

Elżbieta PAWŁOWSKA
Politechnika Śląska
Wydział Organizacji i Zarządzania
Instytut Zarządzania i Administracji

ZARYS PROBLEMÓW EKONOMICZNYCH, MEDYCZNYCH ORAZ ZARZĄDCZYCH WSPÓŁCZESNYCH PODMIOTÓW LECZNICZYCH

Streszczenie. Celem artykułu była analiza wybranych problemów ekonomicznych, medycznych oraz zarządczych związanych z funkcjonowaniem publicznych podmiotów leczniczych oraz na tej podstawie zaproponowanie rekomendacji. Przyjęto, iż sektor służby zdrowia jest niedoinwestowany i wymaga wielu zmian w celu efektywnego funkcjonowania. Zmiany te dotyczą przede wszystkim zwiększenia nakładów na profilaktykę oraz edukację zdrowotną, lepszego dostępu do opieki zdrowotnej, a także orientacji na osoby starsze, których liczba stale wzrasta. Aktywność w tym zakresie stanowi szansę racjonalnego i długofalowego funkcjonowania sektora służby zdrowia, wzrostu średniej długości życia oraz zadowolenia społeczeństwa.

Słowa kluczowe: podmioty lecznicze, sektor służby zdrowia

ECONOMIC, MEDICAL AND MANAGEMENT PROBLEMS RELATED WITH FUNCTIONING OF PUBLIC HEALTH CARE INSTITUTION

Abstract. The aim of this article is to point out some problems of economic, medical and management related with functioning of public medical institutions and to propose some recommendations on this basis. It was assumed, that the healthcare sector is underinvested and requires many changes to function effectively. These changes relate primarily to invest more in prevention and health education, improved access to health care, as well as orientation for the elderly, whose numbers are constantly increasing. Activity in this area provides an opportunity to rational and long-term functioning of the health sector, rising average life expectancy and satisfaction of society.

Keywords: medical institutions, the healthcare sector

1. Wprowadzenie

Zdrowie obywateli jest podstawowym priorytetem każdego państwa, które dąży do zapewnienia wysokiej jakości usług w obszarze ochrony zdrowia. Zapewnienie lepszego dostępu do opieki zdrowotnej oraz zapobieganie przedwczesnym zachorowaniom na choroby cywilizacyjne, między innymi: cukrzycę, nowotwory, otyłość ect., stanowi istotne zadanie dla kolejnych ekip rządzących. Obecnie na rynku usług zdrowotnych można zaobserwować zmniejszającą się liczbę narodzin oraz wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym. Tendencja ta występuje zarówno w Polsce, jak i poza jej granicami i niesie za sobą wiele negatywnych konsekwencji. Z jednej strony prowadzi do zmniejszenia wpływów do budżetu ze składek na ubezpieczenia zdrowotne, z drugiej następuje wzrost wydatków na osoby starsze, które wymagają kosztownej i specjalistycznej opieki.

Niewystarczające zasilenie finansowe systemu ochrony zdrowia, jak również deficyt lekarzy przypadających na pacjenta, zbyt duża liczba procedur realizowanych jako szpitalne, które generują wysokie koszty utrzymania szpitali, stanowi przyczynę nieudolnego funkcjonowania publicznego sektora ochrony zdrowia. Istotna jest zatem rola państwa w określeniu długofalowej i spójnej polityki rozwoju służby zdrowia opartej na warunkach życia, potrzebach czy problemach zdrowotnych społeczeństwa, a także uwzględniająca doświadczenie innych krajów w zakresie profilaktyki czy promocji zdrowia.

2. Diagnoza współczesnej służby zdrowia

Obecnie podmioty lecznicze funkcjonują w burzliwym otoczeniu, pełnym zmian i niepewności. Z jednej strony oczekuje się od nich efektywnego funkcjonowania (np. przez wprowadzenie ustawy o komercjalizacji), z drugiej ograniczone zasoby finansowe, wzrost kosztów świadczeń medycznych, deficyt personelu medycznego, niedostosowanie lecznictwa szpitalnego do zjawiska związanego ze starzeniem się społeczeństwa powodują niewydolność systemu.

