

Regulacyjne determinanty stabilności gospodarki ochrony zdrowia w warunkach niepewności i kryzysów

1. Wstęp

Rola państwa w życiu społeczno – gospodarczym, wydaje się bezdyskusyjna. Wprawdzie wiele teorii i klasyków, opowiada się za swobodą gospodarczą, to jednak zapewnienie obywatelom praw nadanych konstytucyjnie, wymaga ingerencji, stojąc na staży chociażby praw konsumentów. Ścierające się poglądy, na przemian keynesizmu i monetaryzmu, podnosiły problematykę sprawności systemu gospodarczego, rynku i państwa. Kluczowe znaczenie ma tutaj polityka gospodarcza, zwłaszcza w aspekcie pojawiającego się kryzysu gospodarczego. Wydaje się, że żadne ze skrajnych poglądów nigdy nie będą się sprawdzały. Koncepcje liberalne, promujące samoregulację rynku, uznające interwencję państwa za zbędną, nie zawsze będą miały poparcie, ale też stawiany po drugiej stronie szali interwencjonizm państwowy, jest w wielu aspektach krytykowany.

Obecność państwa w gospodarce, często utożsamiana jest przez ekonomistów z zawodnością rynku, choć istnieje jednocześnie przekonanie, iż wolny rynek nie jest w stanie dostarczyć określonej grupy dóbr, a zwłaszcza *dóbr publicznych* na odpowiednio wysokim poziomie. Jak wskazuje P. Łagowski, termin ten został, po raz pierwszy użyty przez F. M. Bator w 1958 roku w artykule *The anatomy of market failure*, i miał się stać uzasadnieniem istnienia aparatu państwowego, w tym przymusu podatkowego. Łagowski w swoim artykule podejmuje szeroką dyskusję nad tym, czy świadczenie zdrowotne jest dobrem publicznym, czy *de facto*, ma charakter dóbr prywatnych, choć podkreśla, w polemice iż państwa na świecie ingerują w ochronę zdrowia, utrzymując system w sferze publicznej. (Łagowski, 2013) Można się tutaj odnieść do pracy K. J. Arrow'a, która tłumaczy konieczność interwencjonizmu, biorąc pod uwagę niepewność i ryzyko, występujące chociażby w sektorze ochrony zdrowia, szczególnie widoczne w cechach tego rynku. Łagowski podkreśla, iż popyt na świadczenia, w tej strefie jest nieregularny i nieprzewidywalny, ze względu na to, iż zależy od stanu zdrowia pacjenta. Nie ma również możliwości oceny jakości usługi, ze względu na zjawisko *asymetrii informacji*. Równocześnie sfera podaży, jest ograniczona z uwagi na reglamentowanie zawodu lekarza. Jak wskazuje dodatkowo Arrow, szczególne uwarunkowania rynkowe, dyskwalifikują możliwość optymalnej alokacji zasobów za pomocą mechanizmu rynkowego, a można to jedynie uzyskać przez interwencję państwa. (Łagowski, 2013)

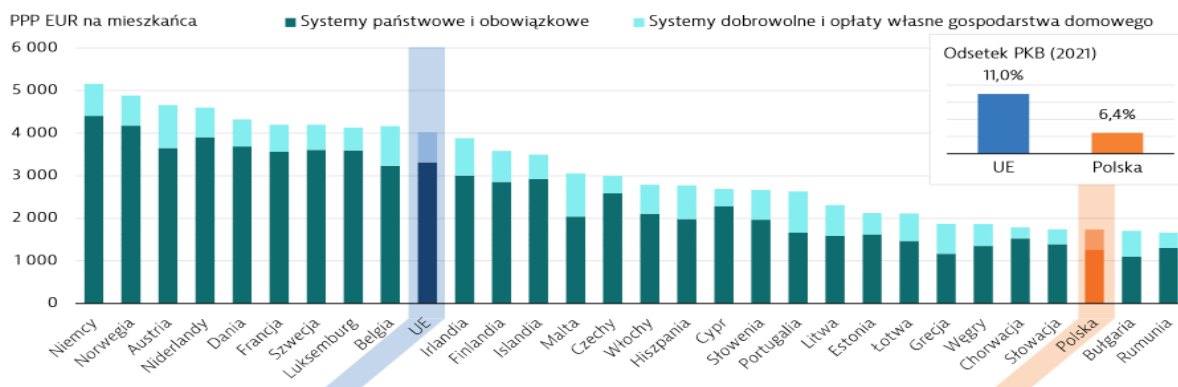
Biorąc pod uwagę polski system opieki zdrowotnej, państwo poprzez zadania realizowane przez Ministerstwo Zdrowia (właściwe w sprawach polityki zdrowotnej), ma nadzór nie tylko nad ochroną zdrowia i zasadami organizacji opieki zwrotnej, ale także nad Narodowym Funduszem Zdrowia, wykonywaniem zawodów medycznych, organizacją i nadzorem nad systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego czy opracowywaniem i koordynowaniem programów zdrowotnych. (Kancelaria Senatu, 2018)

2. Rola państwa w regulację gospodarki ochrony zdrowia

2.1. System finansowania opieki zdrowotnej w Polsce

Dokonując analizy obszaru sektora usług, należy podkreślić, iż system opieki zdrowotnej w Polsce opiera się na modelu ubezpieczeniowym i jest finansowany ze składek zdrowotnych obywateli, odprowadzanych przez ZUS do publicznego płatnika, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Jak donosi Raport OECD *State of Health in the EU 2023*, formalnie objętych powszechnym ubezpieczeniem jest 91% populacji (w opinii autorów raportu nie jest to wiele). Niezadowolające są również dane odnoszące się do całłościowych wydatków na opiekę zdrowotną, która w 2021 roku była jedną z najniższych w Europie, zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca jak i odsetka PKB (6,4%, wykres 1). (Raport OECD, 2023)

Wykres 1. Wydatki na ochronę zdrowia, dane 2021 rok



Źródło: (Raport OECD, 2023)

Według szacunków Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2023 roku wyniosły 241,6 mld zł, co stanowiło 7,1% PKB.

