

Marcin Kautsch¹

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Wyzwania stojące przed systemem ochrony zdrowia w Polsce

The Challenges Facing the Health Care System in Poland and Possible Reform

Abstract: Meeting growing needs and expectations of the public regarding the scope, quality and methods of delivery of health services is a fundamental objective that must be achieved by a healthcare system in Poland. Apart from general problems, such as survival of healthcare organizations on the more competitive market, an aging population with chronic diseases, increasing requirements of patients and technological progress are conditions under which health systems function. As aging also applies to the medical professions and it results in shortages of staff, especially nurses. In these circumstances a strong resource restructuring of the sector is needed including amending roles of various professions, including an increase in the role of nurses, physiotherapists and public health professionals is crucial. Changing methods of payment for medical services, introduction of new non-clinical technologies and improving effectiveness of healthcare organizations and a system itself are other challenges that a healthcare system has to face.

Key words: Health care system, challenges, hospitals, Poland, change.

Wstęp

World Health Report 2000 definiuje rezultaty lub cele, które mają być realizowane przez system jako: poprawa zdrowia i sprawiedliwości (równości) w ochronie zdrowia w sposób, który jest elastyczny, uczciwy finansowo i najlepiej/najbardziej efektywnie wykorzystuje dostępne zasoby [WHO 2000]. Starzejące się społeczeństwo, jego rosna-

¹ E-mail: mxkautsc@wp.pl

ce wymagania i postęp technologiczny to warunki, w których funkcjonują systemy ochrony zdrowia, a wzrost kosztów opieki zdrowotnej będzie szybszy niż możliwości ich pokrycia, co dotyczy nie tylko Polski, ale i całej Europy [The Economist Intelligence Unit 2011]. Do tych coraz trudniejszych warunków systemy muszą się (w sposób nieunikniony) przystosowywać [Nojszewska 2013]. Należy przy tym mieć na uwadze ograniczoność środków w ochronie zdrowia, która sprawia, że konieczne jest dokonywanie wyborów, przy dokonywaniu których należy kierować się efektywnością [Włodarczyk 1996].

CBOS podaje, że latach 2012–2014 nastąpiła poprawa w ocenie poziomu zadowolenia z funkcjonowania systemu, lecz nadal pozostaje na niskim poziomie: 68% wskazań krytycznych [CBOS 2014]. Dodatkowo Czapiński i Panek stwierdzają, że ocena zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w latach 2013–2015 nie zmieniła się (77% wskazań) [Czapiński, Panek 2015]. Powyższe oznacza, że niezbędne są zdecydowane kroki zmierzające do zmiany sytuacji. Należy przy tym brać pod uwagę, że wspomniane rozczarowanie będzie istotnie szybciej wzrastać. W wiek, w którym widoczne jest pogorszenie się stanu zdrowia [St Sauver et al. 2015], co powoduje intensywniejsze korzystanie z usług opieki zdrowotnej, weszło bowiem pokolenie, którego całe życie zawodowe przebiegało w Polsce demokratycznej i rynkowej.

Niezadowoleniu z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia towarzyszy bardzo niska ocena oparta na mierzalnych wskaźnikach. Polska od lat zajmuje niskie miejsca w rankingu systemów ochrony zdrowia. W roku 2014 było to 31 miejsce na 37 ocenianych krajów [Health Consumer Powerhouse 2015], a w roku 2015 – przedostatnie [Health Consumer Powerhouse 2016]. I działa się to przy poprawie uzyskanego przez nasz kraj wyniku, co oznacza, iż mimo poprawy, pozostałe oceniane kraje dokonują większych postępów w reformowaniu swoich systemów.