Jednym z istotnych problemów, z jakim borykają się współczesne podmioty lecznicze, jest niedoinwestowanie sektora ochrony zdrowia. W Polsce na ochronę zdrowia przeznaczają się nieco ponad 6,5% PKB, z kolei spośród 34 krajów monitorowanych przez OECD, tylko Estonia i Meksyk mają mniejszy udział tych wydatków niż Polska – niecałe (6% PKB). W Portugalii jest to prawie (10%), w Niemczech (11,3%), w USA wydatki te wynoszą (17,9%), z kolei w Japonii (10,1%)¹. Wielkość środków przeznaczanych na ochronę zdrowia w Polsce jest związana z ograniczonymi możliwościami finansowymi budżetu państwa.

¹ www.bankier.pl/wiadomosc/Ile-wydajemy-na-ochrone-zdrowia-i-czy-to-duzo-7230185.html, 2.11.2015.

W celu ich zwiększenia niezbędne byłoby podwyższenie składki zdrowotnej, która w porównaniu z innymi krajami plasuje się na stosunkowo niskim poziomie (przykładowo w Polsce wynosi ona 9%², w Niemczech 15,5%³, we Francji składka ta wynosi 12,8%⁴). Problem polega jednak na tym, iż wzrost składki zdrowotnej, która jest uzależniona od wysokości dochodów, spowodujeubożenie gospodarstw domowych, natomiast wzrost płacy zasadniczej, który spowodowałby większe wpływy do budżetu z tego tytułu, niestety obecnie jest mało realny ze względu na spowolnienie gospodarcze.

Dodatkowym problemem, z jakim boryka się sektor ochrony zdrowia, jest wzrost kosztów leczenia, który wynika między innymi z przemian demograficznych, zwiększania się liczby osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, rozwoju i pojawiania się nowych technologii medycznych, wprowadzania na rynek innowacyjnych leków, inflacji cen leków i materiałów medycznych, wzrostu kosztów administrowania systemami opieki zdrowotnej itd.⁵. Czynniki te niestety obciążają budżety zarówno państwa, jak i gospodarstw domowych, których obecnie udział w finansowaniu opieki zdrowotnej ciągle wzrasta. Nierównowaga pomiędzy rosnącymi kosztami na opiekę zdrowotną oraz ograniczonymi środkami przeznaczonymi na jej funkcjonowanie niestety uwypukla pejoratywną sytuację podmiotów leczniczych.

Analizując sytuację publicznych podmiotów leczniczych, istotne znaczenie odgrywa również dostęp do specjalistycznej opieki medycznej w ramach NFZ, długie kolejki do specjalistów czy odległe terminy zabiegów. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest brak wystarczających środków finansowych na sektor ochrony zdrowia, niedoszacowanie procedur medycznych, a przede wszystkim niepłacenie za nadwykonania. Monopolistyczna pozycja Narodowego Funduszu Zdrowia oraz prowadzona przez niego polityka (zbyt niskie wyceny świadczeń, kontrole, potrącenia, kary umowne, przewlekane postępowania, jednostronne zmiany warunków umów, a nawet ich zrywanie, niepłacenie za nadwykonania) niewątpliwie jeszcze bardziej ograniczają dostęp do specjalistycznej opieki zdrowotnej. Niestety, tracą na tym przede wszystkim pacjenci, którzy albo zostają „wyrzuceni” poza system, albo trafiają na koniec wieloletniej kolejki w innych placówkach, co naraża ich na pogorszenie zdrowia, a niejednokrotnie na jeszcze większe konsekwencje⁶. Brak płynności finansowej jest bowiem główną przyczyną ograniczonego dostępu oraz jakości świadczonych usług.

² Art. 79, Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135).

³ www.laverbraucherportal.de/versicherung/krankenversicherung/pl, 3.11.2015.

