

2. Стратегія розвитку Дніпропетровської області на період до 2020 року №561/27 від 26.09.2014 р. [Електронний ресурс] / Офіційний веб-сайт Дніпропетровської обласної ради. – Режим доступу: URL: [http://www.tsarich-rn.dp.gov.ua/OBLADM/tsarich\\_rda.nsf/docs/B67ED5A26239F6F8C2257E0D002DC469?Open Document](http://www.tsarich-rn.dp.gov.ua/OBLADM/tsarich_rda.nsf/docs/B67ED5A26239F6F8C2257E0D002DC469?Open Document) – Дата звернення: 10.10.2019.

3. Стратегія розвитку Донецької області на період до 2020 року №498 від 21.06.2016 р. [Електронний ресурс] / Офіційний веб-сайт Донецької обласної державної адміністрації. Режим доступу: URL: <http://dn.gov.ua/potochna-diyalnist/programma-sotsialno-ekonomichnogo-rozvytku/strategiya-rozvytku-donetskoji-oblasti-na-period-do-2020-roku/> – Дата звернення: 15.10.2019.

4. Стратегія розвитку Черкаської області на період до 2020 року №38-1/VI від 05.03.2015 р. [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Черкаської обласної державної адміністрації. – Режим доступу: URL: [http://www.ck-oda.gov.ua/docs/2015/strategy\\_2020.pdf](http://www.ck-oda.gov.ua/docs/2015/strategy_2020.pdf) – Дата звернення: 12.10.2019.

**Dr Ludmiła Stemplewska**  
**Akademia Finansów i Biznesu Vistula w Warszawie**

### **UWARUNKOWANIA ZARZĄDZANIA SŁUŻBĄ ZDROWIA W GOSPODARCE RYNKOWEJ**

Efektywne zarządzanie ma zastosowanie w różnych organizacjach, jednak w przypadku służby zdrowia, z uwagi na niedostatek zasobów finansowych, wymaga szczególnej sprawności oraz innowacyjności działania, gdyż problemy ekonomiczne, z którymi spotykamy się w opiece zdrowotnej są niejednokrotnie bardziej złożone niż w innych sektorach gospodarki. Racjonalizacja zarządzania jest znacznie utrudniona z uwagi na konieczność spełniania praktycznych możliwości i uzyskania oczekiwanego efektu zdrowotnego przy uwzględnieniu czasu i kosztów leczenia. Celem opracowania jest przedstawienie znaczenia służby zdrowia w gospodarce rynkowej, problemów związanych w uwarunkowaniami dotyczącymi otoczenia, które odgrywa istotną rolę w procesie kształtowania warunków opieki zdrowotnej pacjenta.

**Słowa kluczowe:** zarządzanie, służba zdrowie, otoczenie.

Effective management is used in various organizations, but in the case of health care, due to the scarcity of financial resources, it requires special efficiency and innovation, as the economic problems we face in healthcare are often more complex than in other sectors of the economy. Rationalization of management is significantly impeded due to the need to meet practical possibilities and obtain the expected health effect taking into account the time and cost of treatment. The purpose of the study is to present the importance of health care in a market economy, problems related to environmental conditions that play an important role in the process of shaping the patient's healthcare conditions.

**Keywords:** management, health service, environment.

#### **Wprowadzenie**

Efektywne zarządzanie ma zastosowanie w różnych organizacjach, jednak w przypadku służby zdrowia, z uwagi na niedostatek zasobów finansowych, wymaga szczególnej sprawności oraz innowacyjności działania, gdyż problemy ekonomiczne, z którymi spotykamy się w opiece zdrowotnej są niejednokrotnie bardziej złożone niż w innych sektorach gospodarki. Racjonalizacja zarządzania jest znacznie utrudniona z uwagi na konieczność spełniania praktycznych możliwości i uzyskania oczekiwanego efektu zdrowotnego przy uwzględnieniu czasu i kosztów leczenia. Specyfika zarządzania w tym sektorze uwidacznia się w celach przypisanych systemom zdrowotnym, które obok celów zdrowotnych realizują także cele o charakterze ekonomicznym i społecznym. Celem opracowania jest przedstawienie znaczenia służby zdrowia w gospodarce rynkowej, problemów związanych w uwarunkowaniami dotyczącymi otoczenia, które odgrywa istotną rolę w procesie kształtowania warunków opieki zdrowotnej pacjenta.

