

UNIwersYTET WARSZAWSKI
WYDZIAŁ ZARZĄDZANIA

Mgr Mariusz Dąbrowski



AUTOREFERAT PRACY DOKTORSKIEJ

RACJONALNE WYKORZYSTANIE WYBRANYCH
CZYNNIKÓW WYTWÓRCZYCH W SZPITALACH

Praca wykonana pod kierunkiem
prof. dr hab. Eweliny Nojszewskiej
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
Katedra Ekonomii Stosowanej

Warszawa 2017

Spis treści

1. Uzasadnienie wyboru tematu.....	3
2. Cel pracy i tezy badawcze	4
3. Źródła i metoda badawcza	7
4. Struktura pracy.....	9
5. Charakterystyka i wyniki przeprowadzonych badań.....	10
6. Wnioski końcowe	16
Literatura wybrana	19
Załącznik	21

1. Uzasadnienie wyboru tematu

W Polsce od wielu lat trwa dyskusja dotycząca potrzeb finansowych oraz zmian organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia. Najczęściej wymienianymi rozwiązaniami, które miałyby odmienić obecną sytuację są między innymi zwiększenie składki zdrowotnej czy współpłacenie za usługi zdrowotne przez pacjentów.

Wymienione wyżej koncepcje rozwiązania sytuacji w ochronie zdrowia związane są w sposób bezpośredni z brakiem wystarczających środków finansowych, które mogłyby być odpowiedzią na potrzeby zdrowotne obywateli. Pogląd ten oparty jest na wypowiedziach medialnych reprezentantów środowiska medycznego oraz na danych pochodzących z innych krajów dotyczących wydatków na opiekę zdrowotną. Bezsprzeczonym faktem jest, że wydatki w Polsce należą do jednych z najniższych¹, co stanowi przypuszczalnie przyczynek do dyskusji o ich zwiększeniu, jako wyjściu z tej problematycznej sytuacji. Progres wydatków na opiekę zdrowotną może odbyć się jedynie poprzez zwiększenie wartości składki zdrowotnej lub poprzez bezpośredni udział obywateli w zakupie usług medycznych tj. poprzez współpłacenie.

Wdrożenie rozwiązania, które zwiększa środki finansowe w systemie ochrony zdrowia przyniosłoby wzrost obciążenia po stronie pracodawców i pracowników lub tylko pracowników po wprowadzeniu współpłacenia. W przypadku wzrostu obciążenia po stronie pracodawcy i pracownika mogą nasilić się tendencje do niekorzystnych zmian na rynku pracy w kontekście zabezpieczenia praw pracowniczych regulowanych przez kodeks pracy. Wynikałoby to ze wzrostu kosztów zatrudnienia na podstawie umów o pracę, czego skutkiem byłaby zmiana formy zatrudnienia na umowy cywilnoprawne. Z kolei w drugim przypadku pojawiłby się problem w dostępności do usług zdrowotnych dla obywateli, których budżet domowy nie pozwalałby na zakup dodatkowego, prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Wobec powyższych zagrożeń wydaje się, że w pierwszej kolejności należy dokonać weryfikacji, czy obecne w systemie leczenia szpitalnego środki finansowe są wykorzystywane efektywnie. Dopiero w następnej kolejności powinny zostać wdrożone rozwiązania, których skutkiem będzie zwiększenie nakładów ponoszonych na ochronę zdrowia.

¹ Na podstawie publikacji dot. wydatków na ochronę zdrowia w państwach zrzeszonych w Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD).

Głównym problemem poruszonym w dysertacji jest ocena efektywności wykorzystania środków finansowych przez Płatnika (NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia) i świadczeniodawców na realizację szpitalnych świadczeń opieki zdrowotnej sklasyfikowanych w dwóch podstawowych katalogach świadczeń w latach 2012-2014. Ocena efektywności ekonomicznej w systemie szpitalnej opieki zdrowotnej jest rozstrzygnięciem czy zasoby finansowe będące w szpitalnym systemie opieki zdrowotnej są racjonalnie wykorzystywane. Biorąc pod uwagę ograniczenia w nakładach na opiekę zdrowotną a w dalszej kolejności upośledzenie możliwości zakupu u świadczeniodawców określonych świadczeń opieki zdrowotnej stało się powodem do szukania odpowiedzi, czy jedynym rozwiązaniem służącym intensyfikowaniu skuteczności szpitalnego systemu opieki zdrowotnej jest zaopatrzenie go w dodatkowe środki finansowe.

2. Cel pracy i tezy badawcze

Celem pracy było wyjaśnienie, czy poprzez zastosowanie metody oraz obliczeń zrównujących podaż zasobów szpitalnych do zgłaszanego przez Płatnika zapotrzebowania można określić wielkość luki w efektywności ekonomicznej w systemie szpitalnej opieki zdrowotnej. Zasady, działania a przede wszystkim wnioski wynikające z zastosowanego rozwiązania dały odpowiedź, jakie skutki ono przyniesie.

Po przeprowadzeniu analizy danych dotyczących wydatków Płatnika na różne rodzaje usług zdrowotnych można było zauważyć, że większościovym beneficjentem jest lecznictwo szpitalne. Na podstawie bilansu z 2014 roku Narodowy Fundusz Zdrowia rozliczył świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalnej opiece stacjonarnej w wysokości ponad 30 miliardów złotych². Wydatki te stanowiły blisko 50% wartości składek zdrowotnych przekazanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego do Płatnika.

Lecznictwo szpitalne jest rynkiem regulowanym przez państwo z przyczyn solidarności społecznej. Tym bardziej pilną kwestią jest ocena gospodarności działań podejmowanych przez Płatnika oraz świadczeniodawców. Odpowiedzi na pytanie jak wykorzystywane są

² Dotyczy wszystkich katalogów, których zawartość jest każdorazowo opisywana przez załączniki Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

przez nich środki finansowe należy szukać w wynikach obliczeń skierowanych na identyfikację wielkości różnicy pomiędzy liczbą świadczeń opieki zdrowotnej, za które mógł zapłacić Płatnik, a liczbą świadczeń, jakie zostały udzielone przez świadczeniodawców przy wykorzystaniu nagromadzonych przez nich czynników wytwórczych.

