

Mgr Daria Smarżewska

Politechnika Białostocka

ORCID: 0000-0003-1527-324X

e-mail: d.smarzewska@pb.edu.pl

Rynek usług medycznych w Polsce

Medical service market in Poland

Streszczenie

Problematyka artykułu dotyczy wybranych elementów rynku usług medycznych w Polsce. Celem głównym publikacji jest ukazanie aktualnej sytuacji na rynku usług medycznych w Polsce. W artykule przedstawiono dostępność personelu medycznego. Dokonano także analizy danych wtórnych dotyczących usług medycznych (perspektywa sektora prywatnego i publicznego). Publikację zakończono podsumowaniem oraz wnioskami.

Słowa kluczowe

rynek usług medycznych, system ochrony zdrowia, służba zdrowia

Abstract

The subject of the article concerns selected elements of the medical services market in Poland. The main aim of the publication is to present the current situation on the medical services market in Poland. The article presents the availability of medical personnel. Secondary data on medical services (private and public sector perspective) was also analyzed. The publication was completed with a summary and conclusions.

Keywords

medical market service, health care system, health service

JEL: I110, M00

Wprowadzenie

Popyt na usługi medyczne w Polsce z roku na rok się zwiększa. Rosnące potrzeby zdrowotne starzejącego się społeczeństwa powodują i będą powodować w przyszłości problemy związane z zapewnieniem odpowiedniego zaplecza medycznego (PIU, 2018). Zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, każdy obywatel, niezależnie od sytuacji materialnej, ma prawo do ochrony zdrowia, a podmiotem odpowiedzialnym za dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej jest władza publiczna. Na polskim rynku usług medycznych występuje opieka zdrowotna publiczna, finansowana ze środków publicznych, oraz prywatna, finansowana z innych źródeł (Nagraba, 2015). Zmiany, głównie gospodarcze, jakie dokonały się na przestrzeni lat, znacząco wpłynęły na obecny kształt rynku usług medycznych (Pyłpacz, Skóra i Mikos, 2018). Reforma systemu ochrony zdrowia przeprowadzona w 1999 roku wymusiła zmianę dotychczasowego modelu działania. Zarówno publiczne, jak i niepubliczne podmioty ochrony zdrowia musiały wprowadzić szereg zmian dotyczących jakości oraz formy oferowanych usług medycznych (Rybarczyk, 2011). W większości krajów europejskich w strukturze wydatków na ochronę zdrowia przeważają wydatki komercyjne (Pajewska-Kwaśny, 2018).

W Polsce sytuacja jest odwrotna. Większość realizowanych usług medycznych jest finansowana ze środków publicznych. Obecnie ogólne wydatki ponoszone na system ochrony zdrowia w Polsce wynoszą ok. 4,5% PKB. Finansowanie usług medycznych w większości ze środków publicznych doprowadziło do protestów młodych lekarzy, którzy postulowali zwiększenie ich do poziomu 6,5% PKB w okresie najbliższych kilku lat (Pajewska-Kwaśny, 2018). Zwiększenie finansowania sektora ochrony zdrowia niewątpliwie może wpłynąć na polepszenie warunków pracy personelu medycznego oraz świadczenia usług medycznych. Ponadto, dzięki większym środkom, możliwe będzie zmniejszenie poziomu emigracji występującej wśród młodej kadry medycznej (Pajewska-Kwaśny, 2018).

Według K. Krot (2008) usługa medyczna to „szereg czynności o charakterze niematerialnym — począwszy od pierwszego kontaktu chorego z placówką opieki zdrowotnej aż do jej opuszczenia — podejmowanych na zlecenie w celu zapewnienia zdrowia lub wzbogacenia walorów osobistych”. Zdaniem J. Krzykusa (2019) jest ona pewną częścią każdej usługi zdrowotnej. Z kolei M. Nadziakiewicz (2018) usługę medyczną rozumie jako świadczenie zdrowotne. W ustawie z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2020 r. poz. 295 ze zm.) nie ma definicji usługi medycznej, natomiast zawiera

ona definicję świadczenia zdrowotnego. Zgodnie art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy świadczenie zdrowotne to „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”. Usługi medyczne to wartości niematerialne. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że są one kwalifikowane jako tzw. usługi profesjonalne. Oznacza to, że osoba udzielająca takiej usługi powinna mieć odpowiednią wiedzę oraz kwalifikacje niezbędne do jej wykonania (Waszkiewicz, Białecka 2012).

Roczna wartość światowego rynku usług medycznych wynosi około 188 mld USD. Część placówek medycznych, szczególnie tych działających na rynku prywatnym, zaczęła wdrażać zasady marketingowe, których celem jest poprawa ich pozycji względem konkurencji (Krzykus, 2019). Do cech charakterystycznych rynku usług medycznych zalicza się: występowanie trzeciej strony — płatnika, występowanie asymetrii informacji oraz cenę, która nie zawsze wyrażana jest w postaci pieniężnej (Pietrzak, 2018).

