

IWONA CZERSKA

## ZMIANY I ICH DETERMINANTY W ZARZĄDZANIU FINANSAMI POLSKIEJ SŁUŻBY ZDROWIA

**Słowa kluczowe:** zmiana, determinanty zmian, zarządzanie finansami służby zdrowia

**Keywords:** the change, determinants of changes, healthcare financial management

**Klasyfikacja JEL:** G23 ; I13 ; I14 ; I15 ; I18 ; J11

### Wprowadzenie

Wiele organizacji, w tym związanych z ochroną zdrowia, często przechodzi burzliwy, choć w konsekwencji korzystny, proces planowych zmian. Według Stonera zmiana planowa to systematyczne dążenie do przeprojektowania organizacji w taki sposób, aby ułatwić jej dostosowanie do zmian w otoczeniu. Innymi słowy, planowa zmiana jest zamierzonym projektowaniem i wdrażaniem nowej polityki, nowego celu lub zmiany w filozofii czy stylu działania organizacji<sup>1</sup>. Z kolei Griffin definiuje zmianę planowaną jako przygotowaną i wprowadzoną w sposób uporządkowany i terminowy, która wyprzedza przyszłe wydarzenia<sup>2</sup>.

Zmiany w zarządzaniu finansami sektora zdrowotnego w Polsce na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat charakteryzowały się znaczną dynamiką. Wpływ na taki stan rzeczy miało wiele czynników, między innymi: reforma administracyjna w 1999 roku, wprowadzenie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w tym samym roku, utworzenie Narodowego Funduszu Zdrowia jako następcy Kas Chorych, globalizacja oraz kryzys gospodarczy.

W roku 2013 system ochrony zdrowia w naszym kraju ponownie czekają liczne zmiany. Planuje się likwidację Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz przesunięcie części dotychczasowych kompetencji Funduszu na wojewodów. Powołany zostanie nowy organ państwowy – urząd nadzoru nad rynkiem ubezpieczeń i świadczeniodawców, który przejmie nadzór nad Centralnym Wykazem Ubezpieczonych oraz zajmie się wyceną świadczeń zdrowotnych. W związku z tym zmieni się sposób kontraktowania świadczeń, a w tym roz-

<sup>1</sup> J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert, Jr.: *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1999, s. 399.

<sup>2</sup> R.W. Griffin: *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s. 395.

waża się również odejście od kontraktowania pojedynczych umów dla świadczeniodawców na rzecz kontraktów dla holdingów. Poza tym oddziały wojewódzkie Funduszu zyskują samodzielność w obrębie polityki zdrowotnej swoich regionów. Wojewodowie zajmą się określaniem potrzeb zdrowotnych w danym województwie na podstawie danych demograficznych i epidemiologicznych oraz będą opiniować w sprawach utworzenia nowych placówek medycznych<sup>3</sup>.

Według Prezes NFZ, Agnieszki Pachciarz, zmiany w kontraktowaniu leczenia szpitalnego mają polegać, po pierwsze, na premiowaniu placówki zapewniającej kompleksowe leczenie. Po drugie, zmiany mają dotyczyć wyceny świadczeń pediatrycznych. Następnie, w ramach POZ, czyli podstawowej opieki zdrowotnej, system ma być oparty na wycenie jakości i efektywności porad udzielanych przez lekarzy rodzinnych, a nie wyłącznie na stawce kapitacyjnej otrzymywanej za każdego zapisanego do nich pacjenta. Stawka kapitacyjna pozostanie nadal jako baza finansowania świadczeń tego rodzaju. Kolejna zmiana ma dotyczyć zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>4</sup>.

Kolejne zmiany mają dotyczyć zdrowia publicznego. Planuje się powołanie Rady ds. Zdrowia Publicznego, Krajowego Centrum Zdrowia Publicznego, wojewódzkich i powiatowych Centrów Zdrowia Publicznego oraz Funduszu Profilaktyki Uzależnień<sup>5</sup>. Wszystkie te instytucje mają powstać zgodnie z projektem założeń do ustawy o zdrowiu publicznym, cele której szerzej opisano w jednym z rozdziałów opracowania.

