

Tabela 1.11. Wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych

Wyszczególnienie	2018	2019	2018	2019
	w tys. zł	w %	w tys. zł	w %
Budżet państwa ogółem	385 336 944	414 134 731	×	×
Ochrona zdrowia	10 479 095	10 896 513	100,00	100,00
w tym:				
Szpitala ogólne	89 754	77 235	0,86	0,71
Szpitala kliniczne	549 276	454 653	5,24	4,17
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	13 248	12 292	0,13	0,11
Lecznictwo psychiatryczne	60 694	73 390	0,58	0,67
Lecznictwo ambulatoryjne	2 671	2 556	0,03	0,02
Inspekcja Sanitarna	10 857 22	1 206 915	10,36	11,08
Inspekcja Farmaceutyczna	53 241	56 485	0,51	0,52
Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	58 679	59 951	0,56	0,55
Ratownictwo medyczne	2 194 144	2 358 857	20,94	21,65
Publiczna służba krwi	106 610	111 786	1,02	1,03
Centra zdrowia publicznego	20	20	0,00	0,00
Medycyna pracy	1 078	10 62	0,01	0,01
Programy polityki zdrowotnej	874 930	927 533	8,35	8,51
Świadczenia wysokospecjalistyczne	540 989	521 338	5,16	4,78
Zapobieganie i zwalczanie AIDS	6 636	6 738	0,06	0,06
Zwalczanie narkomanii	9 517	9 513	0,09	0,09
Przeciwdziałanie alkoholizmowi	6 817	7 020	0,07	0,06
Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego	1 502 289	723 018	14,34	6,64
Staże i specjalizacje medyczne	4 994	6 471	0,05	0,06

Źródło: (GUS, 2019a; 2020).

Zakres podmiotowy wskaźnika to jednostki samorządu terytorialnego: (1) powiaty i (2) miasta na prawach powiatu (NTS 4). Zakres przedmiotowy to wydatki bieżące na ochronę zdrowia. Wydatki bieżące powiatów i miast na prawach powiatów w obszarze ochrony zdrowia wiążą się z realizacją zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz zadań zleconych ustawowo, związanych m.in. z finansowaniem świadczeń zdrowotnych, które są gwarantowane przez jednostkę samorządu terytorialnego. Na realizację zadań własnych samorządy mogą wystąpić o dotacje z budżetu państwa, natomiast zadania zlecone są ustawo-

wo finansowane przez budżet państwa. Zadania własne i zlecone ustawowo są konsekwencją przeprowadzonych w latach 1990 i 1999 reform ustrojowych, których celem była decentralizacja zadań administracji publicznej w Polsce, w tym zadań w obszarze ochrony zdrowia. Obecnie JST, w tym powiaty i miasta na prawach powiatu, pełnią w ochronie zdrowia szereg funkcji, które można pogrupować w następujący sposób: (i) funkcja inicjatora i organizatora ochrony zdrowia odpowiedzialnego za zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, (ii) funkcja organu założycielskiego dla części placówek opieki zdrowotnej na terenie JST oraz (iii) funkcja publicznego płatnika w systemie ochrony zdrowia. Funkcje te w szczegółowy sposób regulują odpowiednie ustawy i związane z nimi akty wykonawcze⁴ (GUS, 2018, Usługi publiczne, załączniki s. 16).

W strukturze finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych funkcje publicznego płatnika w ochronie zdrowia pełnią zarówno instytucje rządowe, jak i samorządowe, a także fundusze obowiązkowego zabezpieczenia społecznego, w ramach których Narodowy Fundusz Zdrowia – biorąc pod uwagę wielkość finansowych środków przeznaczanych na ochronę zdrowia – jest najważniejszym płatnikiem. Płatnikami prywatnymi są dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne, instytucje niekomercyjne działające na rzecz gospodarstw, przedsiębiorstwa prywatne (o charakterze niefinansowym) oraz gospodarstwa domowe. Udział publicznych płatników w strukturze finansowania ochrony zdrowia kształtuje się w ostatnich latach na poziomie ok. 70% wydatków bieżących ogółem, z czego instytucje rządowe i samorządowe stanowią niecałe 10%. Udział jednostek samorządu terytorialnego stanowią mniej niż połowę (niewiele ponad 4%) łącznych wydatków rządowych i samorządowych. W ramach tych 4% wydatki samorządów powiatowych stano-