Celem artykułu jest systematyzacja wiedzy dotyczącej usług medycznych świadczonych w Polsce. Jako metodę badawczą zastosowano systematyczny przegląd literatury oraz analizę danych wtórnych z ogólnodostępnych baz danych.

Dostępność personelu medycznego na rynku usług medycznych

Personel medyczny stanowi podstawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Dzięki niemu możliwe jest zapewnianie odpowiedniej dostępności usług medycznych. Im mniejsza jest bowiem

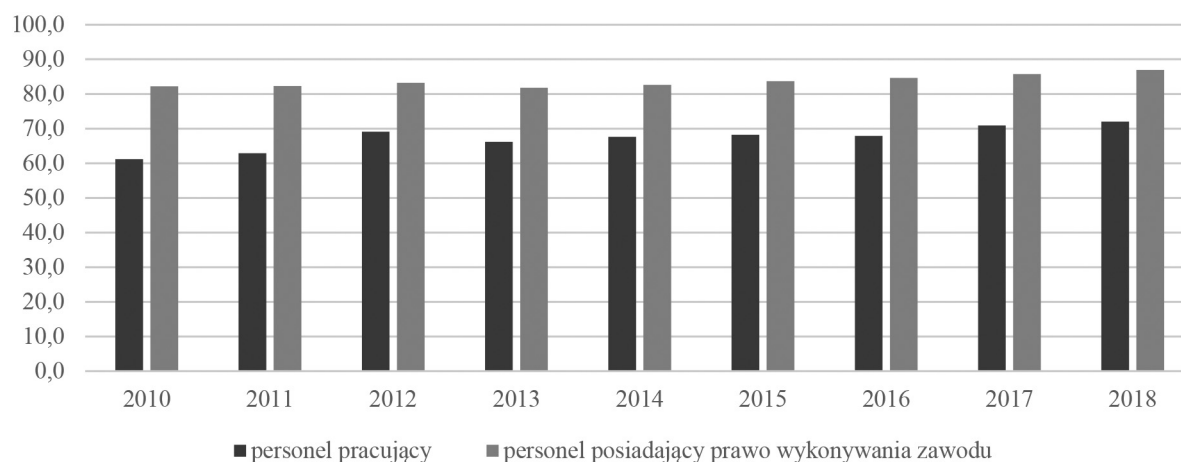
liczba wykwalifikowanego personelu, tym mniejsza liczba udzielanych usług medycznych. Konsekwencją tego może być pogorszenie stanu zdrowia populacji (Kudlacz, 2015).

Jak wynika z rysunku 1, w 2018 roku w Polsce na 10 tys. mieszkańców przypadało ok. 70 pielęgniarek. Liczba pracujących pielęgniarek zwiększyła się w stosunku do 2010 roku, jednak różnica między nimi a tymi, które posiadają prawo wykonywania zawodu, jest istotna. Podobną sytuację można zaobserwować w przypadku lekarzy. Liczba aktywnie pracujących lekarzy jest o wiele niższa niż tych mających prawo wykonywania zawodu (rysunek 2). Przyczyną tych zjawisk może być migracja personelu medycznego. Według danych Eurostatu w 2018 roku z Polski wyjechało około 138 tys. pracowników sektora ochrony zdrowia (Eurostat, 2018).

Liczba lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców jest różna w zależności od województwa (tablica 1). W 2018 roku odsetek pracujących lekarzy był wyższy w porównaniu do roku 2010. W większości województw przyrost liczby lekarzy zwiększa się corocznie. W 2018 roku najgorsza sytuacja była w województwach wielkopolskim, warmińsko-mazurskim oraz opolskim — na 10 tys. mieszkańców przypadało tam mniej niż 40 lekarzy. Wśród województw, w których liczba pracujących lekarzy jest najwyższa, znajdują się: mazowieckie, małopolskie oraz śląskie.

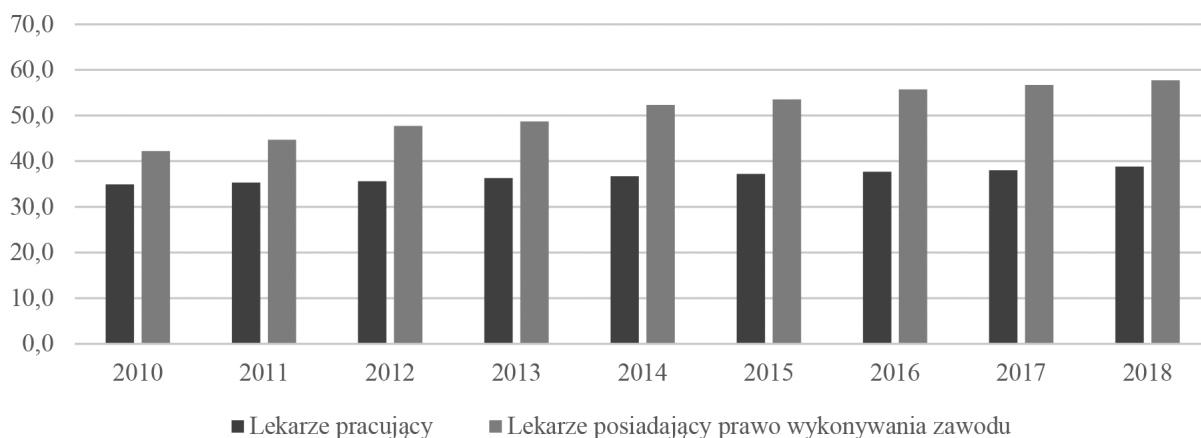
W zależności od województwa występowały także widoczne różnice w zatrudnieniu pielęgniarek. We wszystkich województwach liczba pracujących pielęgniarek wzrosła w 2018 roku w stosunku do roku 2010. W 2018 roku liczba pielęgniarek przypadających na 10 tys. mieszkańców była najniższa w województwach wielkopolskim, warmińsko-mazurskim oraz pomorskim (tablica 2). Do województw, w których jest najwyższy poziom zatrudnienia pie-