Zmiany są zawsze konsekwencją pewnych procesów. W przypadku opieki zdrowotnej będzie ich kilka, a jednym z nich, wydaje się obecnie najważniejszym, są procesy demograficzne.

## Starzenie się społeczeństwa

Współczesne społeczeństwo charakteryzuje się wzrostem liczby osób w podeszłym wieku, a co za tym idzie, wzrostem kosztów leczenia takich osób. Oprócz zjawiska starzenia się społeczeństwa, obserwuje się inne, a mianowicie wielochorobowość, czyli współwystępowanie więcej niż jednego schorzenia u pacjenta. Takie niekorzystne tendencje można zaobserwować u osób powyżej 60. roku życia, które stanowią obecnie 17% naszego społeczeństwa. Według prognoz, do 2035 roku liczba ta wzrośnie do 23,22%<sup>6</sup>. W Polsce mamy do czynienia ze starością demograficzną, ponieważ spełniamy następujące kryteria: odsetek osób powyżej 60 lat przekroczył 12%, a po 65. roku życia – 8%. Według Rocznika

---

<sup>3</sup> K. Lisowska: *System ochrony zdrowia 2013: zmiany w NFZ, nowa rola wojewodów*, „Rynek Zdrowia” 2013, nr 1, [www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/System-ochrony-zdrowia-2013-zmiany-w-NFZ-nowa-rola-wojewodow,127433,14,1.html](http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/System-ochrony-zdrowia-2013-zmiany-w-NFZ-nowa-rola-wojewodow,127433,14,1.html).

<sup>4</sup> *Zmiany w kontraktowaniu leczenia szpitalnego*, „Rynek Zdrowia” 2013, nr 1 (90), s. 9.  
<sup>5</sup> *MZ przedstawiło założenia ustawy o zdrowiu publicznym*, 2012, <http://wiadomosci.onet.pl/kraj/mz-przedstawilo-zalozenia-ustawy-o-zdrowiu-publicznym,1,5315138,wiadomosc.html>.

<sup>6</sup> E. Bojanowska: *Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie*, [w:] *O sytuacji ludzi starszych*, red. J. Hryniewicz, II Kongres Demograficzny 2012, Warszawa 2012, s. 28.

Demograficznego Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) z 2010 roku, w 2009 roku osoby w wieku co najmniej 65 lat stanowiły 13,5% naszego społeczeństwa<sup>7</sup>. Według powyższych kryteriów jesteśmy społeczeństwem demograficznie starym.

### **Rozwarstwienie społeczne jako determinanta zmian**

Drugim parametrem determinującym zmiany w finansowaniu opieki zdrowotnej jest rozwarstwienie społeczne. Statystyki Unii Europejskiej pokazują, iż rozwarstwienie społeczne w naszym kraju w 2009 roku było najwyższe w całej Europie. Poza tym Polska wraz z USA, Koreą, Turcją i Meksykiem należy do grupy państw, w których rozwarstwienie jest najwyższe spośród 30 krajów OECD<sup>8</sup>. Wpływ na taki stan rzeczy mają niewątpliwie następujące czynniki<sup>9</sup>:

- procesy globalizacji,
- zmiany technologiczne wymagające nowych umiejętności,
- zmiany w sposobie prowadzenia polityki,
- dynamika gospodarki,
- nagłe podwyżki płac w nowych branżach na rynku,
- wzrost liczby jednoosobowych gospodarstw domowych,
- starzenie się społeczeństwa,
- nierównomierny rozkład dochodów.

Czy wobec tego niemal czternastokrotna różnica pomiędzy dochodami najbogatszych i najbiedniejszych obywateli naszego państwa wymusza zmiany w finansowaniu służby zdrowia? Niewątpliwie tak. Osoby o najwyższych dochodach stać na prywatne, drogie leczenie. Tacy ludzie z pewnością nie będą stać w wielogodzinnych kolejkach do lekarza. Skupić się trzeba na najbiedniejszych obywatelach, dla których problemem staje się wykup drogich leków i niemożność korzystania ze specjalistycznych porad i kosztownych zabiegów. W związku z tym model finansowania służby zdrowia należy w głównej mierze dostosować właśnie do tych obywateli.