### **Uwarunkowanie realizacji zadań służby zdrowia**

Służba zdrowia realizuje cel zapewnienia obywatelom opieki zdrowotnej i sanitarno-epidemiologicznej. W strukturze polskiej służby zdrowia, jako nadrzędny podmiot występuje Ministerstwo Zdrowia. Wymienić można państwową oraz prywatną opiekę zdrowotną. Przy czym, jako podstawowe prawa zagwarantowane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej jest prawo do ochrony zdrowia oraz do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. I tak, zgodnie z art. 68 Konstytucji RP „każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”.

Kapitał ludzki jest uznawany jako kluczowy czynnik rozwoju współczesnej gospodarki. Dlatego jednym z istotnych priorytetów strategii rozwoju gospodarczego państwa jest kwestia poprawy zdrowia i kondycji społeczeństwa. Podkreśla się, że zdrowi obywatele pracują wydajniej i dłużej, są bardziej kreatywni, innowacyjni oraz zadowoleni z pracy i z życia prywatnego. Generują znacznie większe dochody indywidualne a tym samym powodują wpływ podatków do budżetu. Ochronę zdrowia należy zatem traktować jako inwestycję w człowieka i w państwo, a nie jako źródło znacznych wydatków budżetowych.<sup>36</sup>

### **Szczeble decyzyjne w procesie zarządzania w służbie zdrowia**

Zarządzanie w ochronie zdrowia w skali kraju realizowane jest na poziomie trzech szczebli decyzyjnych<sup>37</sup>:

- systemu krajowego (organy centralne) – poziom makro,
- regionu (województwo) – poziom mezo,
- poszczególnych jednostek sektora ochrony zdrowia – poziom mikro.

Decyzje podejmowane na szczeblu makro określają ramy działania i stanowią wytyczne dla organizacji na poziomach mezo i mikro określając ramy ich działania w zakresie realizacji celu całego systemu. Zarządzanie na szczeblu mezo, szczególnie głównego płatnika w gestii którego znajduje się obecnie ok. 90% publicznych środków finansowych w skali systemu ochrony zdrowia w Polsce (oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia), ukierunkowane na sprawne i skuteczne osiągnięcie celów organizacji, nie spotkało się z szerszym zainteresowaniem w opisanu i usystematyzowaniu zagadnienia. Natomiast zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej stanowi dziś odrębną gałąź zarządzania<sup>38</sup> o bogatej literaturze przedmiotu. Przy czym, zagadnienie zarządzania zdrowiem w miejscu pracy, nabiera istotnego znaczenia, firmy w ramach systemu motywacyjnego oferują dodatkową opiekę zdrowotną swoim pracownikom. Ten czynnik motywacyjny spotyka się z coraz większym zainteresowaniem ze strony pracowników i firm.

### **Wybrane dane ekonomiczne wpływające na warunki zarządzania w służbie zdrowia**

Jak wynika z licznych badań, analiz i statystyk poziom rozwoju gospodarczego oraz jakości i przewidywana długość życia społeczeństwa są ściśle powiązane<sup>39</sup>. Otóż, 1-procentowy wzrost przewidywanej długości życia oznaczał wzrost PKB per capita na poziomie 5%. Ten związek nie jest jednostronny. Dla większości badanych państw wykazano również ścisłą zależność pomiędzy poziomem PKB oraz PKB per capita a spodziewaną długością życia. Podkreślić należy, że rozwój gospodarczy nie jest jedynym czynnikiem mającym wpływ na przewidywaną długość życia ludności,

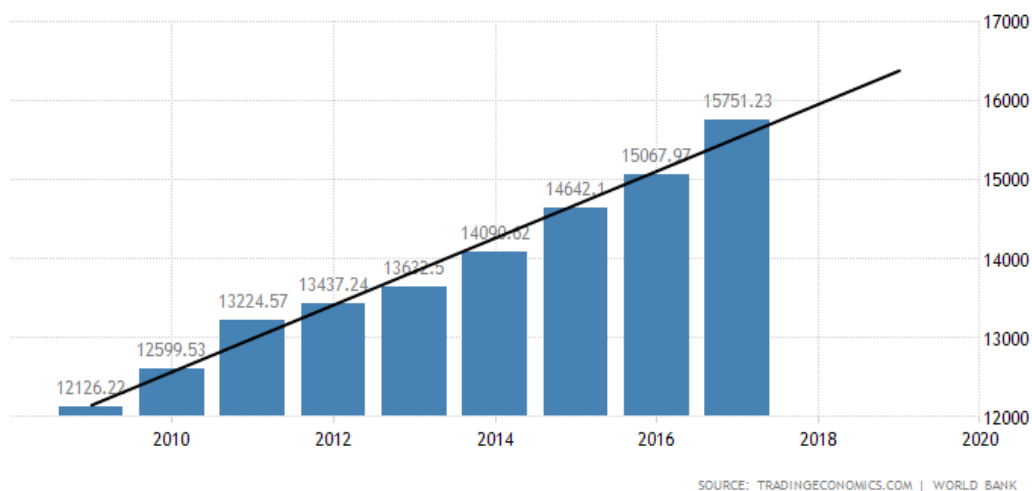
<sup>36</sup> Szynek, A. Raport: *Innowacyjność w sektorze ochrony zdrowia w Polsce* / A. Szynek, J. Karasek. – Warszawa, wrzesień, 2016. – S. 6.