⁴ <http://www.nazdrowie.pl/arttykul/systemy-opieki-zdrowotnej-francja>, 3.11.2015.

⁵ Mossialos E., Le Grand J. (red.): Health Care and Cost Containment in the European Union. Ashgate, Aldershot 1999.

⁶ http://konfederacjalewiatan.pl/kalendarium/2013/0/1/konferencja_nfz_naduzywa_pozycji_monopolistycznej_ze_szkoda_dla_pacjentow, 5.11.2015.

Inną ważną przesłanką związaną z ograniczonym dostępem do specjalistycznej opieki zdrowotnej jest deficyt wyspecjalizowanego personelu medycznego, a także nadmiar obowiązków formalnych lekarzy. W Polsce liczba praktykujących lekarzy w relacji do liczby mieszkańców jest najniższa w całej Unii Europejskiej – liczba lekarzy na 1 tys. mieszkańców w krajach OECD wynosi 3,1, w Polsce jest to zaledwie 2,17⁷. Taką sytuację pogarsza jeszcze niewielka liczba absolwentów kierunków lekarskich, pomimo iż w ciągu ostatnich 10 lat liczba studentów medycyny wzrosła dwukrotnie (według danych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego liczba studentów na kierunkach lekarskich w 2013 r. przekraczała 12,3 tys., z kolei w listopadzie 2014 r. było ich już ponad 25,9 tys.)⁸. Niestety, obecnie obserwuje się, iż liczba praktykujących lekarzy w kraju ma tendencje spadkową. Przyczyną takiej sytuacji jest niewątpliwie możliwość pracy w krajach Unii Europejskiej, gdzie istnieje klarowniejsza perspektywa rozwoju zawodowego, wyższa płaca przy mniejszym nakładzie czasu pracy, często w lepszych warunkach. Przesłanki te wpływają na fakt, iż personel medyczny chętnie emigruje z kraju. Inną ważną przyczyną niedoboru lekarzy specjalistów był zły system kształcenia specjalizacyjnego. Wprowadzone w 1999 rozporządzenie ministra zdrowia⁹ przyczyniło się do zmniejszenia ogólnej liczby kształconych specjalistów w wielu dziedzinach medycyny przez wprowadzenie ograniczonej liczby miejsc specjalizacyjnych. Taka sytuacja doprowadziła do tego, iż obecnie na rynku zdrowotnym występuje deficyt lekarzy specjalistów. Dodatkowo zmniejszająca się liczba specjalistów ma związek z liczbą miejsc rezydenckich, a to z kolei prowadzi do sytuacji wyjściowej – braku specjalistów. Niezbędne zatem byłoby długookresowe planowanie związane z kształceniem lekarzy specjalistów oraz wprowadzenie zachęt dla lekarzy, np. w postaci dodatkowych gratyfikacji, odciążenia w obowiązkach formalnych (przez zatrudnienie asystentów lekarzy) w celu zmniejszenia ich migracji. Za długie kolejki do specjalistów w niewielkim stopniu odpowiadają również pacjenci, którzy zapisują się jednocześnie do kilku tych samych specjalistów w celu uzyskania najszybszej wizyty, blokując tym samym i jednocześnie przedłużając kolejkę pozostałym zainteresowanym. Istotne byłoby zatem wprowadzenie zintegrowanego systemu, który wykluczyłby takie sytuacje. Również ustawa o refundacji leków¹⁰ przyczynia się do wzrostu kolejek, bowiem wymaga, aby lek refundowany raz do roku był zarekomendowany przez lekarza specjalistę. Dostęp do świadczeń medycznych spowodowany deficytem środków finansowych, monopolistyczną pozycją płatnika,

⁷ www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Forum-Obywatelskiego-Rozwoju-raportuje-za-duzo-lozek-za-malo-lekarzy,121781,14.html, 9.09.2015.

⁸ http://wyborcza.biz/biznes/1,100896,17773358,Lekarzy_jak_na_lekarstwo__Pracuja_niemal_najdluzej.html?disableRedirects=true, 5.11.2015.