### **Informatyzacja jako istotny czynnik wspomagający zarządzanie zdrowiem**

Informatyzacja systemu ochrony zdrowia jest nieuchronną konsekwencją postępu technicznego i technologicznego, zmierzającą do poprawy funkcjonowania opieki zdrowotnej i jakości leczenia. Według ekspertów, cyfrowe przetwarzanie informacji o zdrowiu jest kluczem do budowy nowego, lepszego systemu ochrony zdrowia, do obniżenia kosztów

---

<sup>7</sup> *Rocznik Demograficzny* GUS, Warszawa 2010.

<sup>8</sup> *Rozwarstwienie społeczne i poziom życia w Polsce*, „Praca. Polska 2010”, Raport przygotowany przez S. Partner, Biuro Ekspertkie Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność” we współpracy z ekspertami związkowymi, 2010, s. 46.

<sup>9</sup> E. Bochyńska-Śmigielńska, Sedlak & Sedlak: *Rozwarstwienie społeczne w Polsce na tle innych krajów OECD*, 2009, [www.wynagrodzenia.pl/arttykul.php/wpis.1778](http://www.wynagrodzenia.pl/arttykul.php/wpis.1778).

leczenia oraz likwidacji długich kolejek oczekiwania na wizytę. Olbrzymie tempo zmian w tej dziedzinie na całym świecie nie może pozostać niewykorzystane w naszym kraju. Ciągłe udoskonalanie komputerów, systemów informatycznych i programów nie pozostaje bez echa w służbie zdrowia. Obecnie niemalże każda placówka medyczna w Polsce posiada program medyczny do rejestracji pacjentów, rozliczania świadczeń medycznych oraz komunikowania się z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Od 1 stycznia 2013 roku funkcjonuje system elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ), wdrożony przez NFZ. System, dzięki automatycznemu sprawdzaniu numerów PESEL, znacząco skraca czas potrzebny na weryfikację uprawnień pacjentów do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych<sup>10</sup>. W systemie zgromadzone informacje są codziennie aktualizowane według danych otrzymywanych z ZUS i KRUS.

Podsumowując, kolejną determinantą zmian w zarządzaniu opieką zdrowotną jest bez wątpienia informatyzacja. Bez niej nie byłoby możliwe sprawne i nowoczesne działanie sektora zdrowotnego.

### **Polityka i jej wpływ na zdrowie publiczne**

Polityka bardzo mocno ingeruje w zdrowie Polaków, co widać na przykładzie ciągłych debat i rozmów na ten temat i coraz to nowszych projektów ustaw zdrowotnych. Regularnie opracowywane przez Rząd i wdrażane różne ustawy i rozporządzenia dotyczące zdrowia publicznego nierzadko okazują się niewystarczające do poważnych i radykalnych zmian na lepsze.

W listopadzie 2012 roku Ministerstwo Zdrowia przedstawiło założenia ustawy o zdrowiu publicznym. Dokument ten określa się jako „konstytucję ochrony zdrowia”<sup>11</sup>. Celem ustawy jest poprawa stanu zdrowia Polaków dzięki nasileniu działań profilaktycznych oraz likwidacja różnic stanu zdrowia obywateli w poszczególnych regionach Polski. W ramach ustawy zostanie powołana Rada ds. Zdrowia Publicznego, na czele której stanie Premier, a zastępcą będzie Minister Zdrowia. Kolejne instytucje państwowe w ramach tego projektu, wyszczególnione we wprowadzeniu artykułu, takie jak Krajowe Centrum Zdrowia Publicznego, wojewódzkie i powiatowe Centra Zdrowia Publicznego oraz Fundusz Profilaktyki Uzależnień, mają gromadzić, analizować i oceniać stan zdrowotny społeczeństwa. Zadaniem Centrum będzie także określanie czynników ryzyka zdrowotnego oraz przygotowywanie Narodowego Programu Zdrowia Publicznego.