Rysunek 1. Liczba pielęgniarek pracujących i posiadających prawo wykonywania zawodu na 10 tys. mieszkańców w Polsce



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, 2019; GUS. Bank Danych Lokalnych, 2020.

Rysunek 2. Liczba lekarzy pracujących i posiadających prawo wykonywania zawodu na 10 tys. mieszkańców w Polsce



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, 2019; GUS. Bank Danych Lokalnych, 2020.

Tablica 1. Liczba pracujących lekarzy na 10 tys. mieszkańców wg województw

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Dolnośląskie	41,5	44,2	47,5	48,6	51,5	51,5	55,0	52,6	53,4
Kujawsko-pomorskie	38,6	39,1	42,5	44,3	45,8	49,0	52,0	53,9	53,9
Lubelskie	49,3	52,3	58,7	56,8	58,4	59,0	59,4	61,4	60,2
Lubuskie	32,4	35,2	37,6	40,0	42,3	42,5	43,5	45,2	43,3
Łódzkie	48,1	53,2	54,6	59,6	62,6	63,1	65,9	64,9	64,6
Małopolskie	46,5	50,3	52,1	54,3	59,0	60,7	64,2	67,1	68,7
Mazowieckie	53,6	56,7	61,1	61,3	68,2	68,7	71,3	71,7	77,0
Opolskie	29,2	30,5	32,6	33,9	34,9	37,2	39,7	39,5	39,2
Podkarpackie	33,2	35,1	37,3	38,1	39,3	41,5	43,1	44,1	45,7
Podlaskie	42,8	44,2	47,5	49,1	48,9	50,4	53,1	52,3	51,8
Pomorskie	42,1	42,1	48,3	46,9	49,6	50,8	54,3	56,2	56,5
Śląskie	46,9	51,3	52,2	52,8	56,9	61,8	63,2	66,3	67,0
Świętokrzyskie	37,2	39,8	41,4	43,3	45,8	48,3	50,3	51,7	53,0
Warmińsko-mazurskie	31,2	32,7	36,5	37,7	40,2	38,7	42,7	40,6	37,2
Wielkopolskie	28,9	28,6	32,9	31,3	39,0	36,6	36,0	37,7	37,3
Zachodniopomorskie	37,9	40,7	40,3	43,7	45,0	45,1	47,8	48,8	51,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, 2019; GUS. Bank Danych Lokalnych, 2020.

łęgniarek, zalicza się: świętokrzyskie, podkarpackie oraz śląskie.

Znaczny niedobór personelu medycznego w Polsce widoczny jest w szczególności na tle innych krajów Unii Europejskiej (rysunek 3).

W Polsce na 1000 mieszkańców przypada 5,1 pielęgniarzek oraz 2,4 lekarzy. Powoduje to, że nasz kraj zajmuje ostatnie lub prawie ostatnie miejsce pod względem dostępności kadry medycznej na tle innych krajów UE. Niski poziom dostępności kadry

