

5. Wszystkie badania dotyczyły przede wszystkim pracy tymczasowej, gdzie jedną z form zatrudnienia jest praca sezonowa. Tego typu badania dotyczące zatrudnienia sezonowego, prowadzone w sposób systematyczny, mogą dostarczyć wielu bardzo istotnych informacji o ciągle zmieniających się zapotrzebowaniach na rynku pracy.

- ¹ Ustawa z dnia 9 lipca 2003 r. (DzU z 2003 r., nr 166, poz. 1608). Niniejsza ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 2004 r.
- ² 17 stycznia 2009 r. (DzU nr 6, poz. 33) opublikowana została Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw. Większość nowych przepisów tego aktu weszła w życie z dniem 1 lutego 2009 r. Wcześniej obowiązywała Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (DzU nr 99, poz. 1001).
- ³ Wszystkie raporty zostały zrealizowane przez Instytut Badań Rynku, Konsumpcji i Koniunktur w Warszawie w 2007 r. i w 2008 r. Pierwszy na zlecenie Departamentu Turystyki i Ministerstwa Gospodarki, drugi – na zlecenie Departamentu Turystyki Ministerstwa Sportu i Turystyki, a trzeci – na zlecenie Ministerstwa Sportu i Turystyki.
- ⁴ Aktualnie GUS nie zbiera pełnych danych o pracownikach sezonowych i pośrednie wnioski o ich liczbie można wyciągnąć tylko na podstawie zmian liczby pracujących w poszczególnych kwartałach i miesiącach.
- ⁵ W ustawie z dnia 2 lipca 2004 o swobodzie działalności gospodarczej (DzU nr 173, poz. 1807) ustalono, iż łączny czas kontroli w przedsiębiorstwie powinien wynieść do 4 tygodni.
- ⁶ Tego typu umowa z punktu widzenia pracodawcy jest bardziej korzystna i wiąże się z prostszymi sposobami jej rozwiązania, a ponadto wiąże się z niższym opodatkowaniem.
- ⁷ DzU 2004, nr 99 poz. 1001.
- ⁸ Ustawa o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw (DzU nr 6, poz. 33).
- ⁹ Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Ostatnia nowelizacja miała miejsce 17 stycznia 2009 r.

SUMMARY

This paper examines problems connected with temporary and seasonal employment in Poland. Main goal of the paper is to review former and current research's and publications concerning employment. Author analyses investigating problems at employment and schemes implementation of them by market workforce institutions.

INSTYTUCJONALNE ZMIANY W SŁUŻBIE ZDROWIA – GDAŃSKI PRZYKŁAD

Leszek Buliński

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Gdańsk Południe

WPROWADZENIE

Wśród wielu sektorów życia społeczno-gospodarczego państwa także sektor służby zdrowia doświadczył i doświadcza w ostatnich latach wielu zmian, które wymusza sytuacja polityczna kraju, w tym od 2004 r. obecność Polski w Unii Europejskiej. W efekcie wprowadzonych zmian systemowych procesy rozwoju społeczno-gospodarczego oparte zostały na zasadzie wolności dla mechanizmów rynkowych w przeciwieństwie do regulacyjnych działań