Zmiany zachodzące w otoczeniu systemu ochrony zdrowia indukują nowe zjawiska, z którymi muszą się mierzyć instytucje w nim funkcjonujące, a bez względu na te zjawiska, przed każdą organizacją stoją podobne, „stałe” wyzwania, jakimi są, chociażby, przetrwanie i rozwój.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie autorskiego wyboru wyzwań stojących przed systemem ochrony zdrowia w Polsce, które w pierwszym rządzie oddziałują w sposób bezpośredni na dostawców usług zdrowotnych. Z pewnością nie opisano wszystkich wyzwań, jednak bez zmierzania się z tymi poniżej opisanymi trudno liczyć na poprawę, a być może nawet funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Stałe wyzwania organizacyjne

Organizacje ochrony zdrowia, jak wszystkie organizacje, muszą radzić sobie z otoczeniem i dostosowywać się do jego wymagań. Budować silne struktury, co najmniej bilansować swoje budżety. W ostatnich latach poziom zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej ulega ciągłym zmianom (spadek, wzrost), jednak w dalszym ciągu pozostaje na relatywnie wysokim poziomie [Ministerstwo Zdrowia 2015, niedatowane]. Do tego zadłużone są także te zakłady, które się przekształciły w spółki [Najwyższa Izba Kontroli 2013]. Można więc stwierdzić, że bez względu na status prawny, jednostki nie nadążają za zmianami, generując zadłużenie. Zakłady z pewnością się zmieniają, lecz zmiany te okazują się niewystarczające. Wspomniane długi są wypadkową wielu czynników, lecz brak dostosowania jednostek do panujących warunków należałoby wymienić, jako jeden z nich. Zgodę publicznych właścicieli (głównie jednostek samorządu terytorialnego) na zadłużanie się zakładu można po części przypisać słabemu przywództwu. Występuje ono tak na poziomie samych jednostek jak i sprawujących nadzór nad nimi właścicieli, co jest szczególnie widoczne na poziomie powiatów [Bober i in. 2013].

Narzędzia nadzoru, jakie stosowane są w systemie ochrony zdrowia należy uznać za nieefektywne. Brak czytelnej polityki zdrowotnej sprawia, że trudno określić, co tak naprawdę państwo chce osiągnąć w tym obszarze. Powyższe dobrze ilustruje znaczenie, jakie państwo przywiązuje do opracowywanych przez siebie dokumentów programowych, jakimi są Narodowe Programy Zdrowia. Zostały one przygotowane na lata 1996–2005 [Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej 1996] oraz 2007–2017 (Rada Ministrów 2007). Pierwszy z nich nie był w dużym stopniu realizowany, a nawet nie był monitorowany [Halik, Kuszewski 2007, Wojtyła, niedatowane], a w latach 2005–2007 nie obowiązywał żaden program. Analiza zapisów zawartych w obu ww. dokumentach sugeruje, że można je uznać przejaw myślenia życzeniowego. Nie wskazują one na instytucje odpowiedzialne za realizację oraz na źródła finansowania celów, jakie mają być osiągnięte. Za pewien postęp można uznać ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz. U. z dnia 18 listopada 2015 r. poz. 1916, w którym przedstawiono koncepcję uregulowania części powyższych kwestii (odpowiedzialność, finansowanie), choć upłynęło zbyt mało czasu od jej wejścia w życie, by móc ocenić jej skutki i to, na ile faktycznie jest realizowana zgodnie z założeniami.

Brak polityki sektorowej (zdrowotnej) przekłada się błędy w funkcjonowaniu systemu, w tym problemy nadzoru nad publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Słaby nadzór właścicielski i niewielkie kompetencje oraz możliwości jednostek samorządu terytorialnego, które są właścicielem większości publicznych zakładów opieki zdro-

wotnej (zoz-ów), potęguje problemy. W badaniach przeprowadzonych przez autora² stwierdzono, że powiaty mają bardzo nikłą wiedzę na temat podległych sobie szpitali. To, co nazywane jest przez nie nadzorem, ogranicza się do wrywkowej kontroli i nieskoordynowanych działań podejmowanych w sytuacjach kryzysowych. Brak ogólnopolskiej strategii zdrowia przekłada się na brak takiej strategii na poziomie powiatów (choć województwa zazwyczaj przygotowują tego typu dokumenty). Jeżeli takie strategie istnieją, zawierają ogólnikowe stwierdzenia, które nie odnoszą się do rzeczywistych problemów ochrony zdrowia w powiecie. Można więc skonstatować, że – mimo często licznych komórek, w których gestii jest nadzór nad podległymi podmiotami leczniczymi – na poziomie powiatów ów nadzór nie istnieje (istnieje słaba kontrola), co jest efektem braku kompetencji ww. organów [Klich 2015; Kautsch 2011].