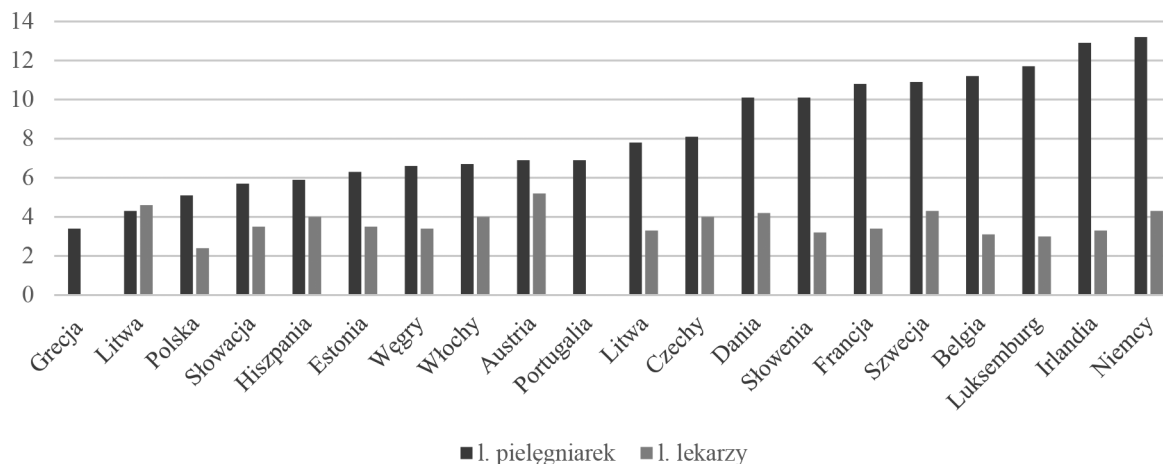
medycznej wpływa negatywnie na dostępność usług medycznych (Leśnikowska-Gontarz, 2017). Pracownicy medyczni są niezbędnym elementem w procesie udzielania usług medycznych. Sektor ochrony zdrowia jest sektorem usługowym. W związku z tym wszelkie działania niezbędne do świadczenia usług medycznych wymagają posiadania odpowiednio wykwalifikowanego personelu. Efekt działalności sektora w postaci ilości lub jakości usług medycznych będzie zależał od ilości oraz

Tablica 2. Liczba pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców wg województw

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Dolnośląskie	60,5	62,0	71,6	67,4	66,7	64,6	65,0	66,7	67,7
Kujawsko-pomorskie	58,2	57,5	62,3	61,6	62,2	64,3	64,1	67,2	68,8
Lubelskie	67,3	67,1	77,8	74,2	73,1	75,2	74,4	78,0	78,4
Lubuskie	55,9	57,9	62,2	62,6	61,7	62,1	61,2	65,0	65,6
Łódzkie	60,0	63,3	75,0	65,5	65,6	66,1	65,3	68,9	68,9
Małopolskie	63,6	65,0	66,7	68,5	73,1	72,0	73,4	77,1	78,9
Mazowieckie	63,5	67,6	73,0	72,3	75,7	75,8	76,3	78,9	77,9
Opolskie	56,6	57,8	69,1	60,9	62,5	70,1	63,1	65,8	67,3
Podkarpackie	65,9	67,3	72,1	71,1	72,4	76,4	74,8	79,0	82,3
Podlaskie	66,6	66,7	71,3	71,1	69,0	70,4	72,4	70,9	73,7
Pomorskie	51,3	53,0	68,6	57,9	55,2	56,4	55,5	57,4	63,2
Śląskie	69,8	73,0	72,1	71,0	73,7	76,6	76,5	80,6	82,0
Świętokrzyskie	64,7	66,0	70,0	70,7	73,5	74,9	75,6	81,9	83,5
Warmińsko-mazurskie	55,8	60,2	61,5	63,3	62,8	60,4	64,4	63,5	60,8
Wielkopolskie	51,4	50,6	57,7	52,8	56,0	52,5	50,3	54,2	53,0
Zachodniopomorskie	55,2	54,8	67,5	56,8	58,5	58,7	58,7	59,9	64,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, 2019; GUS. Bank Danych Lokalnych, 2020.

Rysunek 3. Liczba lekarzy i pielęgniarek na 1000 mieszkańców w wybranych krajach Unii Europejskiej



Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD, <https://data.oecd.org/healthres/>

dostępności zasobów ludzkich (Golinowska, Kocot i Sowa, 2013).

W przypadku pozostałych zawodów medycznych sytuacja nie jest lepsza. Liczba lekarzy dentyistów przypadających na 1000 mieszkańców w 2019 roku wynosiła 1,11 (Centrum e-Zdrowia, 2020). Z kolei liczba położonych w 2019 roku wynosiła 1,02 na 1000 mieszkańców (Centrum e-Zdrowia, 2020).

Zestawienie przedstawione w tablicy 3 obrazuje liczbę personelu w wybranych zawodach medycznych przypadającego na 1000 mieszkańców. Najmniejsze zasoby dotyczą farmaceutów oraz dietetyków. W analizowanym okresie ich liczba nie zwiększyła się. Największy przyrost zaobserwowano wśród diagnostów laboratoryjnych. Przedstawione zawody są tak samo ważne jak lekarze czy pielęgniarki. Warunkiem dostępności, a więc i udzielania

Tablica 3. Personel pracujący w jednostkach ochrony zdrowia w Polsce na 10 tys. mieszkańców

	Farmaceuci	Diagności laboratoryjni	Fizjoterapeuci	Ratownicy medyczni	Dietetycy
2016	0,5	2,3	6,3	3,4	0,6
2017	0,6	2,5	6,4	3,6	0,6
2018	0,6	2,6	6,7	3,7	0,6
2019	0,5	2,7	7,1	3,8	0,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Centrum e-Zdrowia, 2020.

nia usług medycznych, jest liczba zasobów ludzkich sektora. Brak odpowiedniego zaplecza w postaci pracowników medycznych może skutkować niezaspokojeniem potrzeb społeczeństwa, głównie zdrowotnych (Kołodziejczak i Kaczmarek, 2017).