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz.U. 1999, nr 31, poz. 302 – uchylony).

¹⁰ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2011, nr 122, poz. 696 z późn. zm.).

zanizaniem procedur medycznych, brakiem płacenia za nadwykonania, a przede wszystkim niedoborem lekarzy specjalistów niestety ma zasadniczy wpływ na ocenę systemu ochrony zdrowia przez pacjentów.

Obecnie jako jeden z istotnych problemów związanych z funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej wskazuje się zbyt dużą liczbę szpitali w Polsce. Według danych Ministerstwa Zdrowia w Polsce funkcjonuje obecnie 897 szpitali (dane te nie uwzględniają informacji o szpitalach posiadanych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Ministerstwo Obrony Narodowej oraz Ministerstwo Sprawiedliwości)¹¹. Ministerstwo Zdrowia nie dysponuje pełnym rejestrem placówek szpitalnych, jednocześnie pozostałe ministerstwa nie analizują sytuacji swoich placówek na tle całego sektora szpitalnego w Polsce. Uzupełniając te informacje o dane z MSW (22) i Ministerstwa Sprawiedliwości (5), łączna liczba szpitali w Polsce zamyka się na poziomie 924 placówek¹². W przeliczeniu na liczbę mieszkańców liczba szpitali w kraju wynosiła 2,5 szpitale na 100 tys. mieszkańców i łóżek – 48,9 na 10 tys. mieszkańców. Biorąc pod uwagę liczbę łóżek na 10 tys. mieszkańców wskaźnik ten był największy w województwie śląskim (56,3), łódzkim (53,4) i lubelskim (53,3), a najmniejszy w województwie pomorskim (41,2)¹³. Zdaniem ekspertów analizujących rynek usług medycznych w Polsce występuje zbyt duża liczba szpitali¹⁴, jednak niekoniecznie można zgodzić się z tym twierdzeniem, ponieważ uznanie podmiotu leczniczego za szpital wystarczy fakt posiadania przynajmniej jednego oddziału z jednym łóżkiem. Ma to oczywiście swoje konsekwencje w statystykach Ministerstwa Zdrowia, opisujących potencjał opieki zdrowotnej przez wskazywanie samej liczby szpitali¹⁵. Niewątpliwie jednak istotnym problemem jest zbyt duża liczba procedur realizowanych jako szpitalne, a które mogłyby być świadczone jako ambulatoryjne. Taka sytuacja wskazuje, jak dalekie od rachunku ekonomicznego są założenia całego systemu¹⁶. Większa rozważa w tym obszarze zapewniłaby znaczące korzyści w postaci krótszego oczekiwania na świadczenie szpitalne, jak również zmniejszenia kosztów w finansowaniu tych samych świadczeń.

Niebagatelne znaczenie w ocenie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia ma również stan techniczny szpitali oraz spełnienie wymogów sanitarnych przez placówki opieki zdrowotnej. Według kontroli NIK przeprowadzonej w 2010 r. stwierdzono, iż baza szpitalna jest stara, wyeksploatowana i wymagająca dużych nakładów finansowych na remonty. Ponad dwie trzecie skontrolowanych zakładów użytkuje budynki będące w złym stanie technicznym, które mogą stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa przebywających w nich

¹¹ Dane ze sprawozdań Mz-29, bez MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, 2014, s. 69.

¹² Kautsch M., Misiński W., Macha K.: Sytuacja finansowa szpitali w Polsce. Magellan, Warszawa 2014, s. 9.

¹³ Dane z raportu Głównego Urzędu Statystycznego, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r., s. 74.

¹⁴ Kautsch M., Misiński W., Macha K.: op.cit., s. 10.

¹⁵ Nyczaj K., www.medexpress.pl/system/ile-mamy-szpitali/12221/, 11.11.2015.