Słabość nadzoru właścicielskiego sprawia, że pojawiają się problemy z wyborem liderów (członków najwyższego szczebla zarządzania) zoz-ów. Procesowi zmiany nie sprzyja też sposób, w jaki prowadzony jest wybór na stanowiska kierownicze w publicznych placówkach (w oparciu o obowiązujące przepisy³). Bywa on silnie upolityczniony [Nojszewska 2011], a kompetencje nie zawsze są najistotniejszym kryterium wyboru kierownika zakładu [Klich 2015].

O braku przywództwa (i wizji systemu) można mówić także na poziomie krajowym. Kolejne zmiany na stanowisku ministra ds. zdrowia nie przynoszą spójnych wizji, co prowadzi do wskazanych problemów całego systemu.

Opisane kwestie można określić mianem stałych problemów, z którymi przychodzi mierzyć się systemowi i samym zakładom opieki zdrowotnej. Wspomniane upolitycznienie systemu (charakterystyczne dla wszystkich sektorów, w których dzielone są publiczne środki) wzmocnione kampaniami wyborczymi, trwającymi ostatnio w Polsce, sprawia, że wskazane zjawiska nasilają się, powodując, że rozwiązanie faktycznych problemów schodzi na dalszy plan.

Wyzwania ochrony zdrowia

Problemy z poprawą stanu zdrowia populacji zaczynają być coraz bardziej palące. Dzieje się tak (nie tylko w Polsce) z powodu rosnących potrzeb i oczekiwań społecznych, a także kurczących się zasobów [The Economist Intelligence Unit 2011], nie pieniężnych, ale w coraz większym zakresie – ludzkich. Proces starzenia dotyczy nie

² Wspomniane badania prowadzone były na zlecenie Związku Powiatów Polskich w ramach projektu „Innowacyjna i sprawna administracja źródłem sukcesu w gospodarce opartej na wiedzy”, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w roku 2013.

³ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011, nr 112 poz. 654 z późn. zm.

tylko społeczeństwa, jako takiego, ale i osób wykonujących zawody medyczne. W Polsce 61% praktykujących lekarzy ukończyło 45 lat, a 16% – 65 [Lisowska 2014]. W 5 lat (2008–2013) średnia wieku pielęgniarek wzrosła z 44,19 do 48,69, czyli o 4,5 roku [Szcześniak, Jędrusiak 2014], co oznacza, że system nie jest zasilany przez absolwentki pielęgniarstwa. W zawodach medycznych rośnie luka pokoleniowa, którą niezwykle trudno będzie zlikwidować.

Polska ma bardzo niskie wskaźniki liczby personelu medycznego przypadającego na populację. W roku 2014 (lub najbliższym dostępnym), wskaźnik aktywnych zawodowo lekarzy na 1000 mieszkańców wynosił w Polsce 2,4, a dla europejskich krajów OECD – 3,8. Dla pielęgniarek – odpowiednio 5,3 i 10,3 [OECD 2015]. Znikanie barier migracyjnych w Europie i duże zapotrzebowanie na personel medyczny w zamożniejszych krajach [Wismar et al. 2011] sprawiają, że problem ten może tylko narastać, biorąc pod uwagę wciąż duże różnice w poziomie zamożności między Polską a krajami Europy północnej i zachodniej.

Od niedawna problem migracji zaczyna dotyczyć również pielęgniarek [Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych 2014] i to też przede wszystkim młodych [Binkowska-Bury et al. 2010]. Dzieje się tak, choć przez wiele lat ta grupa zawodowa wykazywała mniejsze zainteresowanie emigracją niż lekarze. Już pojawiają się w Polsce braki personelu pielęgniarstwa, a prognozy dotyczące liczby pielęgniarek można uznać za wręcz katastrofalne. Według tych, przedstawionych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, w latach 2010–2020 do systemu trafić ma 19 954 pielęgniarek. Natomiast w związku z nabywaniem prawa do emerytury opuści go 80 814 osób [Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych 2010]. Prognozy te nie uwzględniają wspomnianego wzrostu zainteresowania emigracją oraz pokazanego silnego wzrostu średniej wieku ww. grupy zawodowej. W rzeczywistości więc na jedną przychodzącą pielęgniarkę przypadać będzie nie 4, ale (zapewne) 7–8, które odejdą, a i to może się okazać zbyt optymistycznym założeniem. Prognozy na kolejne lata (przypomnijmy, nieuwzględniające emigracji) mówią o tym, że w roku 2035 wskaźnik liczby pielęgniarek przypadających na 1000 osób ma w Polsce wynieść 2,6 [Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych 2013], czyli czterokrotnie (sic!) mniej niż obecnie w europejskich krajach OECD.