W tablicy 4 przedstawiono dane na temat wskaźnika opisującego liczbę innych zawodów medycznych przypadających na 10 tys. mieszkańców według województw. Z przedstawionych danych wynika, że między regionami występują znaczne różnice. Na przykład największy odsetek fizjoterapeutów (ponad 12 na 10 tys. mieszkańców) pracuje w województwach podkarpackim oraz świętokrzyskim, a najmniej (3,5 na 10 tys. mieszkańców) — w wielkopolskim. Duże rozbieżności są widoczne także w przypadku ratowników medycznych, diagnostów

laboratoryjnych oraz dietetyków. Liczba farmaceutów w poszczególnych województwach nie różni się znacząco.

Różnice dotyczące liczby osób wykonujących zawody medyczne w poszczególnych województwach mogą wynikać m.in. z liczby ludności w danym województwie czy znajdujących się na ich terenie dużych aglomeracji miejskich. Niektóre z województw dodatkowo są bardziej rozwinięte niż inne. W części z nich znajdują się także specjalistyczne placówki medyczne jak np. szpitale onkologiczne, centra zdrowia dziecka, instytuty badawcze, specjalistyczne laboratoria, co sprawia, że potrzeba tam więcej wykwalifikowanego personelu. Decydenci systemu opieki zdrowotnej powinni zwrócić baczniejszą uwagę na problem dostępności pielęgniarek i leka-

Tablica 4. Inne zawody medyczne — wskaźnik zatrudnionych przypadających na 10 tys. mieszkańców wg województw (stan na 31.12.2019)

Wyszczególnienie	Farmaceuci	Diagności laboratoryjni	Fizjoterapeuci	Ratownicy medyczni	Dietetycy
Dolnośląskie	0,6	2,5	7,2	3,2	0,5
Kujawsko-pomorskie	0,5	3,2	8,6	5,3	1,3
Lubelskie	0,7	2,9	7,9	4,8	0,6
Lubuskie	0,3	1,7	5,7	4,7	0,8
Łódzkie	0,6	2,7	5,6	3,8	0,5
Małopolskie	0,5	3,1	8,9	3,6	1,1
Mazowieckie	0,7	3,2	7,2	2,4	0,6
Opolskie	0,4	2,2	6,9	4,3	0,4
Podkarpackie	0,4	2,6	12,4	5,7	1,0
Podlaskie	0,4	3,5	5,3	5,2	0,8
Pomorskie	0,6	2,8	4,5	2,9	0,4
Śląskie	0,5	2,5	6,8	3,9	0,8
Świętokrzyskie	0,4	3,1	12,1	4,1	0,8
Warmińsko-mazurskie	0,4	2,3	5,0	4,3	0,7
Wielkopolskie	0,5	2,3	3,5	2,7	0,5
Zachodniopomorskie	0,3	2,2	7,5	4,7	0,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Centrum e-Zdrowia, 2020.

rzy w niektórych województwach. Należy podejmować działania ukierunkowane na zwiększanie zaplecza personelu medycznego w poszczególnych regionach kraju.

Rynek usług medycznych — sektor publiczny

Podstawą usług medycznych udzielanych w sektorze publicznym jest ustawa z o działalności leczniczej. Zgodnie z nią do usług medycznych, określanych jako świadczenia zdrowotne, zalicza się świadczenia szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne. Korzystanie z nich jest możliwe dzięki posiadaniu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

W 2018 roku wydatki poniesione na usługi w sektorze publicznym wynosiły 990 322 996,17 zł (GUS. Bank Danych Lokalnych, 2020). Największą ich część (85%) stanowiły wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia, a najmniejszą (4%) samorządów terytorialnych. Pozostałe 11% to wydatki budżetu państwa. Największy odsetek tych wydatków był przeznaczony na lecznictwo szpitalne (52,4%), następnie na podstawową opiekę zdrowotną (13,8 %) i na refundację leków (10,5%) (GUS, 2019).

W 2020 roku Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS, 2020) opublikowało wyniki badań na temat korzystania ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych, w tym m.in. z wybranych usług medycznych w sektorze publicznym (tablica 5).

szenie liczby realizowanych usług medycznych. Najwięcej usług medycznych zostało udzielonych przez lekarzy ogólnych. Najmniej osób skorzystało z publicznych usług stomatologicznych.

W 2018 roku w sektorze publicznym udzielono 328 mln porad ambulatoryjnych. 53,3% z nich stanowiły porady w podstawowej opiece zdrowotnej, 36% porady specjalistyczne lekarskie, a 10,7% porady stomatologiczne. Z porad tych najczęściej korzystały osoby w wieku 18–64 lata. Wśród porad specjalistycznych największy odsetek stanowiły porady chirurgiczne (18%), ginekologiczno-położnicze (11,2%) oraz okulistyczne (9,7%). Najmniej porad specjalistycznych dotyczyło chorób zakaźnych (0,6%), medycyny sportowej (0,3%) oraz geriatry (0,1%) (GUS, 2020).

