Maria PIECHOCKA

BEZROBOCIE W SŁUŻBIE ZDROWIA PO WPROWADZENIU REFORMY OCHRONY ZDROWIA

Od 1 stycznia 1999 r. weszła w życie reforma ochrony zdrowia. Regulują ją trzy podstawowe akty prawne: ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych[1], ustawa o samorządzie powiatowym[2] oraz znowelizowana ustawa o zakładach opieki zdrowotnej[3]. W miejsce dotychczas działającego, znanego już systemu zabezpieczenia świadczeń dla mieszkańców na obszarze działania Zespołu Opieki Zdrowotnej – w formie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza ogólnego, lekarza pediatry, lekarza stomatologa i lekarza ginekologa) oraz świadczeń specjalistycznych (stacjonarnych – szpital) i ambulatoryjnych (przychodnie specjalistyczne) – reforma wprowadzała instytucję lekarza rodzinnego, świadczącego całodobowe usługi lecznicze w zakresie medycyny ogólnej, pediatrii i pomocy doraźnej, instytucję lekarza stomatologa i lekarza ginekologa, a także zapewnienie opieki specjalistycznej (stacjonarnej – szpital) i ambulatoryjnej (poradnia specjalistyczna).

W omawianej reformie ochrony zdrowia wymienieni lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie są już pracownikami ZOZ, a lekarzami, którzy zawarli umowy kontraktowe z kasami chorych. Służba zdrowia przestała być już państwowa – w zdecydowanej części jej właścicielem stają się jednostki samorządu terytorialnego, głównie samorząd powiatowy i wojewódzki.

W ochronie zdrowia nastąpił koniec z dawaniem pieniędzy tylko za istnienie jej placówek, niezależnie od stopnia przydatności danej placówki dla konkretnej społeczności. W nowej rzeczywistości nie ma możliwości finansowania tylko dlatego, że coś zostało stworzone, zbudowane. Na zreformowanej scenie zdrowia w nowej strukturze organizacyjnej pojawiło się trzech partnerów: nowy płatnik, świadczeniodawca, samorząd terytorialny.

---

[1] Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych – Dz.U. 1998, nr 117, poz. 756, Dz.U. 1997, nr 28, poz. 153.

[2] Ustawa o samorządzie powiatowym z 5 czerwca 1998 r. – Dz.U. 1998, nr 91, poz. 578.

[3] Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej – Dz.U. 1991, nr 91, poz. 408, późniejsze zmiany Dz.U. 1999, nr 28, poz. 255.

W związku z wprowadzeniem obowiązku ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce zmienił się system finansowania ochrony zdrowia. Funkcja płatnika i organizatora, którą do tej pory spełniało państwo, została rozdzielona. Tę pierwszą rolę przejęły kasy chorych, które jako płatnik są również podmiotem odpowiedzialnym za zapewnienie swoim członkom świadczeń zdrowotnych.

Kasy chorych, które obowiązuje zasada celowości wydatków, gospodarności, działalności nie dla zysku i dążenie do zapewnienia równego dostępu do świadczeń, finansują większość zadań, a przede wszystkim lecznictwo ambulatoryjne, podstawowe i specjalistyczne, ochronę środowiskową w domu pacjenta, leczenie w zakładach stacjonarnych – szpitalach, szpitalach klinicznych i klinikach instytutów naukowo-badawczych, świadczenia pielęgniarskie, rehabilitację leczniczą, zaopatrzenie w leki i materiały medyczne, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, leczenie sanatoryjne, opiekę paliatywno-hospicyjną i orzekanie o stanie zdrowia.

Kasy chorych są podstawowym, choć nie jedynym źródłem finansowania. Oznacza to, że niektóre zadania nadal są i będą finansowane przez budżet państwa lub budżet samorządowy województwa. Należą do nich m.in.: działalność Sanepidu, stacji krwiodawstwa i ich oddziałów, nadzór farmakologiczny, szkolnictwo medyczne, a także programy polityki zdrowotnej, w tym główny Narodowy Program Ochrony Zdrowia, Program Ochrony Serca, Program Rozwoju Dializoterapii, Program Zapobiegania Rozwojowi Chorób Nowotworowych, Program Opieki nad Matką i Dzieckiem, które są finansowane z budżetu ministra zdrowia.