Tabela 1. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według Narodowego Rachunku Zdrowia*

Rok	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia								Produkt krajowy brutto w mln zł
	Ogółem		Wydatki publiczne (HF.1)		Wydatki prywatne ^a (HF.2)		Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych (HF.3)		
	w mln zł	w % PKB	w mln zł	w % PKB	w mln zł	w % PKB	w mln zł	w % PKB	
2013	105 635,1	6,5	74 639,1	4,6	6 018,1	0,4	24 977,9	1,5	1 630 126
2014	107 457,9	6,3	75 928,6	4,5	6 679,0	0,4	24 850,2	1,5	1 700 552
2015 ^b	115 177,4	6,4	80 329,4	4,5	8 314,1	0,5	26 533,9	1,5	1 798 471
2016 ^b	121 774,1	6,6	84 415,0	4,6	9 571,9	0,5	27 787,2	1,5	1 853 205
2017	130 535,8	6,6	90 445,5	4,6	10 411,1	0,5	29 679,2	1,5	1 982 794
2018	134 244,4	6,3	95 977,1	4,5	10 854,2	0,5	27 413,2	1,3	2 126 506
2019	147 838,5	6,5	106 113,9	4,6	12 022,7	0,5	29 701,9	1,3	2 288 492
2020	151 873,5	6,5	109 752,7	4,7	12 452,3	0,5	29 668,4	1,3	2 337 672
2021	169 418,4	6,4	122 767,2	4,7	13 026,0	0,5	33 625,3	1,3	2 631 302
2022 ^c	196 205,1	6,4	144 639,4	4,7	14 602,3	0,5	36 963,4	1,2	3 074 798
2023 ^d	241 617,4	7,1	197 818,2	5,8	5 220,3	0,2	38 578,9	1,1	3 410 137

*Narodowy Rachunek Zdrowia, obejmuje bieżące wydatki na zdrowie, zarówno publiczne, jak i prywatne, natomiast nakłady publiczne na ochronę zdrowia, odnoszą się wyłącznie do środków publicznych i nie ograniczają się jedynie do wydatków bieżących oraz nie obejmują wydatków samorządowych.

a- Dane, bez wydatków gospodarstw domowych,

b- Dane aktualizowane zgodnie z bazą OECD <https://data-explorer.oecd.org/> na dzień 09.07.2024 r

c- Wstępne dane NRZ

d- Wstępne szacunki

Źródło: GUS 2023

W odniesieniu do struktury wydatków (według klasyfikacji ICHA – HF), za 2022 rok, według Narodowego Rachunku Zdrowia: (GUS, Raport 2023, s. 3)

- Wydatki publiczne stanowiły 73,7% wydatków bieżących na ochronę zdrowia, w tym
 - Systemy rządowe i samorządowe – 10,5%
 - Systemy obowiązkowych, składowych ubezpieczeń zdrowotnych – 63,2%
- Wydatki prywatne, stanowiły 26,3%, w tym: system bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych wyniósł – 18,8% wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia.

Szczegółowe dane za lata 2013 – 2022, przedstawione zostały w tabeli 2. Warto zauważyć, iż w okresie pandemii Covid-19, wydatki prywatne, były najwyższe w przedstawianym okresie i sięgnęły poziomu 8,2%. Oznacza to, iż w opinii obywateli zabezpieczenie państwa było niewystarczające a w obliczu tak dużego zagrożenia, mieszkańcy samodzielnie pokrywali koszty świadczeń.

Ponadto struktura wydatków przedstawiona w tabeli 2 wskazuje, iż finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce ma bardziej charakter mieszany. Filarem są obowiązkowe składki finansowane z dochodów obywateli z wysokości 9% podstawy jej wymiaru.¹ Natomiast uzupełnieniem, pozostałe źródła w szczególności prywatne. W kontekście funkcji państwa, odnoszącego się do bezpieczeństwa zdrowotnego, niewątpliwie zaletą systemu opartego na składkach jest solidarność społeczna, która oznacza powszechną dostępność, bez względu na poziom zamożności (dla osób ubezpieczonych), oraz koordynacja polityki zdrowotnej. Wadą – nadmierna biurokracja, pogłębiająca się różnica w dostępie do świadczeń finansowanych ze środków prywatnie oraz to, że świadczeniobiorcy, mimo możliwości wyrażenia swojej opinii, nie mają wpływu na jakość udzielanych świadczeń. Przy takiej sytuacji w sektorze i mając szczególnie na uwadze długi okres oczekiwania na realizację usługi, pacjenci przechodzą do sektora prywatnego, gdzie mimo konieczności ponoszenia wysokich opłat za badania, konsultacje czy zabiegi uzyskują wyższą jakość usług (zauważalna jest tutaj nierówność w dostępie, uzależniona od poziomu dochodów).

¹ Podstawa wymiaru, to kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa od kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw włącznie z wypłatami z zysku. Wysokość ta jest określana co kwartał, obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie *przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, włącznie z wypłatami z zysku*, wydawane w związku z art. 5 pkt 31 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z obwieszczeniem Prezesa GUS z 22 kwietnia 2025 r przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw, włącznie z wypłatami z zysku, w pierwszym kwartale 2025 roku wynosiło 8736,49 złotych co powoduje, iż ubezpieczenie zdrowotne za miesiące kwiecień, maj i czerwiec 2025 roku wynosiło 786,28 zł. (NFZ, <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/ubezpieczenia-w-nfz/> pobrano dnia 16 czerwca 2025 roku)

Tabela 2. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według systemów finansowania (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)

Rok	Ogółem	HF.1	HF.1.1	HF.1.2	HF.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4
		Wydatki publiczne	Systemy rządowe i samorządowe	Systemy obowiązkowych, składowych ubezpieczeń zdrowotnych	Wydatki prywatne ^a	Systemy dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych	Systemy instytucji niekomercyjnych działających na rzecz gospodarstw domowych (NPISH)	Systemy finansowania przez przedsiębiorstwa	System bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych	Zagraniczne systemy finansowania (reszta świata)
	w mln zł									
2013	105 635,1	74 639,1	10 533,6	64 105,6	6 018,1	4 237,9	1 166,7	613,5	24 977,9	-
2014	107 457,9	75 928,6	10 016,6	65 912,0	6 679,0	4 868,9	1 130,1	680,0	24 850,2	-
2015 ^b	115 177,4	80 329,4	10 897,0	69 432,4	8 314,1	5 752,1	1 199,9	1 362,1	26 533,9	-
2016 ^b	121 774,1	84 415,0	11 828,3	72 586,7	9 571,9	6 540,2	1 087,8	1 943,9	27 787,2	-
2017	130 535,8	90 445,5	13 515,1	76 930,4	10 411,1	7 361,3	1 437,6	1 612,2	29 679,2	-
2018	134 244,4	95 977,1	13 381,8	82 595,3	10 854,2	8 196,6	1 560,3	1 097,3	27 413,2	-
2019	147 838,5	106 113,9	14 693,6	91 420,3	12 022,7	9 166,5	1 642,4	1 213,8	29 701,9	-
2020	151 873,5	109 752,7	14 939,4	94 813,3	12 452,3	9 023,9	2 222,6	1 205,8	29 668,4	-
2021	169 418,4	122 767,2	25 639,3	97 127,8	13 026,0	9 745,0	2 262,7	1 018,2	33 625,3	-
2022 ^c	196 205,1	144 639,4	20 678,1	123 961,3	14 602,3	10 636,2	2 803,5	1 162,6	36 963,4	-
	w %									
2013	100,0	70,7	10,0	60,7	5,7	4,0	1,1	0,6	23,6	-
2014	100,0	70,7	9,3	61,3	6,2	4,5	1,1	0,6	23,1	-
2015	100,0	69,7	9,5	60,3	7,2	5,0	1,0	1,2	23,0	-
2016	100,0	69,3	9,7	59,6	7,9	5,4	0,9	1,6	22,8	-
2017	100,0	69,3	10,4	58,9	8,0	5,6	1,1	1,2	22,7	-
2018	100,0	71,5	10,0	61,5	8,1	6,1	1,2	0,8	20,4	-
2019	100,0	71,8	9,9	61,8	8,1	6,2	1,1	0,8	20,1	-
2020	100,0	72,3	9,8	62,4	8,2	5,9	1,5	0,8	19,5	-
2021	100,0	72,5	15,1	57,3	7,7	5,8	1,3	0,6	19,8	-
2022 ^c	100,0	73,7	10,5	63,2	7,4	5,4	1,4	0,6	18,8	-