⁴ Zob. m.in. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez powiat należy w szczególności: 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami; 2) (uchylony); 3) inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu; 4) pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia; 5) podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych. Rozdz. 2, art. 8 oraz art. 9a i 9b, Dz. U. 2018.0.1510; zob. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 listopada 1998 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejścia uprawnień organu, który je utworzył, Dz. U. 1998 nr 145 poz. 941. Zob. też Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654. (GUS, 2018, załączniki s. 16).

wiły ok. 31%, natomiast wydatki miast na prawach powiatów (realizujących także zadania nałożone na gminy) – ok. 29% łącznych bieżących wydatków JST na ochronę zdrowia (GUS, 2018. s. 16–17).

W zakresie wydatków budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia (GUS, 2020) w 2019 roku przeznaczono więcej środków niż w 2018 roku, a największy wzrost tych wydatków widać na poziomie województw – o ponad 55% – w wartościach nominalnych wydatki te wzrosły o ponad 550 mln zł. Struktura jednostek administracyjnych, jako płatników ochrony zdrowia, ze względu na wielkość wydatków poniesionych przez budżet państwa i jednostki samorządu terytorialnego wynosiła w 2019 roku w stosunku do 2018 roku: udział wydatków budżetu państwa spadł z 73,2% do 70,7%, województw wzrósł z 6,9% do nieco ponad 10%. W przypadku pozostałych szczebli administracji udział ten był zbliżony do wartości z 2018 roku w miastach na prawie powiatu 7,6% (w 2018 roku 8%), w powiatach 6,9% (rok wcześniej 7,2%) i w gminach, tak jak przed rokiem 4,7%. W 2019 roku wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia wyniosły 10 896,5 mln zł i stanowiły 2,6% łącznych wydatków z budżetu. Natomiast samorządy terytorialne przeznaczyły ze swoich budżetów na ten cel 4507,1 mln zł (łącznie ze środkami otrzymanymi z budżetu państwa), co stanowiło 1,6% ogółu wydatków samorządów terytorialnych (tabela 1.12).

Tabela 1.12. Wydatki budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia

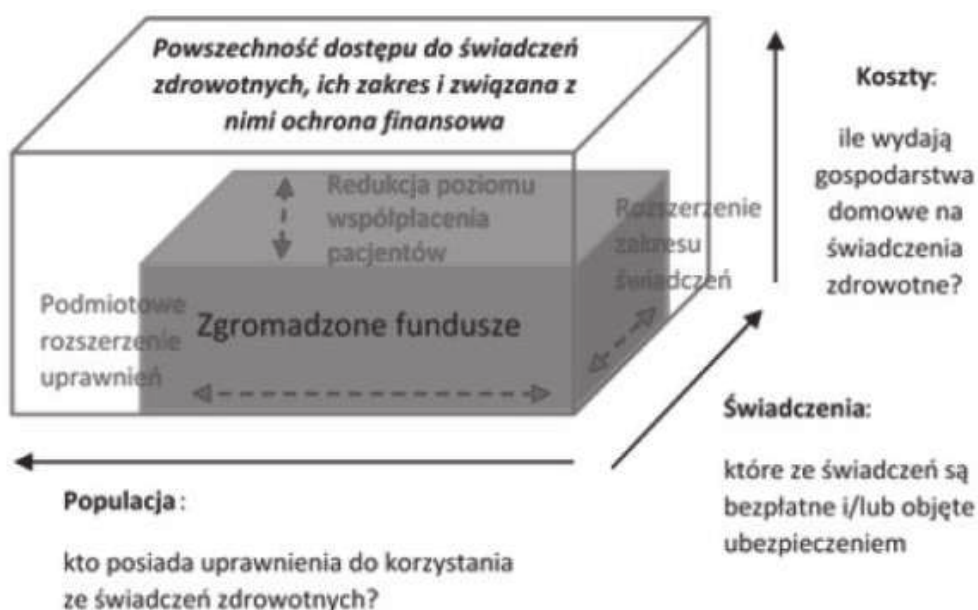
Wyszczególnienie	2017	2018	2019	2017	2018	2019	
	w mln zł			w %			2018 = 100
Budżet państwa							
Budżet państwa ogółem	374471,8	385336,9	414134,7	100,0	100,0	100,0	107,5
w tym ochrona zdrowia	9598,4	10479,1	10896,5	2,6	2,7	2,6	104,0
Budżety samorządów terytorialnych							
Województwa ogółem	14317,4	16582,3	18376,0	100,0	100,0	100,0	110,8
w tym ochrona zdrowia	863,8	990,3	1542,0	6,0	6,0	8,4	155,7
Miasta na pr. powiatu ogółem	78504,1	87014,5	96885,5	100,0	100,0	100,0	111,3
w tym ochrona zdrowia	1066,0	1149,2	1168,5	1,4	1,3	1,2	101,7
Powiaty ogółem	25360,4	58656,6	29630,7	100,0	100,0	100,0	103,4
w tym ochrona zdrowia	930,6	1033,1	1069,2	3,7	3,6	3,6	103,5
Gminy ogółem	111984,4	127132,8	135316,9	100,0	100,0	100,0	106,4
w tym ochrona zdrowia	618,1	668,2	727,3	0,6	0,5	0,5	108,9