¹⁶ Golinowska S. (red.): Zarys systemu ochrony zdrowia w Polsce. Polska 2012, Warszawa 2012, s. 21.

ludzi¹⁷. Dodatkowo na złą ocenę służby zdrowia ma również wpływ posiadanie przestarzałego sprzętu medycznego przez większość świadczeniodawców, przez co wielu pacjentów wyraża niezadowolenie z jakości oferowanych usług. Udzielanie świadczeń medycznych powinno być zorganizowane w sposób, który zapewnia odpowiednią jakość opieki, przyczyniając się do sprawnego funkcjonowania systemu zdrowia.

W kontekście powiększającej się populacji osób starszych istotnym problemem, z jakim borykają się podmioty lecznicze, jest niedostosowanie leczenia szpitalnego do zjawiska związanego ze starzeniem się społeczeństwa oraz deficyt specjalistów z dziedziny geriatricy. Obecnie ok. 14,7 proc. populacji stanowią osoby w wieku 65 lat, a w roku 2035 – wg szacunków GUS – będzie ich ponad 23 proc.¹⁸. Prognozy te świadczą o znacznym wzroście populacji w tej grupie wiekowej oraz zapotrzebowania na usługi dla osób starszych. Według przeprowadzonej w latach 2011-2013 kontroli NIK stwierdzono, iż na rynku usług medycznych brakuje geriatrów oraz specjalistycznych poradni i oddziałów szpitalnych, a metoda rozliczania świadczeń medycznych przez NFZ, zakładająca finansowanie tylko jednej choroby, choć ludzie starsi z reguły cierpią na kilka schorzeń jednocześnie, stanowi kolejną barierę systemu¹⁹. W Polsce liczba oddziałów geriatrycznych wynosi 34 (728 łóżek geriatrycznych)²⁰. Jest to stosunkowo za mało do ciągle wzrastającej populacji osób w podeszłym wieku. Również liczba lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie geriatricy w 2011 wynosiła 254 (w przeliczeniu na 100 tys. populacji Polski – 0,66). W 2012 r. liczba lekarzy geriatrów wzrosła do 275 – wskaźnik 0,71) Jest to bardzo niski wskaźnik na tle innych państw UE. W Czechach na przykład wskaźnik ten wynosi 1,5, w Niemczech 2,7, w Hiszpanii 2,5²¹. Dodatkowo uczelnie medyczne nie są przygotowane do kształcenia specjalistów z dziedziny geriatricy, ponieważ nie ma wyodrębnionego nauczania na kierunku lekarskim, co skutkuje deficytami wiedzy i umiejętności w tym zakresie wśród lekarzy²². Można zatem stwierdzić, iż system opieki zdrowotnej dla osób starszych jest mało dostępny, o czym świadczy niedobór specjalistów, niewielka liczba oddziałów szpitalnych z wyodrębnionym oddziałem geriatrycznym, a także nieefektywna polityka instytucjonalna. W celu poprawy świadczeń z perspektywy ich dostępności czy jakości, istotne znaczenie będą miały działania w zakresie zwiększenia liczby specjalistów z dziedziny geriatricy czy poszerzenie kompetencji lekarzy innych specjalności, głównie internistów, neurologów czy specjalistów medycyny rodzinnej. Dodatkowo istotne znaczenie ma stan oraz wyposażenie w infrastrukturę placówek szpitalnych, czyli wszelkie działania oparte na adaptacji

¹⁷ www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-stanie-technicznym-budynkow-szpitalnych.html, 11.10.2015.

¹⁸ www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-opiece-geriatrycznej.html, 19.11.2015.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Sprawozdanie za 2012 r. Konsultanta Krajowego w dziedzinie geriatricy, [w:] Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020, (projekt), Warszawa, 29 października 2013, s. 10.

²¹ Ibidem, s. 9.

²² Ibidem.

istniejących budynków, budowie nowych obiektów czy rozbudowie istniejących, uwzględniając wynikające z niepełnosprawności funkcje osób starszych. Należy również rozważyć rozwinięcie usług celowanych dla osób starszych, np. asystentów osób starszych. Zapewni to docelowo obniżenie kosztów opieki nad seniorami, przy jednoczesnej poprawie ich stanu zdrowia czy jakości życia. Niestety, tendencja wzrostowa starzenia się społeczeństwa będzie miała istotny wpływ na system opieki zdrowotnej, głównie pod względem finansowym, ale również z perspektywy wzrostu zapotrzebowania na wszelkiego rodzaju usługi dla osób starszych.

