


Propozycja zmian w systemie opieki zdrowotnej w świetle badań opinii pielęgniarek

Magdalena Jaworzyńska¹  <https://orcid.org/0000-0001-6668-5127>

Elżbieta Pac-Kozuchowska²  <https://orcid.org/0000-0002-3204-2235>

¹ Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin, Polska, Wydział Ekonomiczny, Katedra Finansów Publicznych

² Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, Polska, Klinika Pediatrii i Gastroenterologii

Adres do korespondencji: Dr Magdalena Jaworzyńska, Katedra Finansów Publicznych, Wydział Ekonomiczny, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Pl. M. Curie-Skłodowskiej 5, 20-031 Lublin; magdalena.jaworzynska@mail.umcs.pl

■ Abstract

Proposal for changes in the health care system in light of the nurses' opinion poll

The healthcare system in Poland and in many other countries, is constantly changing. Often, these transformations are deliberate actions undertaken by the government, but sometimes those changes occur unintentionally. The functioning of a health care system remains a major concern of social life in our country. Whether it works well, depends on many factors that the authorities of the country have an impact on, to a greater or lesser extent. The aim of the article is to present the results of the 2018–2020 survey of nurses' opinions on proposed changes to the health care system in Poland. The study was conducted during the years 2018–2020. The study group consisted of 100 people – all of them nurses. The research tool was an anonymous questionnaire consisting of open questions. Based on the research results, the following changes in the health care system were proposed: increasing the number of medical students, introducing official payments system for the patients, privatising health care facilities, creating competition among payers.

Key words: healthcare system, nurse, reform proposal, system changes

Słowa kluczowe: opieka zdrowotna, pielęgniarstwo, propozycja reform, zmiany systemowe

■ Wstęp

System opieki zdrowotnej w Polsce, jak w wielu krajach, podlega ciągłym reformom, ponieważ zmieniają się potrzeby, wiedza medyczna, metody leczenia czy technologie. W okresie transformacji ustrojowej system ochrony zdrowia przeszedł znaczne przeobrażenia. Przekształcenia te były przeważnie działaniami planowanymi przez rząd, jednak czasami zmiany powstają w sposób niezamierzony.

Niektóre reformy mogą być uwarunkowane obecną sytuacją w kraju lub na świecie. Wpływ na funkcjonowanie ochrony zdrowia może mieć sytuacja epidemiczna, a także zdarzenia kryzysowe w kraju i na świecie. Niezmiennie jest to, że system opieki zdrowotnej w Polsce opiera się na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Efektywne funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej jest nadal istotnym wyzwaniem dla naszego kraju. Wpływ na to, czy system działa sprawnie, ma wiele czynników, które w różnym stopniu zależą od działań podejmowanych przez władze. Ocen przydatności modelu ochrony zdrowia należy dokonać, uwzględniając cele polityczne, ekonomiczne i społeczne.

Od wielu lat pojawiają się postulaty dotyczące konieczności poprawy funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce. Opinie często wydawane są tylko na podstawie własnych obserwacji, bez potwierdzenia w analizach i badaniach naukowych. Ocena funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce dokonywana jest przez wiele podmiotów, co stanowi istotny element analizy jego efektywności i skuteczności. Wśród tych podmiotów można wskazać instytucje rządowe, organizacje pozarządowe,

instytucje międzynarodowe oraz badacze naukowych, którzy podejmują się oceny różnych aspektów tego systemu. Jedni krytykują system ochrony zdrowia za marnotrawstwo środków, inni za niewystarczające nakłady [1].

Proponowane zmiany, motywowane pilną potrzebą i popularnością w mediach, mają krótkoterminowy charakter i brakuje im strategicznego kontekstu. Tego rodzaju polityka nie rozwiązuje istniejących problemów, prowadzi do chaosu i powoduje poczucie nieefektywności oraz rozczarowania u tych, którzy ją tworzą [2]. Jednocześnie należy zdawać sobie sprawę z konieczności ciągłego doskonalenia systemu opieki zdrowotnej w celu zwiększania efektywności i optymalizacji wydatków.

