 | 56 |
| Zachodniopomorskie | 1755 | 899 | 392 | 302 | 2327 | 357 | 38 |
| POLSKA | 22892 | 13038 | 5474 | 4116 | 31653 | 3660 | 730 |

Źródło danych: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia

Tabela. 10. Prawne formy zatrudnienia kadr medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej (stan na 31.XII.2001).

| Województwo | Lekarze | | Pielęgniarki | | Położne | |
|---------------------|---------------|----------------------|---------------|----------------------|---------------|----------------------|
| | umowa o pracę | umowa cywilno prawna | umowa o pracę | umowa cywilno prawna | umowa o pracę | umowa cywilno prawna |
| Dolnośląskie | 1745 | 404 | 2401 | 183 | 441 | 89 |
| Kujawsko-Pomorskie | 1297 | 429 | 1826 | 257 | 360 | 66 |
| Lubelskie | 1480 | 208 | 2100 | 156 | 379 | 65 |
| Lubuskie | 489 | 191 | 601 | 281 | 83 | 47 |
| Łódzkie | 1988 | 421 | 2229 | 281 | 382 | 79 |
| Małopolskie | 2066 | 320 | 2956 | 311 | 448 | 94 |
| Mazowieckie | 3525 | 770 | 3716 | 547 | 520 | 103 |
| Opolskie | 543 | 142 | 638 | 148 | 93 | 16 |
| Podkarpackie | 1075 | 117 | 1649 | 150 | 241 | 18 |
| Podlaskie | 571 | 94 | 934 | 169 | 168 | 49 |
| Pomorskie | 1499 | 517 | 1442 | 281 | 199 | 47 |
| Śląskie | 2904 | 490 | 3545 | 320 | 636 | 114 |
| Świętokrzyskie | 938 | 89 | 1412 | 24 | 116 | 5 |
| Warmińsko-Mazurskie | 498 | 226 | 654 | 262 | 102 | 47 |
| Wielkopolskie | 1360 | 407 | 1454 | 433 | 159 | 53 |
| Zachodniopomorskie | 649 | 355 | 975 | 535 | 188 | 114 |
| RAZEM | 22627 | 5180 | 28532 | 4338 | 4515 | 1006 |

źródło: Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia na podstawie sprawozdań MZ 11 o działalności i zatrudnieniu w podstawowej opiece zdrowotnej.

Tabela. 11. Prawne formy zatrudnienia kadr medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej (stan na 31.XII.2002).

| Województwo | Lekarze | | Pielęgniarki | | Położne | |
|---------------------|---------------|----------------------|---------------|----------------------|---------------|----------------------|
| | umowa o pracę | umowa cywilno prawna | umowa o pracę | umowa cywilno prawna | umowa o pracę | umowa cywilno prawna |
| Dolnośląskie | 1972 | 543 | 2554 | 296 | 458 | 118 |
| Kujawsko-Pomorskie | 1417 | 497 | 1889 | 280 | 378 | 85 |
| Lubelskie | 1485 | 180 | 2066 | 156 | 391 | 58 |
| Lubuskie | 497 | 215 | 638 | 330 | 93 | 56 |
| Łódzkie | 2325 | 593 | 2339 | 396 | 398 | 88 |
| Małopolskie | 2128 | 395 | 3052 | 342 | 480 | 105 |
| Mazowieckie | 3377 | 772 | 3582 | 473 | 519 | 122 |
| Opolskie | 578 | 132 | 698 | 181 | 67 | 16 |
| Podkarpackie | 1103 | 119 | 1856 | 237 | 270 | 36 |
| Podlaskie | 582 | 149 | 1014 | 252 | 208 | 77 |
| Pomorskie | 1618 | 552 | 1466 | 256 | 217 | 51 |
| Śląskie | 3129 | 667 | 3741 | 385 | 698 | 144 |
| Świętokrzyskie | 959 | 89 | 1335 | 7 | 112 | 0 |
| Warmińsko-Mazurskie | 570 | 268 | 809 | 384 | 138 | 70 |
| Wielkopolskie | 1495 | 489 | 1561 | 535 | 150 | 56 |
| Zachodniopomorskie | 728 | 471 | 1217 | 744 | 200 | 143 |
| RAZEM | 23963 | 6131 | 29817 | 5254 | 4777 | 1225 |

źródło: Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia na podstawie sprawozdań MZ 11 o działalności i zatrudnieniu w podstawowej opiece zdrowotnej.