LITERATURA

- Dobrowolska M. red. (2006), *Być albo nie być czasownikiem. Analiza funkcjonowania pracownika w warunkach zatrudnienia tymczasowego*, Katowice: „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe.
- Kukulak-Dolata I., (2008), *Współpraca między urzędami pracy a agencjami zatrudnienia w obsłudze rynku pracy*, „Polityka Społeczna” nr 1.
- Kukulak-Dolata I., Pichla J. (2008), *Rola publicznych służb zatrudnienia i agencji zatrudnienia na rynku pracy. Raport z badań*. Warszawa: IPISS.
- MPiPS (2004–2007), *Raporty roczne agencji zatrudnienia w latach 2004–2007*, Warszawa.
- MPiPS (2008), *Raport z działalności agencji zatrudnienia w 2007 r.*, Warszawa.
- Pichla J. (2008), *Komplementarna rola agencji zatrudnienia i publicznych służb zatrudnienia na rynku pracy*, „Polityka Społeczna” nr 2
- PKPP Lewiatan (2008), *Migracja pracowników – szansa czy zagrożenie? – Badanie – edycja 2008 r. – Raport KPMG*.
- Smuga T. (2005), *Metodologia badań szarej strefy na rynku usług turystycznych*, publikacja na zlecenie Ministerstwa Gospodarki, Warszawa: Instytut Koniunktur i Cen Handlu Zagranicznego.
- Smuga T. (2006), *Badanie strat budżetu państwa wynikających z istnienia szarej strefy w turystyce*, publikacja na zlecenie Ministerstwa Gospodarki, Warszawa: Instytut Koniunktur i Cen Handlu Zagranicznego.
- Smuga T. (2007a), *Charakterystyka i ocena stanu faktycznego zatrudnienia pracowników sezonowych w turystyce*, publikacja na zlecenie Departamentu Turystyki Ministerstwa Gospodarki, Warszawa: Instytut Badań Rynku, Konsumpcji i Koniunktur.
- Smuga T. (2007b), *Instytucje otoczenia sektora turystyki i ich skuteczność w walce z szarą strefą na rynku usług turystycznych*, publikacja na zlecenie Departamentu Turystyki Ministerstwa Sportu i Turystyki, Warszawa: Instytut Badań Rynku, Konsumpcji i Koniunktur.
- Smuga T. (2008), *Sezonowe zatrudnienie w przedsiębiorstwach sektora usług turystycznych*, publikacja na zlecenie Ministerstwa Sportu i Turystyki, Warszawa: Instytut Badań Rynku, Konsumpcji i Koniunktur w Warszawie.

funkcji państwa. Stanowiło to tym samym pełną akceptację polityki liberalnej, dominującej w większości krajów rozwiniętych.

Do trosk rządów należą sprawy z zakresu polityki społecznej, do której zalicza się również ochrona zdrowia (Leowski 2004, s. 169–170). Obszar ten budzi współcześnie znaczące zainteresowanie ze względu na swoje miejsce i rolę w życiu każdego obywatela, społeczeństwa i państwa. Zdjęcie „parasola ochronnego” w formie świadczeń usług zdrowotnych wytworzyło w społeczeństwie, głównie w jej starszej części,

frustracje, niezadowolenie i obawy o własną kondycję zdrowotną. Postawy roszczeniowe stały się postawami dominującymi w sposobie odbioru przemian.

Rok 1999 przyjęto jako umowną, symboliczną datę wprowadzenia zmian, powszechnie nazwanych reformą opieki zdrowotnej na mocy Ustawy z dnia 1 stycznia 1999 r. Umowność wynika stąd, iż jest to tylko epizod, który nastąpił po licznych przygotowaniach i zmianach złożonego procesu, jakim jest reformowanie sektora zdrowotnego (Włodarczyk 2003).

Przykładem procesów dokonujących się w tym obszarze może być miasto Gdańsk, ze swoimi strukturami instytucjonalnymi zajmującymi się ochroną zdrowia. Koniec lat 90. i lata następne to okres najistotniejszych zmian w zakresie organizacji i funkcjonowania instytucji zajmujących się zabezpieczeniem zdrowotnym mieszkańców Gdańska.

Obszarem proponowanym do refleksji nad tymi zmianami jest przykład gdańskiego rozwiązania w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z jednoczesną uwagą, że obszar leczenia szpitalnego wyłączony został z dalszej analizy.

Należy wyraźnie zaznaczyć, że ocena tego przykładu, jako jednego z możliwych wariantów rozwiązania narastających problemów w służbie zdrowia, wymaga perspektywy czasowej, choć jednocześnie obraz opisanych dokonań w zakresie organizacji usług medycznych wart jest społecznej uwagi.