Za istotny problem należy również uznać to, że wiele pielęgniarek nie pracuje w zawodzie, rośnie też liczba absolwentek, które po krótkiej praktyce rezygnują z pracy zawodowej bądź wcale jej nie podejmują [Nowak-Starz et al. 2007]. W roku 2012 było w Polsce 285 399 osób mających prawo wykonywania tego zawodu, a tylko 200 138 pracowało przy bezpośrednio przy pacjentach [Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2013]. Nawet uznając, że część pielęgniarek pełni

funkcje administracyjne, to i tak pozostają dziesiątki tysięcy, które mogłyby pracować w wyuczonym zawodzie, ale tego nie robią.

Wzrost liczby potrzebujących (starsza populacja), spadek liczby (i tak coraz starszych) pielęgniarek, to nie pesymistyczna, ale realna wizja. Prócz tego, mając na względzie przywoływane wyżej opinie o systemie ochrony zdrowia, można postawić tezę, że jest on zupełnie nieprzygotowany na wzrastające oczekiwania pacjentów. Co oznacza, że w Polsce problemem jest tak wielkość zasobów jak i ich jakość.

Kolejnym wyzwaniem, z którym system będzie musiał sobie poradzić jest rosnąca wielochorobowość. Problem ten dotyczy systemu, jako całości, lecz chyba największe znaczenie ma dla szpitali. Wynika to z faktu, że obecnie funkcjonująca koncepcja opieki zdrowotnej opiera się na założeniu, że pomoc (najczęściej) będzie udzielana pacjentowi, który cierpi na jedną przypadłość. Stąd tworzenie oddziałów, które specjalizowały się w jednej dziedzinie medycyny. Dzięki specjalizacji możliwy był szybszy rozwój wiedzy, co dawało możliwość jeszcze lepszego leczenia kolejnych przypadków chorobowych. Wraz z wydłużaniem się średniej długości życia, do szpitali trafia coraz więcej osób, które cierpią na więcej niż jedną chorobę [Salisbury et al. 2011]. Co więcej, prognozy mówiące o wydłużaniu się średniej długości życia [Główny Urząd Statystyczny 2014] wskazują, że problem ten będzie narastał i to dynamicznie.

Trudno przecenić znaczenia wpływu sposobu płacenia za usługi na ich efektywność [Sobczak, Grudzień-Sękowska 2011]. Dlatego tak ważne jest stosowanie narzędzi (sposobów płacenia), które tę efektywność wzmacniają. W tym zakresie Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) cechuje duży konserwatyzm, a stosowane metody płacenia – bez względu na zmiany, jakie zostały wprowadzone, oznaczają wynagradzanie za liczbę, a nie jakość wykonanych świadczeń. Wprowadza się przy tym limit świadczeń, co jest niezbędne dla ograniczenia lawinowego wzrostu liczby świadczeń charakterystycznego dla przyjętej metody płacenia.

Powyższe, a także sposób zawierania kontraktów z wieloma podmiotami na pojedyncze usługi (np. tylko kardiologii interwencyjnej) powoduje ich „pokawałkowanie”, a przez to zniesienie odpowiedzialności za zdrowie pacjentów. Brak jest integracji opieki, która daje szansę na poprawę efektywności [Rudawska 2011]. Skłania też dostarczycieli usług do fałszowania dokumentacji medycznej, by uzyskać jak największe przychody. 90% respondentów ankiety Medycyna Praktyczna z roku 2006 uważało, że dokumentacja medyczna jest fałszowana [Medycyna Praktyczna, niedatowane], do czego skłaniała ich nieadekwatna wycena świadczeń. A temat fałszerstw wraca w kolejnych doniesieniach medialnych [Nowicki 2014]. NFZ najwyraźniej nie radzi sobie z kontrolą mechanizmu płacenia, który stosuje.