<sup>37</sup> Hass-Synotiuk, M. *Sprawozdawczość finansowa i niefinansowa zakładów opieki zdrowotnej na potrzeby zarządzania* / M. Hass-Synotiuk, P. Mużko, H. Jakimowicz [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie-kontrola-ocena* // Zeszyty Naukowe – Nr 478. – Prace katedry Rachunkowości nr 30. – Szczecin: Uniwersytet Szczeciński, 2007.

<sup>38</sup> Padzioch, S. *Systemy zdrowotne, zarys problematyki* / S. Padzioch, C. Włodarczyk. – Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2003. – S. 31.

<sup>39</sup> [Electronic resource]. – Mode of access: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality\\_of\\_life\\_indicators\\_-\\_health](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_indicators_-_health), Swift R. *The relationship between health and GDP in OECD countries in the very long run*, *Health Econ.* 2011 Mar;20(3):306-22. doi: 10.1002/hec.1590, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20217835>.

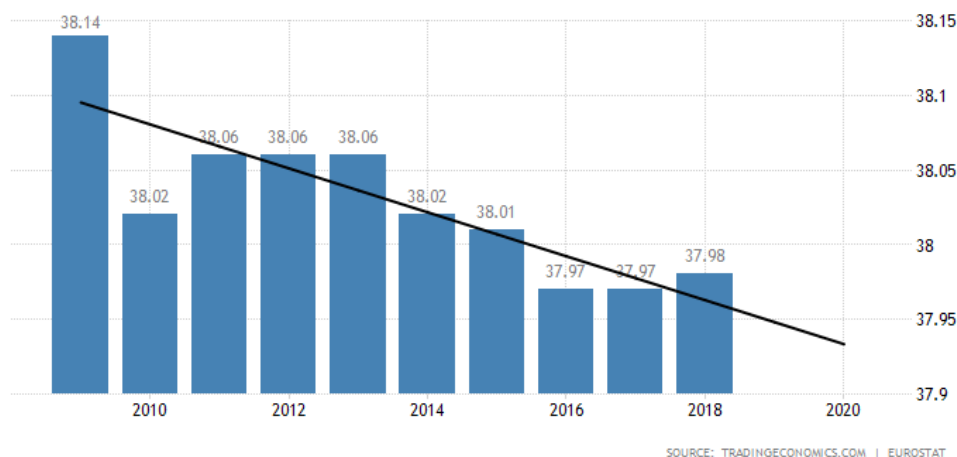
ale jego rola jest bardzo ważna. O tym, jak duże znaczenie ma poziom rozwoju gospodarczego na czas i jakość życia przekonuje m.in. raport WHO<sup>40</sup>. Wynika z niego, że średnia przewidywana długość życia dla osób urodzonych w 2015 r. wynosi ok. 71,4 lat. Jednak, aż dla 29 państw ta liczba przekracza 80 lat. Zaznaczyć należy, że wszystkie z nich to państwa wysoko rozwinięte. Po drugiej stronie znajdują się 22 kraje, dla których średnia przewidywana długość życia ludzi nie przekracza 60 lat. Dla przykładu, są to biedne państwa z regionu Afryki subsaharyjskiej.<sup>41</sup>



**Wykres 1 – Polska - PKB per capita**

Źródło: <https://pl.tradingeconomics.com/poland/indicators>.

Podobnie sytuacja przedstawia się w kategorii jakości życia, mierzonej pod względem liczby przewidywanych lat życia w zdrowiu, i wynosi ona aż 63,1 lat. Bogatsze regiony prezentują lepsze wyniki. Liderami z liczbą lat życia w zdrowiu przekraczającą 67 lat, są kraje europejskie, USA i państwa Dalekiego Wschodu oraz Australii. Zdecydowanie gorzej wypadają państwa Afrykańskie – średnia przewidywana długość życia dla tego regionu wynosi ok. 52 lata.