GDAŃSKIE REALIA LECZNICTWA OTWARTEGO OKRESU TRANSFORMACJI

Pojawienie się zmian w zakresie ochrony zdrowia w Gdańsku należy ściśle wiązać z wcześniej wspomnianymi uwarunkowaniami legislacyjnymi i społeczno-politycznymi. Odpowiedzialność za ochronę zdrowia mieszkańców przejął od władz wojewódzkich szczebel samorządowy. Do realizacji zadań w ochronie zdrowia wykorzystano przejęte od administracji rządowej mienie i środki finansowe. W 1995 r. zgodnie z Ustawą o zmianie zakresu działania niektórych miast¹, 46 dużych miast (w tym Gdańsk) uzyskało uprawnienia do przejścia nieodpłatnie znajdujących się na ich terenie budżetowych zakładów opieki zdrowotnej. Dało to samorządowi miasta Gdańska możliwość przekształcania placówek należących do wojewody w samodzielne zakłady opieki zdrowotnej.

Pod koniec 1999 r. usługi zdrowotne dla mieszkańców Gdańska świadczyły cztery jednostki organizacyjne, powołane przez Radę Miasta Gdańska:

- a) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej nr 1,
- b) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej nr 2,
- c) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej nr 3,
- d) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gdańskie Centrum Zdrowia.

Tabela 1. Stan organizacyjny samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Gdańsku pod koniec 1999 r.

| Wyszczególnienie | SP ZOZ nr 1 | SP ZOZ nr 2 | SP ZOZ nr 3 | SP ZOZ Gdańskie Centrum Zdrowia | Razem |
|--|-------------|-------------|-------------|---------------------------------|----------------|
| Liczba ludności zamieszkała na terenie działania SP ZOZ-u (do czerwca 1999 r. traktowana jako lista pacjentów) | 86 480 | 164 681 | 200 873 | pracownicy zakładów pracy | 452 034 |
| Liczba przychodni ogółem, w tym: | 6 | 11 | 16 | 12 | 45 |
| – rejonowe i rejonowo-specjalistyczne | 5 | 9 | 13 | – | 27 |
| – specjalistyczne | 1 | 2 | 3 | 1 | 7 |
| – przemysłowe i medycyny pracy | – | – | – | 11 | 11 |

Źródło: (Przekształcenia... 2008).

Przekształcenie jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nr 1, 2, 3 oraz Gdańskie Centrum Zdrowia, choć w założeniu miało służyć dokonaniu znacznych zmian, w praktyce tylko w niewielkim stopniu poprawiło sytuację w zakresie funkcjonowania służby

zdrowia. Konfrontacja z nowymi standardami, jakie wyznaczył nowy publiczny płatnik – Kasy Chorych, pokazała ich słabość i niemoc organizacyjną. Zakłady te zaczęły generować milionowe straty i w konsekwencji popadły w długi, obciążające budżet miasta.

Tabela 2. Wynik finansowy działalności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej od 1999 r. do zakończenia likwidacji (w zł)

| SP ZOZ | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---------------------|--------------------|---|---|---|
| SP ZOZ nr 1 | - 2 000 907 | - 2 258 613 (24.11.2000 r. zamknięcie likwidacji) | - | - |
| SP ZOZ nr 2 | - 903 278 | - 1 065 732 | -1 029 335 | - 4 606 329 (30.09.2002 r. zamknięcie likwidacji) |
| SP ZOZ nr 3 | - 129 895 | -3 149 425 | - 4 492 529 (26.11.2001 r. zamknięcie likwidacji) | - |
| SP ZOZ GCZ | + 36 046 | + 60 000 (30.06.2000 r. zamknięcie likwidacji) | - | - |
| Razem strata | - 3 034 080 | - 6 473 770 | - 5 521 864 | - 4 606 329 |
| Razem zysk | + 36 046 | + 60 000 | - | - |

Źródło: jak w tab. 1.