Źródło: Na podstawie rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetu państwa (Rb-28) oraz rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego (Rb-28S).

Samorządy terytorialne przekazały na ochronę zdrowia średnio 117,41 zł w przeliczeniu na jednego mieszkańca (w 2018 roku 100,00 zł). Najwyższe wydatki na osobę w 2019 roku odnotowano w województwie mazowieckim (170,6 zł), podlaskim (157,0 zł), natomiast najmniej wydano w województwach opolskim (73,6 zł) i małopolskim (83,0 zł). We wszystkich województwach wysokość wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca w porównaniu do 2018 roku wzrosła, najwięcej w województwie lubelskim (o 86% z 64,4 zł na osobę do 119,5 zł) i łódzkim (o 47% z 69,1 zł na osobę do 101,3 zł), najmniej natomiast w województwach opolskim (o 2%) i dolnośląskim (o 3%) (GUS, 2020, s. 146).

Ochrona zdrowia zarówno w Polsce, jak i w pozostałych państwach członkowskich UE wynika z wyraźnego mandatu do zapewnienia powszechnego i równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych dla wszystkich obywateli żyjących w tych krajach. W literaturze przedmiotu udział wydatków na dobra i usługi zdrowotne w wydatkach konsumpcyjnych gospodarstw domowych jest postrzegany jako jeden z trzech wymiarów – zdefiniowanej przez WHO – koncepcji zabezpieczenia powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Do wymiarów tych są zaliczane odpowiednio: powszechność dostępu do świadczeń zdrowotnych, ich zakres oraz związana z nimi ochrona finansowa. W ramach tej koncepcji im większy jest odsetek populacji objętej dostępem do świadczeń publicznych oraz im większy jest przedmiotowy zakres tych świadczeń i jednocześnie mniejszy poziom wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia, zarówno tych bezpośrednich, jak i tych wynikających z konieczności współpłacenia pacjentów za świadczenia publiczne, tym wyższy jest stopień powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych (GUS, 2018, s. 23, załączniki).

W kontekście omawianego wskaźnika finansową ochronę można interpretować w następujący sposób: im niższy (wyższy) udział wydatków na dobra i usługi zdrowotne w wydatkach konsumpcyjnych gospodarstw domowych, tym wyższy (niższy) udział finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych, co przekłada się na mniejsze (większe) obciążenie gospodarstw domowych, wyższy (niższy) poziom ochrony finansowej i lepsze zabezpieczenie powszechnego dostępu do świadczeń. Relacje finansowania ochrony zdrowia ze środków prywatnych, w tym wydatków gospodarstw domowych w stosunku do jej finansowania ze środków publicznych, można monitorować dzięki narodowemu rachunkowi zdrowia, który w Polsce jest generowany od kilku lat przez GUS (GUS, 2018, s. 24) (rysunek 1.1).



Rysunek 1.1. Trzy wymiary zabezpieczenia powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych

Źródło: na podstawie: (GUS, 2018, załączniki s. 23, adaptowane za: WHO, 2010).