a-bez wydatków bezpośrednich z gospodarstw domowych

b-dane zaktualizowane zgodnie z bazą OECD <https://data-explorer.oecd.org/> na dzień 09/07/2024

c-dane wstępne NFZ

Źródło: GUS, Raport 2023a

2.2. Ramy prawne i jakościowe dla świadczeniodawców

Ingerencja państwa w sferę gospodarki, może odbywać się przy wykorzystaniu różnych instrumentów. P. Białynicki – Birula wyodrębnia aspekt realny i regulacyjny. Realny oznacza działalność prowadzoną przez instytucje państwowe i należące do państwa przedsiębiorstwa a regulacyjny na wpływie państwa na podmioty gospodarcze. Zaprezentowany przez autora podział dualny, należy ponadto uzupełnić o interwencję o charakterze finansowym (Białynicki – Birula, 2007, s. 62). Odniesienie tych instrumentów do ochrony zdrowia, podyktowane jest gwarancją konstytucyjną obywateli do jej ochrony wynikającą z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Interwencja regulacyjna, najczęściej omawiana w literaturze przedmiotu, utożsamiana jest z legislacją. Zadania władz publicznych w aspekcie opieki zdrowotnej, odnoszą się do zapewnienia równego dostępu do świadczeń i obejmują przede wszystkim sferę warunków funkcjonowania systemu i jego finansowania. Tym samym podkreślenia wymaga fakt, iż sfera zarządzania usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jest suwerenną kwestią każdego państwa zawartego w polityce zdrowotnej i nawet Unia Europejska w pkt 7, art. 168 Traktatu *o funkcjonowaniu Unii Europejskiej*, zrzeka się uprawnień władczych, na rzecz wsparcia koordynacji polityk i programów zdrowia.

W zakresie funkcji regulacyjnych państwa, w odniesieniu do obszaru ochrony zdrowia, można mieć różne, nawet skrajne oceny. Z jednej bowiem strony obserwowane są pozytywne zjawiska związane z tworzeniem ram prawnych i jakościowych dla świadczeniodawców, z drugiej funkcja regulacyjna w zakresie chociażby kształcenia lekarzy czy wyboru określonej specjalizacji, jest już dyskusyjna. Są to oczywiście tylko nieliczne, ale jak istotne przykłady sfery regulacji. W odniesieniu do ram prawnych i norm jakościowych, mają one bezpośredni wpływ na jakość udzielanych świadczeń a tym samym na dobrostan społeczny. Dwoma podstawowymi miarami, będą tutaj bezpieczeństwo pacjentów i efektywność systemu.

Odnosząc się do omawianej problematyki, poruszę przykład regulacji wprowadzonych ustawą z dnia 16 czerwca 2023 roku *o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta* (Dz. U. 2023 poz. 1692). Ustawodawca określił w niej obszary kliniczny, konsumencki i zarządczy, które następnie już w formie wskaźników jakościowych są monitorowane przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Kwestie szczegółowe w tym zakresie, zostały doprecyzowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2024 roku *w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej* (Dz. U. 2024 poz. 1349). Powyżej zarysowane uregulowania są przykładem rozwiązań regulacyjnych, gdzie z jednej strony państwo stara się wprowadzić obowiązkowe działania, w postaci wewnętrznych systemów jakości do podmiotów leczniczych, korzystających ze środków publicznych, z drugiej zaś, okazuje się, że część wymaganych wskaźników jest bardzo subiektywna a polecane miary oceny, nie dają możliwości realizacji głównego celu, jakim jest bezpieczeństwo pacjentów. Zwłaszcza obszar konsumencki pozostawia w tej materii wiele do życzenia, biorąc pod uwagę chociażby wskaźnik rekomendacji świadczeniodawcy przez pacjenta, mierzony poziomem jego zadowolenia. Wydawać by się mogło, że obszar tak istotny z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej (kreowany dla pacjenta i

zapewnienia mu dostępu do świadczeń), zostanie potraktowany priorytetowo. Rekomendowane przez Ministerstwo Zdrowia narzędzie do pomiaru, zostało przygotowane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie i w zakresie budowy samego instrumentu, jest wadliwy. Podmioty lecznicze, zgodnie z rekomendacją dokonują pomiaru, polecanym narzędziem, natomiast wyniki z punktu widzenia wdrożenia działań naprawczych są bezużyteczne. Zamysł w sferze pomiaru i kontroli jakości jest słuszny, istotnym jest jednak, aby przygotowane narzędzie ze strony państwa, dawało realny efekt, a nie było tylko regulacją obciążającą świadczeniodawcę. A przecież zwiększenie efektywności działania samego podmiotu leczniczego jest możliwe, przy właściwym wdrożeniu standardów akredytacyjnych, co akurat w systemie polskim, jest działaniem dobrowolnym. Istotnym staje się nie tyle opracowanie analiz, przykładowo: odmów przyjęć, przedłużonego pobytu, zgonów okołoperacyjnych czy przyczyn rehospitalizacji, dla poszczególnych oddziałów lub całego podmiotu, co właściwe zrozumienie powodu ich przygotowywania. Przedkładanie wizytatorom samych statystyk oddziałowych jest dalej działaniem nieskutecznym. Dopiero głębsza analiza lekarzy, przy udziale kierowników ds. jakości, może pokazać możliwości prowadzenia bardziej efektywnego leczenia. I tak przykładowo przedłużające się pobyty pacjentów na oddziałach, mogą być spowodowane uwarunkowaniami po stronie pacjenta, od trudności diagnostycznych i konieczności jej rozszerzenia, przez wstrząsy septyczne, występujące niedokrwistości po zabiegu czy inne medyczne, ale pojawiają się także problemy socjalne, to znaczy brak możliwości odbioru pacjenta przez rodzinę, miejsca w zakładach opiekuńczo – leczniczych, złe warunki socjalne w miejscu zamieszkania. Są to już pozamedyczne uwarunkowania, które zwiększają koszty pobytu pacjenta na oddziale, a tym samym dla podmiotu. Dłuższy pobyt w zakładzie, nie rozwiązuje sytuacji rodzinnej i materialnej chorego a blokuje miejsce na oddziale, uniemożliwiając obsługę kolejnych, co wydłuża czas oczekiwania na przyjęcie i powoduje ogólne społeczne niezadowolenie.