Podstawowym problemem usług medycznych w sektorze publicznym jest długi okres oczekiwania na ich realizację. Dotyczy to głównie usług wysokospecjalistycznych. Wyniki raportu „Razem dla Zdrowia” wskazują główne przyczyny tego zjawiska. Wśród nich pojawiają się m.in. przyczyny finansowe. Chodzi tu o nieefektywny system, który przekłada się na nieodpowiedni poziom opłacania świadczeń. Istotnym problemem są niedobory kadrowe. W Polsce, w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej, brakuje nie tylko lekarzy czy pielęgniarek, ale także innych specjalistów, jak diagnostów laboratoryjnych, radiologów czy ratowników medycznych. Kolejną, ważną implikacją są luki administracyjne i funkcjonalne. System publiczny nie ma opracowanego systemu e-informacji, który działałby poprawnie oraz mógł prowadzić różne bazy danych. Mimo rozwoju e-zdrowia na świecie, Polska jest dopiero na początku wdrażania poszczególnych mechanizmów oraz procedur z nim związanych (Razem dla Zdrowia, 2018).

Tablica 5. Odsetek osób korzystających z wybranych usług medycznych w sektorze publicznym

Rodzaj usługi medycznej:	Czerwiec 2016 (%)	Czerwiec 2018 (%)	Czerwiec/lipiec 2020 (%)
• usługi lekarza ogólnego	70	71	51
• usługi lekarza specjalisty	41	40	29
• usługi laboratorium analitycznego	43	46	26
• usługi pracowni diagnostycznych	28	29	17
• usługi stomatologiczne	22	19	11

Źródło: opracowanie własne na podstawie: CBOS, 2020.

Jak wynika z tablicy 5, odsetek osób korzystających z wybranych usług medycznych w sektorze publicznym był w 2020 roku mniejszy niż w poprzednich latach. Jest to głównie konsekwencja zaistniałej sytuacji epidemiologicznej — epidemii koronawirusa. Zamknięcie kraju oraz utrudniony dostęp do placówek medycznych wpłynął na zmniejszenie

Z usług medycznych w sektorze publicznym korzystają osoby, które są objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Ich liczba jest duża, jednak nieprzewidziane wydarzenia, jak np. zmiana sytuacji epidemiologicznej, wpływają na zmniejszenie liczby udzielanych świadczeń. Istnieje wiele problemów które powodują, że rynek usług medycznych

nych nie działa poprawnie. Nieodzwonne w związku z tym jest podejmowanie działań ukierunkowanych na niwelowanie tych problemów oraz poprawę jakości udzielanych usług medycznych.

Rynek usług medycznych — sektor prywatny

Rynek prywatnych usług medycznych w Polsce jest finansowany ze środków własnych pacjentów. W Europie Środkowo-Wschodniej jest on warty 13,9 mld euro rocznie. W tym regionie Polska zajmuje pierwsze miejsce — rynek jest warty 5 mld euro (36 % wartości regionu) (PwC, 2016). Głównymi jego beneficjentami są przedsiębiorstwa lub osoby prywatne wykupujące abonamenty zdrowotne lub prywatne ubezpieczenia zdrowotne (Płonka, 2018). Z raportu CBOS wynika, że co czwarta osoba mieszkająca w Polsce (28%) ma wykupione prywatne ubezpieczenie zdrowotne (w formie abonamentu lub polisy ubezpieczeniowej) (CBOS, 2020).

W 2018 roku 57% badanych przez CBOS korzystało z prywatnych usług medycznych (CBOS, 2020). Polacy najczęściej korzystali z prywatnych usług stomatologicznych, a najrzadziej z usług lekarza ogólnego oraz pracowni diagnostycznych (tablica 6; Zgliczyński i in., 2020).

Polacy coraz chętniej korzystają z rynku prywatnych usług medycznych. Najczęściej jest to argumentowane krótszym czasem oczekiwania na daną usługę. Dodatkowo, zdaniem badanych, w sektorze prywatnym pracują lepsi specjaliści, którzy są bardziej zaangażowani. Wśród innych przyczyn wyboru prywatnych usług medycznych badani przez CBOS wskazują: dogodnie godziny i terminy wizyt, brak opóźnień i kolejek, poziom życzliwości personelu, poziom komfortu leczenia, jakość i nowoczesność aparatury medycznej oraz dogodniejszą lokalizację (CBOS, 2020).

Do największych pomiotów prywatnych oferujących usługi medyczne w Polsce należą m.in. Luxmed, Medcover, Enel-Med. czy Polmed. Działalność tych podmiotów polega na oferowaniu korzystnych abonamentów przedsiębiorcom lub osobom prywatnym (PwC, 2016). Różnorodność oraz zakres dostępnych pakietów różnią się w zależności od potrzeb klienta (tablica 7).