Medycyna to jeden z obszarów, w których nowe technologie pojawiają się niemalże codziennie. O ile nowe technologie kliniczne są medialnie nagłaśniane, kwestiom o charakterze nieklinicznym poświęca się stosunkowo niewiele uwagi. Można to przypisać niskiej atrakcyjności medialnej rozwiązań zarządczych, słabej pozycji zarządzających w porównaniu do pozycji środowiska lekarskiego, czy też nieprzykładaniu specjalnej wagi do kwestii zarządzania w ochronie zdrowia.

Choć sposób zarządzania ma wpływ na wyniki zakładów opieki zdrowotnej [Malinowska-Misiąg et al. 2008], fakt ten zdaje się nie być powszechnie rozumiany. Przywoływane relatywnie silne upolitycznienie, widoczne w całym sektorze [Nojszewska 2011], przekłada się choćby na wspomniane decyzje kadrowe w samych jednostkach [Klich 2015], a przez to (poprzez słabość tychże kadr) na brak chęci do wdrażania nowych rozwiązań, czy po prostu – efektywnych. Jak słusznie stwierdziła Sułkowska [2011] kultura panująca w szpitalach w Polsce jest mocno hierarchiczna, a przez to – konserwatywna. Owo „zacofanie” kulturowe szpitali sprawia, że innowacje niekliniczne przebijają się w nich wolno. Ponieważ brak jest ogólnodostępnych badań na ten temat, powyższą tezę można zilustrować na przykładzie realizowanych w sposób niezwykle zachowawczy zamówień publicznych w ochronie zdrowia, prowadzone w oparciu o kryterium ceny zakupu [Lewandowska 2009], co zostało skrytykowane przez Najwyższą Izbę Kontroli [2012]. Brak jest innowacyjnego podejścia do zamówień, z trudem toruje sobie drogę idea wspólnych zakupów [Kierzkowska, Maślowska 2015].

Opisywana sytuacja jest, między innymi, efektem nastawienia do kontroli organów do niej uprawnionych, które traktują ją nie jako narzędzie poprawy funkcjonowania organizacji i pobudzanie działań konstruktywnych [Kuc 2008], ale jako narzędzie punytywne, mające na celu udowodnienie, że kontrolowana jednostka popełniła, co najmniej błąd, jeżeli nie przestępstwo. I choć zaczynają się pojawiać innowacje w zamówieniach w ochronie zdrowia [Kautsch et al. 2014], to ich skala jest na razie niewielka. Innym przykładem pokazującym, że ochrona zdrowia (co dotyczy nie tylko Polski) nie nadążyła za postępem technologicznym są rozwiązania teleinformatyczne (ICT). Raport grupy zajmującej się tą kwestią z ramienia Komisji Europejskiej wskazywał, że wykorzystanie ICT w tym sektorze jest opóźnione o 10 lat w stosunku do innych dziedzin gospodarki [Ilves 2012]. W Polsce natomiast nawet mało ambitne projekty związane z informatyzacją ochrony zdrowia [Najwyższa Izba Kontroli 2012] nie mogą się doczekać realizacji. Z pewnością na ich drodze staje polityka zakupowa NFZ-u, który płaci za usługi, a nie efekty zdrowotne, co sprawia, że usługi e-zdrowia w publicznym sektorze ograniczone są do zdalnego opisu zdjęć radiologicznych, inne są na bardzo wczesnym etapie rozwoju. Dzieje się to w czasach, w których nie ma technologicznych

przeszkód, by – co najmniej – monitorować stan pacjentów przebywających w swoich domach, reagować na automatyczne alarmy związane z nietypowym zachowaniem osób objętych taką opieką, prowadzić z nimi e-rehabilitację.

Wskazane powyżej rozwiązania dotyczą kwestii klinicznych, lecz ICT mogą służyć także do usprawniania funkcjonowania organizacji w wielu innych obszarach (logistyka, optymalizacja zakupów, lokalizacja i monitorowania stanu aparatury medycznej, czy kontrola czasu pracy personelu, itd.).