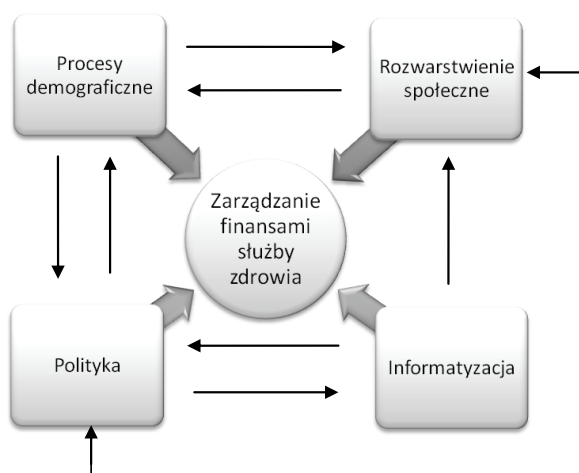
Polityka okazuje się kolejnym, istotnym parametrem zmian w zarządzaniu opieką zdrowotną. Ingerencja polityków w zdrowie publiczne jest tak duża, że w znacznym stopniu wpływa na rozdział środków finansowych na cele zdrowotne.

<sup>10</sup> eWUŚ. Portal informacyjny, 2013, <http://ewus.csioz.gov.pl>.

<sup>11</sup> MZ przedstawiło założenia...

## Diagram wzajemnych powiązań

W oparciu o powyższe rozważania dotyczące parametrów zmian w zarządzaniu finansami służby zdrowia, sformułowano model wzajemnych relacji, gdyż wszystkie wymienione w artykule determinanty zmian są nie tylko powiązane z finansami sektora zdrowotnego, ale również między sobą. Owe relacje zobrazowano na diagramie (por. rys. 1). Diagram ukazuje sprzężenia zwrotne pomiędzy determinantami zmian oraz wysoką synergiczność ich oddziaływania na sektor finansów ochrony zdrowia. Bowiem poprzez integrację działań wszystkich czynników jednocześnie efekty zmian w zarządzaniu opieką zdrowotną są zdecydowanie większe w porównaniu z sytuacją, gdy każdy z nich działa oddzielnie.



Rysunek 1. Wzajemne powiązania – determinanty zmian a zarządzanie finansami służby zdrowia  
Źródło: opracowanie własne.

Procesy demograficzne i polityka oddziałują wzajemnie na siebie. Polityka wpływa na demografię poprzez kształtowanie procesów demograficznych (programy planowania rodziny, system ochrony zdrowia, promocję płodności, promocję poszczególnych miast i wsi)<sup>12</sup>, natomiast procesy demograficzne wymuszają politykę społeczno-ekonomiczną<sup>13</sup>.

Polityka ma także wpływ zarówno na informatyzację, poprzez odpowiednie ustawy i rozporządzenia dotyczące wprowadzania nowych rozwiązań informatycznych, jak również na rozwarstwienie społeczne, poprzez wszelkiego rodzaju działania na rzecz zrów-

<sup>12</sup> *Polityka demograficzna*, Wikipedia, [http://pl.wikipedia.org/wiki/Polityka\\_demograficzna#Kszta.C5.82towanie\\_proces.C3.B3w\\_demograficznych](http://pl.wikipedia.org/wiki/Polityka_demograficzna#Kszta.C5.82towanie_proces.C3.B3w_demograficznych).

<sup>13</sup> *Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie „Starzenie się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne”*, Warszawa 2008, [www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP\\_stanowisko\\_RRL\\_starzenie\\_sie\\_ludnosc\\_Polski.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_stanowisko_RRL_starzenie_sie_ludnosc_Polski.pdf).

noważonego wzrostu gospodarczego, zwiększanie zatrudnienia, zwiększanie dostępu do edukacji, wspieranie rozwoju rodzimego przemysłu. Generalnie można uznać, że polityka ma wpływ na wszystkie sektory państwa.

