

Jakościowa charakterystyka podaży i popytu na kompetencje w sektorze zdrowia -trendy i problemy

DR GRZEGORZ MYŚLIWIEC



Katedra Rozwoju Kapitału Ludzkiego

IBE



INSTYTUT
BADAŃ
EDUKACYJNYCH



SZKOŁA GŁÓWNA HANDLOWA W WARSZAWIE

www.sgh.waw.pl

Charakterystyka sektora

Wydatki ogółem na ochronę zdrowia 2008-2010

Wyszczególnienie	2008		2009		2010	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB	Mln zł	% PKB
PKB	1 275 432	100,00	1 343 366	100,00	1 416 392	100,00
Publiczne wydatki	60 214	4,72	66 764	4,97	70 853	5,00
W tym FUS	53 809	4,22	59 741	4,45	61 074	4,31
Prywatne wydatki	23 224	1,82	25 623	1,91	27 470	1,94
Inwestycje ogółem	5 869	0,46	6 588	0,49	6 710	0,47
Wydatki ogółem	89 307	7,00	98 975	7,37	98 845	6,98



Charakterystyka sektora

Ujednolicenie międzynarodowej metodologii Narodowych Rachunków Zdrowia (SHA) pozwala z dużą obiektywnością danych porównywać wydatki poszczególnych krajów na opiekę zdrowotną.

Dystans Polski do europejskich „średniaków” jest ciągle duży.

Przeliczając na głowę mieszkańca w 2011 roku w \$ USA (%PKB)

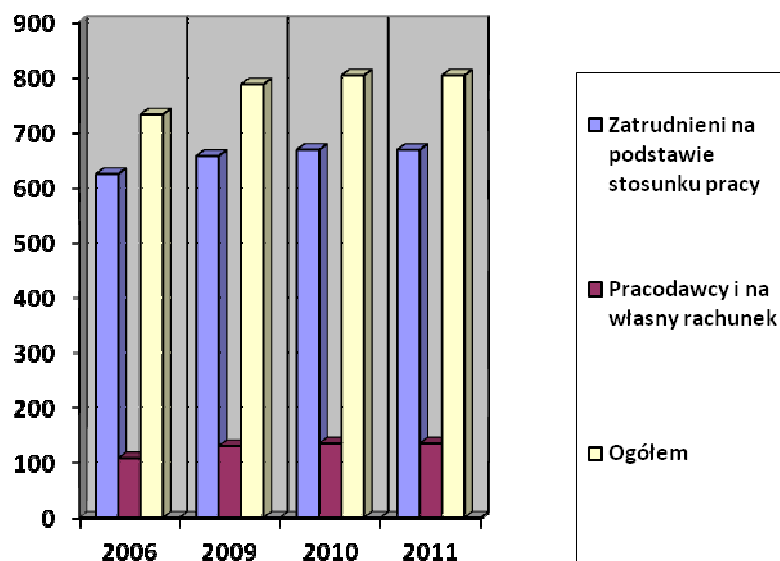
Czechy	1996	(7,5)
Słowacja	1915	(7,9)
Węgry	1689	(7,9)
Polska	1452	(6,9)
Estonia	1303	(5,9)
Słowenia	2421	(8,9)
Portugalia	2619	(10,2)
Grecja	2361	(9,1)
Hiszpania	3072	(9,3).

(Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2011.GUS 2013)



Charakterystyka sektora

Zatrudnienie w sektorze zdrowia w tys.