Tablica 6. Odsetek osób korzystających z wybranych usług medycznych w sektorze prywatnym

Rodzaj usługi medycznej:	Czerwiec 2016 (%)	Czerwiec 2018 (%)	Czerwiec/lipiec 2020 (%)
• usługi lekarza ogólnego	8	12	11
• usługi lekarza specjalisty	26	29	21
• usługi laboratorium analitycznego	15	23	15
• usługi pracowni diagnostycznych	10	13	11
• usługi stomatologiczne	32	43	24

Źródło: opracowanie własne na podstawie: CBOS, 2020.

Tablica 7. Porównanie podstawowych abonamentów zdrowotnych dla osób prywatnych w wybranych podmiotach oferujących prywatne usługi medyczne

Wyszczególnienie	Luxmed	Medicover	Enel-med
Ilość konsultacji lekarzy specjalistów	11	10	17
Ilość konsultacji internisty, pediatri, lekarza rodzinnego	nielimitowane	tylko w nagłej sytuacji (pomoc doraźna)	brak
Ilość badań laboratoryjnych i diagnostycznych	52	ponad 25	70
Zabiegi ambulatoryjne	36	29	
Leczenie stomatologiczne	brak	1 wizyta/rok	brak
Cena	od 79 zł /miesiąc	od 103 zł/miesiąc	97 zł/miesiąc

Źródło: opracowanie własne na podstawie: www.luxmed.pl, www.medicover.pl, www.enel.pl



Pakiety oferowane przez prywatne firmy medyczne mają zazwyczaj takie same lub podobne oferty. Istotną różnicą jest cena oraz ilość poszczególnych usług zdrowotnych. W zależności od miesięcznej opłaty liczba dostępnych specjalistów czy ilość badań jest różna. Jednak sama możliwość skorzystania z konkretnej usługi medycznej bez okresu oczekiwania wydaje się być najważniejszym argumentem do zakupu określonego pakietu.

Innym przykładem działań ukierunkowanych na korzystanie z usług medycznych w sektorze prywatnym są prywatne ubezpieczenia zdrowotne. W literaturze przedmiotu definiuje się je jako „komercyjne polisy funkcjonujące poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego” (Laskowska, 2020). Rozwój prywatnych ubezpieczeń spowodowany jest niedostatecznym dostępem do usług medycznych w ramach ubezpieczenia powszechnego. Społeczeństwo chętnie korzysta z tej alternatywy, ponieważ dzięki niej ma lepszy oraz szybszy dostęp do specjalistycznych usług zdrowotnych (Pajewska-Kwaśny, 2018). Na polskim rynku istnieje wiele firm ubezpieczeniowych oferujących zróżnicowane świadczenia związane z usługami medycznymi (Laskowska, 2020). Można je podzielić na trzy kategorie: ubezpieczenia ambulatoryjne, szpitalne oraz inne (np. polisy lekowe czy assistance medyczny) (Laskowska, 2020). Podobnie jak w przypadku abonamentów medycznych z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego korzysta coraz więcej osób. W trzecim kwartale 2019 roku takie ubezpieczenie wykupiło prawie 3 mln Polaków, co oznacza 15-procentowy wzrost w stosunku do 2018 roku (Laskowska, 2020).

Możliwość korzystania z usług medycznych w sektorze prywatnym staje się coraz bardziej popularna. Brak długiego okresu oczekiwania, natychmiastowa pomoc w razie wypadku czy możliwość przeprowadzenia badań diagnostycznych to tylko niektóre z czynników, które charakteryzują ten rynek. Ilość, różnorodność czy dostępność usług medycznych to główne argumenty przema-

wiające za wykupieniem dodatkowych ubezpieczeń, pakietów czy po prostu pojedynczych usług w prywatnych jednostkach.

Podsumowanie

Rynek usług medycznych jest dynamiczny. Wzrost liczby ludności czy trend starzejącego się społeczeństwa sprawiają, że jakość i dostępność usług powinna wzrastać. Polacy korzystają z usług medycznych zarówno w formie publicznej, jak i prywatnej.

Autorka ma świadomość ograniczeń wynikających z przeprowadzonej analizy. W artykule przedstawiono wybrane zagadnienia dotyczące usług medycznych na polskim rynku. Widoczne są istotne różnice w zakresie korzystania z usług publicznych i prywatnych. W ramach tych pierwszych społeczeństwo najczęściej korzysta z porad lekarzy ogólnych oraz lekarzy specjalistów. Z kolei w ramach usług prywatnych najczęściej korzystano z wizyt stomatologicznych. Wzrost popytu na usługi prywatne związany jest w szczególności z krótkim okresem oczekiwania na wizytę oraz przekonaniem o wyższym poziomie kompetencji pracowników.