W sytuacji, gdy w systemie opieki zdrowotnej jest jeden Płatnik, jest on odpowiedzialny za zgłaszanie racjonalnego zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej. Natomiast odpowiedzialność za dostosowanie zasobów czynników wytwórczych w szpitalach do określonego przez Płatnika zapotrzebowania leży po stronie świadczeniodawców. Zaniechanie tych działań przez którąś ze stron prowadzi do powstania luki w efektywności ekonomicznej w całym systemie opieki zdrowotnej.

Współpraca pomiędzy Płatnikiem a świadczeniodawcami jest podstawowym warunkiem właściwego gospodarowania zasobami finansowymi będącymi w systemie opieki zdrowotnej. Płatnik z racji swojej roli w systemie powinien wywierać presję na osiągnięcie przez świadczeniodawców efektywności ekonomicznej. Z kolei świadczeniodawcy efektywnie wykorzystujący wartość przychodu osiąganego z tytułu udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej powinni być „premiowani” przez Płatnika w sposób, który wymiennie wpływałby na kompleksowość i dostępność świadczonych przez nich usług medycznych.

Reasumując powyższe: w pracy został przeprowadzony oraz opisany proces weryfikacyjny tezy oraz hipotez pomocniczych, które miały następujące brzmienie:

Teza:

Zrównanie podaży wybranych czynników wytwórczych w przedsiębiorstwach szpitalnych do popytu efektywnego Płatnika doprowadzi do racjonalizacji kosztów po stronie szpitali i Płatnika.

Hipotezy pomocnicze:

1. Świadczenie usług zdrowotnych przez szpitale dla pacjentów poza miejscem ich zameldowania ma znaczący wpływ na alokację środków finansowych płatnika względem wybranych województw, zakresów świadczeń opieki zdrowotnej oraz pacjentów.
2. Zmiana kryterium alokacji środków finansowych płatnika z miejsca zameldowania pacjenta na liczbę udzielanych przez szpitale świadczeń opieki zdrowotnej spowoduje

zracjonalizowanie liczby łóżek na oddziałach szpitalnych bez ujemnego wpływu na dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Zmiana sposobu kontraktowania w lecznictwie szpitalnym świadczeń opieki zdrowotnej z poziomu oddziału szpitalnego na poziom przedsiębiorstwa szpitalnego pozwoli na planowanie podmiotom leczniczym w sposób racjonalny korzystania ze wszystkich dostępnych czynników wytwórczych.

Teza pracy głosi, że zrównanie podaży wybranych czynników wytwórczych w szpitalach do popytu efektywnego Płatnika doprowadzi do racjonalizacji kosztów po stronie szpitali i Płatnika. Przy określeniu podaży niezbędnym jest wykorzystanie danych, które powstają u świadczeniodawców w kolejnych etapach procesów hospitalizacji pacjentów na oddziałach szpitalnych. To na ich podstawie możliwe było określenie, w jakiej liczbie powinny być dostępne na rynku lecznictwa szpitalnego czynniki wytwórcze, aby stanowić odpowiedź na zapotrzebowanie na świadczenia zgłaszane przez Płatnika. Prawidłowa analiza danych związanych z hospitalizacjami u poszczególnych świadczeniodawców wymagała zwrócenia uwagi na „przepływy” pacjentów między szpitalami znacznie oddalonymi od ich miejsca zamieszkania. Dlatego na potrzeby umocnienia procesu weryfikacji tezy zostały przyjęte hipotezy dotyczące wpływu czynnika migracji pacjentów oraz jego wpływu na zmianę sposobu kontraktowania szpitalnych świadczeń opieki zdrowotnej przez Płatnika.

Przy wykorzystaniu informacji wytworzonych u świadczeniodawców dotyczących migracji pacjentów możliwe było prawidłowe określenie przez Płatnika zapotrzebowania na świadczenia w poszczególnych obszarach kraju. Prawidłowa alokacja środków finansowych wpływa na zmianę w warunkach kontraktowania przez Płatnika, które nie powodowałyby „mrożenia” liczby łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych. Wszystkie te działania miałyby wpływ na zmniejszenie luki w efektywności ekonomicznej szpitalnego systemu opieki zdrowotnej tworząc racjonalność jego roli w społeczeństwie.

Postawiona powyżej teza oraz hipotezy pomocnicze zostały poddane weryfikacji. Proces weryfikacyjny został przeprowadzony przy wykorzystaniu danych z okresu 2012-2014, pochodzących od świadczeniodawców szpitalnych³ z siedmiu wybranych województw, którzy posiadali kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia.

³ Bezpośrednim źródłem pozyskania danych do przeprowadzenia weryfikacji tezy oraz hipotez pomocniczych były bazy danych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Źródła i metoda badawcza

Bezpośrednim źródłem danych niezbędnych do przeprowadzenia procesu weryfikacji tezy oraz hipotez pomocniczych były bazy informatyczne Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. Gromadzenie danych przez Płatnika wynikało z uregulowań prawnych dotyczących sprawozdawczości i rozliczeń za świadczenia medyczne zrealizowane przez poszczególnych świadczeniodawców. Dlatego należy w tym miejscu podkreślić, że dane wykorzystywane w pracy do przeprowadzenia obliczeń zostały wytworzone u świadczeniodawców. Informacja ta jest o tyle ważna, że pozwala na stwierdzenie, że przeprowadzone badanie objęło wszystkich świadczeniodawców posiadających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w latach 2012-2014 w siedmiu wybranych województwach. Przyjęta próba badawcza pozwala na przyjęcie założenia, że zachowania oraz tendencje zaobserwowane w trakcie przeprowadzonych obliczeń dotyczą wszystkich świadczeniodawców w całym kraju, którzy posiadali kontrakt z Płatnikiem w tym okresie.

Do przeprowadzenia procesu weryfikacji tezy oraz hipotez badawczych zostało wykorzystanych ponad pół miliarda danych pogrupowanych na kilkadziesiąt zmiennych. Dane pochodziły od wszystkich świadczeniodawców, którzy w latach 2012-2014 posiadali kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację szpitalnych świadczeń opieki zdrowotnej w województwach: lubelskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, śląskim, świętokrzyskim oraz wielkopolskim. Zakres danych wykorzystanych do przeprowadzenia obliczeń objął świadczenia opieki zdrowotnej sklasyfikowane w katalogach 1A i 1B⁴.