**Wykres 2 – Polska – Populacja**

Źródło: <https://pl.tradingeconomics.com/poland/indicators>.

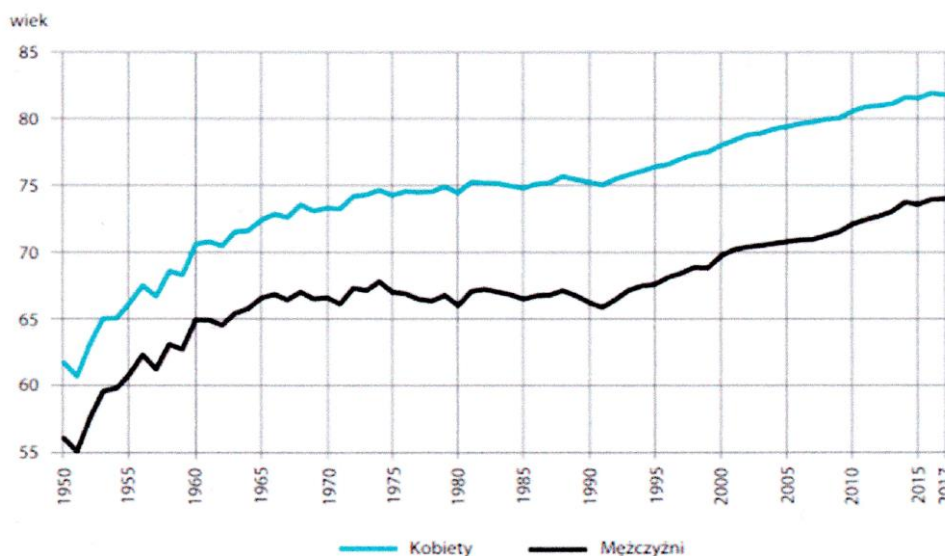
Nie bez znaczenie jest także prezenteizm<sup>42</sup> i absenteizm osób chorych oraz ich opiekunów. Wpływa to w dużym stopniu na koszty pośrednie obrazujące wartość utraconej produktywności związanej z niemożnością wykonywania pracy przez osoby chore i ich opiekunów. Wpływa to na

<sup>40</sup> World Health Statistics: Monitoring Health for the SDGs [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/en/>.

<sup>41</sup> Sznyk, A. Raport: *Innowacyjność w sektorze ochrony zdrowia w Polsce* / A. Sznyk, J. Karasek. – Warszawa, wrzesień 2016. – S. 6-10.

<sup>42</sup> Prezenteizm – niezdrowa nadobecność w miejscu zatrudnienia.

stabilność finansową sektora publicznego. Spowodowana chorobą utracona produktywność prowadzi do wytworzenia PKB mniejszego niż byłby możliwy do uzyskania w sytuacji braku choroby, czego konsekwencją są mniejsze wpływy publiczne, w szczególności z podatków przede wszystkim dochodowego od osób fizycznych (PIT), dochodowego od osób prawnych (CIT), podatku pośredniego (VAT oraz akcyzy) oraz składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne. W efekcie, większe obciążenie chorobami generuje nie tylko wyższe wydatki na świadczenia zastępujące utracony na skutek choroby dochód gospodarstw domowych, lecz również przyczynia się do zmniejszenia dochodów publicznych, służących sfinansowaniu świadczeń medycznych.<sup>43</sup>



Wykres 3 – Przeciętna długość życia w Polsce

Źródło: raport GUS

Kolejnym ważnym zagadnieniem jest to, że z roku na rok Polacy żyją coraz dłużej. Jak wynika z informacji podanych przez GUS, w 2017 roku panowie żyli średnio 74 lata, a panie – 82 lata. To kolejno wzrost o 7,8 i 6,6 lat od 1990 roku. Na ostateczny wiek Polaków mają wpływ różne czynniki.<sup>44</sup>