Tendencja spadkowa zadłużania zakładów wynika z faktu stopniowej ich likwidacji przez władze miasta Gdańska i przekazywania zadań ochrony zdrowia do realizacji przez niepubliczny sektor.

Wobec istniejącej sytuacji władze miasta Gdańska rozpoczęły poszukiwania rozwiązania, które z jednej strony zapewniłoby zabezpieczenie zdrowotne mieszkańców, a z drugiej nie doprowadziłoby do upa-

dłości placówek. Wzorując się częściowo na doświadczeniu, jakie posiadały władze Poznania (Grzybowski 1999), rozpoczęły ewolucyjny proces prywatyzacji publicznej służby zdrowia.

Założenia modelowe przyjęte przez władze Poznania charakteryzowały następujące cele przekształceń:

- poprawa dostępności i jakości usług medycznych,
- spełnienie oczekiwań pracowników chcących zmian w obrębie służby zdrowia,
- zmiana relacji z pacjent-instytucja na pacjent-lekarz,
- racjonalizacja gospodarowania majątkiem,
- umożliwienie wykonywania wolnego zawodu lekarza i pielęgniarki.

Kontynuowano przy tym podstawowe zasady przekształceń, jakim było utrzymanie dostępności, zakresu, jakości i ciągłości usług medycznych.

Odpowiedzią na wyżej postawione postulaty stała się koncepcja prywatyzacji i komercjalizacji na poziomie lecznictwa otwartego. Przyjęto następujące założenia, które generalnie miały charakter preferencyjny. Władze Poznania miały pełną świadomość braku stabilizacji w ochronie zdrowia, braku przygotowania prawno-ekonomicznego i niedostatku kapitału przez podmioty tworzące zakłady opieki zdrowotnej.

Do preferencji tych zaliczyć można:

- udostępnienie lokali (obiektów) pracownikom otwartego lecznictwa miejskich placówek,
- niskie stawki czynszu (narzut 5% amortyzacji),
- umożliwienie bezpiecznego inwestowania w użytkowany lokal (odliczanie bądź zwrot kosztów),
- możliwość podnajmowania części powierzchni za zgodą właściciela,
- możliwość dzierżawienia sprzętu diagnostycznego.

Chcąc uniknąć dalszego zadłużenia publicznych zakładów, władze samorządowe Gdańska – opierając się częściowo na wzorze i modelu poznańskim – uchwałami z dnia 30.11.2000 r.², 28.12.2000 r.³ i 31.12.2001 r.⁴ stworzyły formalnie możliwość prywatyzacji poszczególnych placówek wchodzących w skład SP ZOZ-ów. Gdański model zakładał prywatyzację pracowniczą, gdzie załoga miała prawo zawiązać spółki powołujące niepubliczne zakłady opieki zdrowotne bądź tworząc indywidualne specjalistyczne praktyki. Władze miasta podpisywały preferencyjne umowy na najem lokali (przychodni bądź gabinetów) i dzierżawę sprzętu. W zamian nowo powstałe Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej zobowiązywały się do realizacji świadczeń zdrowotnych finansowanych przez publicznego płatnika, stanowiących zabezpieczenie zdrowotne mieszkańców Gdańska.

Powstanie formalnych możliwości reform nie wszędzie spotkało się z jednakowym zrozumieniem. Personel cechowała nieufność i brak kompetencji, stąd też prywatyzacja w Gdańsku miała charakter niejednorodny i rozłożony w czasie.

Z końcem 1999 r. przeprowadzono likwidację SP ZOZ Gdańskie Centrum Zdrowia, w listopadzie 2000 r. zakończono proces likwidacji SP ZOZ, a w 2001 r. wyodrębniono kolejne niepubliczne placówki i zlikwidowano SP ZOZ nr 3. Koniec 2002 r. przyniósł likwidację SP ZOZ nr 2.