Wskaźnik udziału wydatków na dobra i usługi zdrowotne w wydatkach konsumpcyjnych gospodarstw domowych wykorzystywany jest również jako jedna z miar stosowanych w badaniach, które dotyczą występowania tzw. zjawiska katastrofalnych wydatków zdrowotnych. Zjawisko to pojawia się jako konsekwencja zbyt wysokiego udziału pacjentów w finansowaniu świadczeń zdrowotnych. W tym miejscu należy podkreślić, że wydatki gospodarstw domowych na dobra i usługi zdrowotne nie mają charakteru dobrowolnego i są z reguły nieprzewidywalne, a to odróżnia je od wielu innych wydatków realizowanych przez gospodarstwa domowe. Stąd wysoki udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach konsumpcyjnych gospodarstw domowych może stać się przyczyną zarówno bankructwa osobistego, jak i prowadzić do zubożenia wszystkich członków gospodarstwa domowego. Wydatki na zdrowie uznaje się za katastrofalne, kiedy prowadzą do redukcji podstawowych wydatków rodziny w określonym czasie. Nawet relatywnie niewysokie wydatki na ochronę zdrowia mogą doprowadzić do trudnej sytuacji finansowej, ponieważ choroba może wiązać się z obniżeniem dochodów lub nawet utratą ich źródła. Ryzykiem katastrofalnych wydatków zdrowotnych często obciążone są gospodarstwa domowe, w których znajdują się osoby niepełnosprawne, przewlekle chore lub starsze, ponieważ w każdym z tych przypadków zwiększa się zarówno częstotliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych, jak i stopień ich złożoności (GUS, 2018, s. 24) (tabela 1.13).

liwość, zgłaszają się do wskazanego psychologa zakładowego, natomiast nie wprowadzono w żadnych z badanych podmiotów strategii związanej z przeciwdziałaniem stresowi i lękowi. Działania operacyjne podejmowane w sytuacji kryzysowej przysłoniły takie problemy. Również nie było dostrzegalne zarządzanie zmianą. Odnoszono ją jedynie do zmian organizacyjnych, takich jak tworzenie nowego oddziału czy też zmiany proceduralne i związane z przemieszczaniem personelu.

Przy pytaniu o stałą konsekwencję pandemii udzielono ciekawych odpowiedzi związanych z możliwością zmiany pracy administracji – umożliwieniem niektórym osobom elastycznych godzin związanych z pracą zdalną, ale także zwrócono uwagę na wypalenie zawodowe i utrzymujący się stres wynikający nie tylko z obciążenia nowymi obowiązkami, ale też z utraty osób bliskich, co wpływa na kondycję w pracy.

Podsumowanie

- Stan zagrożenia zdrowia publicznego doprowadził do uchwalenia 2 marca 2020 roku ustawy *o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych* (Dz. U. z 2020, poz. 374 ze zm.) określającej zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażeniom wirusem SARS-CoV-2.
- Przepisy ustawy specjalnej wprowadziły praktyczne rozwiązania w zakresie pracy zdalnej, dodatkowego zasiłku opiekuńczego, ale przede wszystkim systemu teleinformatycznego, za pośrednictwem którego można udzielać świadczeń opieki zdrowotnej.
- Struktura sieciowa – oznacza nowoczesną formę organizacji, system więzi zbudowanych przez uczestników relacji, a także nowy styl zarządzania oraz nową formę zorganizowania stosunków wewnętrznych.
- Na podstawie art. 11 ust 1 ustawy specjalnej wojewodowie dokonali zmian w zakresie profili zakładów, przekształcając je w jednoprofilowe szpitale zakaźne.
- Na podstawie pilotażowego badania empirycznego można postawić hipotezę, że podmioty lecznicze nie były przygotowane na sytuacje kryzysowe.

Ujawnił się zarówno deficyt kadrowy, jak i sprzętowy. Brak nawyku przestrzegania procedur oraz wsparcie nowej organizacji pracy były jednym z powodów nieumiejętnej organizacji pracy.

Definicje

- RT-PCR – test przeprowadzany w celu wykrycia materiału genetycznego z określonego organizmu, takiego jak wirus; wykrywa obecność materiału genetycznego, a konkretnie RNA wirusa SARS-CoV-2, a polega na ilościowej reakcji łańcuchowej polimerazy z odwrotną transkryptazą w czasie rzeczywistym.