Reasumując, największą barierą w poprawie dostępności świadczeń medycznych oraz ich wysokiej jakości wydaje się być ograniczone finansowanie. Niskie nakłady na opiekę zdrowotną oraz równoległe rosnące koszty świadczeń medycznych, dezorganizacja oraz wzrost grupy osób w wieku poprodukcyjnym, a także często niezgodność ugrupowań politycznych co do realizacji wspólnego programu naprawczego, niewątpliwie przyczyniają się do dość miernego funkcjonowania publicznych podmiotów leczniczych w Polsce.

3. Wnioski i rekomendacje

Na podstawie przeprowadzonej analizy można wysunąć następujące wnioski:

1. Sektor służby zdrowia jest niedofinansowany (obecne długi szpitali są spowodowane zobowiązaniami wobec m.in. ZUS-u, Skarbu Państwa, dostawców leków, materiałów oraz sprzętu medycznego, limitowaniem świadczeń, a także żądaniami płacowymi personelu medycznego²³). Obserwuje się również zły stan techniczny obiektów oraz przestarzały sprzęt medyczny u większości świadczeniodawców. Dodatkowo zbyt duża liczba procedur medycznych realizowanych jako szpitalne generuje wyższe koszty opieki zdrowotnej.
2. Liczba personelu medycznego niższa niż w pozostałych krajach UE (migracja personelu ze względu na wyższe zarobki oraz przejrzystą ścieżkę rozwoju zawodowego). W konsekwencji dłuższy czas oczekiwania na opiekę szpitalną, jak i specjalistyczną opiekę ambulatoryjną.
3. Niedostosowanie bazy leczenia szpitalnego do wzrostu populacji osób w wieku poprodukcyjnym, a także deficyt specjalistów w dziedzinie geriatricznej (w tej grupie wiekowej zauważalny wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne: nowotwory, cukrzyca, Alzheimer, miażdżyca i jej skutki ect.).

²³ Kolwicz M.: Polski system ochrony zdrowia – perspektywa i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej. Rocznik Pomorskiej Akademii Medycznej, nr 56, 3, 131-143. Szczecin 2010, s. 137-138.

Na podstawie przedstawionych wniosków można zaproponować kilka istotnych rekomendacji:

1. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do zmian demograficznych przez zwiększenie liczby specjalistów z zakresu geriatry oraz zapewnienie zaplecza szpitalnego dla osób starszych.
2. W celu pozyskania środków finansowych na rozwój infrastruktury szpitalnej interesującym rozwiązaniem byłoby wykorzystanie formuły partnerstwa publiczno-prywatnego. Współpraca z podmiotem prywatnym może zapewnić źródło finansowania oraz bogate doświadczenie.
3. W celu osiągnięcia wyższej efektywności systemu ochrony zdrowia w Polsce niezbędna jest również współpraca sektora ochrony zdrowia z innymi sektorami (sektorem polityki społecznej i rynku pracy), zapewniająca harmonizację zadań oraz ich skuteczniejszą realizację.
4. Z perspektywy minimalizacji wydatków związanych z leczeniem istotne jest zwiększenie nakładów na profilaktykę, promocję zdrowia oraz rehabilitację. Działania te przyczynią się do zapobiegania chorobom dzięki ich wczesnemu wykryciu i leczeniu (na tym etapie koszty są stosunkowo niskie) oraz zwiększą świadomość społeczeństwa w zakresie dbania o zdrowie.
5. Przejście z opieki instytucjonalnej na opiekę środowiskową stanowi kolejne ważne rozwiązanie, przyczyniające się do obniżenia kosztów funkcjonowania szpitali.
6. Istotne byłoby wzmocnienie autonomii samorządu wojewódzkiego w zakresie koordynacji działań obejmujących ochronę zdrowia. Zapewni to większą kontrolę nad finansami zakładów opieki zdrowotnej.
7. Bardzo ważną kwestią zmniejszenia deficytu lekarzy jest zwiększenie naboru na kierunku lekarskie oraz stworzenie zachęt dla lekarzy w celu pozostania w kraju (przez zapewnienie lepszych warunków pracy czy odciążenie pracy biurowej).