W latach 1999–2002 na bazie czterech publicznych zakładów opieki zdrowotnej w wyniku przekształceń powstało 111 podmiotów świadczących usługi medyczne dla mieszkańców Gdańska, mianowicie:

- 32 niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej,
- 66 praktyk lekarskich,
- 13 innych podmiotów (pracownie protetyczne, szkoła rodzenia).

Inicjatywa gospodarcza wyzwolona nowymi możliwościami przyczyniła się do następujących zmian:

- rozszerzono zakres świadczeń zdrowotnych zatrudniając specjalistów,
- zwiększono zakres badań diagnostycznych poprzez zakup sprzętu,
- zaczęto rozwijać model praktyki lekarza rodzinnego,
- dokonano licznych remontów mających na celu podniesienie standardu i dostosowania placówek do wymogów unijnych.

Korzyści miasta Gdańska wynikające z prywatyzacji placówek służby zdrowia to:

- likwidacja SP ZOZ-ów jako źródła generującego straty,
- otrzymywanie pożytków z tytułu najmu,
- pozbycie się części kosztów z tytułu utrzymania budynków,
- przeniesienie znacznej części zadań z zakresu zabezpieczenia zdrowotnego na NZOZ-y.

Przyjęte 20.12.2001 r. przez władze samorządowe *Studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego miasta Gdańska* określa obszar terenu Gdańsk Południe jako wielką rozwojową dzielnicą mieszkaniową dla miasta Gdańska. Prognozy opracowania przewidują dla realizacji tego zadania wybudowanie ponad 3,5 mln m² powierzchni lokali mieszkalnych, docelowo przeznaczonych dla około 120 tys. mieszkańców.

Lata 2003–2006 pokazały w pełnym wymiarze realizację założeń rozwoju budownictwa mieszkalnego na terenie dzielnicy Gdańsk Południe. Tak dynamicznemu rozwojowi nie towarzyszyła jednak równoległe budowa infrastruktury mającej służyć lokalnej społeczności. Nie przewidziano bowiem na wyżej wymienionych terenach tworzenia przez samorząd placówek ochrony zdrowia dla mieszkańców nowo budowanych osiedli tego rejonu. Zgodnie bowiem z koncepcją władz miasta Gdańska dotyczącej prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej przedsiębiorcy działający w tej branży sami decydują o lokalizacji i sposobie działania swoich inwestycji, jakimi są niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

W rezultacie podjęto zostało przedsięwzięcie, które można określić jako realizację klasycznej formuły partnerstwa publiczno-prywatnego. Z jednej strony gmina i miasto Gdańsk udostępnia lokale z zasobów Gdańskiego Towarzystwa Budownictwa Społecznego – spółki, w której posiada 100% akcji, z drugiej podmiot niepubliczny, jakim jest Spółka Medyczna Gdańsk Południe sp. z o.o., z własnych środków finansuje adaptację pomieszczeń, wyposażenie w sprzęt medyczny oraz zapewnia efektywne i kompetentne zarządzanie. Finansowanie całego przedsięwzięcia odbywa się na podstawie kontraktu z publicznym płatnikiem, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, który pozyskuje środki z obligatoryjnie pobieranych składek od obywateli. W ramach posiadanego kontraktu realizowane są świadczenia zdrowotne z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia ponadstandardowe, których nie finansuje publiczny płatnik, opłacane są bezpośrednio przez pacjentów i stanowią około 10% przychodu.