W celu przeprowadzenia analiz związanych z identyfikacją tendencji oraz z pomiarem wpływów poszczególnych czynników (między innymi migracyjnych) na ustalenie racjonalnej liczby zasobów szpitalnych zostały utworzone dodatkowe zmienne statystyczne umożliwiające opisanie poszczególnych obserwacji. Dane zaszeregowane w nowo stworzonych zmiennych były wynikiem przetworzenia rekordów źródłowych pochodzących od świadczeniodawców, (o których mowa jest wyżej). Ponadto w celu przeprowadzenia analiz związanych z czynnikiem migracji do procesów obliczeniowych zostały dodane zmienne określające szerokość oraz długość geograficzną lokalizacji świadczeniodawców oraz miejsca zamieszkania pacjentów.

⁴ Dotyczy katalogów, których zawartość jest każdorazowo opisywana przez załączniki 1A i 1B Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

Z uwagi na wrażliwość danych z punktu widzenia medycznego oraz finansowego wyniki danych zostały w pracy przestawione na poziomie powiatów i województw. Rozwiązanie to pozwoliło zachować anonimowość, choć w przypadku powiatów, w których jest zlokalizowany jeden świadczeniodawca ten warunek nie był możliwy do spełnienia. Jednak przedstawienie wyników jedynie na poziomie województw nie pozwoliłoby na wyciągnięcie prawidłowych wniosków badawczych oraz prowadziłyby do ograniczonego zaufania rzetelności przeprowadzonych obliczeń.

Podstawowy proces obliczeniowy będący źródłem sformułowania wniosków dotyczących wielkości luki w efektywności ekonomicznej w systemie szpitalnej opieki zdrowotnej został oparty na danych odnoszących się przede wszystkim do wartości przychodowej świadczeniodawców, jaką uzyskali za określone świadczenia opieki zdrowotnej. Porównanie efektywności wykorzystania łóżek szpitalnych z określonych specjalności medycznych w poszczególnych powiatach z efektywnością czasu trwania hospitalizacji dla całego kraju był pierwszym krokiem do określenia wielkości luki w efektywności ekonomicznej. Uzupełnieniem tego działania było przeprowadzenie obliczeń w kierunku zwiększenia wykorzystania łóżek szpitalnych zakładające kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej na poziom szpitala jako całości. Odrzucenie dotychczasowej praktyki zawierania umów między oddziałami szpitalnymi i Płatnikiem stanowiło podstawę do przypuszczeń, że zwiększy to elastyczność wykorzystania czynników wytwórczych zwiększając tym samym efektywność ich zatrudnienia.

Środki finansowe, które w poszczególnych latach świadczeniodawcy otrzymali z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej zostały podzielone przez liczbę łóżek na oddziałach szpitalnych. W wyniku tego zostały uzyskane dane o średniej wartości przychodów, które przypadają na jedno łóżko. Założeniem w tym działaniu było wyznaczenie średniej wartości przychodu przypadającej na łóżko szpitalne w danym powiecie. Wybór takiego podejścia był podyktowany spojrzeniem na efektywne wykorzystanie szpitalnych czynników wytwórczych bez ich fragmentaryzacji na poszczególne oddziały.

W pierwszym kroku podział kwot środków finansowych na liczbę łóżek wykorzystanych przez oddziały szpitalne na realizację hospitalizacji oraz w następnym kroku przemnożenie uzyskanego wyniku przez racjonalną liczbę łóżek w szpitalach pozwoliło określić skutki finansowe dla systemu lecznictwa szpitalnego. Uzyskane wyniki pozwoliły również na ocenę planowania przez Płatnika prawidłowego poziomu popytu efektywnego dla poszczególnych

powiatów. W wyniku tych działań została dodatkowo uzyskana informacja, jaki wpływ miało zwiększanie poziomu popytu efektywnego wobec braku racjonalnego dostosowania liczby czynników wytwórczych w szpitalach.

Dla wykluczenia wpływu czynników mogących mieć wpływ na uzyskane wyniki zostały przeprowadzone dodatkowe analizy. Objęły one między innymi czynnik związany z sezonowością wystąpień przypadków chorobowych w poszczególnych specjalnościach medycznych oraz czynnik związany z trybem przyjęcia pacjenta do szpitala. Obydwa czynniki w przyjętych założeniach mogły mieć decydujące znaczenie na utrzymywanie przez cały rok zwiększonej wielkości liczby czynników wytwórczych na oddziałach szpitalnych.

Ostatnie analizy przeprowadzone i opisane w pracy dotyczyły wpływu czynnika migracji na wielkość zasobów utrzymywanych na oddziałach szpitalnych świadczeniodawców. Do przeprowadzenia obliczeń z tego obszaru badawczego zostały wykorzystane dane pozwalające na określenie miejsc zamieszkania pacjentów oraz siedzib świadczeniodawców. Z uwagi na ich różne położenie w obrębie powiatów (przy granicy, w centrum) zostały utworzone zmienne grupujące poszczególne dane w celu estymacji rozkładu danych opisujących gminy zamieszkania pacjentów i siedzib świadczeniodawców.

4. Struktura pracy

W rozdziale I została przedstawiona ogólna charakterystyka systemu opieki zdrowotnej w wymiarze kulturowym, ekonomicznym, prawnym i instytucjonalnym. Stanowi ona podstawę do zrozumienia cech, jakie każdy system opieki zdrowotnej posiada. Te z kolei stanowią o jego całokształcie - w szczególności funkcjach i zobowiązaniach wspólnoty na rzecz jednostki. Przedstawiona w rozdziale pierwszym ogólna charakterystyka systemu opieki zdrowotnej ma wymiar interdyscyplinarny nawiązujący do obszarów życia społecznego, w których należy szukać przyczyn jego cech charakterystycznych.

Rozdział II został poświęcony przybliżeniu problematyki rynku leczenia szpitalnego w Polsce. Jego opis - w tym mechanizmów finansowania i podziału środków finansowych na województwa - ma za zadanie w sposób metodyczny uporządkować regulacje mające znaczący wpływ na efektywność jego funkcji i w dalszej kolejności wyników (skutków), jakie one niosą. Dla przedstawienia pełnego obrazu problematyki leczenia szpitalnego rozdział

drugi został poszerzony o obszar informacji na rynku leczenia szpitalnego oraz o charakterystykę kosztów związanych z czynnikami wytwórczymi u świadczeniodawców.