Wdrożenie powyższych rekomendacji przyczyni się do poprawy sytuacji współczesnych podmiotów leczniczych oraz jakości i dostępności usług medycznych.

4. Podsumowanie

Opieka zdrowotna jest jednym z kluczowych sfer życia człowieka. Większość społeczeństwa bowiem ma lub będzie miała do czynienia z tym obszarem z punktu widzenia zarówno poprawy stanu zdrowia, jak i profilaktyki zdrowotnej²⁴. Niewątpliwie obszar ten stanowi również jeden z najważniejszych priorytetów działania państwa. Istotne jest, aby był

²⁴ Zieliński G.: Zarządzanie i finanse. Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2012, s. 359.

on dostosowany do rosnącego zapotrzebowania na świadczenia medyczne i zorientowany na zapewnianie jak najwyższej jakości świadczonych usług oraz ich dostępności. Obecnie system ten posiada pewne luki, które przyczyniają się do jego słabego funkcjonowania. Jedną z nich jest brak możliwości swobodnego podejmowania decyzji dotyczących finansowania na szczeblu lokalnym, uwzględniając realne potrzeby społeczności. Niestety, zarządzanie służbą zdrowia z perspektywy szczebla centralnego wpływa niekorzystnie na jakość oferowanych świadczeń medycznych. Ta sytuacja jest bezpośrednio powiązana z ciągłym zadłużeniem się zakładów świadczących usługi medyczne, a zwłaszcza wysoko wyspecjalizowanych szpitali²⁵. Dodatkowo na rynku usług zdrowotnych można zaobserwować takie tendencje, jak wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych, deficyt państwowego ubezpieczyciela, zmniejszającą się liczbę populacji osób czynnych zawodowo, a także wzrost grupy osób w wieku podeszłym. Tendencje te stanowią ważną przesłankę do podjęcia działań w zakresie prac nad reformą systemu zdrowotnego, która zapewni efektywne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wśród istotnych wskazówek dotyczących kierunków rozwoju nowoczesnego systemu ochrony zdrowia wskazano działania, których realizacja z pewnością może przyczynić się do poprawy jakości świadczeń zdrowotnych i ich szerszej dostępności.

Bibliografia

1. Golinowska S. (red.): Zarys systemu ochrony zdrowia w Polsce. Polska 2012, Warszawa 2012.
2. Kautsch M., Misiński W., Macha K.: Sytuacja finansowa szpitali w Polsce. Magellan, Warszawa 2014.
3. Kolwitz M.: Polski system ochrony zdrowia – perspektywa i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej. Rocznik Pomorskiej Akademii Medycznej, Szczecin 2010.
4. Mossialos E., Le Grand J. (eds.): Health Care and Cost Containment in the European Union. Ashgate, Aldershot 1999.
5. Zieliński G.: Zarządzanie i finanse. Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2012.
6. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2011, nr 122, poz. 696 z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135).

²⁵ Kolwitz M.: op.cit., s.138.

8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz.U. 1999, nr 31, poz. 302 – uchylony).
9. Długofalowa Polityka Senioralna w Polsce na lata 2014-2020, (projekt). Warszawa, 29 października 2013.
10. Raport Głównego Urzędu Statystycznego, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.
11. Sprawozdanie Mz-29, bez MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, 2014.
12. www.bankier.pl.
13. <http://konfederacjalewiatan.pl>.
14. www.1averbraucherportal.de.
15. www.medexpress.pl.
16. www.nik.gov.pl.
17. www.nazdrowie.pl.
18. www.rynekzdrowia.pl.
19. <http://wyborcza.biz>.