Przedstawiony przypadek, doprowadza do refleksji, iż kluczowe jest znalezienie równowagi między zapewnieniem wysokich standardów leczenia, uelastycznieniem podejścia do zmieniających się potrzeb rynku i obciążeniami dla świadczeniodawców. Pamiętać należy, iż państwo w swoich gwarancjach konstytucyjnych, ma na celu zapewnienie jak najlepszego efektu leczniczego/ zdrowotnego, przy wykorzystaniu możliwych do osiągnięcia zasobach.

2.3. Regulacje dotyczące kształcenia kadr medycznych

Deficyt kadr medycznych, jest od wielu lat stałym punktem debat o niewydolności polskiego systemu opieki zdrowotnej i głównym powodem, zaprzestania realizacji świadczeń przez oddziały i poradnie, szczególnie w publicznych podmiotach leczniczych. Nie jest to jedyny problem. Jak donosi Raport Najwyższej Izby Kontroli (NIK), z 2023 roku *Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia*, poza niedoborem kadr medycznych, mamy w Polsce niekorzystną strukturę wiekową personelu medycznego, co skutkuje brakiem zastępowalności pokoleń. (NIK, 2023, s.6)

Statystyki odnoszące się do grupy zawodowej lekarzy, nie napawają optymizmem. Dane zawarte w tabeli 3. zaczerpnięte z raportu GUS, *Zasoby kadrowe w wybranych zasobach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2023 roku*, wskazują, iż grupa lekarzy po 50 roku życia, przyjmująca pacjentów, jest dominującą. Jest to o tyle niepokojące zjawisko, iż raport NIK wskazał, iż w 2022 roku liczba lekarzy przyjętych na specjalizację w trybie rezydenckim w 2022 roku, była niższa niż w 2020 i 2021. Widocznym jest więc, iż brak systemowych rozwiązań w tym zakresie, może pogłębić sytuację coraz bardziej zagrażającą bezpieczeństwu pacjentów. Wprawdzie uczelnie prywatne zaczęły kształcić studentów, na wydziałach lekarskich, jednak kontrole akredytacyjne, wstrzymały ten proces, wskazując na brak wystarczającej jakościowo kadry naukowej, co naruszało art. 73 ust 2 w związku z art. 120 ust 2 *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*. (NIK, 2023)

Tabela 3. Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem według płci i grup wieku, stan na 31.12.2023 r.

Wiek w latach	2022			2023		
	razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety
w liczbach bezwzględnych						
Razem	131 426	54 348	77 078	141 452	58 416	83 036
20-29	14 680	5 536	9 144	17 630	6 600	11 030
30-39	29 112	10 677	18 435	31 063	11 363	19 700
40-49	20 720	8 280	12 440	21 509	8 343	13 166
50-59	29 234	13 288	15 946	29 438	13 440	15 998
60-69	25 998	11 535	14 463	27 190	12 170	15 020
70-79	9 799	4 145	5 654	11 717	5 151	6 566
80+	1 883	887	996	2 905	1 349	1 556
w % danej grupy wieku						
Razem	100,0	41,4	58,6	100,0	41,3	58,7
20-29	100,0	37,7	62,3	100,0	37,4	62,6
30-39	100,0	36,7	63,3	100,0	36,6	63,4
40-49	100,0	40,0	60,0	100,0	38,8	61,2
50-59	100,0	45,5	54,5	100,0	45,7	54,3
60-69	100,0	44,4	55,6	100,0	44,8	55,2
70-79	100,0	42,3	57,7	100,0	44,0	56,0
80+	100,0	47,1	52,9	100,0	46,4	53,6
w % ogółu osób danej płci						
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
20-29	11,2	10,2	11,9	12,5	11,3	13,3
30-39	22,2	19,6	23,9	22,0	19,5	23,7
40-49	15,8	15,2	16,1	15,2	14,3	15,9
50-59	22,2	24,4	20,7	20,8	23,0	19,3
60-69	19,8	21,2	18,8	19,2	20,8	18,1
70-79	7,5	7,6	7,3	8,3	8,8	7,9
80+	1,4	1,6	1,3	2,1	2,3	1,9

Źródło: GUS, 2023b

Wadliwe rozwiązania systemowe w zakresie kształcenia i reglamentacji liczby personelu lekarskiego, skutkują brakiem możliwości zapewnienia ciągłości realizacji świadczeń czy wręcz ograniczają do nich dostęp (w przypadku zamykania oddziałów i poradni czy zmniejszania liczby łóżek szpitalnych, w myśl rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego). Kierownicy podmiotów leczniczych, mimo zapewnienia jak najlepszych

warunków pracy, stoją ciągle pod presją płacową grupy zawodowej lekarzy oraz borykają się z rekrutacją na poszczególne oddziały. Działania przybierające formę sporów zbiorowych czy wypowiedzenia umów o pracę i umów cywilnoprawnych, doprowadzały do podejmowania negocjacji, które w konsekwencji wprawdzie powodowały zapewnienie ciągłości realizacji świadczeń, ale były też powodem rosnącego zadłużenia podmiotów.

Tabela 4. Pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem według płci i grup wieku, stan na 31.12.2023 r