Przedstawione w niniejszej pracy problemy przekładają się na niewielką efektywność funkcjonowania systemu. Od lat wykorzystanie łóżek w Polsce jest na stosunkowo niskim poziomie, co gorsza, wciąż przybywa szpitali, liczba łóżek waha się, a w związku z skracaniem średniego okresu pobytu – spada wykorzystanie łóżek i jest coraz dalsze od zakładanych wzorcowych 85%, co zostało zaprezentowane w tabeli 1.

Tabela 1. Podstawowe wskaźniki opisujące działalność szpitali w Polsce [2004–2013]

	2005	2007	2009	2011	2013	Zmiana
Szpitala ogólne (liczba)	781	748	754	830	943	21%
Łóżka w szpitalach ogólnych (tys.)	179	175	183	185	184	2%
Leczeni w szpitalach ogólnych (mln)	6,7	7,1	8,0	8,1	8,3	23%
Wykorzystanie łóżek [%]	71	69,9	69,7	67	67,1	-5%
Średni pobyt [dni]	6,7	6,2	5,8	5,6	5,4	-19%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, *Biuletyn Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa 2006–2014.

Mając na uwadze przytoczone powyżej dane dotyczące personelu można więc mówić o nieadekwatności inwestowania w zasoby. Zbyt wiele mamy niewykorzystanych infrastrukturalnych, zbyt mało – ludzkich. Oznacza to, że obecnie spora część środków jest w systemie marnotrawiona.

Podsumowanie

Brak sensownych zmian systemowych, brak chęci/odwagi do zmierzenia się z narastającymi problemami sprawia, że ocena polskiego systemu ochrony zdrowia – w opinii pacjentów i wyrażona mierzalnymi wskaźnikami – jest tak niska. Konieczne stają się zmiany dotyczące funkcjonowania systemu, jako takiego, lepszego wykorzystania posiadanych zasobów, zmiany sposobów płacenia, likwidacji części zasobów łóżkowych, rozwoju innych niż szpitalna form opieki, powrotu do pracy pielęgniarek,

zmiany ról personelu medycznego (przekazanie części zadań innym niż lekarze grupom zawodowym), zwiększenia odpowiedzialności społeczeństwa za zdrowie z przekazaniem mu pewnych uprawnień (rozwój e-zdrowia).

Wskazane kwestie z pewnością nie są jedyne, z jakimi zmagają się system i wymagają one wprowadzenia znaczących zmian. Jeżeli system ma funkcjonować i spełniać swoje funkcje w warunkach zmiany [Nojszewska 2013], to sam musi ewoluować. Nie będzie to możliwe bez silnego przywództwa, co dotyczy każdej organizacji składającej się na ten system, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które mogą go kształtować w sposób najsilniejszy. Silne przywództwo może pozwolić na zmianę kultury organizacji, a przez to poprawę ich efektywności. Wprowadzenie zasygnalizowanych zmian wymagać będzie stosownego przygotowania, w sposób istotny dotkną one wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia. Utrzymywanie go w stanie, w jakim on się obecnie znajduje, nie rozwiąże bowiem nie tylko żadnego ze wskazanych problemów, ale i innych, których nie sposób było opisać w niniejszym artykule.

Bibliografia

- Binkowska-Bury M., Nagórska M., Januszewicz P, Ryżko J. (2010), *Migracje pielęgniarek i położnych – problemy i wyzwania*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie”, Rzeszów, nr 4, ss. 497–504.
- Bober J., Hausner J., Izdebski H., Lachiewicz W., Mazur St. Nelicki A., Nowotarski B., Puzyna Wł., Surówka K., Zachariasz I., Zawicki M. (2013), *Narastające dysfunkcje, zasadnicze dylematy, konieczne działania. Raport o stanie samorządności terytorialnej w Polsce*, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie Małopolska Szkoła Administracji Publicznej, Kraków.
- CBOS (2014), *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej A.D. 2014. Komunikat z badań CBOS*, Nr 107/2014, CBOS, Warszawa.
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (2006–2014), *Biuletyny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa 2006–2014.
- Czapiński J., Panek T. (2015), *Opieka zdrowotna*, [w:] Czapiński J. Panek T. (red.), *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Raport.*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa.
- Halik R., Kuszewski K. (2007), *Narodowy Program Zdrowia 2007–2015 jako narzędzie kształtujące politykę zdrowotną Polski*, [w:] M.J. Wysocki, D. Cianciara (red.), *Potencjał promocji zdrowia w Polsce. Krajowe oraz regionalne polityki i plany zdrowotne*, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Health Consumer Powerhouse (2015), *Euro Health Consumer Index 2014 Report* [online], http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf, dostęp: 27 lutego 2015.