W rozdziale III została podniesiona kwestia efektywności szpitalnej opieki zdrowotnej z wykazaniem problemów oraz zagrożeń związanych z zachowaniami i relacjami podmiotów sprzedających i kupujących świadczenia. W tym kontekście została przedstawiona koncepcja racjonalizacji możliwości produkcyjnych służąca zbudowaniu określonych zasad i relacji, których zastosowanie pozwala na wykonanie symulacji, a której wynikiem jest potwierdzenie przyjętej w pracy tezy oraz hipotez pomocniczych.

W rozdziale IV zostały przedstawione wyniki oraz wnioski z obliczeń przeprowadzonych według zasad i założeń koncepcji opisanej w poprzednim rozdziale pracy. Zawartość rozdziału stanowi empiryczny materiał będący dowodem na istnienie luki w efektywności ekonomicznej systemu leczenia szpitalnego. Wobec braku w polskiej literaturze przedmiotu podobnego opisu procesu badawczego oraz wniosków sformułowanych na jego podstawie staje się zasadnym stwierdzenie, że jego treść stanowi wartość dodaną do badań naukowych w zakresie efektywności ekonomicznej systemu ochrony zdrowia. Należy podkreślić, że wyniki analiz przeprowadzonych w pracy stały się podstawą i źródłem opracowania algorytmu, przy użyciu którego uzyskuje się wynik racjonalnej liczby wybranych czynników wytwórczych w szpitalach, w szczególności łóżek oraz etatów medycznych.

5. Charakterystyka i wyniki przeprowadzonych badań

Dla realizacji wyznaczonego celu głównego zaprezentowane w pracy badania koncentrowały się na analizie i ocenie wyników uzyskanych na podstawie przeprowadzonych obliczeń.

Podstawowym celem przeprowadzonych analiz na danych pośrednio pochodzących od świadczeniodawców było określenie wielkości luki w efektywności ekonomicznej szpitalnego systemu opieki zdrowotnej. Szczegółowa eksploracja danych, która w zależności od potrzeb poszczególnych elementów całego procesu weryfikacyjnego założonej tezy oraz hipotez pomocniczych miała za zadanie - przy zastosowaniu funkcji wartości wektorowych - zdefiniowanie podstawowych obszarów badawczych:

1. Struktury zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej,

2. Wyznaczenie ograniczonego przez wycenę Płatnika popytu efektywnego,
3. Wyznaczenie podaży wybranych czynników wytwórczych wykorzystanych w szpitalach.

Dodatkowo dla zmierzenia siły czynników mogących mieć wpływ na ustalenie wielkości poziomów popytu efektywnego oraz podaży na rynku świadczeń szpitalnych zostały przeprowadzone badania w kierunku:

1. Wpływu sezonowości występowania przypadków chorobowych na ustalenie racjonalnej liczby czynników wytwórczych,
2. Wpływu trybów przyjęcia pacjentów do szpitala na zmianę liczby wybranych czynników wytwórczych.
3. Wpływu migracji pacjentów na popyt i podaż.

Zdefiniowanie podstawowych obszarów badawczych oraz przeprowadzenie analiz w kierunku pomiaru siły czynników mogących mieć wpływ na wielkość popytu i podaży pozwoliło na przeprowadzenie obliczeń, wynikiem których był pomiar efektywności wykorzystania wybranych zasobów w szpitalach. Uzyskane wyniki stanowiły jednoznaczną podstawę do przyjęcia wniosków o wielkości luki w efektywności ekonomicznej szpitalnego systemu opieki zdrowotnej. Wybór zaprezentowanego w pracy rozwiązania metodologicznego w sposób szczegółowy pozwolił rozstrzygnąć, jakie skutki przyniesie dopasowanie liczby czynników wytwórczych w szpitalach do możliwości finansowych Płatnika. Wnioski sformułowane na podstawie uzyskanych wyników jednoznacznie wskazały na istnienie luki w efektywności wykorzystania środków finansowych w siedmiu wybranych województwach na średnim poziomie 32% w skali roku (w badanym okresie 2012-2014). Decydujący wpływ na jej wielkość miało niedopasowanie liczby wybranych czynników wytwórczych w szpitalach do popytu zgłaszanego przez Płatnika oraz nieuwzględnianie przez NFZ czynnika migracji przy zgłaszaniu zapotrzebowania u poszczególnych świadczeniodawców. Wobec tego należy uznać, że odpowiedzialność za powstawanie luki w efektywności ekonomicznej w lecznictwie szpitalnym leży po stronie świadczeniodawców jak i również Płatnika.

W pracy zostały przedstawione szczegółowe wyniki skutków dopasowania podaży do popytu efektywnego. Identyfikują one wartości nieracjonalnie wykorzystywanych środków finansowych w każdym powiecie w wybranych siedmiu województwach. Luka w efektywności ekonomicznej, jaka istniała w latach 2012-2014 wynosi średnio ponad 1/3

wydatków przeznaczonych przez Płatnika na zakup szpitalnych świadczeń opieki zdrowotnej. Dla przybliżenia wyników szczegółowych, poniżej zostały zaprezentowane ogólne wyniki dla województw. Stanowią one sumaryczny dowód szczegółowych rezultatów badań przedstawionych w treści pracy.

WOJEWÓDZTWO	NIERACJONALNIE WYDATKOWANE ŚRODKI FINANSOWE W LECZNICTWIE SZPITALNYM W WYBRANYCH WOJEWÓDZTWACH W LATACH 2012-2014							
	ROK 2012		ROK 2013		ROK 2014		OKRES 2012-2014	
	PROCENT	KOSZTY	PROCENT	KOSZTY	PROCENT	KOSZTY	ŚREDNI PROCENT	SUMA KOSZTÓW
LUBELSKIE	38,1%	517 402 771,31 zł	37,1%	515 518 301,71 zł	30,1%	420 780 164,97 zł	35,1%	1 453 701 237,99 zł
ŁÓDZKIE	31,9%	480 784 907,32 zł	31,1%	461 868 048,63 zł	26,5%	388 145 330,07 zł	29,8%	1 330 798 286,02 zł
MAŁOPOLSKIE	32,8%	588 393 522,55 zł	32,5%	609 618 936,16 zł	30,8%	580 273 992,72 zł	32,0%	1 778 286 451,44 zł
MAZOWIECKIE	31,4%	1 280 826 591,32 zł	31,7%	1 233 814 570,60 zł	31,1%	1 190 254 236,26 zł	31,4%	3 704 895 398,18 zł
ŚLĄSKIE	38,2%	1 102 863 967,29 zł	36,4%	1 070 063 324,50 zł	29,8%	871 795 047,66 zł	34,8%	3 044 722 339,45 zł
ŚWIĄTOKRZYSKIE	31,8%	225 172 914,10 zł	29,3%	221 446 131,03 zł	26,7%	209 013 496,97 zł	29,3%	655 632 542,10 zł
WIELKOPOLSKIE	30,9%	638 831 302,47 zł	30,2%	642 929 544,26 zł	27,3%	573 239 848,99 zł	29,5%	1 855 000 695,73 zł
SUMA:	-	4 834 275 976,36 zł	-	4 755 258 856,89 zł	-	4 233 502 117,65 zł	-	13 823 036 950,91 zł
ŚREDNIA:	34%	-	33%	-	29%	-	32%	-