Opisane wyżej przedsięwzięcie realizowane było w następujących etapach:

a) I etap – lata 2001/2002:

– budowa i przekazanie do użytkowania lokalu na poradnię internistyczną, w której znajdują się poradnie: pulmonologiczna, neurologiczna i kardiologiczna (150 m²) i poradnię pediatriczną z częścią przeznaczoną na poradnię alergologiczną i neurologii dziecięcej (100 m²);

– budowa i przekazanie do użytkowania lokalu na poradnię stomatologiczną i ginekologiczną (100 m²);

b) II etap – lata 2003/2004:

– budowa i przekazanie do użytkowania lokalu na poradnię specjalistyczną, z poradniami dermatologiczną i laryngologiczną (około 100 m²);

c) III etap – 2005 r.:

– budowa i przekazanie do użytkowania lokalu na poradnię chirurgiczną, ortopedyczną, urologiczną i reumatologiczną oraz pracownię diagnostyki obrazowej RTG i USG (około 270 m²);

d) IV etap – 2006 r.:

– budowa i przekazanie do użytkowania lokalu na poradnię rehabilitacyjną (około 250 m²);

e) V etap – 2007 r.:

– budowa i przekazanie do użytkowania części biurowo-administracyjnej NZOZ oraz poradni okulistycznej.

Tabela 3. Liczba pacjentów, lekarzy, świadczeń oraz badań wykonanych w latach 2003–2006 przez NZOZ Gdańsk Południe

| Wyszczególnienie | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--|--------|--------|--------|--------|
| Pacjenci ambulatoryjnej opieki zdrowotnej | 2 040 | 9 634 | 19 220 | 26 600 |
| Udzielone świadczenia/porady ambulatoryjne | 6 311 | 22 680 | 35 804 | 51 200 |
| Lekarze specjaliści ambulatoryjnej opieki zdrowotnej | 13 | 21 | 28 | 35 |
| Pacjenci opieki stomatologicznej | 941 | 1 642 | 1 761 | 2 465 |
| Udzielone świadczenia/porady stomatologiczne | 2 130 | 4 043 | 5 286 | 7 400 |
| Stomatolodzy | 2 | 3 | 3 | 4 |
| Pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej | 3 827 | 4 492 | 5 200 | 6 304 |
| Udzielone świadczenia/porady podstawowej opieki zdrowotnej | 12 636 | 17 592 | 20 831 | 26 312 |
| Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej | 5 | 6 | 9 | 9 |
| Badania laboratoryjne | 4 779 | 6 585 | 10 109 | 13 800 |

Źródło: (Buliński 2006).

Połączenie w budynkach osiedlowych funkcji mieszkalnych i opiekuńczo-zdrowotnych oraz urbanistycznych posiada wiele pozytywów. Na uwagę zasługuje:

– zagospodarowanie istniejących, a niewykorzystanych pomieszczeń budynków;

– obiektywne obniżenie kosztów stworzenia placówki realizującej zadania z zakresu publicznej opieki zdrowotnej;

– polepszenie komfortu psychicznego pacjentów zmuszonych do korzystania z poradni o silnej traumatycznej specyfice (np. ginekologia, stomatologia, psychiatria) poprzez możliwość korzystania z wyżej wymienionych poradni w wyodrębnionych lokalach;

– polepszenie efektywności funkcjonowania poszczególnych poradni poprzez np. indywidualny dobór zużycia mediów, personelu technicznego;

– polepszenie standardu obsługi pacjentów w związku z mniejszym obciążeniem personelu podczas realizacji zadań w ramach jednej lokalizacji (mniejsza liczba pacjentów przypadająca na poszczególne lokalizacje);

– polepszenie standardu pracy personelu w związku z możliwością funkcjonowania w przestrzeni o mniejszym obciążeniu wynikającym z niewielkiej liczby poradni przypadających do obsługi w jednej lokalizacji.

Wśród niedogodności takiego rozwiązania można wymienić:

– wieloaspektowe problemy w komunikacji wynikające z rozproszenia lokali;

– zwiększenie liczby personelu wynikające z obsługi 5 różnych lokali;

– w niektórych przypadkach konieczność dublowania sprzętu w związku z zapotrzebowaniem takiego samego sprzętu w różnych lokalizacjach.