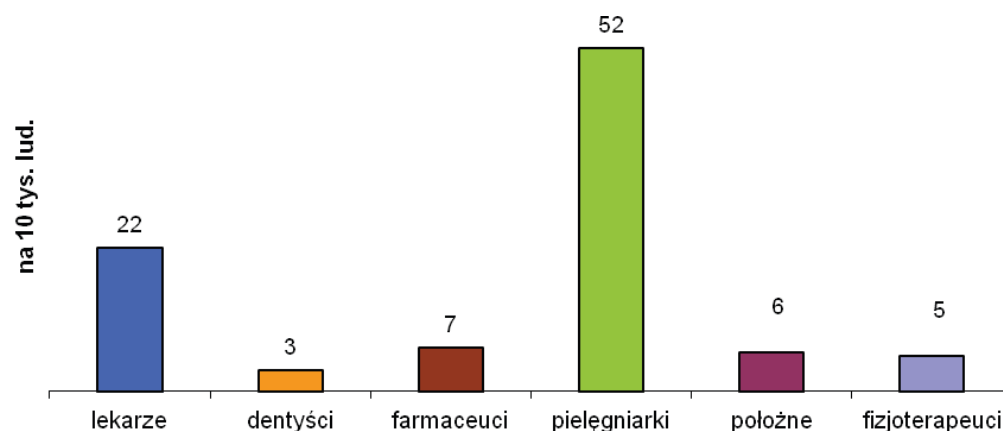


W ochronie zdrowia zatrudniona jest znacząca grupa wysoko **wyspecjalizowanych** pracowników, a zatrudnienie systematycznie **rośnie**. W 2010 roku pracowało **79,3 tys.** lekarzy (76 tys. w 2005), pielęgniarek **185 tys.** (179 tys. w 2005 r.). Łączne zatrudnienie w 2009 roku w zawodach medycznych wyniosło 353 tys. osób. Dodając pozostałych zatrudnionych (w zawodach niemedycznych) uzyskujemy łączne zatrudnienie w 2010 w wysokości **802,8** tys. osób (wszystkie kategorie zatrudnienia).



Stan sektora

Liczba lekarzy w krajach OECD stawia Polskę na 5 miejscu od końca ze wskaźnikiem 2,2 na 1000 mieszkańców, podczas, gdy większość krajów tej grupy ma wskaźnik powyżej 3. Analogiczny wskaźnik dla pielęgniarek jest jeszcze niższy. Wzrost zamożności społeczeństwa w znaczącym stopniu przenosi się na zwiększenie potrzeb (i wydatków) w obszarze zdrowia, co tłumaczy tę lukę w odniesieniu do grupy państw, do których aspirujemy.



Strona popytowa stoi przed wielkimi wyzwaniami rynkowymi

Podmiot tworzący	Liczba szpitali		Liczba łóżek	
	2010	2011	2010	2011
Jednostki samorządu terytorialnego	450	440	131467	126553
MON, MSWiA, Inne organy adm.	58	18	14781	5414
Uczelnie publiczne (kliniki)	42	43	20369	20126
Niepubliczne	286	313	23837	28513
Razem	836	853	190454	188996

Na koniec roku 2013 działało w Polsce 14002 apteki (1340 zamknięto), rośnie liczba sieci aptecznych (z co najmniej 5 placzkami było ich 301, rok wcześniej 271).

Wartość całego rynku leków wyniosła 27,7 mln zł. i wzrosła o 4,6% r/r. (Za:IMS Health)



Strona popytowa – reguły rynkowe czy administracyjne? Jak dostosować kompetencje do silnego trendu zmian strukturalnych w sektorze zdrowia?

Burza medialna dotycząca Kliniki ortopedycznej **Osteon z Legionowa** i cofnięcie kontraktu przez NFZ pokazało, że konkurencja w branży rośnie.

Kolejny przypadek w większej skali katowickiej kliniki „**EuroMedic**”. Inwestycja za 40 mln, nowoczesność, „zdrowa struktura” zatrudniani, konkurencyjność cenowa usług, Ale...

Donosy, niekończące się kontrole, wreszcie cofnięcie kontraktu przez NFZ. A wszystko legalne i bez sądowej procedury odwoławczej!

BCC oskarża NFZ o łamanie prawa antymonopolowego, NFZ nie może stosować arbitralnych kryteriów różnicowania sytuacji przedsiębiorstw, bez ekonomicznego uzasadnienia (Komisja BCC ds. Usług Zdrowotnych)



Przepływ informacji o kompetencjach między podażą a popytem – usprawniać czy nadzorować?