Tabela 1. Nieracjonalnie wykorzystane środki finansowe z podziałem na wybrane województwa. Opracowanie własne na podstawie danych sprawozdanych przez świadczeniodawców do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z przeprowadzonych analiz wynika, że świadczeniodawcy realizujący i rozliczający świadczenia w poszczególnych powiatach i województwach różnie określają liczbę czynników wytwórczych. Wynikiem tego jest zróżnicowanie poziomów wykorzystania środków finansowych. Przeprowadzone badania wykazały, że szpitale zlokalizowane w miastach wojewódzkich na prawach powiatu zdecydowanie gorzej od reszty szpitali dopasowują swoje możliwości podażowe do zgłaszanego przez Płatnika zapotrzebowania. Została zaobserwowana tendencja – widoczna również na wynikach ogólnych dotyczących województw – w racjonalności doboru przez świadczeniodawców liczby czynników wytwórczych na przestrzeni lat 2012-2014. Od 2012 roku do roku 2014 uległa ona poprawie widocznej w zmniejszeniu wielkość luki w efektywności ekonomicznej o około pięć punktów procentowych. Jest to jednak tendencja ogólna, w której wyjątek stanowią szpitale zlokalizowane w miastach wojewódzkich; ich udział w wartości środków finansowych wykorzystywanych nieefektywnie wzrasta w tym okresie przy czynnym udziale Płatnika, który zwiększa u nich zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej.

Przeprowadzone w pracy badania określające efektywność wykorzystania wybranych czynników wytwórczych u świadczeniodawców w poszczególnych powiatach jednoznacznie wskazały na niedostosowanie ich liczby do zgłoszonych przez Płatnika potrzeb. Potwierdziły to wyniki obliczeń przeprowadzonych na danych dotyczących liczby łóżek zaangażowanych do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej rozliczonych w latach 2012-2014. Wobec tego, że łóżka szpitalne są podstawowym wskaźnikiem do mierzenia efektywności wykorzystania pozostałych czynników wytwórczych, został on w kolejnych analizach wykorzystany do przeprowadzenia obliczeń związanych z efektywnością czasu pracy personelu medycznego zatrudnionego na oddziałach szpitalnych. W tym przypadku również wyniki szczegółowe przeprowadzone dla każdego województwa potwierdziły wysoki udział nieefektywności wykorzystania czasu pracy personelu medycznego. W związku z fragmentarycznością nauk medycznych wyniki zostały przyporządkowane poszczególnym specjalnościom medycznym, które w wyraźny sposób nadają cechę czynnikowi wytwórczemu, jakim jest praca personelu medycznego - przede wszystkim lekarskiego.

Zaprezentowane poniżej w tabeli 2 informacje stanowią średnie procentowe udziały nieracjonalnie wykorzystanego czasu pracy personelu medycznego na oddziałach szpitalnych, których wartości są wynikami szczegółowych obliczeń i opisów zawartych w pracy.

NAZWA SPECJALNOŚCI MEDYCZNEJ HOSPITALIZACJI REALIZOWANYCH W WYBRANYCH WOJEWÓDZTWACH	UDZIAŁ NIERACJONALNIE WYKORZYSTANEGO CZASU PRACY PERSONELU MEDYCZNEGO NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH		
	2012	2013	2014
ALERGOLOGIA	33%	66%	31%
ANGIOLOGIA	38%	39%	39%
AUDIOLOGIA I FONIATRIA	32%	45%	46%
CHIRURGIA DZIECIĘCA	43%	41%	37%
CHIRURGIA KLATKI PIERSIOWEJ	32%	29%	41%
CHIRURGIA NACZYNIOWA	34%	50%	47%
CHIRURGIA OGÓLNA	40%	40%	36%
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA	57%	58%	55%
CHIRURGIA PLASTYCZNA	68%	67%	66%
CHIRURGIA SZCZĘKOWO-TWARZOWA	34%	33%	30%
CHOROBY PŁUC	50%	48%	48%
CHOROBY WEWNĘTRZNE	15%	15%	15%
CHOROBY ZAKAŻNE	34%	35%	34%
DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA	16%	15%	11%
DIABETOLOGIA	8%	8%	20%
ENDOKRYNOLOGIA	18%	17%	36%

GASTROENTEROLOGIA	55%	55%	41%
GERIATRIA	22%	20%	20%
GINEKOLOGIA	63%	59%	43%
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	39%	37%	55%
HEMATOLOGIA	80%	81%	75%
IMMUNOLOGIA KLINICZNA	58%	58%	58%
KARDIOCHIRURGIA	26%	27%	30%
KARDIOLOGIA	36%	36%	33%
KARDIOLOGIA DZIECIĘCA	46%	50%	46%
NEFROLOGIA	36%	37%	35%
NEONATOLOGIA	42%	42%	23%
NEUROCHIRURGIA	37%	36%	33%
NEUROLOGIA	29%	28%	18%
NEUROLOGIA DZIECIĘCA	35%	36%	38%
OKULISTYKA	54%	52%	41%
ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA DZIECIĘCA	81%	80%	71%
ONKOLOGIA KLINICZNA	55%	56%	66%
ORTOPEDIA I TRAUMAT NARZ RUCHU	49%	48%	45%
OTORYNOLARYNGOLOGIA	43%	42%	35%
OTORYNOLARYNGOLOGIA DZIECIĘCA	56%	56%	15%
PEDIATRIA	36%	36%	30%
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA	23%	22%	19%
REUMATOLOGIA	-7%	2%	3%
TOKSYKOLOGIA KLINICZNA	49%	49%	50%
TRANSPLANTOLOGIA KLINICZNA	51%	51%	58%
UROLOGIA	70%	41%	41%
UROLOGIA DZIECIĘCA	62%	58%	64%

Tabela 2. Udziały nieracjonalnie wykorzystanego czasu pracy personelu medycznego z podziałem na specjalności medyczne w siedmiu wybranych województwach. Opracowanie własne na podstawie danych sprawozdanych przez szpitale do NFZ.