Należy zwrócić także uwagę na aspekt urbanistyczny, jakim jest ożywienie tego rejonu polegające na:

– konieczności szybszego rozwoju infrastruktury komunikacyjnej umożliwiającej dojazd i dojsce około 500–600 pacjentów dziennie;

– powstaniu wokół przychodni punktów usługowych, takich jak: apteka, optyk, sklep zaopatrzenia medycznego;

– przychodnia wraz z wcześniej powstałym i leżącym w pobliższej odległości ośrodkiem duszpasterskim (składającym się z kościoła, domu katechetycznego, przedszkola) oraz nowo budowanym ośrodkiem edukacyjnym (szkoła, basen, biblioteka) w sposób naturalny tworzą razem centralne miejsce umożliwiające realizację potrzeb lokalnej społeczności w bliskim otoczeniu domowym.

Przedstawione na przykładzie rozwiązania gdańskiego zmiany – choć w realizacji nie pozbawione wad i niedociągnięć – pokazują tendencję pozytywną i rozwojową w zakresie reformowania służby zdrowia. Okres transformacji ustroju zainicjował zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. Wprowadził podstawową zmianę jakościową, istotną dla funkcjonowania służby zdrowia (Magnuszewska-Otulak 2007), a mianowicie odejście od scentralizowanego zarządzania i administrowania opieką zdrowotną na rzecz gospodarki rynkowej. Tego rodzaju działania mogą sprzyjać procesom bardziej efektywnego i racjonalnego zarządzania.

Można zatem stwierdzić, że troska o jakość, sprawną organizację, nowoczesne i efektywne zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej staje się głównym warunkiem utrzymania się tych zakładów na rynku dostarcycieli świadczeń zdrowotnych, w konsekwencji przyczyniając się do wzrostu satysfakcji zarówno odbiorców świadczeń zdrowotnych (pacjentów), jak i świadczeniodawców.

¹ Ustawa z dnia 24.11.1995 r. o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz o miejskich strefach usług publicznych (DzU 1995, nr 141, poz. 692).

² Uchwała nr XXIX/852/2000 Rady Miasta Gdańska z dnia 28 listopada 2000 r. w sprawie likwidacji SP ZOZ nr 1.

³ Uchwała nr XXX/910/2000 Rady Miasta Gdańska z dnia 28 grudnia 2000 r. w sprawie likwidacji SP ZOZ nr 3.

⁴ Uchwała nr XLIII/1305/2001 Rady Miasta Gdańska z dnia 31 grudnia 2001 r. w sprawie likwidacji SP ZOZ nr 2.

LITERATURA

- Buliński L. (2006), *Realia polityki opieki zdrowotnej w sektorze prywatnym (na przykładzie N.Z.O.Z. Spółka Medyczna Gdańsk-Południe)*, niepublikowana rozprawa doktorska, Gdańsk: Uniwersytet Gdański.
- Grzybowski A. (1999), *Prywatyzacja SPZOZ-ów w zakresie lecznictwa otwartego w Poznaniu*, w: M.D. Głowacka (red.), *Zarządzanie w ochronie zdrowia*, Poznań: Wydział Nauk o Zdrowiu AMP, Urząd Miasta Poznania.
- Leowski J. (2004), *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu.
- Magnuszewska-Otulak G. (2007), *Ochrona zdrowia w polityce społecznej*, w: G. Firlit-Fesnak M., Szyłko-Skoczny M. (red.) *Polityka społeczna*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Przekształcenia w podstawowej opiece zdrowotnej w Gdańsku w latach 2000–2002* (2008), Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta Gdańska, Referat Zdrowia, [dostęp 15.04.2008], dostępny w Internecie: <www.gis.gdansk.pl>.
- Włodarczyk C. (2003): *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