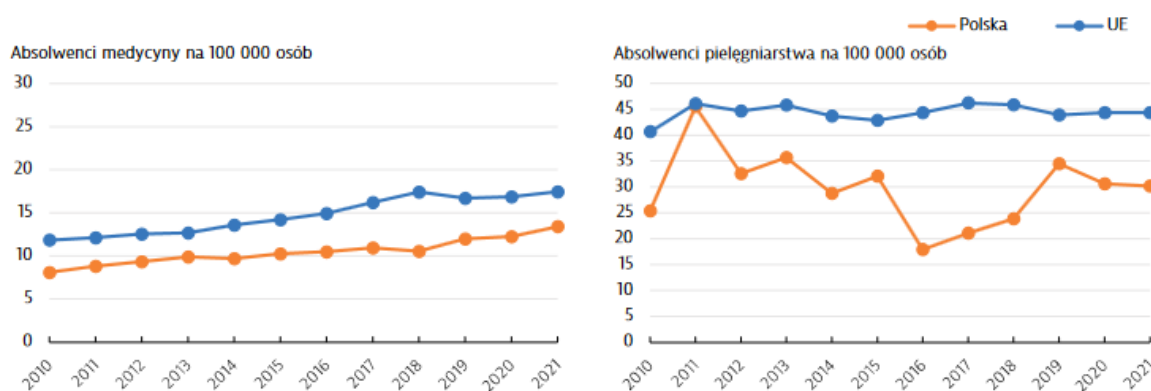
Wiek w latach	2022			2023		
	razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety
w liczbach bezwzględnych						
Razem	214 352	6 942	207 410	216 086	7 588	208 498
20-29	19 716	1 200	18 516	20 640	1 286	19 354
30-39	24 310	2 319	21 991	25 982	2 533	23 449
40-49	45 522	1 920	43 602	41 356	2 120	39 236
50-59	84 069	1 145	82 924	84 218	1 233	82 985
60-69	37 548	349	37 199	39 998	404	39 594
70-79	3 145	9	3 136	3 839	12	3 827
80+	42	0	42	53	0	53
w % danej grupy wieku						
Razem	100,0	3,2	96,8	100,0	3,5	96,5
20-29	100,0	6,1	93,9	100,0	6,2	93,8
30-39	100,0	9,5	90,5	100,0	9,7	90,3
40-49	100,0	4,2	95,8	100,0	5,1	94,9
50-59	100,0	1,4	98,6	100,0	1,5	98,5
60-69	100,0	0,9	99,1	100,0	1,0	99,0
70-79	100,0	0,3	99,7	100,0	0,3	99,7
80+	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0
w % ogółu osób danej płci						
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
20-29	9,2	17,3	8,9	9,6	16,9	9,3
30-39	11,3	33,4	10,6	12,0	33,4	11,2
40-49	21,2	27,7	21,0	19,1	27,9	18,8
50-59	39,2	16,5	40,0	39,0	16,2	39,8
60-69	17,5	5,0	17,9	18,5	5,3	19,0
70-79	1,5	0,1	1,5	1,8	0,2	1,8
80+	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Źródło: GUS, 2023b

Podobnie sytuacja kształtuje się w odniesieniu do grupy zawodowej pielęgniarek i położnych oraz ratowników medycznych. Szczególnie niepokojący jest odsetek pielęgniarek, pracujących bezpośrednio z pacjentem, według wieku. Dominującą grupą są osoby, w wieku 50-59 lat, co w roku 2022 i 2023 utrzymywało się na tym samym 39% poziomie, przy znaczącej grupie osób aktywnych zawodowo po 60 r.ż. Dodatkowo, dokonując szczegółowej analizy, należy pamiętać, iż praca pielęgniarek jest nie tylko pracą związaną z wykonywaniem czynności pielęgnacyjnych, ale często odczuwają one dolegliwości ze strony układu mięśniowo – szkieletowego, spowodowane dźwiganiem pacjentów. Takie uwarunkowania narażają pielęgniarki na kontuzje, choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa, obręczy barkowej i nadgarstków a tym samym powodują absencje chorobową.

Mimo, iż wzrosła liczba uczelni prywatnych, które uzyskały ministerialne akredytacje na kształcenie w tych kierunkach, to jednak cykl nauki oraz w dalszym etapie nabycie umiejętności praktycznych, wiąże się z oczekiwaniem co najmniej 7 – 8 letnim na wykwalifikowanego pracownika. Raport *State of Health in the UE. Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2023*, wskazuje, iż liczba absolwentów medycyny i pielęgniarstwa, stale utrzymuje się na dużo niższym poziomie od średniej UE. (wykres 2)

Wykres 2. Liczba nowych absolwentów medycyny i pielęgniarstwa w Polsce i UE



Źródło: (Eurostat, statystyki OECD 2023)

Działanie rządu zmierzające do poprawy sytuacji, poprzez podwyższanie płacy minimalnej w sektorze zdrowia, nie skorelowane z kontraktem z NFZ, doprowadziły do pogorszenia sytuacji finansowej podmiotów leczniczych. Opisane zjawiska, będące jedynie zarysowaniem problemu nie są dobrym prognostykiem na przyszłość.

3. Zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych w warunkach kryzysu

Ograniczenia wpływu osłabienia gospodarki, podczas czasu kryzysu jest głównym zadaniem państwa. Nie jest ono łatwe a skala zakłóceń uzależniona jest od natężenia zjawiska. Istotnym zadaniem państwa jest przygotowanie rezerw a następnie przekazanie zasobów, tak aby zabezpieczyć:

- właściwą organizację i finansowanie systemu w celu zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych,
- dostępu do kadr medycznych,
- właściwą infrastrukturę do realizacji świadczeń.

Wachlarz tych uwarunkowań jest szerszy a wymienione powyżej są głównymi, które wymagają pilnego zabezpieczenia. Czas kryzysu, to okres szczególny, gdzie punktem wyjścia, jest przygotowanie pakietu aktów prawnych, ułatwiających szybkie podejmowanie decyzji przez organy administracji publicznej,

W okresie pandemii w trybie pilnym, została ogłoszona ustawa *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.). Przedstawiony akt prawny został uzupełniony szeregiem rozporządzeń, które regulowały standardy organizacyjne opieki, w tym możliwość udzielania teleporad w ramach podstawowej opieki zdrowotnej czy postępowania ze zwłokami.

Doświadczenia pandemii, pokazały na ile istotnym jest przygotowanie na etapie wcześniejszym, planów zabezpieczeń, które rozpoczną się właśnie od strony legislacji i dadzą możliwość działania na niższych szczeblach władzy. Na początku kryzysu, podmioty lecznicze zmagaly się bowiem ze zdolnością do zaspokojenia wzrostu popytu, poprzez udostępnienie wystarczającej liczby łóżek, zapewnienia środków ochrony indywidualnej czy potrzebnego sprzętu medycznego: respiratorów, pomp infuzyjnych, sprzętu monitorującego i laboratoryjnego. Niezwykle istotne, stało się również zagwarantowanie dostaw leków: antybiotyków, środków znieczulających, leków resuscytacyjnych i tlenu medycznego.

Słabość systemu ujawniła kontrola NIK, której wyniki zostały opublikowane w 2022 roku (*Informacja o wynikach kontroli. Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii Covid – 19*), pokazując, iż w marcu i kwietniu 2020 roku, dużym problemem była dezinformacja związana ze zmianami w organizacji pracy systemu ochrony zdrowia, kwarantanna personelu medycznego, ograniczenia planowego leczenia, odwoływanie konsultacji i badań. W syntezie wniosków, można zauważyć krytykę nieprzygotowania szpitali, udzielających świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia do reagowania i działania w sytuacji kryzysu. (NIK, 2022)

Oczywiście część decyzji była podejmowana szybko i pokazała ogromną determinację personelu medycznego i paramedycznego. Jednym z pierwszych działań była zmiana profili podmiotów leczniczych. Decyzję taką, podejmowali wojewodowie, na podstawie art. 11 ust 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 roku *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). Polecenia wojewodów, podlegające natychmiastowemu wykonaniu, odnosiły się, do zmiany profilu działalności podmiotu na jednoprofilowy, dedykowany tylko pacjentom zakażonym lub z podejrzeniem zakażenia.