W sektorze zdrowia dominują **zawody regulowane**, co determinuje bardzo sferę edukacji i zatrudnienia.

W uczelniach medycznych badania losów absolwentów jest traktowane jako konieczność (zapisane w ustawie i wymagane w akredytacji), a jeśli jest to nie ma przepływu informacji w dół, np. wydziały uniwersyteckie, dziekani czy kierownicy katedr **nigdy nie widzieli** takiego raportu (!).

Żeby lepiej uzmysłowić tę kwestię można podać 2 przykłady. Pokojowa w domu opieki **nie może karmić** pacjentów, więc prośba ze strony pacjenta o pomoc w tej kwestii napotyka na barierę formalną.

Pielęgniarka lub położna może samodzielnie bez zlecenia lekarskiego pobierać materiał do badań diagnostycznych, np. krew, jeśli ma skończoną specjalizację. Może też kierować na takie badania. Znaczące jest jednak to, że kwestię tę reguluje **rozporządzenia Ministra Zdrowia** z dnia 7 listopada 2007 roku.

W tym sektorze trzeba nie tylko umieć, ale i akredytować tę umiejętność. Rodzi to jednak zagrożenie zbyt dużą **inercją systemu** rozdziału kwalifikacji w całym sektorze.



Medyczne zawody „w kryzysie” a perspektywa kompetencji

Zawód fizjoterapeuty ma niestety szansę dołączyć do grupy sfrustrowanej. Fizjoterapeuci nawet z dyplomem studiów kierunkowych, ale bez tytułu lekarza nie mogą prowadzić samodzielnie działalności (a oni właśnie posiadają duże doświadczenie praktyczne). Środowisko od dawna domaga się ustawy o zawodzie fizjoterapeuty (grupa zawodowa licząca 60 tys. osób), co w kontekście starzenia się społeczeństwa nabiera z każdym dniem doniosłości.

Dramatycznym problemem tego środowiska i pacjentów jest oczekiwanie w kolejce do rehabilitacji po urazie lub zabiegu, co jest aktualnie zjawiskiem nagminnym.



Medyczne zawody „w kryzysie” a perspektywa kompetencji

Stomatolodzy jako przedsiębiorcy muszą wypełniać liczne obowiązki takie jak: rejestry fiskalne, podatki, składki ZUS, zagospodarowanie odpadów medycznych i raportowanie tych kwestii, przepisy bhp i ppoż. Środowisko stomatologów traktowane jest tak samo jak wszystkie inne działania biznesowe, co przesuwają jakby na dalszy plan kwestie medyczne, co frustruje dentystów.

Zjawisko frustracji w zawodach dotyka **aptekarzy**. Środowisko farmaceutów czuje się niedoceniane, w tym finansowo i kompetencyjnie. Nie ma w zasadzie wypowiedzi respondentów, które wskazywałyby na zbędne kwalifikacje i kompetencje, ale w odniesieniu do farmaceutów coś takiego ma miejsce. Nie są wykorzystywane kompetencje i uprawnienia farmaceuty do udzielania prostych porad medycznych, co mam miejsce w innych krajach



Ścieżki specjalizacyjne w zawodach medycznych a ścieżki kariery – czy korelować?

Transferowalność ograniczona. Transferowalność kwalifikacji i kompetencji medycznych między sektorami może dotyczyć zasadniczo stanowisk niższego personelu (np. opiekunki, pielęgniarki, pokojowej). Inne specjalizacje mają niewielkie możliwości transferowalności.

Sukcesy lekarzy w innych sektorach (farmaceutyka, zarządzanie, polityka) – stanowią jednak znaczące marnotrawstwo środków na edukację.

Ścieżki kariery w tej sytuacji wydaje się niezbędnym czynnikiem motywującym do zaangażowania i podnoszenia kwalifikacji.