Powszechnie obserwuje się także wzajemne relacje pary czynników: procesów demograficznych i rozwarstwienia społecznego. Starzenie się społeczeństwa potęguje rozwarstwienie społeczne poprzez ubóstwo seniorów. Mianowicie nie wszystkie osoby starsze otrzymują godne emerytury czy renty, nierzadko nie stać ich na drogie leki, bez których nie mogą funkcjonować przy swoich schorzeniach czy chorobach cywilizacyjnych. Z drugiej zaś strony wielkość rozwarstwienia społecznego rzutuje na poziom dzietności, gdyż osoby najbiedniejsze zwyczajnie nie stać na założenie rodziny, a przez to utrwała się i pogłębia proces starzenia się społeczeństwa, a to ma z kolei odbicie w działaniach państwa na rzecz wzrostu liczby urodzeń w postaci programów polityki prorodzinnej.

Zastanawiające jest pytanie, czy informatyzacja wpływa na demografię i odwrotnie? Autorce nie wydaje się, by istniał znaczący bezpośredni związek między nimi.

### Przegląd zmian w finansowaniu publicznej służby zdrowia od 1999 roku

Kolejnym punktem opracowania jest przegląd dotychczasowych zmian w zarządzaniu finansami publicznej służby zdrowia w naszym kraju. Od 1999 roku opieka zdrowotna charakteryzowała się dość znaczną dynamiką zmian, co obrazuje poniższa tabela (tab. 1).

Tabela 1

#### Zmiany w finansowaniu publicznej służby zdrowia w Polsce

| Rok  | Zmiana  |
|------|---|
| 1    | 2   |
| 1999 | wprowadzenie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych<br>utworzenie Kas Chorych<br>opracowanie algorytmu wyrównania finansowego do wzajemnych rozliczeń między Kasami Chorych<br>powołanie Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (UNUZ)<br>powołanie Krajowego Związku Kas Chorych |
| 2001 | likwidacja Krajowego Związku Kas Chorych  |
| 2003 | likwidacja Kas Chorych<br>likwidacja UNUZ<br>utworzenie Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)<br>wdrożenie Systemu Informatycznego Obsługi Pacjenta (SIOP)  |
| 2005 | opracowanie przez NFZ nowego algorytmu finansowego, na podstawie którego rozdział środków pomiędzy oddziały NFZ został podzielony na dwa etapy  |
| 2007 | opracowanie przez NFZ nowego algorytmu finansowego, zawierającego między innymi wskaźnik udziału kosztów pracy w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej oraz przeciętny miesięczny dochód na osobę  |

| 1    | 2   |
|------|---|
| 2009 | opracowanie przez NFZ nowego algorytmu finansowego, obowiązującego do dziś, zawierającego między innymi wskaźniki demograficzne, epidemiologiczne, wskaźnik świadczeń wysokospecjalistycznych |
| 2013 | wdrożenie systemu elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców (eWUŚ)  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie: I. Czerska: *Ekonometryczna analiza mechanizmu wyrównawczego Kas Chorych*, Rozprawa doktorska wykonana na Wydziale Informatyki i Zarządzania Politechniki Wrocławskiej pod kierunkiem prof. dra hab. Jacka Mercika, Wrocław 2011; I. Czerska, B. Jasiak-Kaczmarek: *Algorytmy wyrównawcze Narodowego Funduszu Zdrowia jako modele podziału środków finansowych we współczesnej publicznej organizacji zdrowotnej w Polsce*, [w:] *Zarządzanie Finansami. Upowszechnianie i transfer wyników badań. Finanse, rynki finansowe, ubezpieczenia*, red. D. Zarzecki, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 689, Szczecin 2012, s. 571–580; I. Czerska, B. Jasiak-Kaczmarek: *Narodowy Fundusz Zdrowia jako współczesna organizacja zdrowotna w Polsce –systemy informatyczne i algorytmy wyrównawcze*, [w:] *Zarządzanie XXI wieku. Nowe koncepcje zarządzania*, tom III, red. H. Dźwiwoł, J. Kurowska-Pysz, D. Owsiak, Monografia, Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała, s. 111–126.