Kazus opieki zdrowotnej, dał silny impuls aparatowi państwowemu do powołania Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych (RARS) (ustawa z dnia 17 grudnia 2020 roku *o rezerwach strategicznych*, Dz. U. 2021, poz. 255). Zadaniem RARS-u jest zapewnienie strategicznych rezerw produktów medycznych, żywności i paliw, nie tylko w czasie pokoju, ale przede wszystkim na wypadek wojny, zagrożenia zdrowia publicznego czy innej sytuacji kryzysowej. I tak w ramach rezerw medycznych, instytucje publiczne oraz obywatele otrzymają leki, surowice, szczepionki, wyroby medyczne jednorazowego użytku czy sprzęt medyczny. RARS jest przygotowany do uruchomienia na wypadek wojny czy klęski żywiołowej rezerw żywnościowych, przy czym dane dotyczące asortymentu, ilości i rozmieszczenia rezerw stanowią informację niejawną. Również w szybkim czasie może powstać niezbędna infrastruktura, albowiem RARS dysponuje maszynami budowlanymi, cysternami do

przewozu wody pitnej, agregatami prądotwórczymi, mostami pływającymi, produktami naftowymi i paliwami.

4. Źródła niepewności i turbulencji w sektorze ochrony zdrowia

Sfera opieki zdrowotnej boryka się nie tylko z problemami natury branżowej, a więc infrastrukturalnej, finansowej czy kadrowej, ale narażona jest także na czynniki makrootoczenia, a więc sytuację ekonomiczną gospodarki (kryzysy ekonomiczne i inflacja, wpływająca na finansowanie ochrony zdrowia), postępujące starzenie się społeczeństwa i wraz z nim rosnące zapotrzebowanie na usługi medyczne czy szybki rozwój technologii medycznych, cyfryzacją i związane z tym wyzwania regulacyjne. Do tego ważnym aspektem jest sytuacja geopolityczna, a więc wojny i migracje. Oczywiście zarysowane trendy wpływają na całą gospodarkę a opieka zdrowotna jest jedynie jej częścią.

4.1. Wyzwania wobec trendów demograficznych

Jak wskazuje G. Gawron skutki starzenia się społeczeństwa mają szeroki zakres, który można interpretować na poziomach analizy mikrospołecznej, mezospołecznej i makrospołecznej. Na pierwszym poziomie wyróżnić należy zmiany w strukturze rodziny, a więc malejący przyrost naturalny, przy jednocześnie obserwowanym zjawisku ludzi samotnych i bezdzietnych wymagających opieki. Obserwowane tutaj jest również zjawisko feminizacji, ze względu na to, iż grupę tą stanowią w przeważającym odsetku kobiety. Na poziomie mezospołecznym podkreśla się znaczenie zmian w otoczeniu, a więc organizację społeczeństwa obywatelskiego, inwestycję w sektor usług publicznych (od komunikacji po usługi społeczne, edukację społeczną) czy nawet organizację przestrzeni publicznych. Wzrasta w tym zakresie zapotrzebowanie na usługi opieki zdrowotnej i sektora zdrowia. Na poziomie makrospołecznym pojawiają się równoległe, kwestie związane z polityką społeczną, finansową, zdrowotną (zmiana sposobu finansowania wydatków publicznych, podatków, wartości wypłacanych emerytur). (Gawron, 2018, s. 29-53).

Jak słusznie zauważa A. Abramowska, starzenie się społeczeństwa jest procesem globalnym i nieodwracalnym, silnie zróżnicowanym regionalnie a im wyższy jest stopień rozwoju społeczno – ekonomicznego kraju, tym wyższe jest zaawansowanie starzenia się ludności. Należy podkreślić, iż starzejąca się struktura demograficzna jest zarówno wynikiem spadku płodności jak i rosnącej oczekiwanej długości życia. (Amramowska, 2011) G. Calot i J. P. Sardon (1999) w swoich badaniach podkreślali, iż do XX wieku śmiertelność była najważniejszym motorem starzenia się społeczeństwa a późniejsze prace K. G. Kinsella i D. R. Philipsa (2005), wskazywały, iż starzenie się populacji w dużej mierze determinowane jest przez współczynnik dzietności i śmiertelności niemowląt.

Sytuacja demograficzna Polski nie jest korzystna. Procesy starzenia się społeczeństwa, będące wynikiem wydłużenia się trwania życia, powodują zmiany w organizacji i strukturze gospodarki. Jest to zagadnienie wieloaspektowe i wielokierunkowe. Zwiększenie odsetka osób starszych, to nie tylko obciążenie dla systemu zabezpieczenia społecznego, ale także wpływ na rynek pracy. Spadek populacji

w wieku produkcyjnym, ma także przełożenie na system opieki zdrowotnej, który przy obecnej organizacji, może nie zabezpieczyć potrzeb rosnącej liczby osób starszych.

W odniesieniu do ludności Polski, trend ten jest szczególnie zauważalny w perspektywie przedstawionej przez GUS w prognozie na lata 2014 – 2050 roku. Jak zauważa Z. Szweda – Lewandowska, proces starzenia się, w Polsce przyspieszy się w kolejnych dziesięcioleciach. Polska, będzie jednym z państw charakteryzujących się najstarszą populacją. W 2060 roku przewidywany odsetek osób w wieku 65 lat w Polsce – według prognoz Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) wyniesie 35,6%. Konsekwencji zmian demograficznych dla systemu ochrony zdrowia autorka upatruje w obszarach: (Szweda – Lewandowska, 2023)

- starzenia się kadry medycznej i trudności w znalezieniu pracowników o odpowiednich kompetencjach. Jest to tym bardziej problematyczne, iż w Polsce na 1000 mieszkańców przypada 3,4 lekarza, podczas, gdy średnia dla UE wynosi 4,1. Deficyt kadr, jest równocześnie jedną z przyczyn długiego czasu oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty,
- zwiększonych wydatków na opiekę zdrowotną, co ma odzwierciedlenie w Narodowym Rachunku Zdrowia, poprzez wdrożenie nowych rozwiązań technologicznych na rzecz leczenia i rehabilitacji,
- zwiększenia nakładów na opiekę długoterminową, będącą połączeniem systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej, ciągle z nieprzejrzyistymi kryteriami korzystania z usług. Jest to także konsekwencją spadku potencjału opiekuńczego rodziny a tym samym zwiększeniem popytu na formy pomocy i wsparcia.

Wzrost liczby osób w wieku podeszłym oraz postęp w medycynie postawił współczesne społeczeństwo wobec problemów wynikających z niepełnosprawności i wielochorobowości, które są znamienne dla osób w wieku podeszłym. Intensywny rozwój opieki medycznej wpłynął na obniżenie poziomu śmiertelności a choroby sklasyfikowane jako wysoce śmiertelne, stały się chorobami przewlekłymi. (Rybka, 2015)

Niewątpliwie starzenie się społeczeństwa i jednoczesny wzrost kosztów opieki medycznej stanowi wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej. W dłuższej perspektywie, państwo zmierzy się z problemem nie tylko zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia, ze względu na populację osób starszych, co także z reorganizacją systemu, zapewniając seniorom godziwe warunki leczenia i opieki.