Zastosowane skróty

- GIS – Główny Inspektorat Sanitarny
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
OAIIT – oddział anestezjologii i intensywnej terapii
PCR – polymerase chain reaction – test reakcji łańcuchowej polimerazy
POChP – przewlekła obturacyjna choroba płuc
PMZO – Pomorski Model Zintegrowanej Opieki

3. ZARZĄDZANIE PODMIOTAMI LECZNICZYMI

3.1. Dostępność kadr medycznych – nowe wyzwania

Zasoby kadrowe są ważnym elementem, który wpływa na skuteczność opieki zdrowotnej. Efektywność systemu i jakość realizowanych świadczeń medycznych jest uzależniona od wiedzy, umiejętności i motywacji pracowników opieki zdrowotnej.

W 2019 roku utrzymały się niepokojące tendencje dotyczące nie tylko brak specjalistów, ale także powiększającej się starszej grupy wiekowej pielęgniarek i położnych. W raporcie Głównego Urzędu Statystycznego *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 roku* wskazano, że zgodnie z rejestrami prowadzonymi przez izby lekarskie, izby pielęgniarek i położnych, izby aptekarskie oraz izby diagnostów laboratoryjnych w 2019 roku prawo wykonywania zawodu miało 150 914 lekarzy, 42 761 lekarzy dentyistów, 299 629 pielęgniarek, 39 029 położnych, 36 117 farmaceutów i 16 697 diagnostów laboratoryjnych. W porównaniu z rokiem poprzednim we wszystkich wymienionych zawodach medycznych odnotowany został wzrost liczby uprawnionych do wykonywania zawodu, przy czym największy przyrost w 2019 roku zarejestrowano w grupie diagnostów laboratoryjnych (wzrost o 2,2 %) i położnych (wzrost o 1,9 %) (GUS, 2019a) (tabela 3.1).

Tabela 3.1. Pracownicy medyczni posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego według województw, stan w dniu 31.12.2019

Województwa		Lekarze	Lekarze dentyści	Pielęgniarki ^{a)}	Położne ^{b)}	Farmaceuci	Diagności
POLSKA	2018	149 134	42 282	295 464	38 312	35 553	16 340
POLSKA	2019	150 914	42 761	299 629	39 029	36 117	16 697
Dolnośląskie		12 543	3 705	24 184	2 730	3 013	1 144
Kujawsko-pomorskie		6 699	1 453	14 747	2 025	1 623	1 049

cd. tabeli 3.1

Województwa	Lekarze	Lekarze dentyści	Pielęgniarki ^{a)}	Położne ^{b)}	Farmaceuci	Diagności
Lubelskie	8 862	2 371	18 223	2 435	2 079	1 165
Lubuskie	2 564	881	6 795	877	654	245
Łódzkie	11 847	3 311	18 292	2 728	2 784	1 137
Małopolskie	13 165	3 726	26 288	3 347	3 527	1 579
Mazowieckie	27 375	7 662	43 308	5 064	5 894	2 536
Opolskie	2 620	761	7 781	911	570	280
Podkarpackie	6 002	1 880	18 945	2 755	1 340	798
Podlaskie	5 511	1 514	10 125	1 412	1 129	709
Pomorskie	9 386	2 783	15 544	2 016	2 641	990
Śląskie	18 211	4 721	38 993	4 758	4 516	1 784
Świętokrzyskie	3 853	1 098	11 337	1 440	863	635
Warmińsko-mazurskie	3 937	1 071	10 172	1 128	683	476
Wielkopolskie	11 873	3 656	23 375	3 880	3 479	1 442
Zachodniopomorskie	6 466	2 168	11 520	1 523	1 322	728

^{a)} W tym pielęgniarki z wyższym wykształceniem oraz magistrowie pielęgniarstwa.