Wyniki obliczeń dotyczących udziału nieefektywnie wykorzystywanego czasu pracy personelu medycznego jednoznacznie wskazały, że jest to obszar w którym niedopasowanie do zapotrzebowania było wysokie. Znaczenie tej informacji dodatkowo nabiera wartości w sytuacji gdy wielkości niedopasowania do zapotrzebowania miały charakter stały. Przyczynami takiej sytuacji mogła być sezonowość występowania przypadków chorobowych w określonych specjalnościach medycznych i lub rodzaj trybu przyjęcia pacjentów do szpitala. Przeprowadzone analizy w kierunku występowania sezonowości i trybów przyjęć do szpitala jednoznacznie potwierdziły, że czynniki te nie mają wpływu na wielkość wykorzystania liczby czynników wytwórczych w szpitalach. Zatem należy uznać, że

nieefektywność wykorzystania czasu pracy personelu medycznego zatrudnionego na oddziałach jest również stała.

Kolejnym badaniem przeprowadzonym i opisanym w pracy było zidentyfikowanie wpływu migracji pacjentów na alokację środków finansowych. Czynnikiem ten w latach 2012-2014 był pomijany w algorytmie podziału środków finansowych pomiędzy Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Skutkiem tego zapotrzebowanie zgłaszane przez Płatnika na określone świadczenia opieki zdrowotnej dla obywateli zamieszkujących dane województwa było z góry obciążone błędem, który wprowadzał dysfunkcję informacyjną dla świadczeniodawców. Na podstawie błędnych danych – określających wielkość zapotrzebowania - zawartych w kontraktach określali oni niezbędną liczbę czynników wytwórczych na oddziałach szpitalnych w celu prowadzenia racjonalnej gospodarki kosztowej. Wobec tego brak ujęcia czynnika migracji przy ustalaniu wielkości zapotrzebowania na świadczenia przez Płatnika przyczynił się do błędnych interpretacji przez świadczeniodawców przy ustalaniu wielkości zasobów.

W celu zaprezentowania w autoreferacie wpływu czynnika migracji w tabeli 3 zostały podane liczby oraz udziały świadczeń zrealizowanych dla pacjentów w zależności od ich miejsca zamieszkania względem lokalizacji świadczeniodawców. Dane zostały przedstawione na poziomie województw, co jest pewnym uogólnieniem, które jednak wynika z zasady ograniczeń liczby stron autoreferatów. Szczegółowe wyniki przyporządkowane do poszczególnych powiatów zostały zawarte w pracy i to one stanowiły podstawę do zbudowania informacji w niżej przedstawionej tabeli.

WOJEWÓDZTWO	WPLYW CZYNNIKA MIGRACJI W LECZNICTWIE SZPITALNYM W WYBRANYCH WOJEWÓDZTWACH W LATACH 2012-2014												
	ŚWIADCZENIA	ROK 2012				ROK 2013				ROK 2014			
		=	≤ 50 KM	> 50 KM	B.D.	=	≤ 50 KM	> 50 KM	B.D.	=	≤ 50 KM	> 50 KM	B.D.
LUBELSKIE	Liczba	204 690	139 281	63 397	30 454	203 393	140 932	70 900	30 553	203 578	144 729	70 749	29 143
LUBELSKIE	Udział	47%	32%	14%	7%	46%	32%	16%	7%	45%	32%	16%	7%
ŁÓDZKIE	Liczba	303 963	137 197	39 403	33 259	298 865	137 447	39 676	35 437	292 335	143 787	40 677	35 116
ŁÓDZKIE	Udział	59%	27%	8%	6%	58%	27%	8%	7%	57%	28%	8%	7%
MAŁOPOLSKIE	Liczba	279 656	169 323	51 902	54 673	275 293	173 318	52 454	60 053	272 222	178 395	55 861	57 478
MAŁOPOLSKIE	Udział	50%	30%	9%	10%	49%	31%	9%	11%	48%	32%	10%	10%
MAZOWIECKIE	Liczba	601 100	299 043	209 451	79 409	570 446	289 634	200 610	87 046	562 527	290 480	200 177	81 181
MAZOWIECKIE	Udział	51%	25%	18%	7%	50%	25%	17%	8%	50%	26%	18%	7%
ŚLĄSKIE	Liczba	405 228	341 630	52 569	52 670	399 776	346 499	56 178	57 618	396 551	353 082	57 010	56 845
ŚLĄSKIE	Udział	48%	40%	6%	6%	46%	40%	7%	7%	46%	41%	7%	7%
ŚWIĘTOKRZYSKIE	Liczba	124 153	83 888	15 716	17 240	126 024	87 839	16 295	17 024	128 552	92 535	17 187	16 647

ŚWIĘTOKRZYSKIE	Udział	52%	35%	7%	7%	51%	36%	7%	7%	50%	36%	7%	7%
WIELKOPOLSKIE	Liczba	321 440	187 410	104 976	52 607	318 440	191 604	107 715	52 701	310 515	196 315	108 139	51 153
WIELKOPOLSKIE	Udział	48%	28%	16%	8%	47%	29%	16%	8%	47%	29%	16%	8%

Tabela 2. Liczba i udział świadczeń opieki zdrowotnej rozliczonych w wybranych województwach w latach 2012-2014 przez NFZ w podziale na odległość między powiatem świadczeniodawcy a powiatem pacjenta, („=” – powiat pacjenta jest taki sam, co powiat świadczeniodawcy, „≤ 50 KM” – powiat pacjenta jest oddalony, o co najmniej 50 KM, „> 50 KM” – powiat pacjenta oddalony jest o więcej niż 50 km od powiatu świadczeniodawcy, „B.D” – brak danych). Opracowanie własne na podstawie danych sprawozdanych przez szpitale do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przegląd analiz przeprowadzonych dla poszczególnych powiatów z siedmiu wybranych województw potwierdziły znaczący wpływ migracji pacjentów na popyt efektywny oraz podaż szpitalnych świadczeń opieki zdrowotnej. Przyjęte założenia podziału hospitalizacji na trzy grupy (zmienne) pozwoliły oznaczyć, w których powiatach w latach 2012-2014 dochodziło do zmian i jaki udział miał w nich czynnik migracji. Zwiększenie oraz zmniejszenie liczby świadczeń, a przede wszystkim tendencje – jakie zostały zaobserwowane – powinny zostać ujęte w planowaniu racjonalnych poziomów popytu efektywnego i racjonalnej liczby czynników wytwórczych w szpitalach.