SUMMARY

For the past few years, the health care service sector has undergone a number of changes which were brought about by the political situation of the country, including Poland's membership in the EU since 2004. As a result of the introduced system transformations, the processes of the social and economic development are now based on the market mechanism independence principle, in contrast to the regulation actions of the state. With its institutional structures involved in health protection, Gdańsk is an example illustrating the ensuing changes. The close of the 1990s and the following years are considered as a period of crucial changes made in the organization and functioning of the institutions taking care of the health protection of people living in Gdańsk. An area of health service institutional changes which deserves reflection is Gdańsk's solution to the level of public medical service, including basic health care and specialist care in outpatient clinics (opening of the Gdańsk Południe Non-Public Health Care Facility). The presented changes based on the Gdańsk example, though not devoid of flaws and shortcomings in their execution, show a positive and developmental tendency within health care service reform.



PROBLEMY MIGRACJI ZAROBKOWYCH DO NORWEGII

Włodzimierz Anioł
Instytut Polityki Społecznej UW

WPROWADZENIE

Swoistość narastającego w ostatnich latach strumienia imigracyjnego do Norwegii polega przede wszystkim na tym, iż jego dominującą część stanowią przepływy siły roboczej z krajów Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), zwłaszcza z nowych państw członkowskich UE. Inaczej niż w Polsce, gdzie przeważają migranci zarobkowi z krajów trzecich, i to najczęściej sezonowi, a więc tacy, których udział w norweskim bilansie migracyjnym istotnie w ostatnim czasie zmalał.

Niemniej jednak wiele doświadczeń i rozwiązań zastosowanych w Norwegii może mieć inspirujący walor w kontekście kształtowania polskich instytucji i regulacji imigracyjnych, i jako takie są godne uwagi.

Norwegia jest krajem, który ma bogate historyczne doświadczenia w dziedzinie ruchów migracyjnych. Dotyczą one zwłaszcza wielkiej emigracji do Ameryki Północnej, która na przełomie XIX i XX wieku objęła około 750 tys. Norwegów. W tym samym mniej więcej czasie w Norwegii osiedliło się około 150 tys. cudzoziemców, głównie Szwedów.

Od 1954 r. kraj ten uczestniczy w ustanowionym wówczas wspólnym rynku pracy, obejmującym kraje nordyckie. Z kolei pod koniec lat 60. do Norwegii zaczęły przybywać liczniejsze grupy migrantów zarobkowych z Pakistanu, Turcji, Indii i krajów Maghrebu.

Stosunkowo liczne – jak na potencjał ludnościowy kraju, wynoszący obecnie zaledwie 4,74 mln mieszkańców – były też w ostatnich kilku dekadach przyjazdy uchodźców z Afryki i Azji.

Przełomem w zakresie wzrostu imigracji zarobkowej okazało się w końcu rozszerzenie w 2004 r. o nowe kraje z Europy Środkowej i Wschodniej Europejskiego Obszaru Gospodarczego, na którym obowiązują zliberalizowane zasady przepływu siły roboczej i do którego Norwegia przystąpiła jeszcze w 1994 r.

Należy dodać, iż wprowadzone na początku obecnej dekady pewne uproszczenia w przepisach regulujących napływ imigrantów ekonomicznych spoza EOG zwiększyły także liczbę przyjazdów z krajów trzecich.

DYNAMIKA I STRUKTURA IMIGRACJI

Od końca lat 60. XX wieku Norwegia posiada dodatni bilans migracyjny: rokrocznie (za wyjątkiem jednego 1989 r.) więcej przyjeżdża do niej imigrantów niż wyjeżdża z niej emigrantów¹. W 2007 r. odnotowano rekordową wysokość imigracji netto (40 200 osób, bez uwzględnienia obywateli norweskich), podczas gdy w latach 2001–2005 wskaźnik ten kształtował się na poziomie 13 600 osób średniorocznie, zaś w latach 1986–1990 na jeszcze niższym poziomie 6300 osób².