Tabela 1. Ludność, ruch naturalny i migracje w Polsce

Lata	Ludność (31.12)	Urodzenia żywe	Zgony		Przyrost naturalny	Małżeństwa	Rozwody	Saldo migracji zagranicznych
			ogółem	w tym zgony niemowląt				
w tysiącach								
2016	38433	382,3	388,0	1,5	-5,8	193,5	63,5	1,5
2017	38434	402,0	402,9	1,6	-0,9	192,6	65,3	1,4
Współczynniki na 1000 ludności								
2016	-0,0 <sup>b</sup>	9,9	10,1	4,0 <sup>c</sup>	-0,2	5,0	1,7	0,0
2017	0,0 <sup>b</sup>	10,5	10,5	4,0 <sup>c</sup>	-0,0	5,0	1,7	0,0

<sup>43</sup> Sznyk, A. Raport: *Innowacyjność w sektorze ochrony zdrowia w Polsce* / A. Sznyk, J. Karasek. – Warszawa, wrzesień 2016. – S. 16.

<sup>44</sup> Tamże.

Źródło: raport GUS

Niestety, chociaż społeczeństwo polskie żyje dłużej, to ogólna liczba ludności spada (wykres 2). W raporcie GUS widzimy, że najbardziej istotną charakterystyką obecnej sytuacji demograficznej Polski jest utrzymujący się od 2012 roku ubytek rzeczywistej ludności. „W latach 2012–2017 liczba ludności kraju zmniejszyła się o ponad 104 tys. osób (po obserwowanym wzroście w okresie 2008–2011), zaś największy ubytek nastąpił w 2015 roku (–41 tys. osób).”

### **Unia Europejska na rzecz poprawy sytuacji w ochronie zdrowia w Europie**

Warto zauważyć, że Unia Europejska podejmuje szereg inicjatyw na rzecz poprawy sytuacji w ochronie zdrowia w Europie. Przykładem może być program „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego” na lata 2014–2020. Jest to już trzeci wieloletni program działania UE na rzecz zdrowia. Zakłada on 4 cele szczegółowe:

- Promocja zdrowia, profilaktyka chorób i tworzenie środowisk sprzyjających prowadzeniu zdrowego stylu życia, z uwzględnieniem zasady „zdrowie we wszystkich politykach”.
- Ochrona obywateli Unii przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi.
- Zwiększanie innowacyjności, efektywności i stabilności systemów opieki zdrowotnej.
- Ułatwianie obywatelom Unii dostępu do lepszej i bezpieczniejszej opieki zdrowotnej.

Na realizację tego programu przeznaczono 449 mln euro rocznie. Środki mają być skierowane na dotacje i zamówienia publiczne w celach reform systemów opieki zdrowotnej państw UE. Zgodnie z założeniem programu jednym z elementów, który ma zapewnić skuteczność działań jest łączenie zasobów i know-how różnych państw, by wspólnie rozwiązywać istniejące problemy systemów opieki zdrowotnej. Wykorzystanie podejścia łączenia wiedzy i doświadczenia z różnych krajów powinno mieć zastosowanie jednak nie tylko w przypadku realizacji tego programu. Warto z niego korzystać także w szerszej perspektywie, np. w procesie oceny funkcjonowania krajowych systemów opieki zdrowia przy uwzględnieniu ich specyfiki, ponieważ musi być wyznaczona i realizowana strategia działania w sektorze ochrony zdrowia.

### **Bibliografia**

1. Sznyk, A. Raport: *Innowacyjność w sektorze ochrony zdrowia w Polsce* / A. Sznyk, J. Karasek. – Warszawa, wrzesień 2016.
2. Hass-Synotiuik, M. *Sprawozdawczość finansowa i niefinansowa zakładów opieki zdrowotnej na potrzeby zarządzania* / M. Hass-Synotiuik, P. Mużko, H. Jakimowicz [w:] *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie-kontrola-ocena*. Zeszyty Naukowe. – Nr 478, Prace katedry Rachunkowości nr 30. – Szczecin: Uniwersytet Szczeciński, 2007.
3. Padzioch, S. *Systemy zdrowotne, zarys problematyki* / S. Padzioch, C. Włodarczyk. – Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2003.
4. [Electronic resource]. – Mode of access: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality\\_of\\_life\\_indicators\\_-\\_health](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_indicators_-_health), Swift R. *The relationship between health and GDP in OECD countries in the very long run*, *Health Econ.* 2011 Mar;20(3):306-22. doi: 10.1002/hec.1590, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20217835>.
5. World Health Statistics: Monitoring Health for the SDGs [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/en/>.
6. Sznyk, A. Raport: *Innowacyjność w sektorze ochrony zdrowia w Polsce* / A. Sznyk, J. Karasek. – Warszawa, wrzesień 2016.