4.2. Rozwój technologii medycznych i cyfryzacja – wyzwania regulacyjne

Pojęcie *zdrowie cyfrowe*, odnosi się do wykorzystania analityk, danych i technologii w opiece zdrowotnej, profilaktyce i promocji. W 2020 roku HIMSS (*Healthcare Information and Management Systems Society*), opublikowało nową definicję, mówiącą, iż *zdrowie cyfrowe* łączy i umożliwia ludziom i populacjom, zarządzanie zdrowiem i jego dobrostanem, przez wspierające zespoły dostawców, pracujące w elastycznych, zintegrowanych, interoperacyjnych i cyfrowych środowiskach, które wykorzystują narzędzia cyfrowe i technologie w celu wzbogacenia usług. (<https://www.himss.org/news/himss-defines-digital-health-global-healthcare-industry>, dostęp

15/06/2025). Takie podejście wspierane jest przez algorytmy sztucznej inteligencji (AI – *Artificial Intelligence*).

Paradoksalnie czas pandemii Covid – 19, przyspieszył otwartość na nowe rozwiązania, w przesyłaniu obrazu cyfrowego, konsultacjach czy nawet diagnozach na odległość. Wraz z adaptacją i możliwościami rozwoju, pojawiła się szeroko zakrojono i uzasadniona polemika, w jakiej mierze, będzie to korzyścią a w jakiej może stać się zagrożeniem dla bezpieczeństwa pacjenta? I tutaj pojawia się nieodzowna rola państwa do ustanowienia zmian w regulacjach dotyczących wspierania adaptacji cyfrowych, czy ich wykorzystania w sferze opieki zdrowotnej. Tak jak wydaje się bezdyskusyjne, usprawnianie procesów administracyjnych, to już w zakresie klinicznym pojawiają się wątpliwości w postaci kolejnych pytań – do jakiego momentu można dopuścić AI w procesie testowania nowych metod leczenia a od którego, brak właściwej walidacji klinicznej zacznie zagrażać bezpieczeństwu chorych? Pamiętać należy również o zagrożeniach płynących z cyberprzestrzeni, poprzez którą nie tylko zagrożone są nasze dane, ale także istnieje możliwość zakłócenia ciągłości świadczenia zdrowotnego.

W raporcie *Health at a Glance*, opublikowanym w 2023 roku, wskazano na wymiary gotowości cyfrowej obejmujące: (https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_eng, pobrano dnia 29/06/2025).

- 1) gotowość analityczną – do odpowiedzialnej analizy, która przy wykorzystaniu sztucznej inteligencji będzie pomocna w rutynowych zadaniach związanych między innymi z dokumentowaniem przypadków jak i diagnostyką w zakresie przykładowo interpretacji obrazów radiologicznych,
- 2) gotowość do danych zdrowotnych – do zintegrowanych danych dotyczących zdrowia, odnosząc się do integracji danych dotyczących zdrowia publicznego, poprawy systemu opieki zdrowotnej, badań i innowacji
- 3) gotowości technologicznej – do wspierania bezpiecznego wprowadzania danych, ich przechowywania i przepływu. Celem jest zagwarantowanie ochrony bezpieczeństwa cyfrowego, uniknięcie przerw wywołanych technicznymi awariami z jednoczesnym zapewnieniem wysokiej jakości ich transferu,
- 4) gotowości czynnika ludzkiego – do zdolności, współpracy i nadzoru, przy jednoczesnej ochronie danych.

Jak donosi powyżej wspomniany raport, w 2017 roku kraje OECD, zatwierdziły zalecenie w sprawie zarządzania danymi zdrowotnymi, tym samym zachęcając kraje członkowskie do przyjęcia krajowych ram zarządzania danymi w dziedzinie ochrony zdrowia. Obecne przepisy w Polsce, regulują te kwestie w ramach:

1. Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52, poz. 417)
2. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020, poz. 666),

3. Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku *o systemie informacji w ochronie zdrowia* (Dz. U. 2011 nr 113, poz. 657),
4. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 roku *w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej* (Dz. U. 2018, poz. 941)
5. Ustawy z dnia 10 maja 2018 roku *o ochronie danych osobowych* (Dz.U. 2018, poz. 1000)

Nie ma natomiast odrębnego aktu prawnego, który by precyzował zasady korzystania z AI w praktyce klinicznej. Ochrona danych pacjentów, odbywa się poprzez przeprowadzenie oceny ryzyka dla procesu przetwarzania i podpisania stosownej umowy o powierzeniu przetwarzania danych osobowych, zapewniającą właściwy sposób komunikacji i informacji z osobami, których dane są przetwarzane przez systemy AI. Kwestie obowiązku informowania będą także zawierały informacje o metodach działania algorytmów sztucznej inteligencji i uczenia maszynowego oraz o sposobie i celu przetwarzania tych danych.

4.3. Zmiany polityczne i geopolityczne – migracje

W 2022 roku, rozszerzono w Polsce, zakres powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, na ukraińskich uchodźców, co wywołało zwiększenie presji finansowej w systemie. Ustawa z dnia 12 marca 2022 roku *o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa* (Dz. U. 2022 poz. 583) w art. 37, wskazuje, iż obywatele Ukrainy, których pobyt został uznany za legalny w świetle ustawy, są uprawnieni do opieki medycznej na zasadach i w zakresach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2024 roku poz. 146, z późn. zm.), z wyłączeniem leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej a także podania produktów leczniczych wydawanych w ramach programów polityki zdrowotnej. Opieka medyczna, przysługuje także osobom, które odniosły obrażenia w wyniku działań wojennych prowadzonych na terenie Ukrainy i przetransportowanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (na podstawie innych umów międzynarodowych). Wprowadzone rozwiązania, zapewniły opiekę nad uchodźcami, zapewniając im równy dostęp do świadczeń, ale też spowodowały znaczne obciążenie systemu (nie zmieniła się liczba łóżek, personelu medycznego czy sprzętu do diagnostyki). Tutaj konieczna będzie korekta przyjętych strategii kształtowania polityki zdrowotnej, aby zwiększone zapotrzebowanie miało pokrycie w środkach finansowych i potrzebnej infrastrukturze.