Kolejne poważne zmiany w opiece zdrowotnej szykują się już niebawem, jak zapowiada Ministerstwo Zdrowia, a o których wspomniano we wprowadzeniu opracowania.

## Podsumowanie

Zmiany są nieodłącznym i niezbędnym elementem naszego życia, jak również życia każdej organizacji. Zmiany dokonują się we wszystkich sferach gospodarki, choć nie zawsze ich rezultaty są miarodajne i korzystne. Mimo nierzadko błędnych decyzji zmiany zawsze implikują nowe możliwości, trendy, poszerzają horyzonty działania.

W przypadku finansowania opieki zdrowotnej wyraźne, dynamiczne zmiany dokonują się od 1999 roku i są wywoływane przez szereg procesów, wśród których trendy demograficzne zmieniające się na przestrzeni ostatnich kilku dekad stanowią obecnie najpoważniejszy przyczynik do zmian. Starzenie się społeczeństwa znacząco determinuje zmiany warunków finansowania sektora zdrowotnego. Owa sytuacja demograficzna potęguje z kolei rozwarstwienie społeczne, które osiągnęło najwyższy poziom w Europie. Z drugiej strony rozwarstwienie społeczne wpływa negatywnie na demografię.

Nie bez znaczenia pozostaje duży wpływ polityki, zarówno na finanse publiczne, jak i na procesy demograficzne oraz rozwarstwienie społeczne. Wyraźna ingerencja polityki daje się odczuć również w nowych technologiach informatycznych. A przecież bez informatyzacji sektora zdrowotnego nie byłby możliwy postęp na miarę XXI wieku.

Podsumowując, omówione w opracowaniu determinanty zmian stają się poważnym problemem ekonomicznym, rzutującym na sprawność funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. W związku z tym kolejne zmiany w finansowaniu służby zdrowia są nieuchronne. Zainicjowanie takich zmian wymaga jednak, po pierwsze, uświadomienia sobie obecnej sytuacji demograficznej i jej konsekwencji, zarówno dla seniorów, jak i całego społeczeństwa. Z drugiej strony należy przyjrzeć się tendencjom zjawisk społecznych i ekonomicznych,

i na bazie tych spostrzeżeń sformułować odpowiednie wnioski i prognozy. Przy braku konkretnych rozwiązań w tej dziedzinie nie będzie możliwe sprawne i wydajne funkcjonowanie sektora ochrony zdrowia.

## Literatura

- Bochyńska-Śmigielńska E., Sedlak & Sedlak: *Rozwarstwienie społeczne w Polsce na tle innych krajów OECD*, 2009, [www.wynagrodzenia.pl/arttykul.php/wpis.1778](http://www.wynagrodzenia.pl/arttykul.php/wpis.1778).
- Bojanowska E.: *Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie*, [w:] *O sytuacji ludzi starszych*, red. J. Hryniewicz, II Kongres Demograficzny 2012, Warszawa 2012.
- Czerska I.: *Ekonometryczna analiza mechanizmu wyrównawczego Kas Chorych*, Rozprawa doktorska wykonana na Wydziale Informatyki i Zarządzania Politechniki Wrocławskiej pod kierunkiem prof. dra hab. Jacka Mercika, Wrocław 2011.
- Czerska I., Jasiak-Kaczmarek B.: *Algorytmy wyrównawcze Narodowego Funduszu Zdrowia jako modele podziału środków finansowych we współczesnej publicznej organizacji zdrowotnej w Polsce*, [w:] *Zarządzanie Finansami. Upowszechnianie i transfer wyników badań. Finanse, rynki finansowe, ubezpieczenia*, red. D. Zarzecki, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 689, Szczecin 2012.
- Czerska I., Jasiak-Kaczmarek B.: *Narodowy Fundusz Zdrowia jako współczesna organizacja zdrowotna w Polsce –systemy informatyczne i algorytmy wyrównawcze*, [w:] *Zarządzanie XXI wieku. Nowe koncepcje zarządzania*, tom III, red. H. Dźwigoł, J. Kurowska-Pysz, D. Owsiak, Monografia, Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2012.
- eWUŚ. *Portal informacyjny*, 2013, <http://ewus.csioz.gov.pl>.
- Griffin R.W.: *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
- Lisowska K.: *System ochrony zdrowia 2013: zmiany w NFZ, nowa rola wojewodów*. „Rynek Zdrowia” 2013, nr 1, [www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/System-ochrony-zdrowia-2013-zmiany-w-NFZ-nowa-rola-wojewodow,127433,14,1.html](http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/System-ochrony-zdrowia-2013-zmiany-w-NFZ-nowa-rola-wojewodow,127433,14,1.html).
- MZ przedstawiło założenia ustawy o zdrowiu publicznym, 2012, <http://wiadomosci.onet.pl/kraj/mz-predstawilo-zalozenia-ustawy-o-zdrowiu-publicznym,1,5315138,wiadomosc.html>.
- Polityka demograficzna*, Wikipedia, [http://pl.wikipedia.org/wiki/Polityka\\_demograficzna#Kszta.C5.82towanie\\_proces.C3.B3w\\_demograficznych](http://pl.wikipedia.org/wiki/Polityka_demograficzna#Kszta.C5.82towanie_proces.C3.B3w_demograficznych).
- Rocznik Demograficzny*, GUS, Warszawa 2010.
- Rozwarstwienie społeczne i poziom życia w Polsce*, „Praca. Polska 2010”, Raport przygotowany przez S. Partner, Biuro Ekspertki Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność” we współpracy z ekspertami związkowymi, 2010.
- Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie „Starzenie się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne”*, Warszawa 2008, [www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP\\_stanowisko\\_RRL\\_starzenie\\_sie\\_ludnosci\\_Polski.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_stanowisko_RRL_starzenie_sie_ludnosci_Polski.pdf).



Stoner J.A.F., Freeman R.E., Gilbert D.R., Jr.: *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1999.

*Zmiany w kontraktowaniu leczenia szpitalnego*, „Rynek Zdrowia” 2013, nr 1 (90).

*dr Iwona Czerska*

*Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy*

*Wydział Nauk Technicznych i Ekonomicznych*

*Zakład Rachunkowości, Finansów i Metod Ilościowych*

### **Streszczenie**

Zmiana staje się obecnie w coraz większym stopniu centralnym tematem zarządzania, a kierowanie procesami zmian warunkuje sukces organizacji. System opieki zdrowotnej w Polsce od kilkunastu lat przechodzi poważne zmiany, przez co dostosowuje się do wymogów współczesnego świata. Dynamika zmian publicznej służby zdrowia determinowana jest przez szereg czynników.

Przedmiotem niniejszego opracowania są zmiany w zarządzaniu finansami służby zdrowia w Polsce od 1999 roku do chwili obecnej oraz determinanty tych zmian. Omówiono główne determinanty zmian sektora zdrowotnego, czyli procesy demograficzne, rozwarstwienie społeczne, politykę oraz informatyzację. Na diagramie zobrazowano wzajemne powiązania między nimi i zarządzaniem finansami opieki zdrowotnej.

### **CHANGES AND THEIR DETERMINANTS IN THE FINANCIAL MANAGEMENT OF POLISH HEALTHCARE**

#### **Summary**

Change is becoming the main focus of management and the change management process determines the success of an organization. For several years the healthcare system in Poland has been undergoing major changes, thus it has been adapting to the requirements of the modern world. The dynamics of changes of public healthcare is determined by several factors. The purpose of this study are changes in the financial management of the healthcare in Poland from 1999 to the present and determinants of these changes. The main determinants of changes of the health sector, namely demographic processes, social stratification, politics and informatization, were discussed. The diagram shows relations between them and the financial management of healthcare.