Reforma administracyjna kraju oparta na trójszczeblowym systemie podziału terytorialnego: samorządy wojewódzkie, powiaty i gminy, wprowadziła zmiany w sposobie realizacji zadań z zakresu promocji i ochrony zdrowia przez jednostki samorządu terytorialnego. Samorząd terytorialny (powiat), rzeczywisty gospodarz na swoim terenie w zakresie ochrony zdrowia, odgrywa rolę:

– organizatora (organ założycielski),
– płatnika, chociaż w ograniczonym zakresie,
– nadzorcy – kontrola i ocena realizacji zadań statutowych,
– zarządcy – powoływanie kierowników samodzielnych publicznych ZOZ.

Trzecim partnerem w nowym scenariuszu organizacji świadczeń zdrowotnych jest świadczeniodawca – występujący w postaci publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Tak więc tworzy się specyficzna gra rynkowa, w której jedną ze stron są dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej i lekarze indywidualni a drugą kasy chorych.

Przystosowanie się do potrzeb tak nowego i specyficznego rynku wymaga dopasowania potrzeb zdrowotnych obsługiwanej populacji i możliwości placówki, sprawności bazy i sprzętu, którymi placówka dysponuje. Konsekwencją na pewno jest reorganizacja zakładów opieki zdrowotnej.

Analiza potrzeb zdrowotnych obsługiwanej populacji, polepszenie sprawności zarządzania i efektywności działania może wykazać, że niektóre komórki organizacyjne, oddziały szpitala muszą zostać zmniejszone, przekwalifikowane lub nawet zlikwidowane. Zmiany organizacyjne pociągają za sobą zmiany personalne, a z tym wiąże się wiele trudnych spraw, dotyczących konieczności przekwalifikowania ludzi, możliwości zwolnień pracowników, przesunięcia do innej pracy, przyjęcia nowych, bardziej potrzebnych specjalistów.

Dziesięć miesięcy od wdrożenia reformy jest zbyt krótkim okresem, by przyjrzeć się problemowi, jaki się rodzi wskutek zmian restrukturyzacyjnych w służbie zdrowia. Restrukturyzacja jest procesem ciągłym i wraz z jej zaawansowaniem problem ten będzie się krystalizował. Na dzień dzisiejszy można pokusić się jedynie o stwierdzenie, że bezrobocie w służbie zdrowia w znacznej części dotyczy personelu gospodarczego, pomocniczego, administracji, kolumn transportu sanitarnego (kierowcy, mechanicy). Personel biały (lekarze, pielęgniarki, położne i inne zawody medyczne) z tej sytuacji częściej wychodzą obronną ręką. Jest to spowodowane możliwością podjęcia pracy na własny rachunek, przez podpisanie indywidualnie lub zbiorowo (spółki) kontraktów z kasami chorych. Widoczne bezrobocie w tym zakresie występuje jednak w rejonach o wysokim wskaźniku bezrobocia (województwa lubelskie, podkarpackie, dolnośląskie).

W pierwszych działaniach podjętych w placówkach służby zdrowia w kierunku zmniejszenia zatrudnienia dbano o to, by firmy przejmujące wykonywanie pewnych usług przejmowały również personel, likwidowano etaty, na których byli zatrudniani renciści i emeryci. Część personelu poczyniła starania o pozyskanie świadczeń rentowych, a część skorzystała z zasiłków dla bezrobotnych.

Tabela 1

Zarejestrowani bezrobotni o zawodach medycznych

Wyszczególnienie	Stan na dzień		Zarejestrowani w lipcu 1999 r.
	30 czerwca 1999 r.	31 lipca 1999 r.	
Ogółem zarejestrowani, w tym:	26 799	27 200	3232
Pielęgniarki	11 245	9 854	939
Położne	1 732	1 431	112
Lekarze	463	496	74
Średni personel medyczny	7 227	6 012	868
Pracownicy kolumny transportu sanitarnego	739	1 140	372
Pozostałe zawody	5 393	8 294	867

Źródło: „Biuletyn Informacyjny", Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, Poznań 1999.