Wobec powyższych wniosków należy stwierdzić, że czynnik migracji w ustaleniu podaży jest z punktu widzenia racjonalizacji liczby czynników wytwórczych znaczący. Brak jego uwzględnienia w planowaniu liczby łóżek szpitalnych prowadzi do zwiększania luki w efektywności ekonomicznej w systemie szpitalnej opieki zdrowotnej.

Reasumując, na podstawie wyników szczegółowo zaprezentowanych i opisanych w pracy z przeprowadzonego badania weryfikacyjnego postawionej tezy oraz hipotez pomocniczych należy stwierdzić, że istnieje luka w efektywności ekonomicznej w systemie leczenia szpitalnego i ma ona charakter systemowy. Oznacza to, że za ten stan rzeczy odpowiadają nieuregulowane relacje pomiędzy Płatnikiem a świadczeniodawcami.

6. Wnioski końcowe

Przeprowadzone obliczenia oraz wnioski, jakie zostały z nich wyciągnięte są materiałem empirycznym o skutkach dopasowania liczby wybranych czynników wytwórczych w szpitalach do popytu efektywnego Płatnika. Skutki zastosowania zrównania potencjału świadczeniodawców do poziomu zasobów finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia

obejmują głównych graczy systemu. Przeprowadzone obliczenia pozwalają stwierdzić, że korzystnymi skutkami zmian objęci zostają: pacjent, szpital i Płatnik. Pacjent - poprzez uzyskanie szerszego dostępu do szpitalnych świadczeń opieki zdrowotnej, szpital - uzyskuje informacje o swoim potencjale, dzięki czemu może równoważyć poziomy przychodu i kosztów. Z kolei skutki dla Płatnika są wielowymiarowe; z jednej strony uzyskuje on wiedzę, który świadczeniodawca wymaga stymulacji finansowej do zwiększania swojego udziału na rynku szpitalnych usług zdrowotnych, natomiast z drugiej strony jego środki finansowe, które ma w swojej dyspozycji z przeznaczeniem na szpitalne świadczenia opieki zdrowotnej pozwalają na nabycie większej liczby usług.

Sformułowanie wyżej przedstawionych wniosków było możliwe dzięki oparciu działań o zmienną wyjściową, którą było łóżko szpitalne. Informacje o jego wykorzystaniu oraz liczbie łóżek stanowiło źródło wiedzy do opracowania wielkości potencjału, jaki jest skumulowany w szpitalach w poszczególnych powiatach i województwach. Podobnie w obliczeniach określających poziomy popytu efektywnego łóżko szpitalne odegrało decydującą rolę stanowiąc podstawę do obliczenia udziału nieracjonalnie wykorzystanych środków finansowych. Wyznaczenie poziomów popytu efektywnego i zasobu czynników wytwórczych w szpitalach pozwoliło na szczegółowe określenie różnicy istniejącej pomiędzy nimi. Należy podkreślić, że różnica została określona w oparciu o obliczenia, jaki potencjał w szpitalach był niezbędny do realizacji hospitalizacji, a nie jaki był w rzeczywistości. Zatem wnioski dotyczą jedynie określenia udziału racjonalności wykorzystywania zaangażowanego potencjału oddziałów szpitalnych.

Zróznicowanie popytu efektywnego oraz liczby szpitalnych czynników wytwórczych występowało z różną siłą w poszczególnych latach w okresie 2012-2014. Spowodowane to było zmianami wartości mediany czasu trwania hospitalizacji przypadków chorobowych w specjalnościach medycznych. Analiza danych pod tym kątem tematycznym również zidentyfikowała zjawiska trendów lub stałość udziałów nieracjonalności w wykorzystywaniu środków finansowych. Zjawiska te widoczne są z perspektywy oceny ogólnych danych dotyczących województw oraz danych z poszczególnych powiatów. Zmiany zachodzące na przestrzeni trzech lat w wyznaczeniu granicy racjonalności wykorzystania środków finansowych możliwe były dzięki przyjętemu założeniu średniego przychodu na łóżko szpitalne. Dzięki temu możliwe było określenie poziomów popytu efektywnego dla poszczególnych powiatów wraz ze zmianami w poszczególnych latach w okresie 2012-2014. Ustalenie wielkości oraz zmian jego poziomu pozwoliło na zmierzenie różnic w zasobach

czynników wytwórczych w szpitalach. Dzięki temu możliwy był opis skutków finansowych dla Płatnika po dopasowaniu podaży przez oddziały szpitalne do jego zasobów finansowych. Wnioski uzyskane po przeprowadzeniu analiz z tego obszaru dostarczyły dodatkowo informacji, że Płatnik poprzez brak prowadzenia racjonalnej polityki ustalania poziomów popytu efektywnego jest biernym graczem systemu leczenia szpitalnego. Podnoszenie z jego strony wydatków na szpitalne świadczenia opieki zdrowotnej w powiatach, których udział w nieracjonalności wykorzystania środków finansowych wzrasta, należy uznać za nieefektywny.

Podstawowy wniosek, jaki należy przyjąć na podstawie przeprowadzonego badania określa niską efektywność wykorzystania zaangażowanych w systemie leczenia szpitalnego liczby czynników wytwórczych i wartości środków finansowych. Wobec tego wydaje się za zasadne w pierwszej kolejności wprowadzenie mechanizmów powalających na zwiększenie efektywności działań ze strony Płatnika i świadczeniodawców, a następnie zwiększenie wydatków przez społeczeństwo na działalność systemu leczenia szpitalnego.