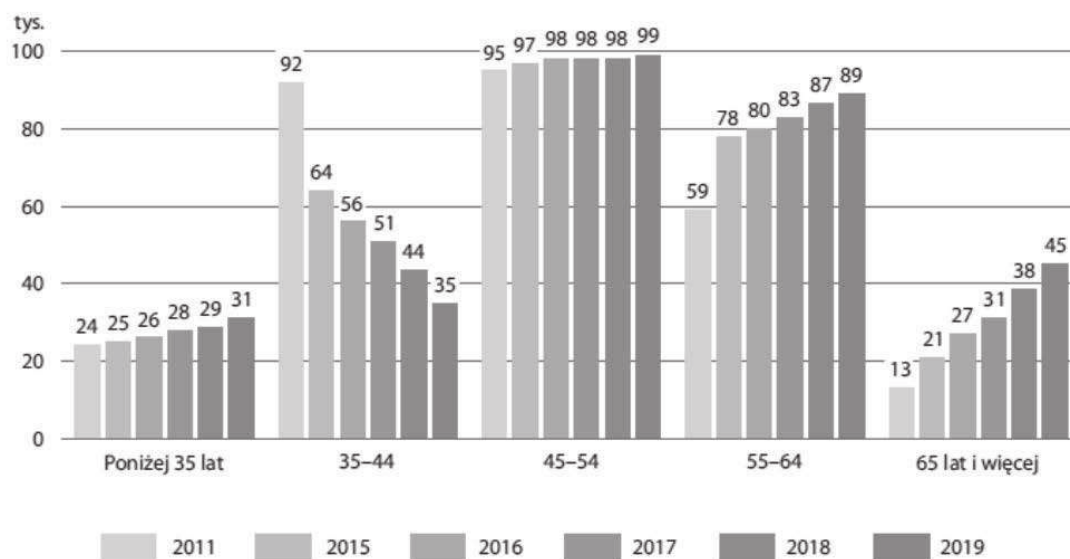
^{b)} W tym położne z wyższym wykształceniem oraz magistrzy położnictwa.

Źródło: Rejestry posiadających prawo wykonywania zawodu – dane Ministerstwa Zdrowia otrzymane z izb lekarskich, pielęgniarskich i farmaceutycznych oraz diagnostów laboratoryjnych, za: (GUS, 2019a).

Na dynamikę liczby osób mających prawo wykonywania zawodu ma wpływ przyrost nowych osób z wykształceniem medycznym oraz naturalny ubytek spowodowany odchodzeniem starszych. Analiza wieku w 2019 roku pokazała niepokojące tendencje w strukturze lekarzy i lekarzy dentyistów, ponieważ nastąpił wzrost osób należących do najstarszej grupy 65 lat i więcej. Udział lekarzy w tej grupie wynosił 24,5%, a lekarzy dentyistów 22,7% w odniesieniu do badanego okresu.

Ogromny deficyt personelu medycznego wynika nie tylko ze struktury wiekowej pielęgniarek i położnych, ale także z wymogów spełnienia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami (Dz. U. z 2012, poz. 1545). Jak wynika z danych GUS, w 2019 roku najwięcej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu było w wieku 45–54 lat (99 tys.). Najmniejszą liczbę stanowiły natomiast pielęgniarki w wieku poniżej 35. roku życia – było ich zaledwie 31 tys., co stanowiło tylko 10,4% ogólnej liczby osób z uprawnieniami do zawodu (wykres 3.1 i tabela 3.2).

Wykres 3.1. Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu według wieku



Źródło: (GUS, 2019a).

W sytuacji takiego rozkładu wiekowego trudnością dla podmiotów było zapewnienie właściwego obłożenia. Zgodnie z §1.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2012, poz. 1545) przy ustalaniu norm uwzględnia się:

- zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych,
- liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku,
- wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności,
- harmonogram czasu pracy,
- średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich i średni czas dyspozycyjny,
- właściwą kategorię opieki ustaloną dla pacjenta,
- liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki,
- stan zatrudnienia i organizacji pracy w jednostkach lub komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

Brak wystarczającej liczby pielęgniarek i położnych może doprowadzić do niższej jakości opieki, a co za tym idzie, wydłużonej hospitalizacji, zwiększenia liczby powikłań, zwiększenia liczby zakażeń wewnątrzszpitalnych, zwiększenia liczby błędów, a dalej – ponownej hospitalizacji (mimo wprowadzenia nowych procedur związanych z kwalifikacjami personelu – przykładowo na