

Ochrona zdrowia a samorządy terytorialne

(Nie) sprawne (samo) rządy

Krzysztof Tuczapski



fol. images.com/Corbis

Samorządy terytorialne, które odgrywają niezwykle istotną rolę organizatora ochrony zdrowia, bywają krytykowane za nieudolność w tej dziedzinie. Problemem jest to, że prawo, na mocy którego działają, pozostawia wiele do życzenia. Tymczasem Unia Europejska dąży do włączenia samorządów terytorialnych w kreowanie polityki zdrowotnej.

Samorząd terytorialny może tworzyć zakłady opieki zdrowotnej poprzez uchwały organu stanowiącego danej jednostki. W takim samym trybie następuje także ich likwidacja czy przekształcenie. Organ założycielski, tworząc zakład opieki zdrowotnej, powinien zapewnić mu odpowiednie warunki do realizacji jego zadań. Na wspar-

cie działań dotyczących ochrony zdrowia samorządy mogą otrzymać wsparcie z kilku programów unijnych.

Jest to wszystko bardzo istotne w gorącym obecnie okresie zmian legislacyjnych dotyczących ochrony zdrowia w naszym kraju, weta prezydenta Kaczyńskiego w sprawie fundamentalnych ustaw zdro-

wotnych i decyzji poszczególnych organów założycielskich szpitali samorządowych co do przyszłości swoich jednostek i zmiany ich statutu właścicielskiego.

Zdania jednostek samorządu terytorialnego wszystkich trzech szczebli w zakresie ochrony zdrowia obejmują:

- tworzenie ogólnej strategii i planowania polityki ochrony zdrowia,
- podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i indywidualnego,
- podejmowanie działań z zakresu promocji zdrowia.

Organizowanie ochrony zdrowia jest jedną z ważniejszych funkcji, jakie pełnią samorządy terytorialne. Z jednej strony, mają one kompetencje władcze w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej, których są założycielami lub właścicielami, z drugiej – zakłady mogą występować do tych organów z określonymi inicjatywami wiążącymi się z dodatkowymi nakładami finansowymi.

Jednostki samorządu terytorialnego mogą również, ponosząc koszty, nałożyć na zakład obowiązek wykonania dodatkowych zadań, jeżeli okaże się to niezbędne dla systemu opieki zdrowotnej lub w celu wykonania zobowiązań międzynarodowych.

Województwo, powiat, gmina wykonuje zadania publiczne w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Szczegółowy zakres kompetencji samorządu określają ustawy odnoszące się m.in. do takich zagadnień, jak przeciwdziałanie alkoholizmowi, narkomanii, zwalczanie zagrożeń epidemiologicznych, zapewnienie dostępu do opieki ambulatoryjnej i leczenia stacjonarnego. Zadania te można podzielić na wynikające z pełnienia funkcji organu założycielskiego lub właścicielskiego samodzielnych publicznych lub niepublicznych samorządowych zakładów opieki zdrowotnej (dotyczące pełnienia funkcji właścicielskich) oraz na pozostałe.

Zadania i kompetencje jednostek samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia zostały sformułowane, niestety, w sposób bardzo ogólny. Brak precyzyjnych i jasnych regulacji wpływa na ograniczoną jakość realizacji zadań przez samorządy. Problemem jest także to, że nie ma precyzyjnego podziału zadań i kompetencji pomiędzy administracją rządową i samorządami terytorialnymi oraz pomiędzy poszczególnymi szczeblami samorządu terytorialnego. Powoduje to, że samorządy nie podejmują działań w sferach, w których ich aktywność byłaby niezbędna, co uniemożliwia koordynację działań poszczególnych samorządów terytorialnych i administracji rządowej.

Przekształcenia

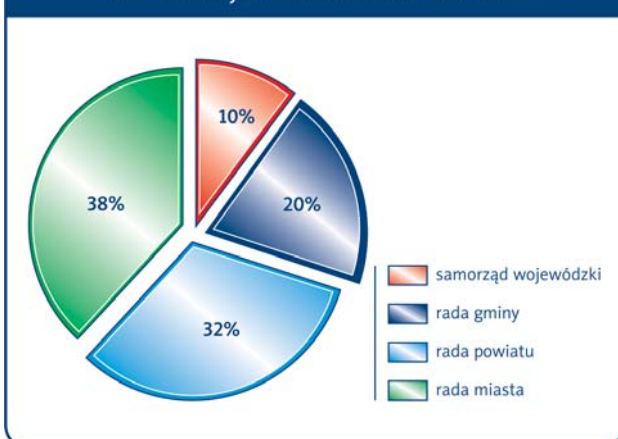
Według danych otrzymanych z Ministerstwa Zdrowia uchwałą jednostek samorządu terytorialnego od 1999 r. do 2007 r. przekształcono 183 jednostki