Na podstawie wyników oraz wniosków z przeprowadzonych obliczeń w pracy zostały opisane zasady oraz założenia algorytmu pozwalającego na przeprowadzenie działań, których wynikiem jest racjonalna liczba wybranych czynników wytwórczych w szpitalach. Zaproponowany algorytm należy uznać, jako narzędzie do planowania liczby czynników wytwórczych przez świadczeniodawców oraz do prowadzenia przez Płatnika pomiarów efektywności wykorzystania środków finansowych w systemie leczenia szpitalnego.

Literatura wybrana

- ADAMIECKI K. 1985. *O nauce organizacji*. Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- DĄBROWSKI M. 2014. Zastosowanie informacji kosztowych pochodzących od różnorodnych świadczeniodawców w procesie wyceny świadczeń opieki zdrowotnej – doświadczenia empiryczne. W: ŚWIDERSKA G. K. (red.) *Koszty w opiece zdrowotnej*. Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, Warszawa.
- FRĄCZKIEWICZ-WRONKA A. 2010. Nowoczesna koncepcja świadczenia usług publicznych - zmiana wizerunku nowego zarządzania publicznego. W: FRĄCZKIEWICZ-WRONKA A. (red.) *Pomiar efektywności organizacji publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice.
- GOLINOWSKA S., SOWADA CH., TAMBOR M. 2012. *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia: problemy i wyzwania*. Wydawnictwo Fundacja Zdrowia Publicznego Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków.
- KORENIK D., WĘGRZYN M. 2015/2016. Benchmarking szpitali: przykład narzędzia benchmarkingowego „Portrety Szpitali - Mapy Możliwości, czy monitorowanie jakości usług publicznych i benchmarking z zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem szpitali dla których organem założycielskim jest jednostka samorządu terytorialnego. Wydawnictwo Prymat, Wrocław.
- KOŹMIŃSKI A., OBLÓJ K. 1989. *Zarys teorii równowagi organizacyjnej*. Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- NOJSZEWSKA E. 2011. (red.) *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*. Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa.
- NOJSZEWSKA E. 2012. Zróżnicowanie metod liczenia kosztów leczenia a racjonalizacja funkcjonowania ochrony zdrowia. W: NOJSZEWSKA E. *Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia*. Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa.
- NOJSZEWSKA E. 2015. *Ekonomiczna analiza efektywności szpitali*. „Myśl ekonomiczna i polityczna”, nr 2. Wydawnictwo Wydziału Ekonomii i Zarządzania Uczelni Łazarskiego, Warszawa.
- OBLÓJ K., CISZEWSKA M., KUŚMIERZ A. 2004. *Strategie szpitali w warunkach reform*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania, Warszawa.

- RUDAWSKA I. 2008. *Konkurencja w podsektorze stacjonarnej opieki zdrowotnej*. W: RYĆ K., SKRZYPCZAK Z. (red.) *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- SOBCZAK A. 2007. *Finansowanie ochrony zdrowia*. Wydawnictwo Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa.
- SOBIECH J. 2006. *Mechanizmy finansowania szpitali*. W: RÓJ J., SOBIECH J. (red.) *Zarządzanie finansami szpitala*. Wydawnictwo Wolter Kluwer Polska, Warszawa.
- SUCHECKA J. 2011. *Finansowanie ochrony zdrowia: wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo Wolter Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa.
- WĘGRZYN M. 2013. *Uwarunkowania systemowe restrukturyzacji publicznych podmiotów leczniczych w Polsce*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław.
- WŁODARCZYK W. C. 2014. *Współczesna polityka zdrowotna. Wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo Wolters Kluwer S.A., Warszawa.

Załącznik

Załącznik stanowi spis treści przedmiotowej dysertacji.

WPROWADZENIE	7
1. Ogólna charakterystyka systemu opieki zdrowotnej	14
1.1. Wpływ czynników kulturowych.....	15
1.2. Wpływ czynników ekonomicznych.....	19
1.3. Wpływ podstawowych zobowiązań prawnych.....	24
1.4. Podstawowe podmioty instytucjonalne systemu opieki zdrowotnej	26
2. Problematyka rynku leczenia szpitalnego	31
2.1. Podstawy ekonomii szpitalnictwa.....	33
2.2. Racjonalizacja zakupu świadczeń opieki zdrowotnej przez Płatnika.....	38
2.3. Wpływ podziału środków finansowych na zmniejszenie luki w efektywności	42
2.4. Racjonalizacja wybranych czynników wytwórczych w szpitalach	49
2.5. Koszty zachowania gotowości czynników wytwórczych	54
2.6. Funkcja informacji w racjonalizacji wykorzystywania zasobów na rynku szpitalnym.....	59
3. Efektywność szpitalnej opieki zdrowotnej	65
3.1. Problemy i zagrożenia w podnoszeniu efektywności działalności szpitali	68
3.2. Czynniki i zjawiska braku równowagi na rynku leczenia szpitalnego	79
3.3. Racjonalizacja możliwości produkcyjnych	90
4. Racjonalizacja czynników wytwórczych w szpitalach	105
4.1. Charakterystyka hospitalizacji zrealizowanych w wybranych województwach	107
4.2. Wyznaczenie ograniczonego przez wycenę Płatnika popytu efektywnego na podstawie danych z wybranych województw za lata 2012-2014	150
4.3. Wyznaczenie podaży czynników wytwórczych wykorzystywanych w szpitalach na podstawie danych z wybranych województw za lata 2012-2014.....	168
4.4. Wpływ migracji pacjentów na popyt i podaż	175
4.5. Dopasowanie podaży czynników wytwórczych zaangażowanych w szpitalach do popytu efektywnego ograniczonego przez wycenę Płatnika	194
4.5.1. Określenie popytu efektywnego i liczby szpitalnych czynników wytwórczych.....	195
4.5.2. Prognozowane skutki finansowe dla Płatnika po wprowadzeniu zmiany.....	232

4.5.3. Wpływ na wielkość zatrudnienia pracowników medycznych	250
4.6. Algorytm do prognozowania podaży świadczeń ograniczonej przez Płatnika	273
PODSUMOWANIE I WNIOSKI	276
LITERATURA.....	280
AKTY PRAWNE.....	289
STRONY INTERENTOWE	290
SPIS TABEL	291