5. Podsumowanie

Dyskusja na temat regulacyjnej roli państwa w sektorze ochrony zdrowia, może być zawsze polemiczną. Wydaje się jednak, iż mimo wielu argumentów, które przemawiają za mechanizmami czysto rynkowymi, interwencjonizm w wielu zakresach powinien być zachowany. Podsumowując nakreśloną problematykę można przyjąć, w argumentacji popierającej ostatnie ze wspomnianych rozwiązań, iż ochrona zdrowia ma cechy dobra publicznego, w związku z powyższym dostępność do

niej powinna być powszechna. Skoro takie założenie przyjmiemy, to kolejne będą już tego konsekwencją, a więc równy dostęp do realizacji świadczeń, nie polaryzujący społeczeństwa ze względu na zamożność czy przynależność do grup z niesprawnościami czy szczególnymi potrzebami. Kolejnym jest właściwa alokacja i nadzór nad zasobami. Ze względu na specyfikę usług i brak możliwości dokonania oceny jakościowej ze strony pacjentów, konieczna jest weryfikacja zewnętrzna, odnosząca się nie tylko do płaszczyzny jakości, ale także dbania o uniknięcie nadkomsumpcji usług (co przy asymetrii informacji byłoby na wolnym rynku niemożliwe). Koronnym argumentem w tym zakresie wydają się sytuacje nadzwyczajne. Okres pandemii pokazał to bardzo wyraźnie, ale też uświadomił w jakim zakresie niezbędne są działania i plany naprawcze. Kryzysów wynikających z otoczenia może być wiele i trudno było odnieść się nawet do tych najistotniejszych. Od wojny i migracji, kryzysu ekonomicznego, katastrof naturalnych czy epidemicznych. Przytoczone argumenty są jedynie nielicznymi.

Z drugiej strony postulaty ekonomistów wskazujące na efektywność rynku, zwracają uwagę na okrojoną rolę państwa. Wystarczy zajrzeć do dzieł J. Buchanna, jednego z inicjatorów teorii wyboru publicznego, laureata nagrody im. Nobla z 1986 roku. Zmieniając sposób myślenia konserwatystów, kwestionował on potrzebę interwencji państwa. W tym kontekście można się zgodzić, iż nadmierna biurokracja i centralizacja, może spowodować spowolnienie procesów decyzyjnych. Odnosić się to będzie, nie tylko do działań o charakterze strategicznym, ale również spowolnić innowacyjności w sektorze. I tutaj w tej sferze znów głos części, iż podejmowane decyzje powinny opierać na faktach naukowych, dobrych praktykach a nie na wyborze interesów politycznych.

Obserwując modele, na których opierają się systemy ochrony zdrowia, od Beveridge'a, z silną ingerencją państwa, przez Bismarcka z silnym nadzorem nad świadczeniodawcami po ograniczoną rolę państwa w modelu rynkowym, należałoby, tak hybrydowo wypośrodkować wybór, aby państwo będąc gwarantem bezpieczeństwa i równości, jednocześnie stworzyło warunki efektywności systemu, poprzez jakość i dostępność, biorąc pod uwagę istotny interes publiczny. W tworzeniu funkcji bardziej regulacyjnej, można wrócić do założeń A. Smitha jeszcze z 1776 roku, a więc wspierania konkurencji, chronienia przejrzystości czy wytwarzania informacji w celu zapobiegania wykorzystaniu asymetrii. Reasumując należy wskazać iż rola państwa wydaje się nieodzowna, istotnym jest aby przeciwdziałając nierównościom i reagując na zagrożenia zdrowotne, ułatwiła dostęp i zapewniła wysoka jakość świadczeń dla obywateli.

Piśmiennictwo

1. Abramowska, A., (2011) *O nowych miarach zaawansowania procesu starzenia się ludności*, Studia Demograficzne 1 (159)
2. Arrow K.J. (1979) *Eseje z teorii ryzyka*, tłum. B. Samojlik, PWN, Warszawa
3. Białynicki – Birula P. (2006) *Uwarunkowania i metody interwencji państwa w ochronie zdrowia*, Zeszyty naukowe AE w Krakowie 714/2006
4. Calot, G., & Sardon, J. P. (1999). *The factors of population ageing*. Population, 54(3), 509-552.
5. Gawron G (2018) *Senioralna koprodukcja?*, Praca Socjalna (1)
6. Grześ – Bukłaho J. (2022) *Elastyczność jako atrybut współczesnej organizacji*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej

7. GUS (2023) *Zasoby kadrowe w wybranych zasobach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2023 roku*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zasoby-kadrowe-w-wybranych-zawodach-medycznych-na-podstawie-zrodel-administracyjnych-w-2023-roku,28,3.html>
8. GUS 2004, *Raport Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2021 – 2023*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2021-2023,27,4.html> pobrano dnia 20/06/2025
9. Jakóbiak W. (2000), *Zmiany systemowe a struktura gospodarki w Polsce*, PWN, Warszawa
10. Jasiński P. (1996) *Regulacja a transformacja systemowa. Zarys problematyki*, INE PAN, Warszawa
11. Kancelaria Senatu (2018) *Systemy ochrony zdrowia ujęcie instytucjonalne. Przykład Polski, Czech, Niemiec, Finlandii i Kanady*. Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji, Informacja. https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/211/plik/informacja_systemy_ochrony_zdrowia_wybrane_kraje.pdf
12. Kinsella, K. G., & Phillips, D. R. (2005). *Global aging: The challenge of success* (Vol. 60, No. 1, p. 3). Washington, DC: Population Reference Bureau.
13. Łagowski P. (2013) *Państwo w sektorze ochrony zdrowia*, Studenckie Prace Prawnicze, Administracyjne i Ekonomiczne, nr 4
14. NIK (2022) Informacja o wynikach kontroli. Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii Covid – 19, Warszawa 2022
15. NIK (2023) *Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia*, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,28020,vp,30841.pdf>
16. OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
17. Rekomendacje (2020) *Ochrona zdrowia w czasie pandemii z lipca 2020 roku*, Rada Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020, poz. 666),
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 roku w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. 2018, poz. 941)
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2024 roku w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej (Dz. U. 2024 poz. 1349)
21. Rybka M. (2015) *Pacjent w wieku podeszłym objęty opieką długoterminową stacjonarną oraz w warunkach środowiska domowego*, w: *Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa*, Warszawa
22. State of Health in the EU. *Profil system Ochrony zdrowia 2023*, https://www.oecd.org/pl/publications/polska-profil-systemu-ochrony-zdrowia-2023_b12d3d03-pl.html
23. Szweda – Lewandowska Z., (2023) *Wybrane ekonomiczne konsekwencje zmian demograficznych w Polsce – perspektywa krótko i długookresowa*, Studia BAS 3 (75)
24. Ustawa 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.).
25. Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 roku o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. 2023 poz. 1692).
26. Ustawa z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018, poz. 1000)
27. Ustawa z dnia 12 marca 2022 roku o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. 2022 poz. 583)
28. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 roku poz. 146, z późn. zm.),
29. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2011 nr 113, poz. 657),
30. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52, poz. 417)
31. Ustawa z dnia 17 grudnia 2020 roku o rezerwach strategicznych (Dz. U. 2021, poz. 255)
32. *Współczesne problemy gospodarcze – gospodarki w czasach kryzysu* (2021) , pod red A. Stępnia – Kucharska, M. Piekut, Kolegium nauk Ekonomicznych i Społecznych, Płock