W ostatnich latach obserwowano duże zapotrzebowanie na pracę pielęgniarską. Wpływ na taką sytuację mają czynniki demograficzne, a mianowicie wydłużanie się życia i starzenie się społeczeństwa. Ważnym czynnikiem są także uwarunkowania kulturowe związane ze sposobami sprawowania opieki nad osobami starszymi oraz niepełnosprawnymi. Kolejnym zjawiskiem wpływającym na pracę pielęgniarek są procesy zachodzące w systemie opieki zdrowotnej, a mianowicie restrukturyzacja zasobów oraz zmiana wymogów publicznego płatnika. Duże znaczenie ma uwzględnienie kwalifikacji osób udzielających świadczeń medycznych. Istotne znaczenie w tworzeniu zapotrzebowania na usługi pielęgniarskie ma zwiększone oczekiwanie dotyczące jakości opieki oraz dostępność do usług. Pielęgniarki odgrywają niezwykle ważną rolę w opiece nad pacjentami. To one spędzają najwięcej czasu bezpośrednio przy łóżku pacjenta, monitorując jego stan zdrowia, podając leki, wykonując procedury medyczne i zapewniając niezbędne wsparcie emocjonalne. Ich opinie i doświadczenie są nieocenionym źródłem informacji na temat bieżących problemów oraz niedociągnięć w systemie opieki zdrowotnej.

Badania opinii pielęgniarek mogą mieć istotne znaczenie dla rozwoju i doskonalenia systemu opieki zdrowotnej. To właśnie one są świadkami nieefektywności, przeciążenia pracą, braku zasobów i innych wyzwań, z którymi codziennie się borykają. Ich wiedza i perspektywa mogą dostarczyć cennych wskazówek dotyczących tego, jak poprawić jakość opieki zdrowotnej, zwiększyć efektywność systemu i zapewnić lepsze warunki pracy personelowi medycznemu.

Celem pracy jest przedstawienie wyników badań opinii pielęgniarek w latach 2018–2020 dotyczących propozycji zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce.

System opieki zdrowotnej. Cele i funkcje

Pojęcie systemu można opisać jako kombinację wzajemnie powiązanych i współpracujących czynników, które dążą do osiągnięcia wspólnego celu. Innymi słowy, system może być rozumiany jako kompleks elementów, które są ze sobą powiązane i pełnią określone funkcje, tworząc jedność [3]. To rozumienie ma również zastosowanie w kontekście systemu zdrowotnego.

W jednym z najbardziej znanych dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia stwierdzono, że system

zdrowotny może być szeroko zdefiniowany jako spójna całość, w której liczne powiązane ze sobą części oddziałują na siebie nawzajem, mając (pozytywny) wpływ na zdrowie populacji [4].

System ochrony zdrowia obejmuje następujące sfery działania:

- opieka zdrowotna – medycyna lecznicza, medycyna naprawcza;
- ochrona zdrowia – zespół działań na rzecz zdrowia publicznego realizowany przez różne obszary życia społeczno-gospodarczego;
- struktury zarządzania opieką zdrowotną i ochroną zdrowia;
- źródła i drogi finansowania całokształtu działań na rzecz zdrowia [5].

System opieki zdrowotnej można również zdefiniować jako obszar kontroli, nadzoru lub relacji raportowania między interesariuszami. Funkcje pełnione przez uczestników i podział ról różnią się w zależności od złożoności systemu. Charakteryzuje się on dużą liczbą różnorodnych sektorów zaangażowanych w ten obszar działalności. Złożoność interakcji pomiędzy nimi sprawia, że istotnym czynnikiem jest obecnie zintensyfikowanie prac w obszarze monitorowania przepływów finansowych oraz odpowiednia alokacja zasobów w tym obszarze [6].

Głównym celem systemu opieki zdrowotnej jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego państwa, a w szczególności:

- monitorowanie stanu zdrowia ludności oraz określanie potrzeb zdrowotnych;
- zwalczanie oraz zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych;
- zapobieganie wypadkom oraz urazom, a także zapewnianie całościowej pomocy socjalnej i medycznej ofiarom różnych katastrof, kataklizmów oraz klęsk żywiołowych;
- prowadzenie nadzoru epidemiologicznego (w tym laboratoryjnego) chorób zakaźnych i zagrożeń środowiskowych;
- profilaktyka chorób cywilizacyjnych, które wymagają zorganizowanego wysiłku ze strony państwa;
- promowanie zdrowego stylu życia;
- kształcenie i doskonalenie personelu medycznego zgodnie z wymaganiami, jakie niosą ze sobą współczesna wiedza medyczna i wymogi technologii diagnostyczno-leczniczych;
- zapewnianie z jednej strony jednolitych, a z drugiej kompleksowych regulacji prawnych dotyczących organizacji, zarządzania oraz finansowania placówek medycznych;
- ocenianie sytuacji zdrowotnej w kraju w odniesieniu do innych państw;
- dążenie do jak najlepszej jakości świadczeń medycznych, a także przestrzegania praw pacjenta oraz etyki zawodowej [5].

System ochrony zdrowia wraz z jego otoczeniem złożony jest z różnych elementów, a jego zasadniczym i najważniejszym celem jest ochrona zdrowia obywateli. Według powszechnie przyjmowanej koncepcji, tak zwanej koncepcji trójkąta, system ochrony zdrowia składa

się z trzech podstawowych elementów: świadczeniobiorców (pacjentów), świadczeniodawców (podmioty lecznicze) i płatnika (ubezpieczyciel finansujący świadczenia). Składowe systemu ochrony zdrowia tworzą więc trójkąt niezsynchronizowanych współzależności: państwo–świadczeniobiorca, państwo–świadczeniodawca oraz świadczeniodawca–świadczeniobiorca, które są przedmiotem przepisów prawa publicznego i prywatnego [7].

Dla potrzeb niniejszej pracy określamy, że system opieki zdrowotnej to całokształt działań z zakresu medycyny oraz zarządzania (administracja, finansowanie, organizacja), prowadzonych przez zróżnicowane pod względem prawnym i organizacyjnym podmioty nakierowane na realizację celów zdrowotnych jednostki i zbiorowości, w wyniku których następuje wytwarzanie świadczeń zdrowotnych przez wyspecjalizowane jednostki.

Zamiast funkcjonować w oderwaniu od innych systemów w państwie, system opieki zdrowotnej powinien być integralną częścią systemu gospodarczego, politycznego i społecznego. Efektywność systemów opieki zdrowotnej, które polegają przede wszystkim na zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych określonych społecznością, zależy od wielu czynników. Oprócz świadczenia usług zdrowotnych systemy opieki zdrowotnej działają również jako pracodawcy, administratorzy, decydenci i instytucje generujące popyt na dobra konsumpcyjne. Jedną z kluczowych cech świadczących o stabilności systemu ochrony zdrowia jest przekonanie osób zdrowych, że środki publiczne przeznaczone na realizację celów polityki zdrowotnej są właściwie wykorzystywane.

Ewaluacja wszystkich elementów jest niezbędna do funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Jej przedmiotem są z jednej strony osiągnięte wyniki, które przejawiają się w poprawie stanu zdrowia, a z drugiej stosowane procedury i działania oraz wykorzystanie dostępnych środków.

Istotne znaczenie dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia ma jego ocena. Powinna ona dotyczyć wielu obszarów, tj: dostępności opieki zdrowotnej, kompleksowości (globalności) opieki, ciągłości opieki, skuteczności i jakości opieki, produktywności systemu, satysfakcji pacjentów i personelu medycznego, dynamiki systemu i jego zdolności do adaptacji.

Powyższe kryteria oceny funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej są ze sobą powiązane w taki sposób, że jedno warunkują występowanie drugich. Charakteryzują zależności występujące pomiędzy zasobami opieki zdrowotnej i jej aktywnością a stanem zdrowia danej populacji.

Z uwagi na znaczenie ochrony zdrowia dla społeczeństwa Najwyższa Izba Kontroli (NIK) corocznie monitoruje wybrane aspekty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Następnie na podstawie analiz ryzyka wystąpienia nieprawidłowości podejmuje dokładne kontrole w tym obszarze [12].

■ Materiał i metody

Badania będące tematem pracy zostały przeprowadzone w latach 2018–2020. Grupę badawczą stanowiło 100 osób (100% płci żeńskiej) – pielęgniarek zatrudnionych

w różnych podmiotach wykonujących działalność leczniczą w województwie mazowieckim.

Badane osoby studiowały na uzupełniających studiach magisterskich. Dobór próby miał charakter losowy. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 20–39 lat: 20–29 lat (40% – 40 osób), 30–39 lat (40% – 40 osób), 40–49 lat (15% – 15 osób), a w wieku 50 lat i powyżej (5% – 5 osób).

Narzędziem badawczym była anonimowa ankieta w wersji papierowej, zawierająca pytania otwarte, w której respondenci mieli możliwość udzielenia swobodnych odpowiedzi. Dodatkowo przeprowadzono luźne rozmowy ze wszystkimi ankietowanymi w celu pogłębienia zrozumienia problemów w systemie opieki zdrowotnej. Były to rozmowy jakościowe, które odbyły się po wypełnieniu ankiet. W rozmowach poruszono tematy dotyczące doświadczeń pielęgniarek z systemem opieki zdrowotnej, obserwacje dotyczące działania systemu oraz sugestie dotyczące ewentualnych ulepszeń. W sumie przeprowadzono 100 rozmów, a uczestnicy zostali wybrani na podstawie różnorodności demograficznej i doświadczeń związanych z opieką zdrowotną.

Nie przeprowadzono badania pilotażowego pozwalającego na zweryfikowanie jasności pytań zawartych w ankiecie. Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne.

■ Wyniki badań i dyskusja

Na podstawie przeprowadzonych badań można wnioskować, że jednym z głównych problemów, z którymi boryka się system opieki zdrowotnej, jest niewystarczające finansowanie ze środków publicznych. W ocenie 72% ankietowanych (co odpowiada 72 pielęgniarkom) powinno się zwiększyć nakłady na opiekę zdrowotną w Polsce, pozostałe 28 osób nie miało zdania na ten temat.

Poziom wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce kształtuje się na najniższym wśród europejskich krajów OECD. Dotyczy to zarówno poziomu wydatków całkowitych na mieszkańca, jak i w relacji do PKB. W tym drugim przypadku wynoszą mniej niż 7%. Niższy poziom występuje tylko w Estonii i na Łotwie.

Kolejnym problemem, na który zwracali uwagę ankietowani, było zwiększenie płacy pielęgniarek (48% badanych) oraz zmiana systemu płac w opiece zdrowotnej (32% badanych). Adekwatne wynagrodzenie umożliwiłoby pracę i zatrudnienie tylko w jednej placówce. Z przeprowadzonych badań wynika, że płaca jest za niska stosunku do wykonywanych obowiązków. Można to porównać do badań prowadzonych przez Krzos i wsp., które wykazały, że ok. 1/3 badanych pielęgniarek była niezadowolona z wysokości swojego wynagrodzenia (31,1%), a bardzo niezadowolona z niego była niemal 1/4 respondentek (23%) [8]. Z obserwacji innych badaczy analizujących tę kwestię wśród pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej również wynika, że czynniki, które mogłyby pomóc polskim pielęgniarkom w osiągnięciu satysfakcji zawodowej, to przede wszystkim wyższe wynagrodzenia, ale także zaufanie lekarzy współpracujących, szersze możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz polepszenie

warunków pracy [9]. Na podstawie badań Gawędy i wsp. dla zdecydowanej większości ankietowanych bez względu na wiek najczęściej wymienianym powodem niezadowolenia z pracy było niskie wynagrodzenie [10]. Badania własne także wykazały, że większość pielęgniarek nie jest usatysfakcjonowana zarobkami i można wnioskować, że między innymi ten czynnik stał się motywacją do podnoszenia kwalifikacji.

W Polsce głównym miejscem pracy pielęgniarek są podmioty wykonujące działalność leczniczą, a zatem za ustalanie wysokości ich wynagrodzeń odpowiedzialni są kierownicy tych instytucji. Poziom płac pielęgniarek w dużej mierze zależy od sytuacji finansowej danej placówki, dostępnych środków finansowych oraz warunków na lokalnym rynku pracy.

Jak wiadomo, pielęgniarki pracują w równoważnym systemie pracy przewidzianym w ustawie z 2011 r. o działalności leczniczej [11]. Często pracują w systemie 3–12–40, co oznacza, że trzy pielęgniarki są na dyżurze, który trwa 12 godzin. Zwraca uwagę to, że przeważnie jest duża liczba pacjentów na przepełnionym oddziale i zbyt mała liczba pielęgniarek w stosunku do nich. Praca ta wymaga nie tylko sprawności psychicznej, ale także sprawności fizycznej i zdolności manualnych. Dodatkowo często pracownicy opieki zdrowotnej są narażeni na pretensje, a nawet agresję ze strony pacjentów i ich rodzin.

Należy zaznaczyć, że z powodu niskich zarobków w podstawowym miejscu pracy ta grupa zawodowa podejmuje dodatkowe zatrudnienie w innych placówkach, nie zawsze medycznych, co wpływa na przeciążenie pracą oraz zmęczenie, zarówno psychiczne, jak i fizyczne.

Kolejnym problemem, na który zwrócono uwagę w czasie badania, jest niedobór kadry medycznej, w tym pielęgniarskiej (70% badanych – 70 pielęgniarek). W ocenie ankietowanych jest to między innymi przyczyną długich terminów i kolejek oczekujących do specjalisty (66% – 66 badanych). Polska w liczbie lekarzy i pielęgniarek sytuuje się na jednym z ostatnich miejsc wśród krajów OECD. W Polsce na 1 tys. mieszkańców przypada 2,3 lekarza i 5,3 pielęgniarki, natomiast w krajach OECD jest odpowiednio 35 lekarzy i 91 pielęgniarek.

Na podstawie wyników kontroli NIK wskazano na niekorzystną strukturę wiekową pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach. W efekcie niedoboru pielęgniarek wiele szpitali nie może zapewnić wymaganej dwuosobowej obsady na dyżurach nocnych [12].

W najbliższym czasie może być jeszcze bardziej odczuwalny brak wykwalifikowanych pracowników opieki zdrowotnej – lekarzy i pielęgniarek. Aby zapobiec tym niedoborom kadrowym, należy umożliwić podnoszenie kwalifikacji zawodowych, zwiększyć liczbę osób kształconych i zadbać o godziwe wynagrodzenie za ich pracę.

Z zasobami w ochronie zdrowia wiąże się także inny postulat ankietowanych: aby zwiększyć dostępność najnowocześniejszych technologii diagnostycznych (56% badanych wskazało na ten problem).

W procesie leczenia istotną rolę odgrywają budynki, infrastruktura oraz sprzęt medyczny. Dostęp pacjentów do nowoczesnych technologii medycznych, a więc do zaawansowanej aparatury medycznej, jest możliwy tylko

wtedy, gdy budynki są odpowiednio wyposażone i posiadają dobrze funkcjonujące instalacje, które zapewniają zasilanie dla tego sprzętu. Niestety, często warunki lokalowe, w jakich pacjenci są leczeni, pozostawiają wiele do życzenia. Średni wiek szpitali samorządowych wynosi 42 lata, natomiast w przypadku szpitali klinicznych i instytutów jest to 48 lat [13].

Istnieje także znacząca bariera ograniczająca innowacyjność, związana z niejasnymi zasadami finansowania i zarządzania finansowego instytucji medycznych. Podział kompetencji finansowych między płatnika (NFZ), który finansuje jedynie bieżące koszty, a podmiot tworzący (właściciel), który jest odpowiedzialny za finansowanie inwestycji i remontów, bez łączącego je mechanizmu, prowadzi do sytuacji, w której inwestowanie w nowoczesny sprzęt medyczny może być ryzykowne i sprzyja zadłużaniu się placówek. Decyzje inwestycyjne nie są bowiem wynikiem spójnej strategii inwestycyjnej ani rządu (opartej na planach przestrzennych lokalizacji i rozwoju placówek), ani podmiotu tworzącego, ani płatnika. Zamiast tego są rezultatem indywidualnych potrzeb i ambicji poszczególnych placówek opieki zdrowotnej, które zależą od poziomu zamożności podmiotu tworzącego i jego zdolności do podejmowania decyzji, a także od czynników takich jak darowizny, udział w projektach inwestycyjnych współfinansowanych przez fundusze europejskie lub różnego rodzaju sponsorów.

Kolejnym problemem, który podkreślało 93% ankietowanych, jest niedoszacowanie kontraktu z NFZ oraz przekroczone limity określone w kontrakcie z NFZ.

Limity stanowią skuteczny sposób zarządzania płynnością finansową. Dla pacjentów na ogół oznaczają dłuższy czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej, a dla świadczeniodawców problemy finansowe i zadłużenie.

Jednostka mająca kontrakt z NFZ po wyczerpaniu limitu na daną procedurę powinna móc, do czasu uzyskania limitu na kolejną pulę procedur, wykonać ją odpłatnie u pacjentów zgłaszających taką chęć.

Ankietowani wskazali na wiele różnych problemów, jednak ze względu na ograniczenia w artykule skupiono się tylko na najważniejszych.

■ Podsumowanie

Przedstawione w pracy rozważania teoretyczne uzupełnione analizą rezultatów badań empirycznych wskazują, że dalsze doskonalenie systemu opieki zdrowotnej w Polsce powinno uwzględniać:

1. Zwiększenie liczby studentów medycyny. Oprócz tego potrzeba także szeregu działań, by lekarzy lepiej wykorzystać, odciążyć od niepotrzebnych obowiązków, pozwolić skupić się na tym, co najważniejsze, czyli leczeniu.
2. Wprowadzenie oficjalnych dopłat wnoszonych przez pacjentów (tzw. współpłacenia) do udzielanych przez publiczne placówki medyczne świadczeń zdrowotnych. W większości krajów Unii Europejskiej takie współpłacenie występuje, przy czym za jego główny cel uznaje się modyfikację popytu na dobra i usługi.

Celem wprowadzenia współpłacenia jest ograniczenie czasu oczekiwania i poprawa dostępności niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej, uzyskanie dodatkowych wpływów do systemu, mogących poprawić sytuację finansową personelu, oraz ograniczenie liczby świadczeń, które nie są niezbędne do zachowania zdrowia pacjentów.

3. Prywatyzacja podmiotów leczniczych. Wiele SPZOZ radzi sobie dzisiaj dużo lepiej niż parę lat temu, ale nadal obciąża je to, że są publiczne, czyli „niczyje”, a więc nikt osobiście nie ponosi za nie finansowej odpowiedzialności. Podlegają one za to różnym pozamerytorycznym wpływom ze strony lokalnych władz i polityków. Jeśli zatem chcemy, aby były dobrze zarządzane i sprawne ekonomicznie, trzeba je zamienić w normalne przedsiębiorstwa i dać im prawdziwego właściciela. Pierwszym krokiem w tym kierunku powinno być przekształcenie SPZOZ w spółki handlowe i poddanie ich rygorom prawa handlowego (z możliwością ogłoszenia upadłości włącznie).
4. Zdemonopolizowanie Narodowego Funduszu Zdrowia przez wprowadzenie konkurencji między dysponentami publicznych środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne. Mogą to być publiczne (powstałe z NFZ) i prywatne firmy ubezpieczenia zdrowotnego. Każda z nich powinna spełnić określone warunki finansowe, jeżeli chce wejść na rynek (gwarancje na wypadek upadłości). Firmy powinny konkurować o ubezpieczonych lepszymi warunkami finansowania świadczeń zdrowotnych (np. mniejsze dopłaty do

leczenia, mniejsze dopłaty do leków, lepszy standard świadczeń itp.).

Podsumowując, badania opinii pielęgniarek stanowią niezwykle cenne narzędzie w procesie doskonalenia systemu opieki zdrowotnej. Ich perspektywa dostarcza wglądu w aktualne wyzwania, niedociągnięcia i potrzeby, które wymagają uwagi i rozwiązania. Propozycje zmian oparte na tych badaniach mogą przynieść pozytywne efekty zarówno dla pacjentów, jak i personelu medycznego.

Wprowadzenie zaproponowanych zmian wymagać będzie współpracy różnych interesariuszy, w tym pielęgniarek, lekarzy, administracji systemu opieki zdrowotnej, decydentów politycznych oraz społeczeństwa jako całości. Tylko poprzez wspólne działanie można stworzyć system opieki zdrowotnej, który odpowiada na potrzeby współczesnego świata i zapewnia skuteczną i dostępną opiekę dla wszystkich.

Uwzględnienie propozycji zmian w systemie opieki zdrowotnej na podstawie badania opinii pracowników systemu opieki zdrowotnej, w tym pielęgniarek, jest krokiem w kierunku poprawy stanu zdrowia i jakości życia społeczeństwa, zwiększenia zadowolenia personelu medycznego i wzmocnienia systemu opieki zdrowotnej jako całości. Ich głos jest kluczowy i powinien być nadal uwzględniany w podejmowaniu decyzji i kształtowaniu przyszłości opieki zdrowotnej. Uzyskane informacje potwierdzają, że podstawową rekomendacją odnośnie do kierunków zmian systemu ochrony zdrowia jest bezwzględna konieczność zwiększenia finansowania systemu opieki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. PWC, *Indeks sprawności ochrony zdrowia 2015*, <https://www.pwc.pl/pl/publikacje/assets/indeks-zdrowia-2015.pdf> (dostęp: 22.09.2023).
2. Kondracka B., Bezuch R., Łukaszuk K., *Plus dla szpitali, minus dla organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2014; 15 (12): 73-82.
3. Klincewicz K., *Zarządzanie, organizacje i organizowanie. Przegląd perspektyw teoretycznych*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2016.
4. Nowacka A., Kabala A., Pawłowska E., *POZ w Polsce. Struktura, zadania, funkcje*, Wyd. PZWL, Warszawa 2017.
5. Waśniewski J., Strumiłło J., *Koncepcje zarządzania podmiotami leczniczymi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2020.
6. Karczewska Z., *Jednostki samorządu terytorialnego w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce*, CeDeWu, Warszawa 2020.
7. Paszkowska M., *Polski system ochrony zdrowia*, Difin, Warszawa 2020.
8. Krzos A., Charzyńska-Gula M., Stanisławek A. et al.: *Analiza czynników wpływających na zadowolenie bądź niezadowolenie z pracy pielęgniarek pod koniec kariery zawodowej*, „Journal of Health Sciences” 2014; 4 (5): 11–24.
9. Zajkowska E., Marcinowicz L., *Elementy satysfakcji zawodowej pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce i Stanach Zjednoczonych*, „Zdrowie Publiczne” 2005; 115 (3): 274–278.
10. Gawęda A., Śnieżek A., Serzysko B., *Satysfakcja z pracy w opinii badanych pielęgniarek*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2018; 8 (4): 269–276.
11. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991).
12. NIK, *Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądan kierunki zmian. Raport NIK*, Warszawa 2019, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf> (dostęp: 12.02.2023).
13. Wasilewski D., *Sięć szpitali – nowe rozwiązania i stare problemy*, <https://fundacjarepublikanska.org/wp-content/uploads/2020/01/Siec-szpitali-2017.pdf> (dostęp: 20.02.2024).