Szpitale w Polsce – dane na 31.12.2007 r.	
Rodzaj	Liczba
publiczne szpitale samorządowe	498
niepubliczne szpitale samorządowe	61
szpitale kliniczne	75
instytuty badawczo-rozwojowe (MZ)	16
szpitale niepubliczne	115
razem:	765

i komórki organizacyjne publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym 61 szpitali, 31 oddziałów szpitalnych i 95 zakładów leczenia ambulatoryjnego. Największą inicjatywę przekształceń własnościowych wykazywały miasta oraz powiaty. W tym czasie przekształciły one w niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej 119 jednostek i komórek organizacyjnych SPZOZ (w tym 37 szpitali, 22 oddziały szpitalne, 60 zakładów leczenia ambulatoryjnego). Znacznie niższą aktywność odnotowano w jednostkach utworzonych przez gminy i sejmiki województw. Ich udział w procesie zmian własnościowych był niższy, gdyż dotyczył zaledwie 30 proc. zakładów w stosunku do liczby przekształconych SPZOZ-ów pozostałych jednostek samorządu terytorialnego (miast i powiatów). Gminy i sejmiki województw podjęły uchwałę o zmianie formy własności: 8 szpitali, 9 oddziałów szpitalnych i 35 zakładów leczenia ambulatoryjnego.

Jednym ze sposobów komercjalizacji usług medycznych jest tworzenie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej na podstawie istniejących ustaw samorządowych. Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej, tworzenie, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje po-

Udział jednostek samorządu terytorialnego w przekształceniach własnościowych SPZOZ w latach 1999–2007





Struktura własnościowa niepublicznych szpitali samorządowych na przykładzie 33 z 61 szpitali (31.12.2007 r.)

1) liczba niepublicznych szpitali samorządowych	61
2) liczba łóżek szpitalnych	ok. 10 000
3) wartość kontraktu z NFZ	ok. 800 mln zł
4) samorząd powiatowy	ok. 62 proc.
5) samorząd wojewódzki (marszałek)	ok. 28 proc.
6) samorząd gminny	ok. 3,8 proc.
7) sektor prywatny	ok. 3,9 proc.

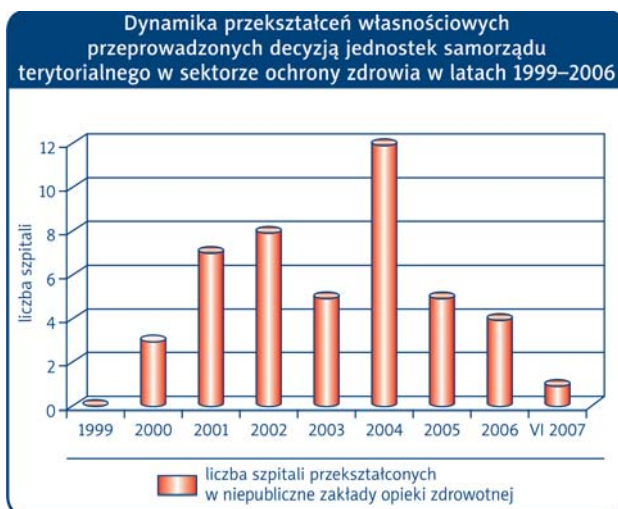
przez rozporządzenia lub uchwały podmiotu, który utworzył zakład, czyli w większości wypadków właściwej jednostki samorządu terytorialnego. W chwili likwidacji SPZOZ jego zobowiązania i należności stają się zobowiązaniami i należnościami podmiotu tworzącego zakład. Decyduje on o dalszym wykorzystaniu majątku, np. o jego przekazaniu (dzierżawie, sprzedaży) innemu podmiotowi w celu utworzenia i prowa-

dzenia **niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej**, którego właścicielem lub właścicielem większościowym jest jednostka samorządu terytorialnego, a więc nadal podmiot publiczny realizujący zadania w zakresie ochrony zdrowia społeczności lokalnej na każdym z trzech szczebli samorządowych.