Tabela 2

Zarejestrowani bezrobotni o zawodach medycznych w poszczególnych województwach w lipcu 1999 r.

Wyszczególnienie	Razem	Procent ogółu zarejestrowanych	Lekarze	Pielęgniarki	Położne	Pozostały średni personel medyczny	Pracownicy kolumny transportu sanitarnego	Inni
Ogółem	3232	1,5	74	939	112	868	372	867
Dolnośląskie	391	2,0	2	78	11	99	90	111
Kujawsko-pomorskie	258	1,7	1	61	4	100	30	62
Lubelskie	222	1,7	8	83	10	64	36	21
Lubuskie	102	1,2	2	18	3	26	13	40
Łódzkie	187	1,2	11	45	5	48	12	66
Małopolskie	289	2,0	6	86	10	30	9	148
Mazowieckie	162	0,8	7	71	9	52	2	21
Opolskie	149	2,2	0	44	9	36	5	55
Podkarpackie	216	1,4	4	102	8	38	40	24
Podlaskie	96	1,4	1	19	6	44	3	23
Pomorskie	189	1,6	8	55	5	45	17	59
Śląskie	243	1,1	7	63	10	55	34	74
Świętokrzyskie	56	0,6	2	33	2	6	0	13
Warmińsko-mazurskie	144	1,2	3	35	6	35	14	51
Wielkopolskie	296	1,7	1	95	10	86	48	56
Zachodniopomorskie	232	2,1	11	51	4	104	19	43

Źródło: „Biuletyn Informacyjny", Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, Poznań 1999.

W odniesieniu do stanu z końca czerwca 1999 r. liczba zarejestrowanych bezrobotnych o zawodach medycznych wzrosła o 441 osób, liczba zarejestrowanych lekarzy o 33 osoby, pracowników kolumny transportu sanitarnego o 401 osób, a pozostałych osób zwalnianych ze służby zdrowia o 2914 osób. Natomiast liczba zarejestrowanych pielęgniarek zmniejszyła się o 1391 osób, położnych o 301 osób, średniego personelu medycznego o 1215 osób. Zarejestrowani w zawodach medycznych stanowili 1,3% ogółu bezrobotnych zarejestrowanych w urzędach pracy.

W lipcu 1999 r. zarejestrowało się 11,9% ogółu bezrobotnych poprzednio pracujących w służbie zdrowia, tj. 3232 osoby, w tym 1390 osób zwolniono z przyczyn dotyczących zakładu pracy.

UNEMPLOYMENT IN THE HEALTH SERVICE AFTER IMPLEMENTATION OF HEALTH PROTECTION REFORM

Summary

The Act on mass social insurance and the novelised Act on Health Care institutions have fundamentally changed the existing system of providing health care in the whole country. The most important change introduced by health protection reform is the change of the payer. The existing system of the financing of health service has been radically changed. The role of the payer, fulfilled until now by the state budget, has been taken over by the national health service offices. There appeared new concepts, unknown until now in the health service payer, provider of services, recipient of services. A kind of market game emerged.

Supply of services, demand for services, prices, possibilities to buy and sell services are important. The new financial situation in the health service necessitates adjustment. The new concept of restructuring appears again. Managers of Health Care Institutions, in order to maintain competitiveness of their institution while offering the sale of services to National Health Service Offices, are frequently forced to liquidate posts, hospital wards and other economic units until now considered to be necessary for the functioning of the institution. Many difficult problems as regards personnel management appear. People employed in health service are being made redundant. This concerns all groups, however to a lesser extent doctors and nurses because they can take up jobs on their own account under agreements with National Health Service Offices.

Ten months which have passed since the reform was introduced are too short a period to assess the extent of unemployment in the new situation. Managers are cautious about changes in their personnel. However, the nearest months of the new year (2000), evaluation of the second full year of the functioning of the new health service system will provide a complete picture of the implementation of market principles in the field of health institutions management and unemployment in this sector.

BIBLIOTEKA AE