- Health Consumer Powerhouse (2016), *Euro Health Consumer Index 2015* [online], http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf, dostęp: 19 marca 2016.
- Główny Urząd Statystyczny (2014), *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa.
- Ilves T.H. (2012), *Redesigning health in Europe for 2020*, eHealth Task Force Report [online], <http://www.epractice.eu/files/eHealth%20Task%20Force%20Report%20-%20Redesigning%20health%20in%20Europe%20for%202020%20-%20Part%20I.pdf>, dostęp: 20 kwietnia 2014.
- Kautsch M. (2011), *Managing Public Healthcare Units in Poland – Research Findings*, "Economics and Sociology" 4(1a), ss.130–147.
- Kautsch M., Lichoń M., Dela R. (2014), *Dialog techniczny i konkurencyjny w ochronie zdrowia*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny”, nr 9.
- Kierzkowska I., Masłowska St. (2015), *Grupa zakupowa w jednostkach ochrony zdrowia województwa warmińsko-mazurskiego*, [w:] M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, 2 wyd. rozszerzone, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Klich J. (2015), *Dualne otoczenie organizacji opieki zdrowotnej* [w:] M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, 2 wyd. rozszerzone, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Kuc B.R. (2008), *Kontrola Kontroling Audyt 3 w 1 podobieństwa i różnice*. Wydawnictwo Menedżerskie PTM, Warszawa.
- Lewandowska H. (2009), *Zamówienia publiczne w ochronie zdrowia*, Difin, Warszawa.
- Lisowska B. (2014), *Demograficzna katastrofa w medycynie. Za 10 lat Polska będzie musiała sprowadzać lekarzy z zagranicy*, *GazetaPrawna.pl* [online], <http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/781219,demograficzna-katastrofa-w-medycynie-za-10-lat-polska-bedzie-musiala-sprowadzac-lekarzy-z-zagranicy.html>, dostęp: 21 kwietnia 2015.
- Malinowska-Misiąg E., Misiąg W., Tomalak M. (2008), *Zarządzanie środkami publicznymi w polskich szpitalach*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa.
- Medycyna Praktyczna (niedatowane), [online], http://www.mp.pl/ankieta/pollwyniki.php?poll_id=111&w=1&_tc=64B78B1BE4144C4CA05694B799A53BC6, dostęp: 11 lutego 2006.
- Ministerstwo Zdrowia (niedatowane), *Zadłużenie SPZOZ* [online], <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spzoz/>, dostęp: 16 maja 2016.
- Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (1996), *NARODOWY PROGRAM ZDROWIA 1996–2005*, Warszawa.
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (2014), *Liczba zaświadczeń wydanych na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych w okresie od 01-05-2004 do 31-12-2013, dla poszczególnych grup* [online], http://www.nipip.pl/attachments/article/2622/Wydane_za%20C5%9Bwiadczenia_2004–2013.pdf, dostęp: 13 lipca 2014.
- Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (2010), *Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020*, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa.

- Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (2013), *Analiza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych w roku 2011 oraz prognoza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych na lata 2015–2035*, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa.
- Najwyższa Izba Kontroli (2012), *Informacja o wynikach kontroli. Informatyzacja szpitali* [online], <http://www.nik.gov.pl/plik/id,4849,vp,6462.pdf>, dostęp: 3 marca 2015.
- Najwyższa Izba Kontroli (2013), *Sprawozdanie z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2012 roku*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa.
- Nojszewska E. (2011), *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer Business, Warszawa.
- Nojszewska E. (2013), *Zmieniające się otoczenie systemu ochrony zdrowia determinantą jego przyszłości*, „Problemy Zarządzania” vol. 11, nr 1 (41), t. 2, ss. 31–32.
- Nowak-Starz G., Ździebło K., Grzywna T. (2007), *Ekwiwalencja dyplomów i uznawanie kwalifikacji zawodowych w jednoczącej się Europie na przykładzie pielęgniarek i położnych*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, nr 2 (7), ss. 19–20.
- Nowicki M. (2014), *ZIP ujawnia przekręt dekady? System informatyczny NFZ pełen jest fikcyjnych zabiegów*, 5 sierpnia 2014 r. [online], <http://fakty.tvn24.pl/ludzie-faktow,2324,c/marek-nowicki,2229,p.html>, dostęp: 20 sierpnia 2014.
- OECD (2015), *OECD Health Data 2015* [online], http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, dostęp: 16 maja 2016.
- Rada Ministrów (2007), *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*, Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
- Rada Narodowego Funduszu Zdrowia (2015), *Uchwała Nr 7/2015/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 marca 2015 r. w sprawie przyjęcia rekomendacji Zespołu Problemowego do spraw świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne, udzielanych na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia* [online], <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/uchwaly-rady-nfz/uchwala-nr-72015ii,6346.html>, dostęp: 25 kwietnia 2015.
- Rudawska I. (2011), *Zintegrowana opieka zdrowotna – w poszukiwaniu poprawy efektywności*, „Problemy Zarządzania”, vol. 9, nr 3 (33), ss. 140–152.
- Salisbury Ch., Johnson L, Purdy S., Valderas J.M. Montgomery A.A. (2011), *Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study*, “British Journal of General Practice”, January, pp. 13–21.
- Sobczak A., Grudzień-Sękowska J. (2011), *Zwiększanie efektywności opieki zdrowotnej przez płacenie za wyniki – specyfika, przykłady i warunki skutecznego zastosowania*, „Problemy Zarządzania”, vol. 9, nr 3 (33), ss. 153–168.
- St Sauver J.L., Boyd C.M., Grossardt B.R., et al. (2015), *Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: differences by sex and ethnicity*. *BMJ Open* 2015;5: e006413. doi:10.1136/bmjopen-2014-006413

- Sułkowska J. (2011), *Zarządzanie talentami w polskich szpitalach*, [w:] R. Lewandowski, R. Walkowiak (red.), *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Problemy wybrane*, Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. Prof. Tadeusza Kotarbińskiego, Olsztyn.
- Szcześniak A., Jędrzyak P. (2014), *Wzrasta średnia wieku pielęgniarek i położnych*, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych [online], <http://www.nipip.pl/index.php/samorząd/stat/2730-statystyka-sa-nieublagane-z-roku-na-rok-mimo-ze-rosnie-liczba-zarejestrowanych-pielęgniarek-i-polożnych-chetnych-do-kształcenia-sie-w-tych-zawodach-wciaz-ubywa-dowodem-jest-wzrost-średniej-wieku-osob-wykonujacych-te-zawody-2>, dostęp: 21 kwietnia 2015.
- The Economist Intelligence Unit (2011), *The future of healthcare in Europe* The Economist Intelligence Unit Limited [online], <http://www.janssen-slovenia.si/sites/default/files/The-Future-Of-Healthcare-In-Europe.pdf>, dostęp: 27 lutego 2015.
- Wismar M., Maier C.B., Glinos I.A., Dussault G., Figueras J. (eds.) (2011), *Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European countries*, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization.
- Włodarczyk W.C. (1996), *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków.
- Wojtyła A. (niedatowane), *Interpelacja w sprawie aktualnego stanu realizacji rządowego dokumentu Narodowy Program Zdrowia na lata 1996–2005*, Debaty sejmowe XVII Kadencja [online], <http://www.kadencja17.testos.waw.pl/int1-792.html>, dostęp: 14 kwietnia 2011.
- WHO (2000), *The WORLD HEALTH REPORT 2000. Health Systems: Improving Performance* [online], http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf, dostęp: 21 kwietnia 2015.