Tabela 12. Prawne formy zatrudnienie kadr medycznych w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej (stan na 31.XII.2001).

| Województwo | lekarze | | w tym lekarze specjaliści | | lekarze stomatolodzy | | pielęgniarki | | położne | |
|---------------------|---------------|----------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------|----------------------|---------------|----------------------|
| | umowa o pracę | umowa cywilno prawna | umowa o pracę | umowa cywilno prawna | umowa o pracę | umowa cywilno prawna | umowa o pracę | umowa cywilno prawna | umowa o pracę | umowa cywilno prawna |
| Dolnośląskie | 3139 | 322 | 2186 | 247 | 39 | 1 | 247 | 10561 | 1137 | 4 |
| Kujawsko-Pomorskie | 1117 | 796 | 828 | 769 | 7 | 13 | 769 | 5449 | 830 | 79 |
| Lubelskie | 2250 | 118 | 1878 | 104 | 53 | 4 | 104 | 7453 | 1067 | 0 |
| Lubuskie | 815 | 188 | 518 | 159 | 5 | 1 | 159 | 2915 | 460 | 1 |
| Łódzkie | 3192 | 241 | 2518 | 150 | 67 | 3 | 150 | 8624 | 1097 | 0 |
| Małopolskie | 2905 | 155 | 2241 | 130 | 14 | 1 | 130 | 9839 | 1294 | 28 |
| Mazowieckie | 6330 | 503 | 4551 | 390 | 96 | 14 | 390 | 16080 | 1977 | 11 |
| Opolskie | 934 | 41 | 718 | 38 | 19 | 0 | 38 | 3187 | 324 | 0 |
| Podkarpackie | 1919 | 33 | 1579 | 32 | 13 | 0 | 32 | 6710 | 1177 | 0 |
| Podlaskie | 1436 | 35 | 1182 | 34 | 13 | 3 | 34 | 4364 | 639 | 0 |
| Pomorskie | 2054 | 309 | 1470 | 286 | 20 | 1 | 286 | 6505 | 852 | 0 |
| Śląskie | 5118 | 636 | 4176 | 560 | 32 | 1 | 560 | 16878 | 1726 | 4 |
| Świętokrzyskie | 1316 | 2 | 1023 | 2 | 12 | 0 | 2 | 4004 | 577 | 0 |
| Warmińsko-Mazurskie | 914 | 345 | 705 | 337 | 6 | 0 | 337 | 4141 | 582 | 16 |
| Wielkopolskie | 2555 | 549 | 1865 | 464 | 40 | 5 | 464 | 9464 | 1404 | 15 |
| Zachodniopomorskie | 722 | 897 | 462 | 808 | 1 | 3 | 808 | 4692 | 673 | 11 |
| RAZEM | 36716 | 5170 | 27900 | 4510 | 437 | 50 | 4510 | 120866 | 15816 | 169 |

źródło: Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia na podstawie sprawozdań MZ 29, o działalności zakładów stacjonarnej niepsychiatrycznej opieki zdrowotnej

Tabela 13. Prawne formy zatrudnienia kadr medycznych w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej (stan na 31.XII.2002).

| Województwo | lekarze | | w tym lekarze specjaliści | | lekarze stomatolodzy | | pielęgniarki | | położne | |
|---------------------|---------------|----------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------|----------------------|---------------|----------------------|
| | umowa o pracę | umowa cywilno prawna | umowa o pracę | umowa cywilno prawna | umowa o pracę | umowa cywilno prawna | umowa o pracę | umowa cywilno prawna | umowa o pracę | umowa cywilno prawna |
| Dolnośląskie | 2799 | 114 | 2171 | 83 | 21 | 0 | 10593 | 4 | 1099 | 7 |
| Kujawsko-Pomorskie | 1103 | 913 | 763 | 827 | 6 | 5 | 5662 | 611 | 840 | 67 |
| Lubelskie | 2348 | 106 | 1930 | 93 | 57 | 0 | 7828 | 4 | 1011 | 0 |
| Lubuskie | 734 | 225 | 509 | 188 | 9 | 1 | 3119 | 28 | 460 | 2 |
| Łódzkie | 3247 | 326 | 2547 | 200 | 55 | 4 | 8853 | 51 | 1052 | 0 |
| Małopolskie | 2956 | 145 | 2210 | 130 | 9 | 0 | 9776 | 34 | 1241 | 26 |
| Mazowieckie | 6332 | 550 | 4547 | 454 | 167 | 11 | 16429 | 58 | 1991 | 3 |
| Opolskie | 849 | 64 | 678 | 59 | 21 | 0 | 3100 | 6 | 449 | 0 |
| Podkarpackie | 1846 | 113 | 1379 | 112 | 12 | 0 | 6614 | 0 | 1102 | 0 |
| Podlaskie | 1481 | 68 | 1122 | 62 | 10 | 3 | 4356 | 5 | 633 | 4 |
| Pomorskie | 2006 | 454 | 1442 | 356 | 22 | 2 | 6526 | 71 | 844 | 3 |
| Śląskie | 5150 | 536 | 4076 | 468 | 23 | 1 | 17061 | 49 | 1760 | 1 |
| Świętokrzyskie | 1391 | 2 | 1053 | 2 | 4 | 0 | 4026 | 0 | 580 | 0 |
| Warmińsko-Mazurskie | 892 | 499 | 652 | 436 | 6 | 3 | 4198 | 112 | 607 | 15 |
| Wielkopolskie | 2681 | 587 | 1957 | 512 | 23 | 4 | 9811 | 43 | 1417 | 26 |
| Zachodniopomorskie | 640 | 1023 | 355 | 948 | 22 | 10 | 4603 | 432 | 649 | 35 |
| RAZEM | 36455 | 5725 | 27391 | 4930 | 467 | 44 | 122555 | 1508 | 15735 | 189 |

źródło: Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia na podstawie sprawozdań MZ 29, o działalności zakładów stacjonarnej niepsychiatrycznej opieki zdrowotnej

Tabela 14. Porównanie liczby publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach (stan na 31.12.2001)

| Województwo | Publiczne zakłady opieki zdrowotnej | | | | Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej | | | |
|---------------------|-------------------------------------|-----------------|------------------------------|----------------------------------|--|-----------------|------------------------------|----------------------------------|
| | Ogółem | Szpitala ogólne | Zakłady opiekuńczo-lecznicze | Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńczo | Ogółem | Szpitala ogólne | Zakłady opiekuńczo-lecznicze | Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńczo |
| Dolnośląskie | 253 | 55 | 3 | 1 | 835 | 3 | 12 | 0 |
| Kujawsko-Pomorskie | 183 | 30 | 4 | 4 | 285 | 5 | 3 | 3 |
| Lubelskie | 98 | 30 | 3 | 21 | 522 | 0 | 1 | 0 |
| Lubuskie | 54 | 20 | 2 | 0 | 356 | 1 | 1 | 0 |
| Łódzkie | 137 | 38 | 3 | 5 | 715 | 7 | 6 | 1 |
| Małopolskie | 239 | 37 | 6 | 3 | 924 | 6 | 10 | 1 |
| Mazowieckie | 272 | 71 | 17 | 6 | 1747 | 44 | 25 | 16 |
| Opolskie | 92 | 29 | 2 | 0 | 287 | 1 | 2 | 1 |
| Podkarpackie | 131 | 29 | 2 | 2 | 361 | 1 | 0 | 2 |
| Podlaskie | 64 | 21 | 3 | 7 | 276 | 1 | 0 | 1 |
| Pomorskie | 120 | 29 | 10 | 0 | 473 | 7 | 5 | 4 |
| Śląskie | 277 | 99 | 4 | 8 | 1837 | 4 | 10 | 4 |
| Świętokrzyskie | 140 | 21 | 4 | 1 | 119 | 3 | 3 | 5 |
| Warmińsko-Mazurskie | 115 | 29 | 6 | 2 | 517 | 2 | 1 | 3 |
| Wielkopolskie | 134 | 52 | 2 | 6 | 1462 | 10 | 3 | 1 |
| Zachodniopomorskie | 111 | 31 | 0 | 3 | 662 | 1 | 0 | 1 |
| | 2420 | 621 | 71 | 69 | 11378 | 96 | 82 | 43 |

Źródło: Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (na podstawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonej przez wojewodów)