Unia Europejska a samorządy

Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej wymusza zmiany organizacyjne w ochronie zdrowia, realizowane przez samorządy terytorialne poszczególnych szczebli. Zmiany te dotyczą przede wszystkim władz samorządowych, ale i menedżerów samorządowych publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W celu porównania zadań, jakie zostały prawnie nałożone na polskie samorządy, należy uwzględnić struktury i zadania z zakresu ochrony zdrowia, jakie obowiązują w krajach Unii Europejskiej. Rada Mini-



strów Zdrowia krajów członkowskich sformułowała podstawowe cele polityki zdrowotnej Unii Europejskiej w następujący sposób:

- przedłużanie oczekiwanego okresu życia,
- szeroki i bezpośredni dostęp społeczności lokalnej do specjalistycznych usług zdrowotnych,
- ograniczanie następstw chorób lub kalectwa,
- popieranie zdrowego trybu życia – szeroko pojęta profilaktyka zdrowotna,
- generalnie ujmując – poprawa jakości życia.

W większości krajów rozwiniętych, także w takich o bardzo rynkowych stosunkach w ochronie zdrowia, wprowadzane są mechanizmy kontroli administracyjnej i czasem bezpośredniego zarządzania opieką zdrowotną. Zakres tej ingerencji jest różny i zmienia się w czasie. W latach po II wojnie światowej zakres interwencjonizmu w opiece zdrowotnej był duży i stopniowo się nasilał, czasem przybierając skrajne formy, jak nacjonalizacja instytucji opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii. Dominującym rozwiązaniem jest także finansowanie znacznej części opieki zdrowotnej z funduszy o charakterze publicznym (obowiązkowe składki, podatki), co także rozszerza zakres wpływu administracji opieki zdrowotnej na rynek. Powszechnie stosowane mechanizmy kontroli administracji nad tym rynkiem wyrażają się takimi działaniami, jak ustalanie limitów przyjęć na studia medyczne, licencjonowanie działalności medycznej, określanie planów rozwoju infrastruktury i konieczność uzyskiwania zgody na tworzenie placówek opieki zdrowotnej na danym terenie.

Organizacja samorządu terytorialnego w państwach europejskich jest różna, nie ma wspólnego, najlepiej sprawdzającego się modelu. Szczególnie interesujące są modele organizacji samorządu terytorialnego oraz jego zadania z zakresu ochrony zdrowia w takich krajach, jak Wielka Brytania, Szwecja (system opieki zdrowotnej oparty na narodowej służbie zdrowia) oraz Francja i Holandia (system zdrowotny oparty na ubezpieczeniach zdrowotnych).

„ Publiczna ochrona zdrowia w Wielkiej Brytanii ma podobne problemy organizacyjne jak polska ”

Który z tych systemów jest sprawniejszy, bardziej nowoczesny, a przede wszystkim bardziej opłacalny ekonomicznie? Odpowiedź na takie pytanie wymaga pogłębionych analiz, ale należy zwrócić uwagę na fakt, że publiczna ochrona zdrowia w Wielkiej Brytanii ma podobne problemy organizacyjne jak polska, przy czym nie można porównywać obecnych nakładów finansowych w tych krajach. Widać jednak wyraźnie, że publiczne pieniądze mogą być źle wykorzystywane w krajach znacznie od nas bogatszych.

Należy podjąć szybko realizację zadań z zakresu przystosowania polityki zdrowotnej Polski do standardów UE oraz harmonizację prawa dotyczącego ochrony zdrowia do wymogów wspólnoty. Aktywność samorządowa skierowana na poprawę zdrowotności własnego środowiska, *na miejscu*, należy do najbardziej oczekiwanych i społecznie cenionych inicjatyw władzy terytorialnej. Trafność strategicznych decyzji w zakresie zdrowia publicznego, odpowiadających dobrze rozpoznany potrzebom zdrowotnym na terenie działania organów samorządowych, jak dowiodły doświadczenia unijne,

„ Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej wymusza zmiany organizacyjne w ochronie zdrowia ”

w istotny sposób wspiera działania służb medycznych we wspólnym wysiłku na rzecz poprawy stanu zdrowia lokalnej społeczności.

Złożoność współczesnych problemów zdrowia publicznego musi opierać się przede wszystkim na wykorzystaniu potencjału intelektualnego i materialnego środowisk samorządowych. Tylko wtedy będzie można konstruować adekwatne do potrzeb programy zdrowotne. Nie można się bać lub odkładać w czasie nowoczesnych metod zarządczych i organizacyjnych ochrony zdrowia w naszym kraju, w tym zmiany form własnościowych szpitali, takich, które są niezbędne do osiągnięcia nowoczesnego poziomu organizacyjnego ochrony zdrowia **na miarę XXI wieku!** ■

Autor jest wiceprezesem Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych