



Zasoby kadr dla zdrowia – tendencje i perspektywy w starzejącym się społeczeństwie

Stanisława Golinowska

Ewa Kocot

Agnieszka Sowa





Outline

1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej: Finanse Kadry medyczne i socjalne Finansowanie
2. Finansowanie
3. Kształcenie i specjalizowanie kadr
4. Zatrudnienie
5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich
6. Prognozy
7. Wnioski i oceny

1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej:

- finanse,
- kadry medyczne i socjalne.

2. Finansowanie (funding).

3. Kształcenie i specjalizowanie kadr.

4. Zatrudnienie.

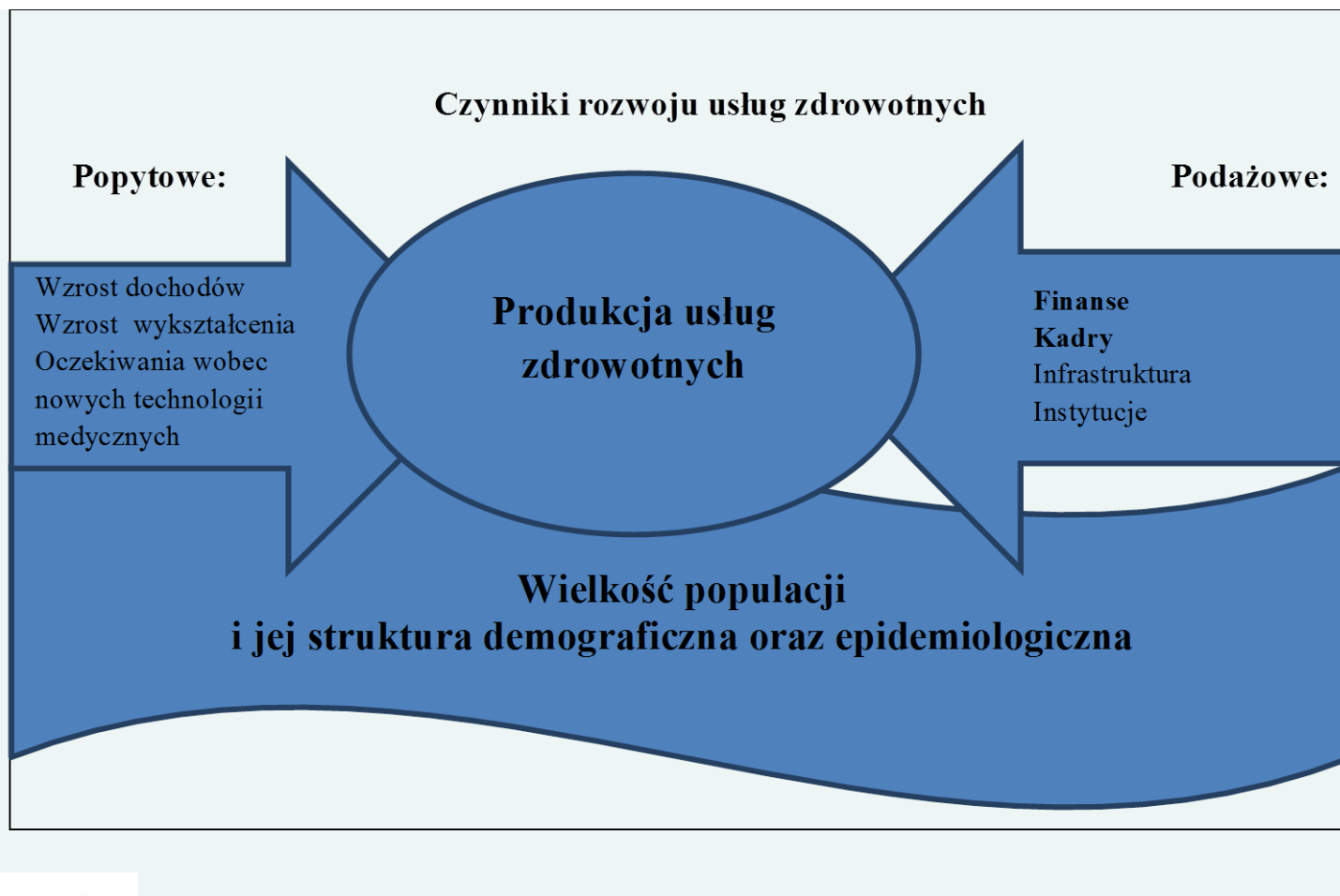
5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich.

6. Prognozy.

7. Wnioski i oceny.

1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej: Finanse Kadry medyczne i socjalne Finansowanie
2. Finansowanie
3. Kształcenie i specjalizowanie kadr
4. Zatrudnienie
5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich
6. Prognozy
7. Wnioski i oceny

Schemat



1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej: Finanse Kadry medyczne i socjalne Finansowanie
2. **Finansowanie**
3. Kształcenie i specjalizowanie kadr
4. Zatrudnienie
5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich
6. Prognozy
7. Wnioski i oceny

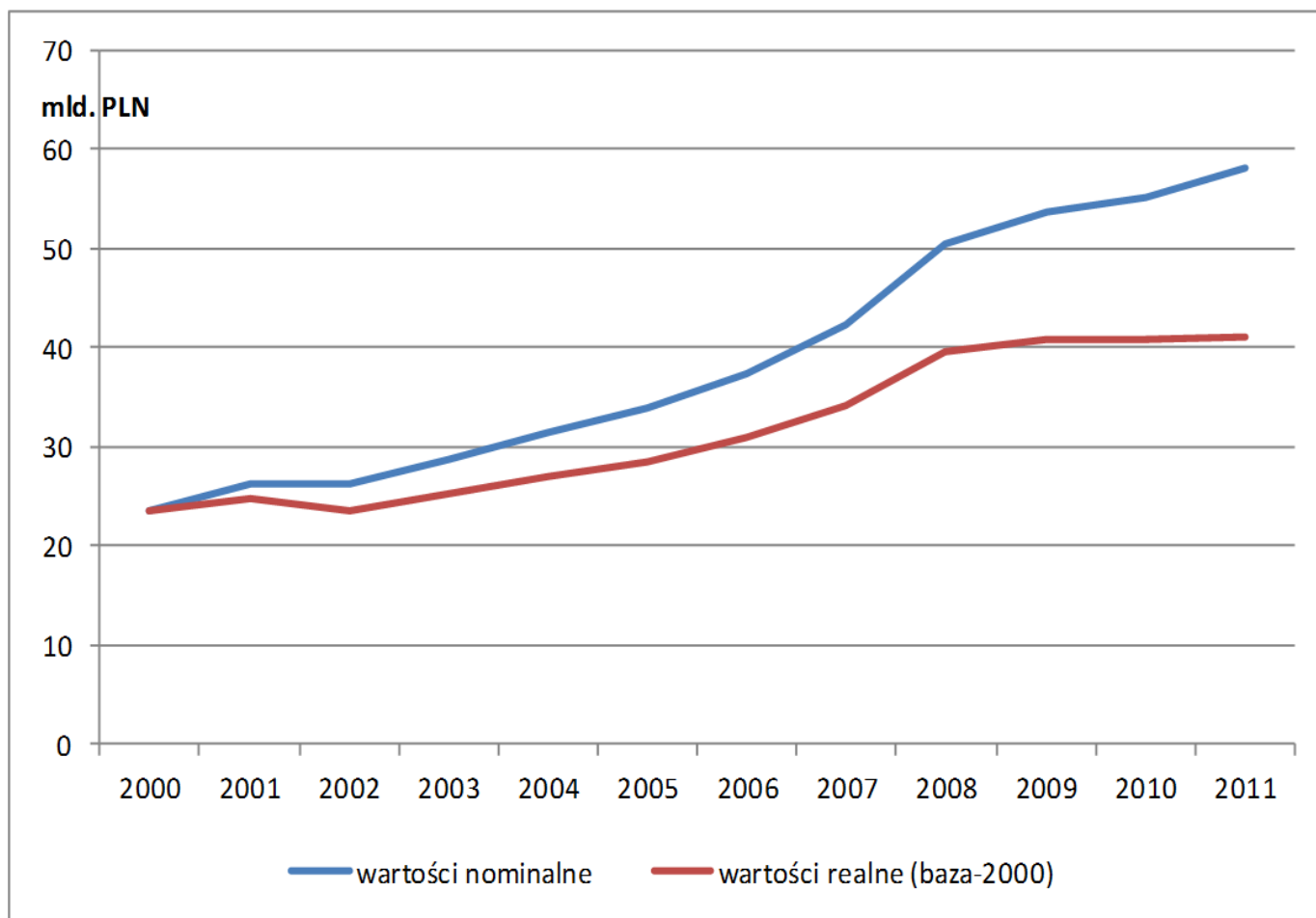
Finansowanie ochrony zdrowia; co powinno zawierać



- Wydatki bieżące na usługi zdrowotne,
- Opiekę długoterminową,
- Kształcenie kadr,
- Inwestycje,
- Zdrowie publiczne.

1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej: Finanse Kadry medyczne i socjalne Finansowanie
2. **Finansowanie**
3. Kształcenie i specjalizowanie kadr
4. Zatrudnienie
5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich
6. Prognozy
7. Wnioski i oceny

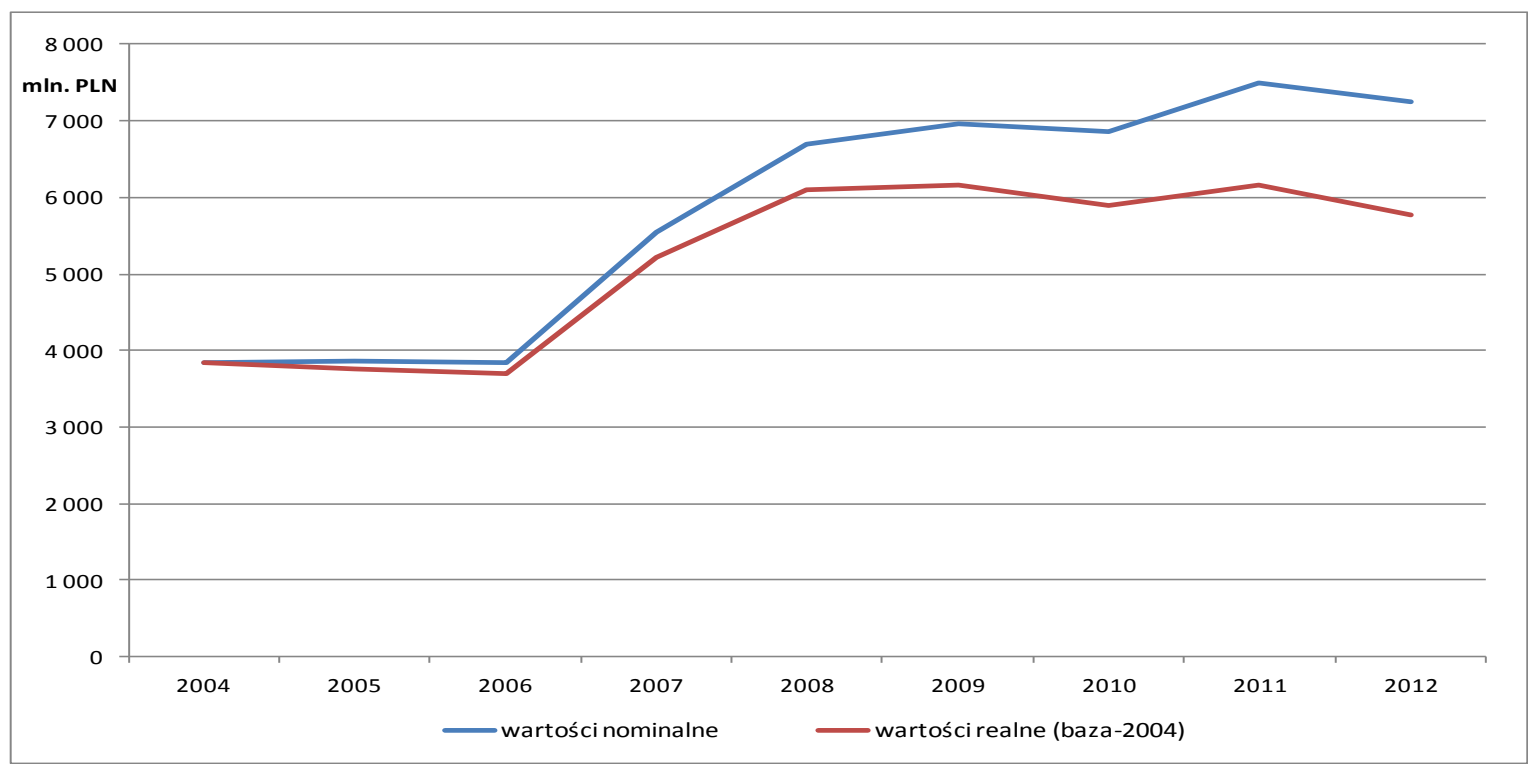
Finansowanie świadczeń z NFZ



Rok	Stopa składki
1999	7,50%
2000	7,50%
2001	7,75%
2002	7,75%
2003	8,00%
2004	8,25%
2005	8,50%
2006	8,75%
2007	9,00%
2008	9,00%
2009	9,00%
2010	9,00%
2011	9,00%
2012	9,00%
2013	9,00%

- 1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej: Finanse Kadry medyczne i socjalneFinansowanie
- 2. **Finansowanie**
- 3. Kształcenie i specjalizowanie kadr
- 4. Zatrudnienie
- 5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich
- 6. Prognozy
- 7. Wnioski i oceny

Wydatki na ochronę zdrowia z budżetu państwa



1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej: Finanse Kadry medyczne i socjalneFinansowanie
2. Finansowanie
3. **Kształcenie i specjalizowanie kadr**
4. Zatrudnienie
5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich
6. Prognozy
7. Wnioski i oceny

Wydatki na kształcenie kadr medycznych

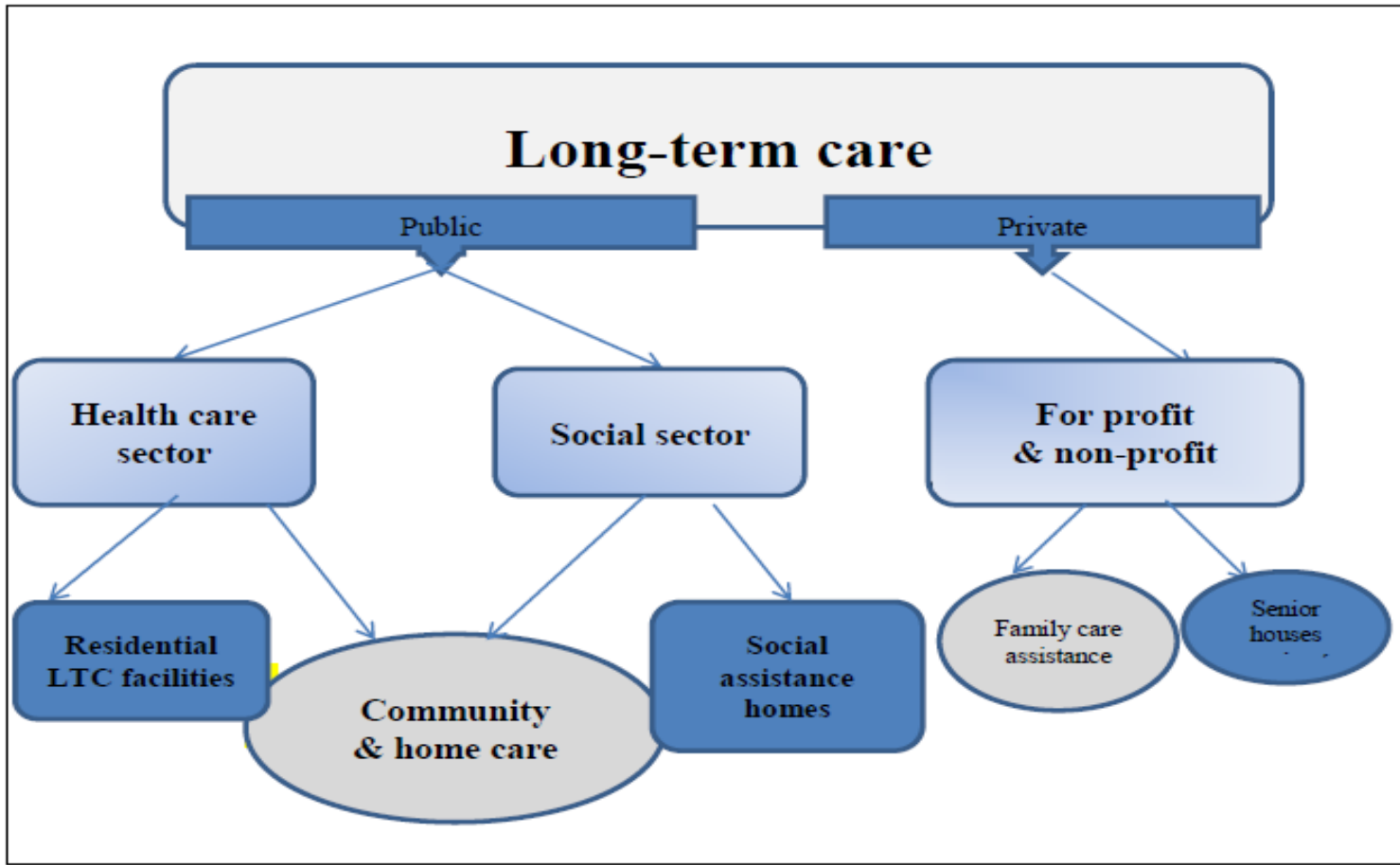


Wydatki na kształcenie kadr medycznych nie stanowią składnika kategorii wydatków na zdrowie (*health expenditures*). W NRZ traktowane są jako tzw. wydatki związane ze zdrowiem (*health related*). Wydatki na kształcenie stanowią zaledwie 4% ogółu tych wydatków. Ich pewien wzrost w ostatnich latach obejmował tylko kształcenie pielęgniarek (na wyższy poziom) oraz ratowników medycznych.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ogółem w mln PLN	42 071	39 724	41 546	34 485	36 863	40 390	44 713	46 404
Inwestycje	2 194	2 599	3 581	3 674	4 777	5 877	6 590	6 710
Edukacja	982	1 156	1 298	1 351	1 369	1 508	1 768	1 845
B+R	506	571	568	652	657	723	965	1 082

1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej: Finanse Kadry medyczne i socjalne Finansowanie
2. **Finansowanie**
3. Kształcenie i specjalizowanie kadr
4. Zatrudnienie
5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich
6. Prognozy
7. Wnioski i oceny

Opieka długoterminowa – usytuowanie i rodzaj opieki

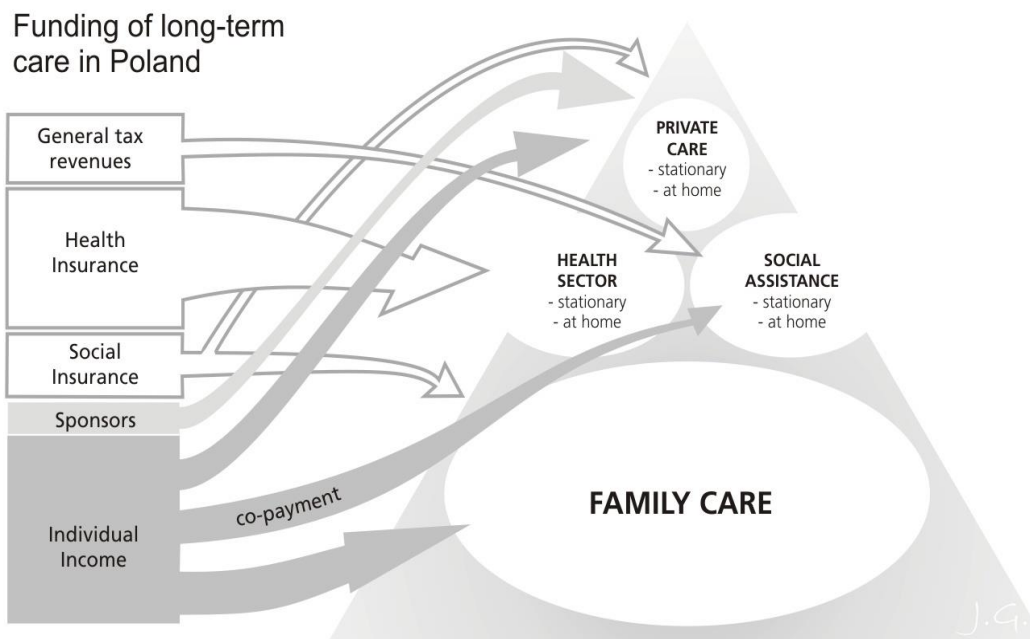


1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej: Finanse Kadry medyczne i socjalneFinansowanie
2. **Finansowanie**
3. Kształcenie i specjalizowanie kadr
4. Zatrudnienie
5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich
6. Prognozy
7. Wnioski i oceny

Złożoność przepływów finansowych w opiece długoterminowej

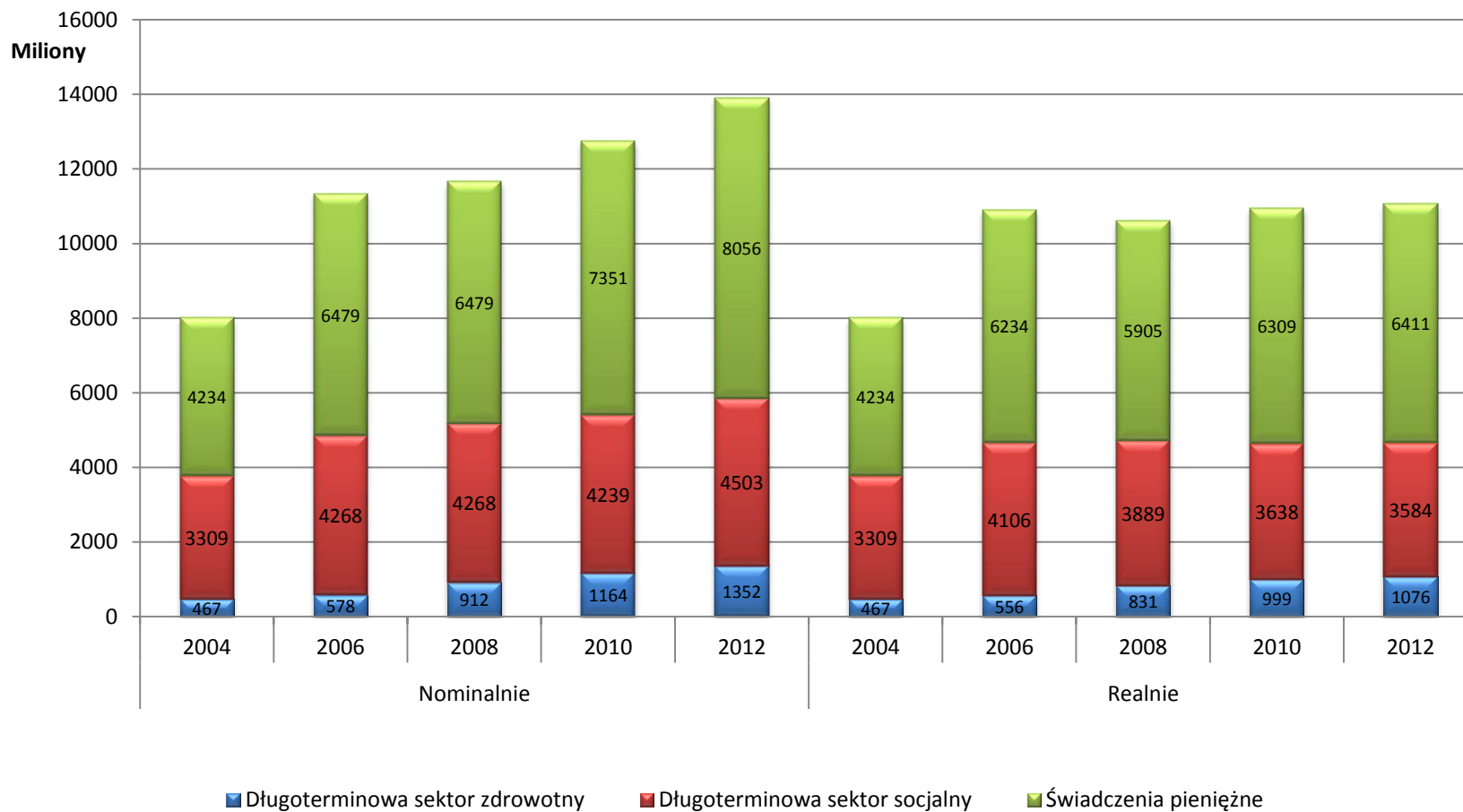


Wielkość wydatków na LTC jest trudna do zidentyfikowania ze względu na wielorakość instytucji i trudności w wyodrębnieniu wydatków na osoby starsze.



1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej: Finanse Kadry medyczne i socjalneFinansowanie
2. **Finansowanie**
3. Kształcenie i specjalizowanie kadr
4. Zatrudnienie
5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich
6. Prognozy
7. Wnioski i oceny

Wydatki publiczne na opiekę długoterminową 2004-2012

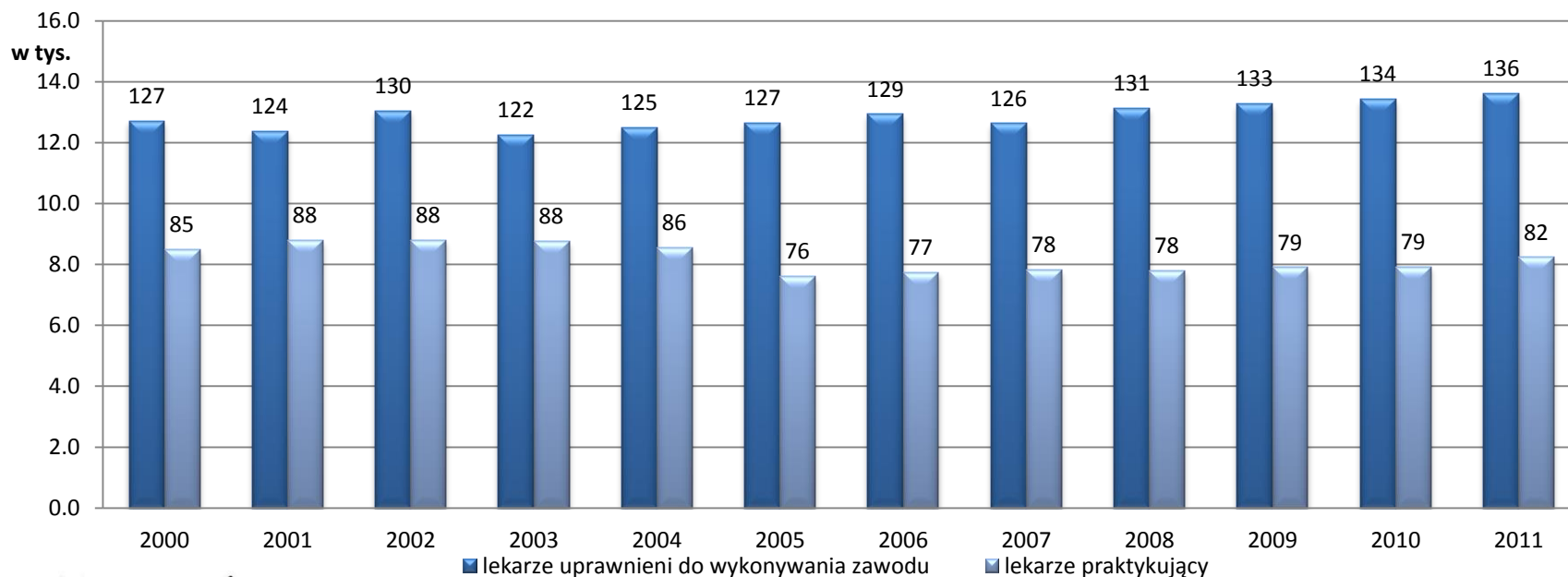


Tendencje zatrudnienia w opiece zdrowotnej



Dwa rodzaje informacji administracyjnej o kadrze medycznej:

- liczba lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu,
- liczba lekarzy praktykujących.



Przyczyny niedostatecznego wzrostu zatrudnienia



- Niedostateczne kształcenie kadr medycznych; brakuje kadr edukacyjnych.
- Odpływ lekarzy praktykujących do innych sektorów, w tym do przemysłu farmaceutycznego, szczególnie w latach 1999 – 2002.
- Emigracja lekarzy i pielęgniarek: przyczyny: relatywnie niskie płace, niezadawalające warunki i stosunki pracy, niezdefiniowane ścieżki kariery zawodowej.
- Niekorzystna struktura demograficzna lekarzy i pielęgniarek; dynamicznie starzejąca się grupa zawodowa.

1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej: Finanse Kadry medyczne i socjalneFinansowanie
2. Finansowanie
3. Kształcenie i specjalizowanie kadr
4. **Zatrudnienie**
5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich
6. Prognozy
7. Wnioski i oceny

Zatrudnienie w opiece długoterminowej

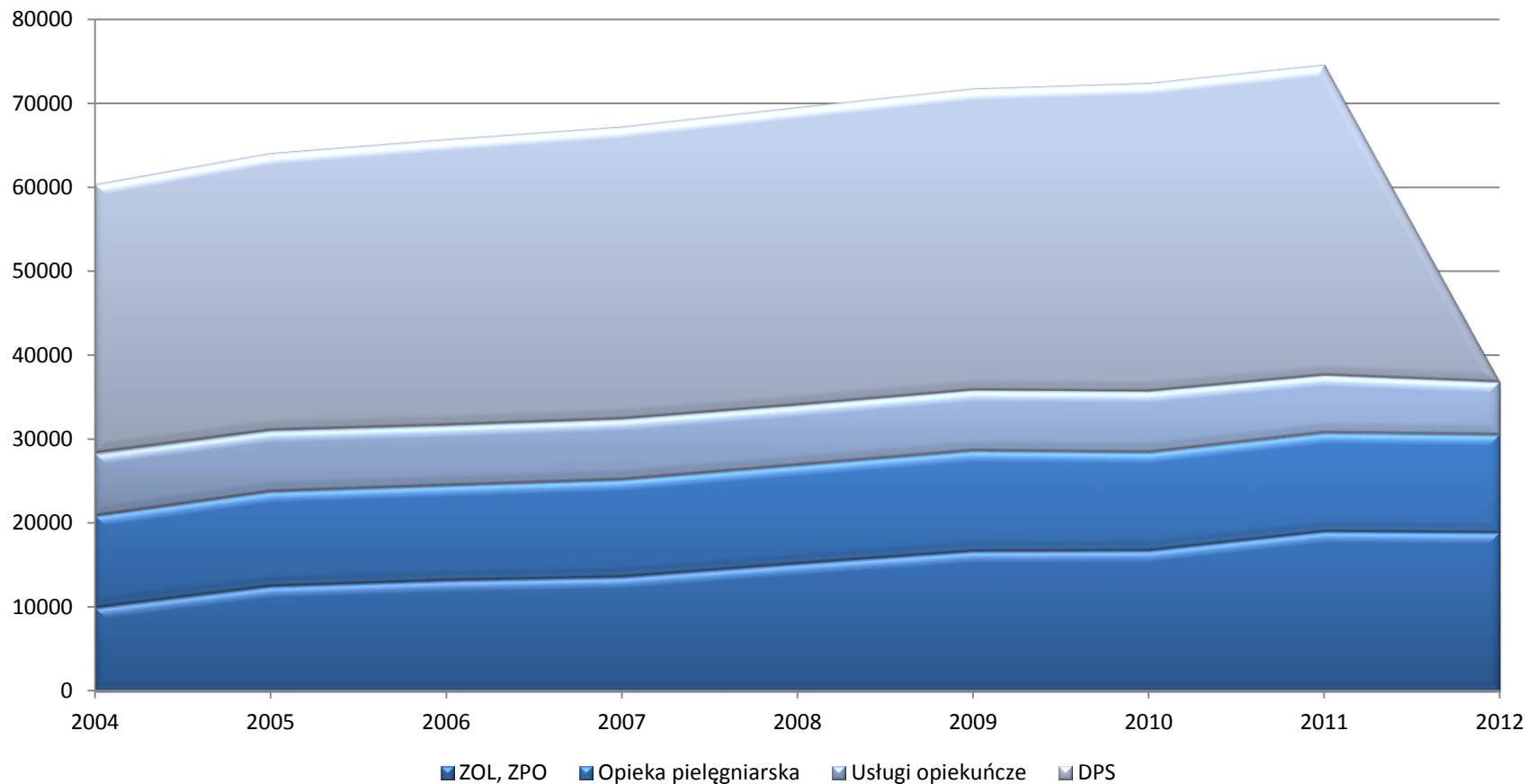


Trudne do zidentyfikowania ze względu na dualność umiejscowienia opieki: w sektorze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, odmienne źródła i agregaty informacji o zatrudnieniu oraz wielość instytucji publicznych, w których usługi są świadczone.

	Sektor zdrowotny	Sektor pomocy społecznej
Opieka stacjonarna (DPS, ZOL, ZPO)	dane CSIOZ (kadry medyczne, wolontariusze)	dane MPiPS (kadry medyczne, opiekuńcze i administracyjne) i GUS (kadry medyczne)
Opieka domowa (usługi pielęgnacyjne POZ, usługi opiekuńcze)	dane CSIOZ (pielęgniarki środowiskowe)	dane MPiPS (specjaliści usług opiekuńczych)

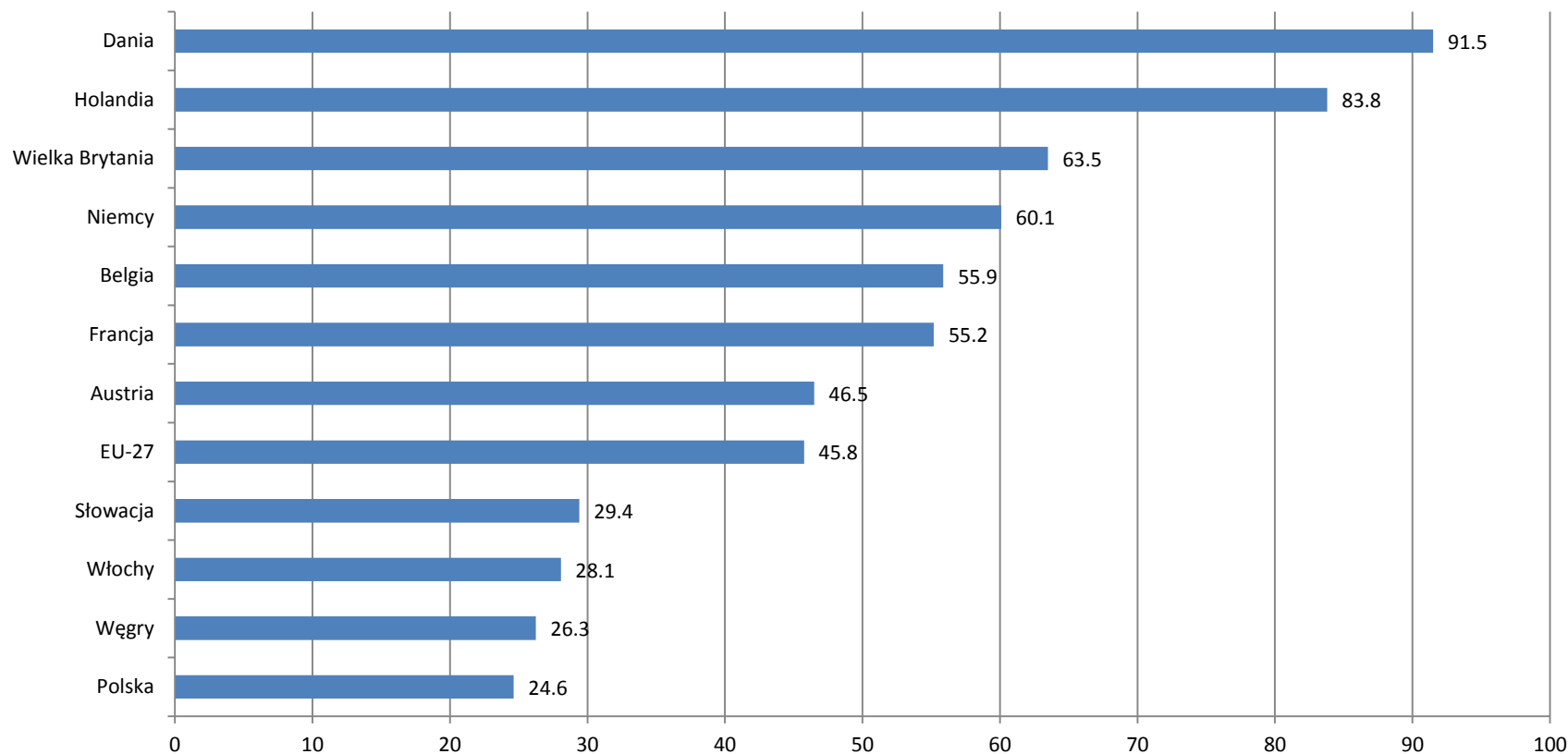
1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej: Finanse Kadry medyczne i socjalneFinansowanie
2. Finansowanie
3. Kształcenie i specjalizowanie kadr
4. **Zatrudnienie**
5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich
6. Prognozy
7. Wnioski i oceny

Tendencje zatrudnienia w opiece długoterminowej



1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej: Finanse Kadry medyczne i socjalneFinansowanie
2. Finansowanie
3. Kształcenie i specjalizowanie kadr
4. Zatrudnienie
5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich
6. Prognozy
7. Wnioski i oceny

Nasylenie kadrami w sektorze zdrowia i pracy socjalnej (BAEL) na 1000 mieszkańców, 2010



Prognozy zatrudnienia w opiece zdrowotnej i długoterminowej



Prognozy obejmują działanie czynników demograficznych; zmiany w wielkości i strukturze populacji według wieku:

- Przygotowane na podstawie danych z dwóch prognoz demograficznych wykorzystywanych w projekcie NEUJOBS: „friendly” i „tough”,
- Dwa podejścia: popytowe i podażowe,
- Rok bazowy 2010, okres prognozy 2010-2025,
- Założenie braku zmian regulacyjnych.

I. Podejście popytowe



- Oparte na analizie tendencji w zakresie wykorzystania świadczeń opieki zdrowotnej i długoterminowej,
- Analiza w podziale na grupy płci i wieku (5-letnie); dla szpitali dodatkowo w podziale na rodzaj diagnozy,
- Wykorzystane wskaźniki korzystania:
 - *opieka szpitalna: liczba dni pobytu w szpitalu (na podstawie założeń o liczbie hospitalizacji i ALOS) na osobę,*
 - *opieka ambulatoryjna: liczba wizyt na osobę,*
 - *opieka długoterminowa: liczba osób objętych opieką.*

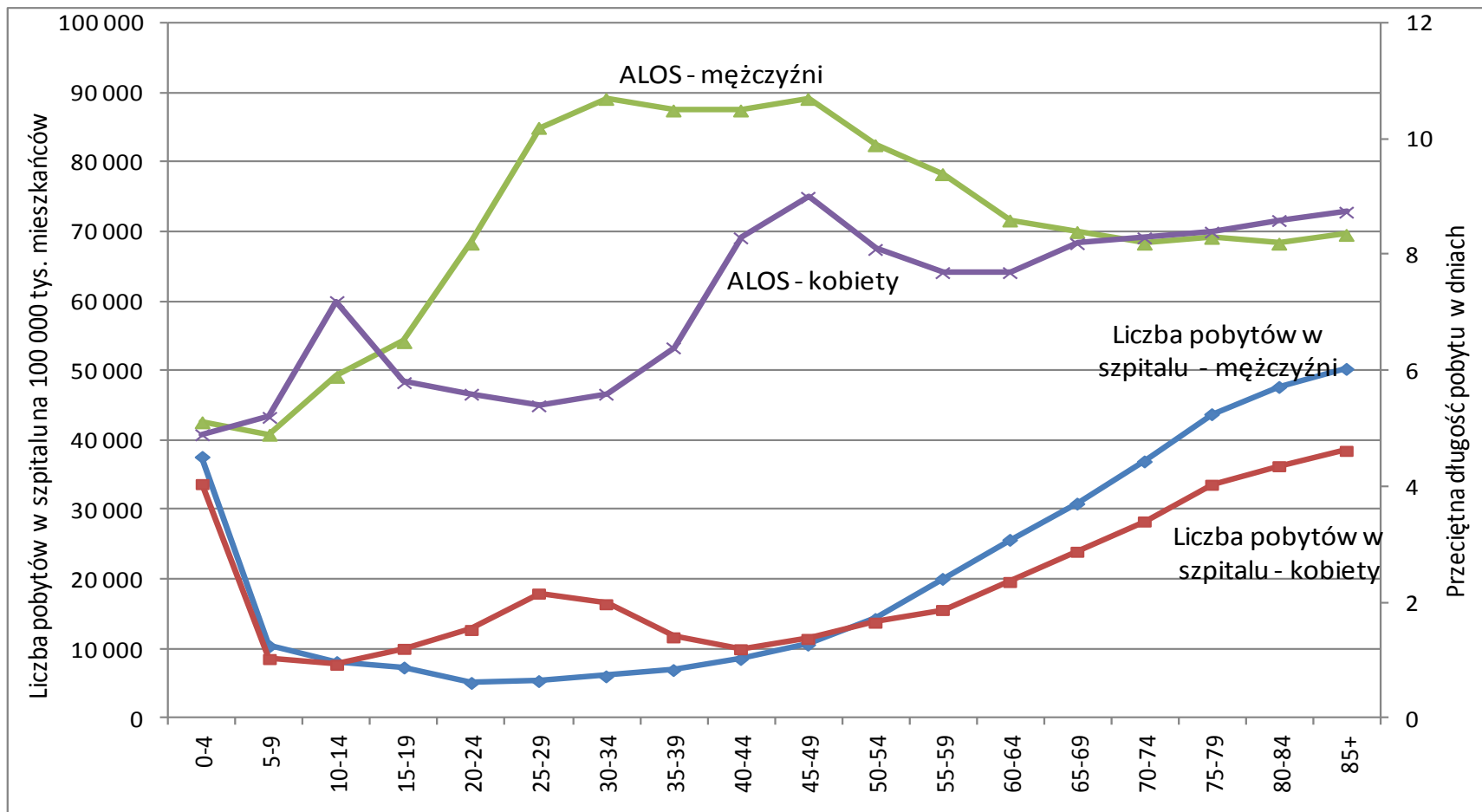
I. Podejście popytowe cd.



- Trzy scenariusze prognoz:
 - liczba przyjęć i przeciętna długość pobytu w szpitalu jak w roku bazowym; stała liczba wizyt ambulatoryjnych na osobę; stały odsetek osób korzystających z opieki długoterminowej,
 - liczba przyjęć jak w roku bazowym, ALOS zmieniająca się zgodnie z tendencją z ostatnich 5 lat (tylko dla opieki szpitalnej),
 - liczba przyjęć i ALOS zmieniające się zgodnie z tendencjami z ostatnich 5 lat (dla liczby przyjęć wskaźnik wzrostu równy połowie obserwowanego w przeszłości) (tylko dla opieki szpitalnej).
- Założenie stałego wskaźnika liczby dni szpitalnych / liczby wizyt w opiece ambulatoryjnej do liczby personelu.

1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej: Finanse Kadry medyczne i socjalneFinansowanie
2. Finansowanie
3. Kształcenie i specjalizowanie kadr
4. Zatrudnienie
5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich
6. **Prognozy**
7. Wnioski i oceny

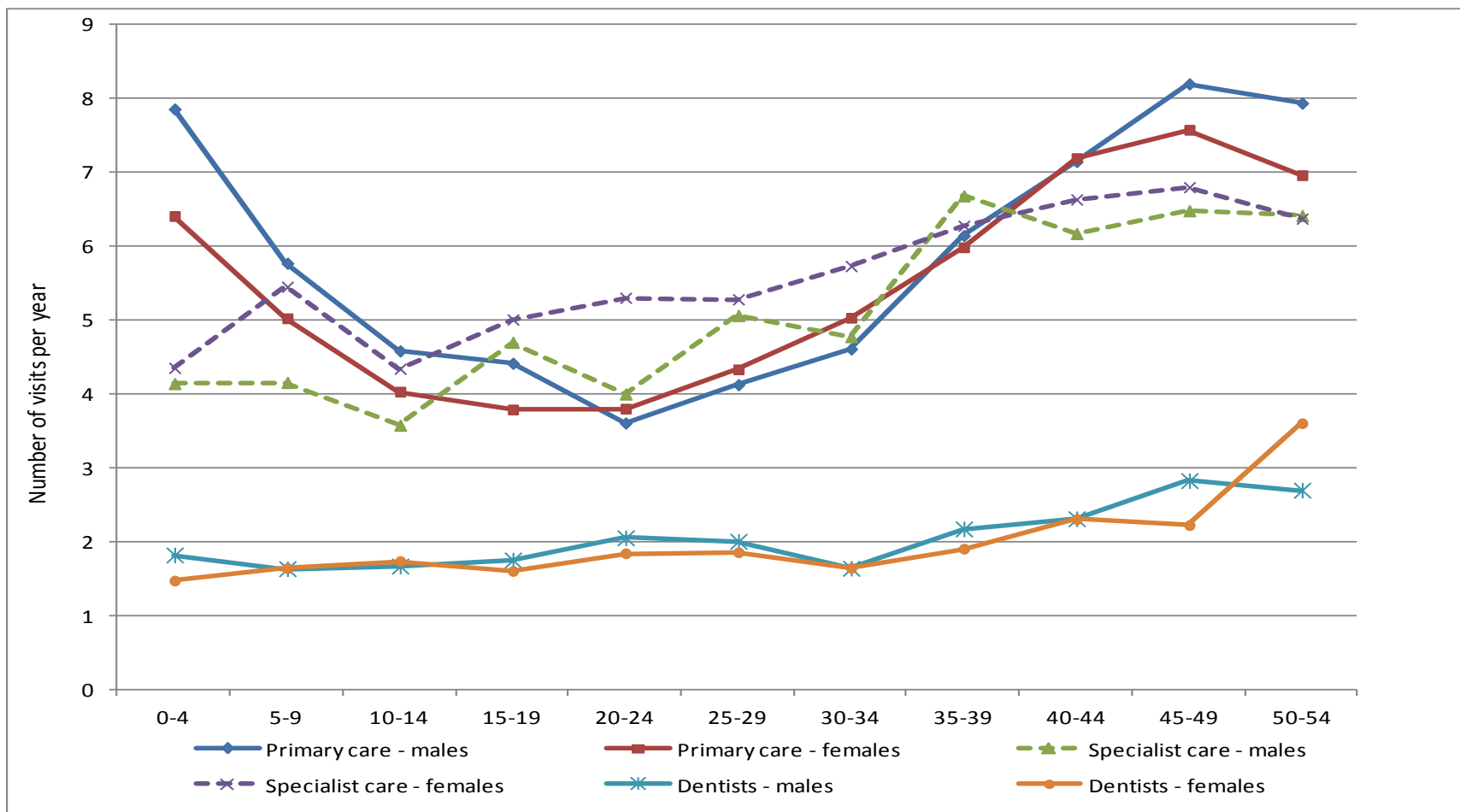
Liczba hospitalizacji i średni czas pobytu w zależności od wieku



Source: Eurostat

1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej: Finanse Kadry medyczne i socjalneFinansowanie
2. Finansowanie
3. Kształcenie i specjalizowanie kadr
4. Zatrudnienie
5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich
6. **Prognozy**
7. Wnioski i oceny

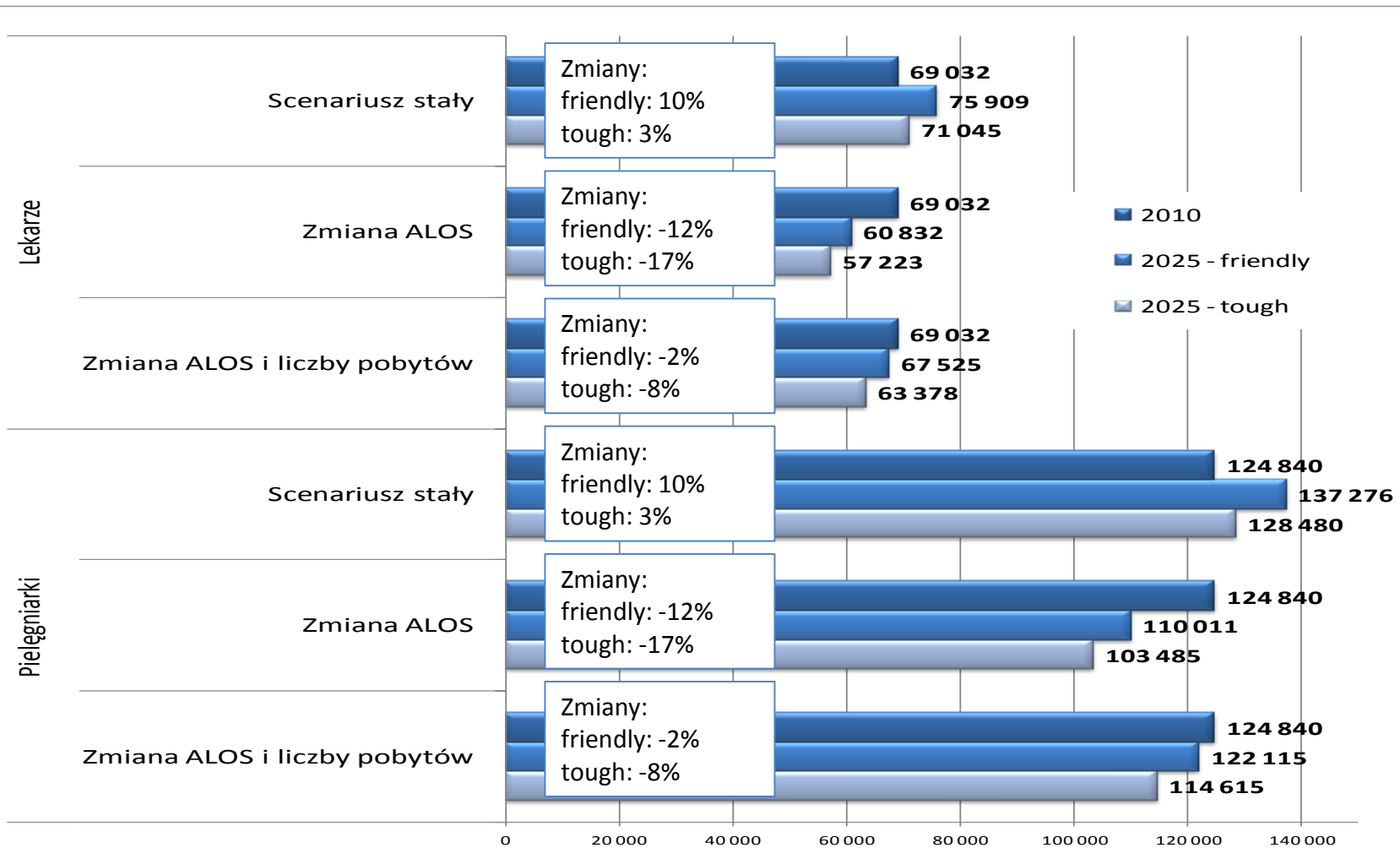
Liczba wizyt w opiece ambulatoryjnej w zależności od wieku



Source: Eurostat

1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej: Finanse Kadry medyczne i socjalneFinansowanie
2. Finansowanie
3. Kształcenie i specjalizowanie kadr
4. Zatrudnienie
5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich
6. **Prognozy**
7. Wnioski i oceny

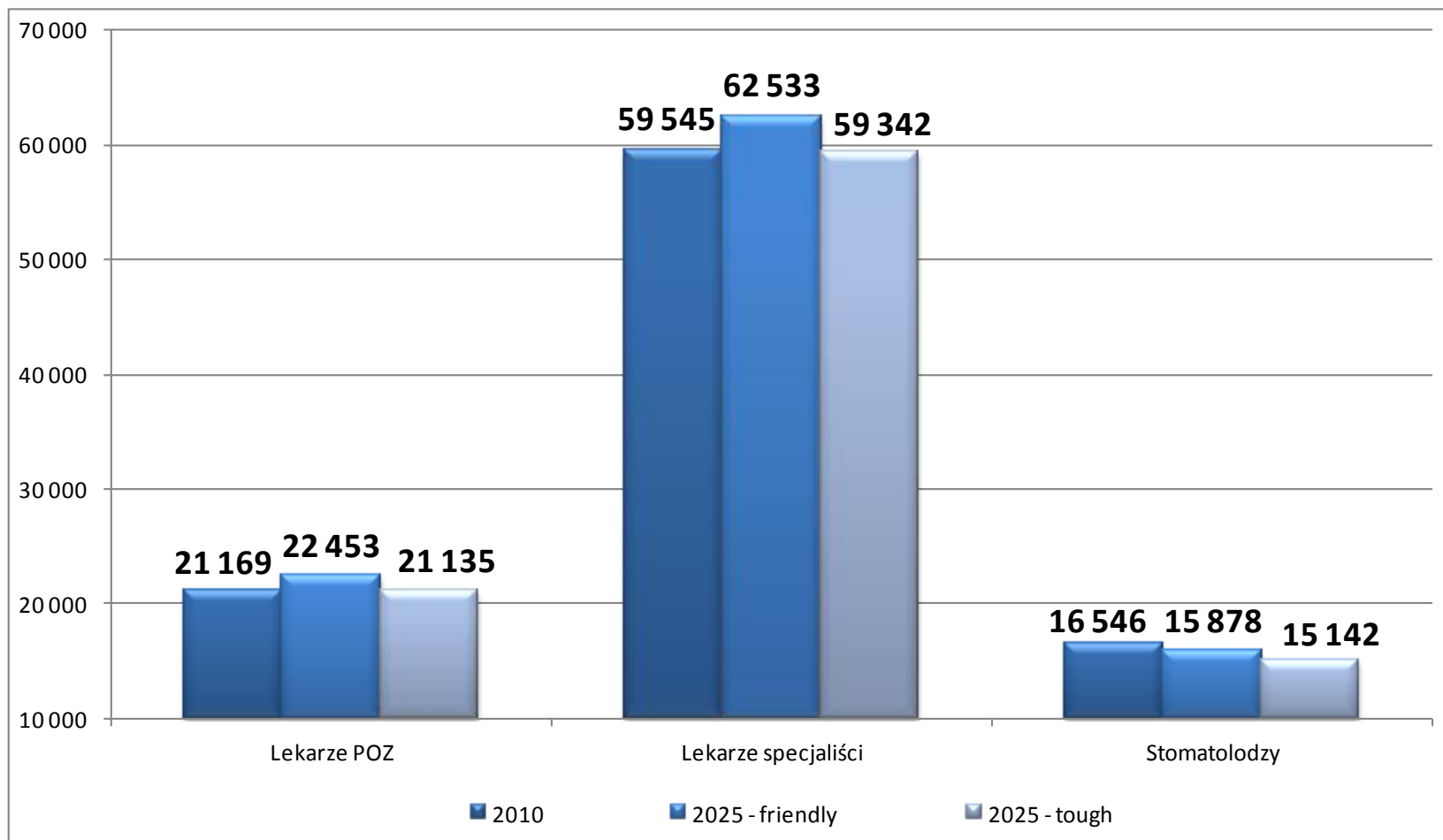
Prognoza liczby lekarzy i pielęgniarek w opiece stacjonarnej



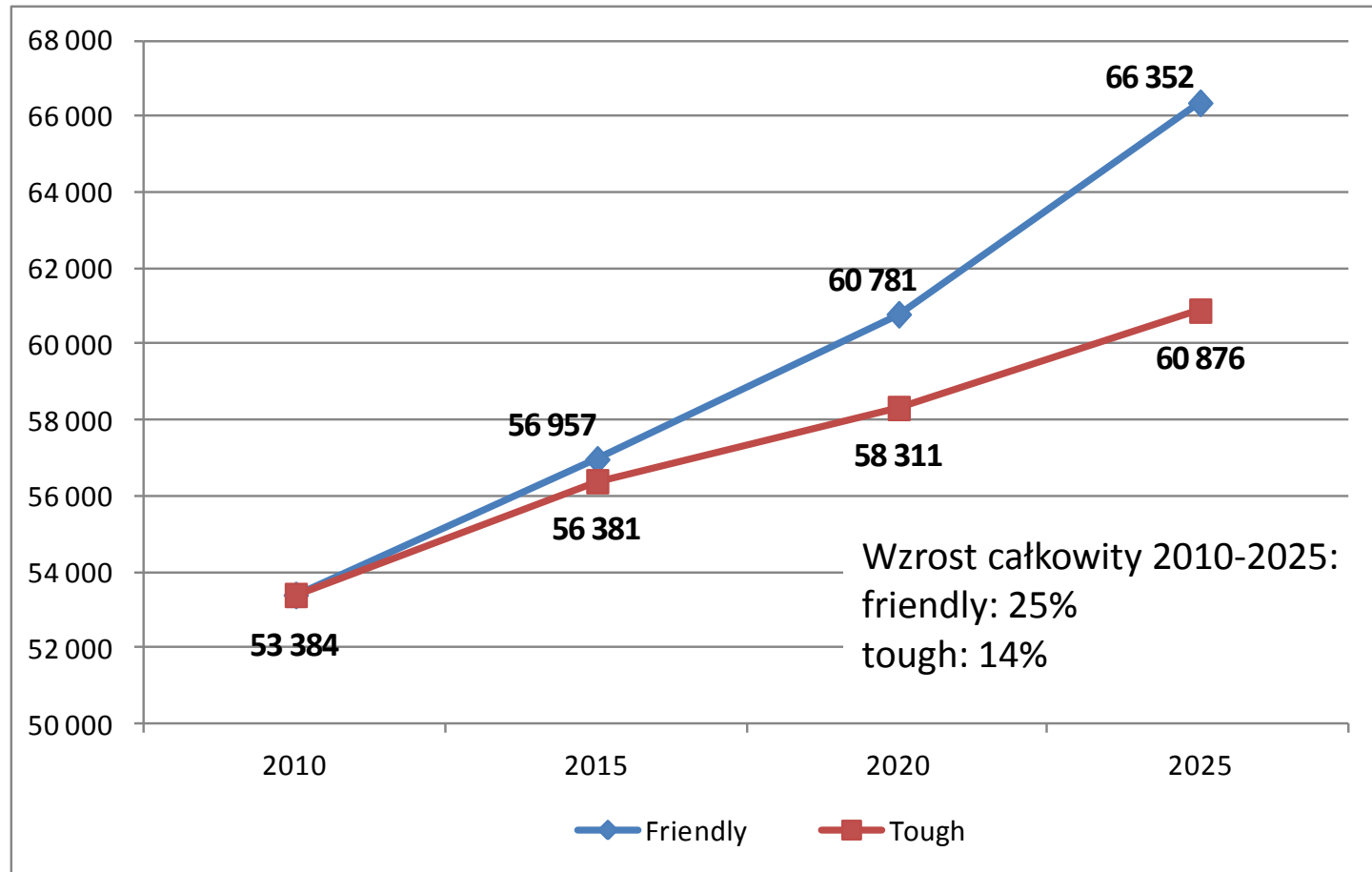
Source: Eurostat

1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej: Finanse Kadry medyczne i socjalneFinansowanie
2. Finansowanie
3. Kształcenie i specjalizowanie kadr
4. Zatrudnienie
5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich
6. **Prognozy**
7. Wnioski i oceny

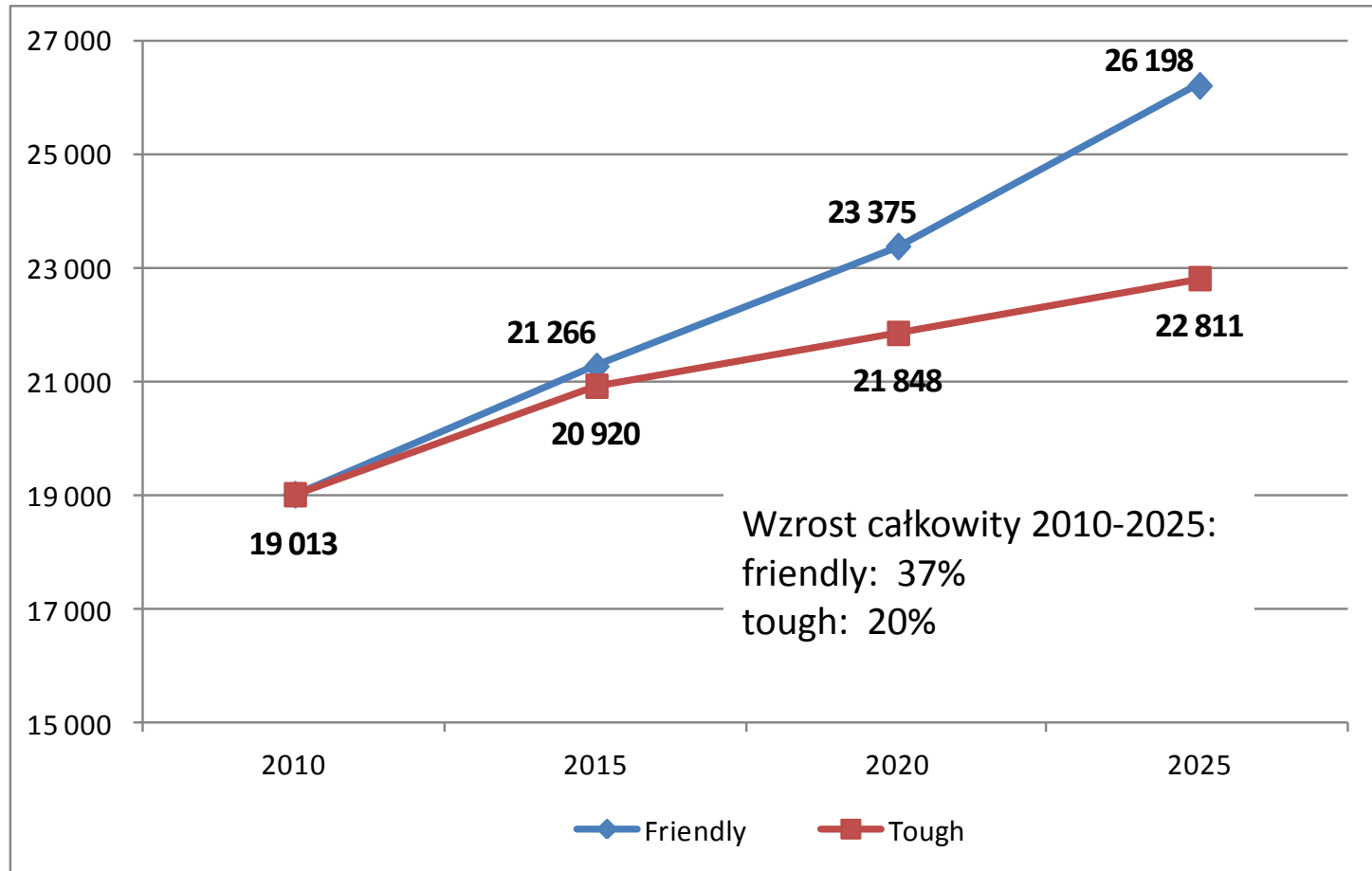
Prognoza liczby lekarzy w opiece ambulatoryjnej



Prognoza liczby pracowników w stacjonarnej opiece długoterminowej



Prognoza liczby pracowników w domowej opiece długoterminowej

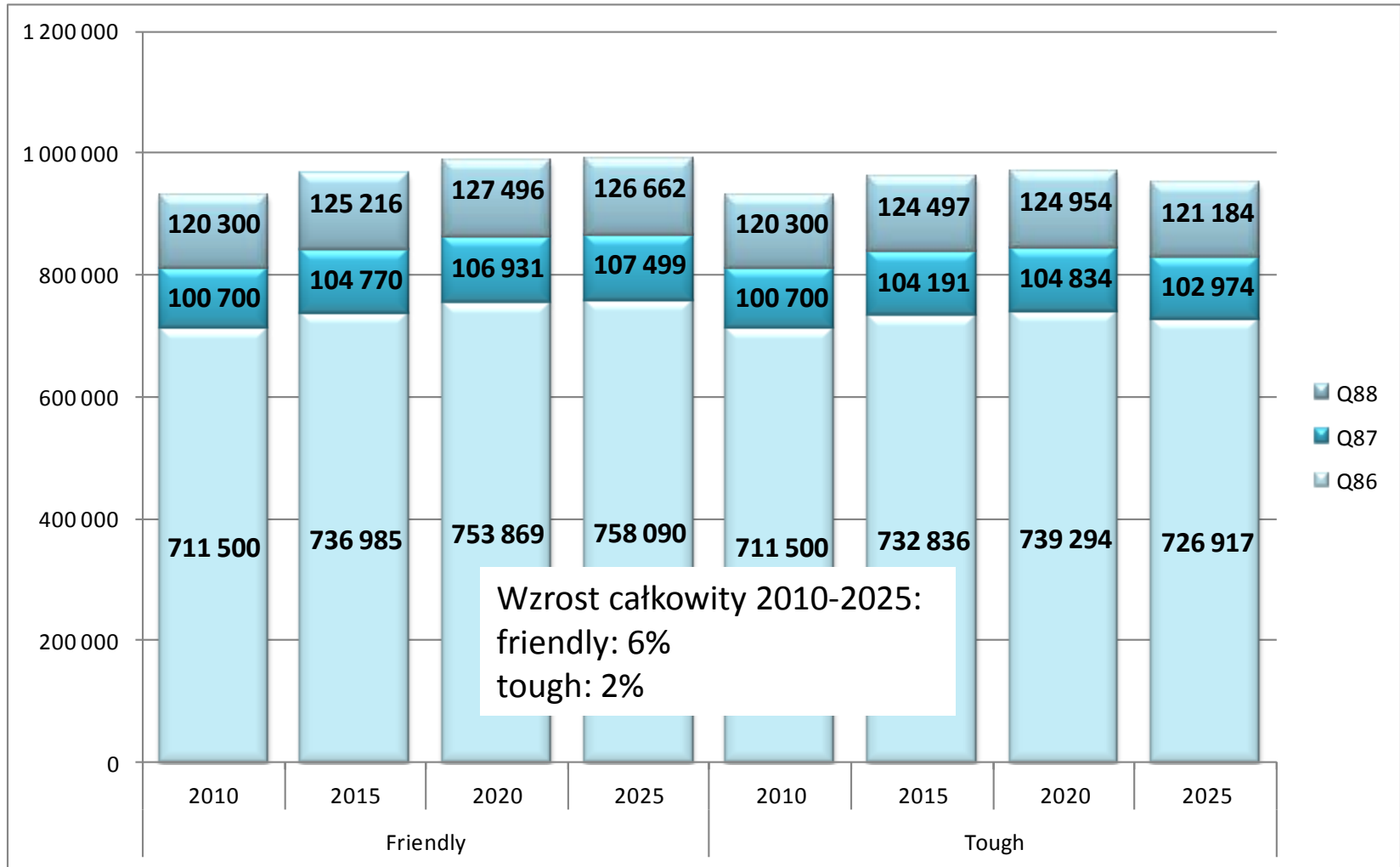


II. Podejście podażowe



- Podejście „*top-down*”:
 - prognoza całkowitego zatrudnienia w kraju,
 - identyfikacja odsetka osób pracujących w sektorze Q (*Human health and social work*),
 - identyfikacja podziału zatrudnienia w sektorze Q na podsektory
 - Q86 – Human health,
 - Q87 – Residential care activities,
 - Q88 – Social work activities without accommodation.
 - wyszczególnienie zawodów medycznych w poszczególnych podsektorach.
- Założenie niezmienności struktury rynku pracy.

Prognoza liczby pracowników w opiece zdrowotnej

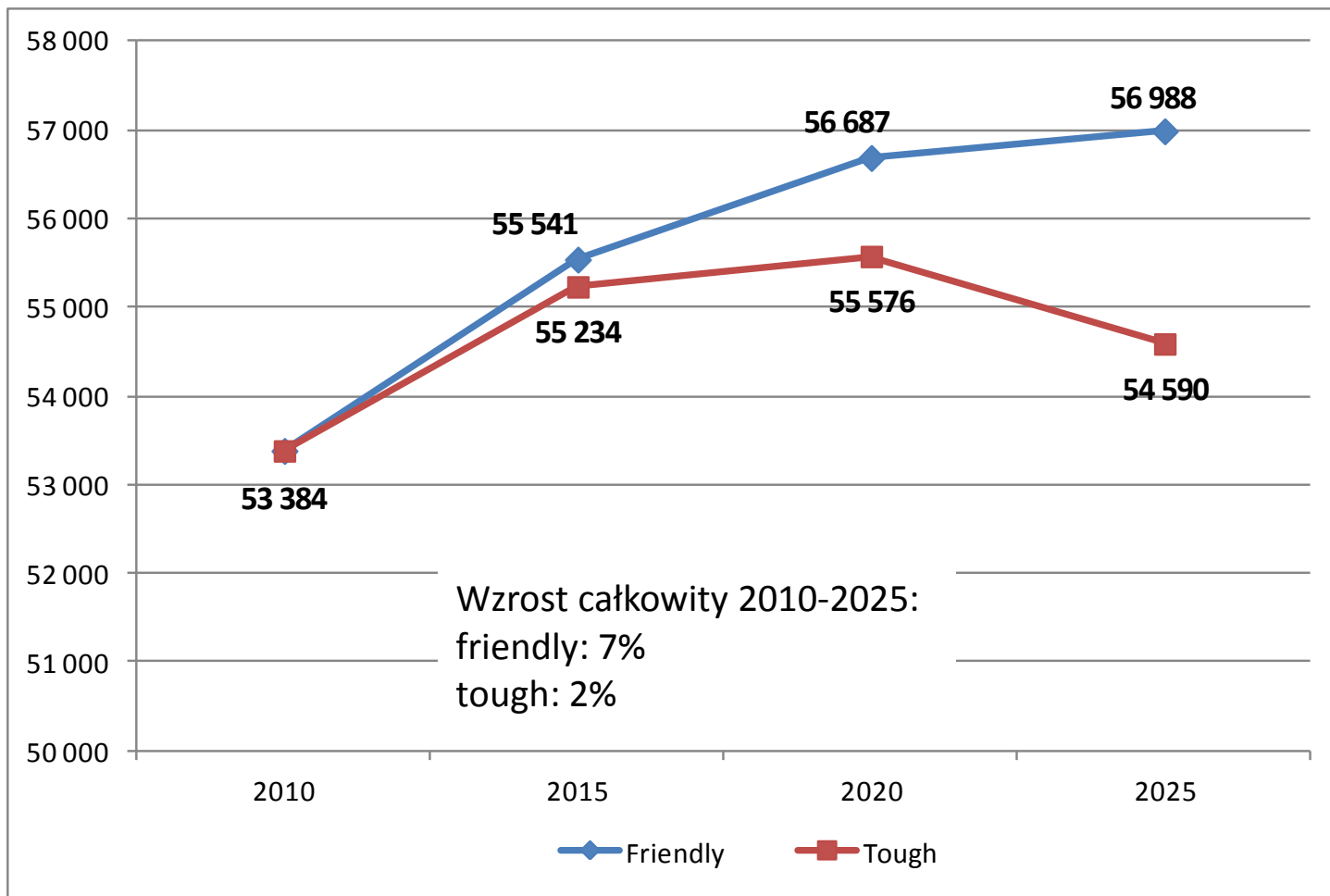


Q88 – Social work activities without accommodation

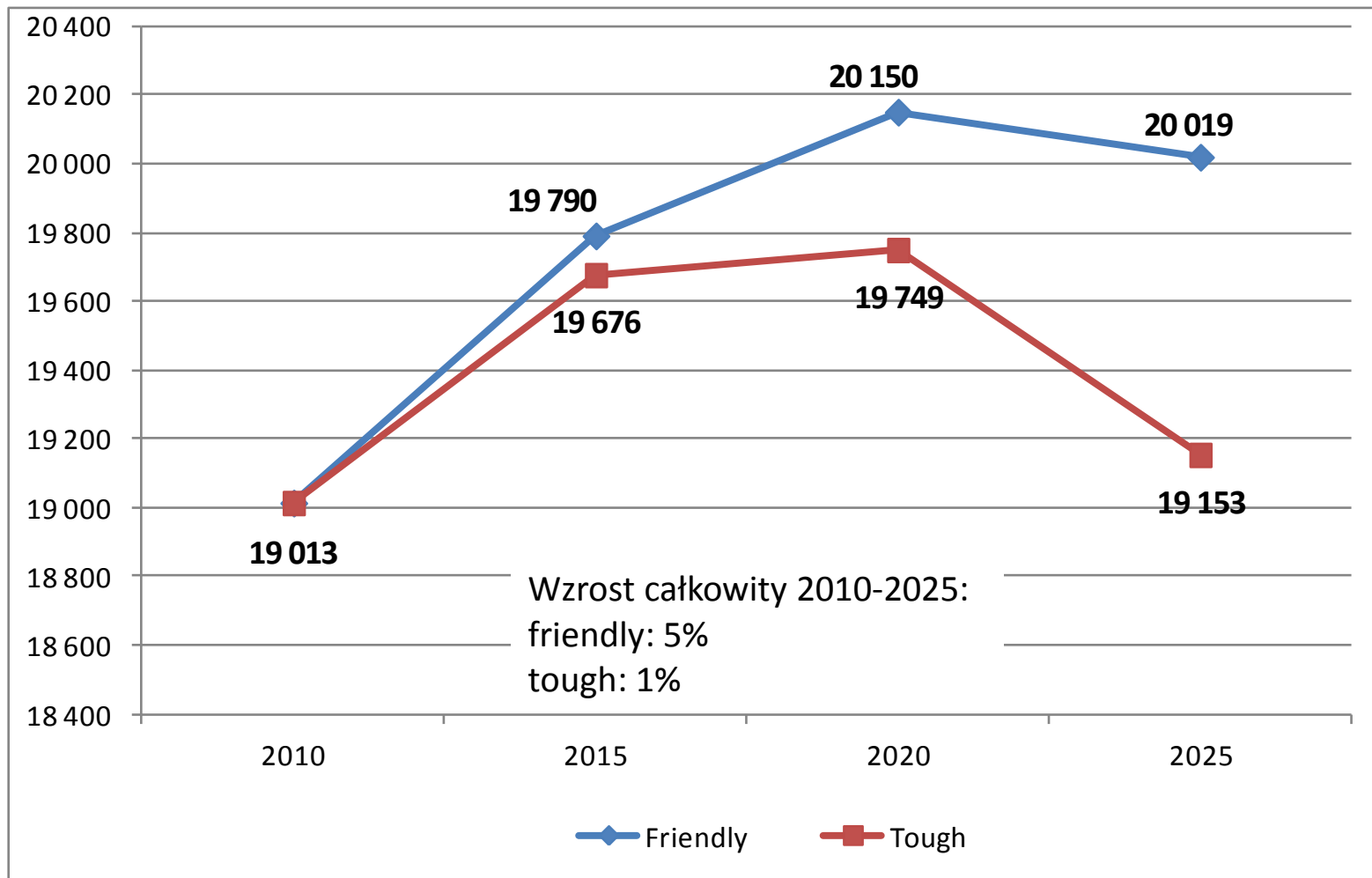
Q87 – Residential care activities

Q86 – Human health

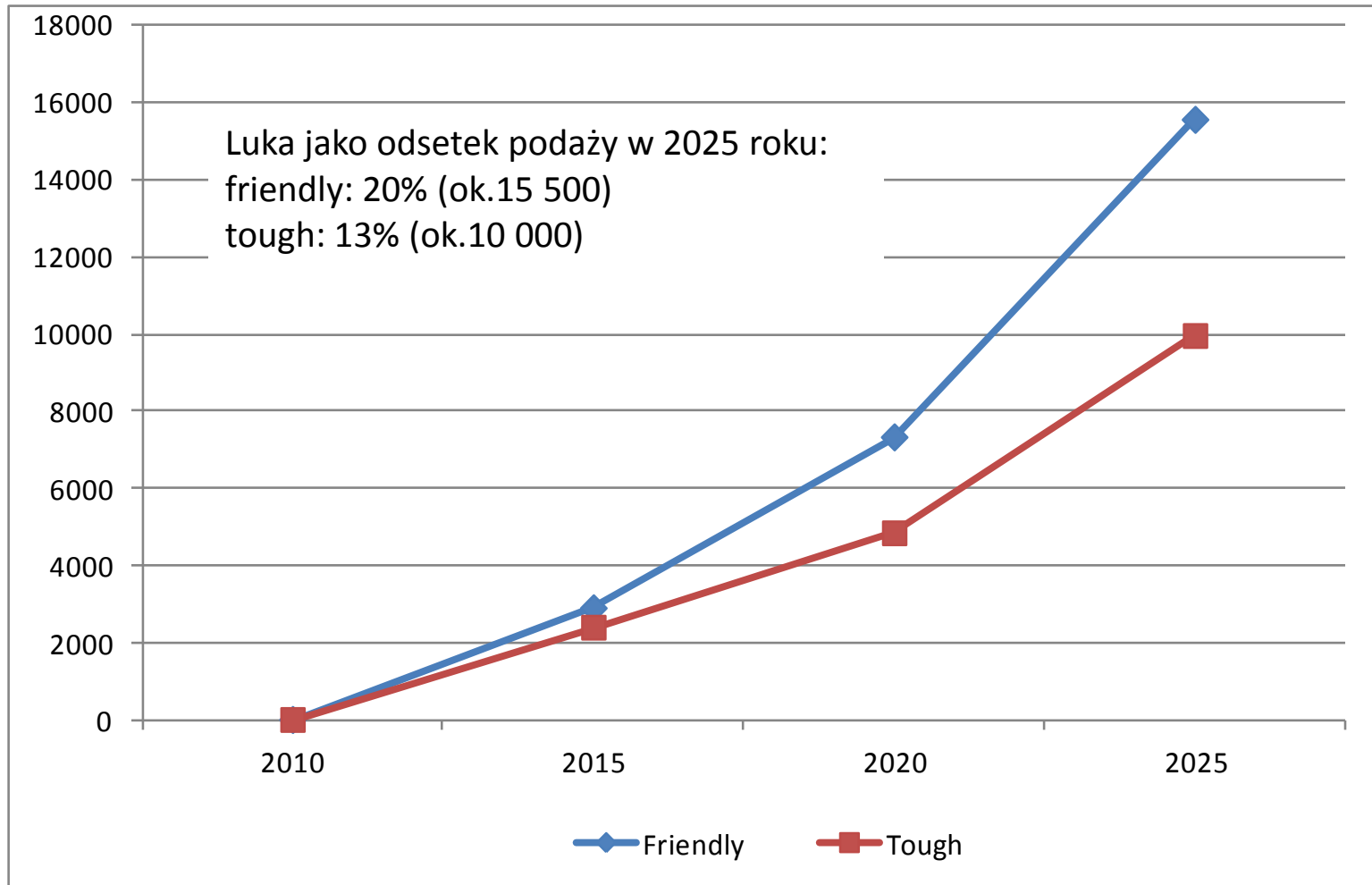
Prognoza liczby pracowników w stacjonarnej opiece długoterminowej



Prognoza liczby pracowników w domowej opiece długoterminowej



Luka pomiędzy popytem i podażą liczby pracowników w opiece długoterminowej



Wyniki prognoz



- Zmiany demograficzne powodują wzrost zapotrzebowania na kadry (scenariusz „czysto demograficzny”) – wpływ zmian struktury wiekowej silniejszy niż zmiany wielkości populacji.
 - Największy wzrost widoczny w opiece długoterminowej (16-27%, zależnie od scenariusza demograficznego)
 - W opiece ambulatoryjnej sytuacja niemal stabilna (lekki wzrost dla pierwszego scenariusza – do 6%)
- Uwzględniając zmiany korzystania (tylko opieka stacjonarna) – spadek od 2% do 17% w zależności od założeń
- Podejście podażowe: lekki wzrost do 2025 roku, od 2% do 6% w zależności od scenariusza

Wyniki prognoz



- Ograniczenia analizy:
 - tylko popyt zrealizowany, nie faktyczne potrzeby zdrowotne; brak uwzględnienia barier dostępu
 - założenie stałości liczby personelu przypadającej na świadczenie
 - brak uwzględnienia wieloletowości
 - czy tendencje zmian „wydajności” będą utrzymane?
 - jak zmiany zdrowotne i technologiczne wpłyną na korzystanie ze świadczeń?
- Uwzględniając zmiany korzystania (tylko opieka stacjonarna) – spadek od 2% do 17% w zależności od założeń

1. Zasoby do „produkcji” usług zdrowotnych i opieki długoterminowej: Finanse Kadry medyczne i socjalneFinansowanie
2. Finansowanie
3. Kształcenie i specjalizowanie kadr
4. Zatrudnienie
5. Sytuacja w Polsce na tle krajów europejskich
6. Prognozy
7. **Wnioski i oceny**

Wnioski i oceny



I. Narzędzia w rządzeniu sektorem zdrowotnym i opieki długoterminowej są ograniczone lub ich brakuje, szczególnie takich jak:

- Planowania i prognozowania zasobów i potrzeb,
- Zaplecza analitycznego,
- Przyporządkowania instytucjonalnego i zdefiniowania jednoznacznej i pełnej odpowiedzialności za rozwój zasobów ludzkiego dla sektora zdrowotnego i opieki długoterminowej ,
- Adekwatnie zdefiniowanych relacji administracji rządowej z samorządami terytorialnymi,
- Konstruktywnego dialogu między środowiskiem medycznym i politycznym.

II. Zasoby finansowe są za niskie

- Potrzeba wyodrębnienia sektora opieki długoterminowej i określenia środków na jego finansowanie,
- Zdefiniowanie zakresu odpowiedzialności za finansowanie zadań w ochronie zdrowia; co z ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ), co z budżetu państwa, a co ze środków samorządów terytorialnych,
- Konieczny wzrost środków na opiekę zdrowotną i na kształcenie dlań kadr!

Dziękujemy za uwagę