Rynek usług medycznych powinien zabezpieczać podstawowe potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Zwiększanie zasobów, zwłaszcza kadrowych, których dostępność warunkuje liczbę oraz jakość udzielanych usług medycznych, jest zadaniem priorytetowym. Dodatkowo należy skupić się na poszukiwaniu rozwiązań ukierunkowanych na zwiększanie i poprawienie usług medycznych udzielanych w sektorze publicznym. Pojawiające się tam problemy w znaczący sposób pogarszają jakość i wydolność systemu ochrony zdrowia.

Niezbędne są dalsze badania w kierunku głębszego analizowania rynku usług medycznych w Polsce.

Bibliografia/References

- CBOS. (2020). *Komunikat z badań. Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_098_20.PDF (24.10.2020).
- Centrum e-Zdrowia. (2020). *Biuletyn Statystyczny 2020*. https://cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/Biuletyny_informacyjny/biuletyn_statystyczny_2020_5fa959206ef00.pdf (25.10.2020).
- Czerwińska, M. (2015). Narzędzia e-zdrowia jako instrumenty poprawiając dostęp do usług medycznych w regionie. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, 43(3), 173–185.
- Eurostat. (2018). *Data Base*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_wkmg/default/table?lang=en (25.10.2020).
- Raport Razem dla Zdrowia. (2018). *Fundacja MY Pacjenci*. <https://razemdlazdrowia.pl/raporty-i-stanowiska> (5.11.2020).
- GUS. (2019). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.* Warszawa, Kraków: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS. Bank Danych Lokalnych. (2020). <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start>, (24.10.2020).
- Golinowska, S., Kocot, E. i Sowa, A. (2013). Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 11(2), 125–147.
- Kołodziejczak, A. i Kaczmarek, U. (2017). Analiza zróżnicowania regionalnego dostępności do usług medycznych w Polsce w latach 2006–2015. *Studia i materiały. Miscellanea Oeconomicae*, 1(3), 241–250.
- Krot, K. (2008). *Jakość i marketing usług medycznych*. Warszawa: Wolters Kulwer business.
- Krzykus, J. (2019). Internacjonalizacja usług medycznych — ewaluacja usług profesjonalnych. *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, (385), 37–49.

- Kudlacz, M. (2015). Problem dostępności zasobów ludzkich w polskim systemie ochrony zdrowia na tle innych krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju. *Ekonomia i Zarządzanie*, (1), 9–31.
- Laskowska, I. (2020). Rola ubezpieczeń zdrowotnych w budowaniu „srebrnej gospodarki” w Polsce. *Finanse i Prawo Finansowe*, 3(7), 77–90.
- Leśnikowska-Gontarz, M. (2017). Wzrost wydatków na ochronę zdrowia a perspektywa rozwoju prywatnego sektora opieki zdrowotnej. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pragmata tes Oikonomias*, (11), 37–51.
- Nadziakiewicz, M. (2018). Marketing a jakość usług medycznych na przykładzie placówki regionu górnośląskiego. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie*, (129), 313–324.
- Nagraba, K. (2015). Zarządzanie wartością klienta na rynku usług medycznych w Polsce. *Zeszyty Naukowe PWSZ w Połocku. Nauki Ekonomiczne*, XXI, 115–127.
- Pajewska-Kwaśny, R. (2018). Teraźniejszość i przyszłość rynku komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. W: J. Ostaszewski i M. Wrzesiński (red.), *Etyka, sprawiedliwość i racjonalność w dorobku nauki o finansach w latach 1918–2018* (313–234). Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH — Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.
- Pietrzak, M. (2018). Dostęp do usług medycznych a zamożność Polaków. *Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego w Zielonej Górze*, (9), 153–165.
- Plonka, M. (2017). Prywatne ubezpieczenia zdrowotne jako suplement ochrony zdrowia w Polsce. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, LI(6), 321–329.
- PIU. (2019). *Raport roczny 2019. Polska Izba Ubezpieczeń*. <https://piu.org.pl/wp-content/uploads/2020/10/Raport-roczny-PIU-2019.pdf> (23.10.2020).
- PwC. (2016). *Pacjent w świecie cyfrowym. Czyli jak nowe technologie zmieniają rynek usług medycznych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej*. <https://www.pwc.pl/pdf/pacjent-w-swiecie-cyfrowym-raport-pwc.pdf> (25.10.2020).
- Pyłpacz, P., Skóra, D i Mikos, M. (2018). Jakość usług medycznych a satysfakcja pacjenta. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2(55), 182–185.
- Rybarczyk, A. (2011). Jakość warunkiem przewagi konkurencyjnej na rynku usług medycznych. *Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management*, (38), 198–211.
- Strona www grupy Enel-med: www.enel.pl (9.11.2020).
- Strona www grupy Luxmed: www.luxmed.pl (9.11.2020).
- Strona www grupy Medicover: www.medicover.pl (9.11.2020).
- Waszkiewicz, A. i Bialecka, B. (2012). Kształtowanie usług medycznych na podstawie oceny i odczucia pacjenta. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie*, (63a), 259–273.
- Zgliczyński, W. S., Jankowski, M., Rostkowska, O., Styńnik-Czetwertyński, J., Śliz, D., Karczema, A. i Pinkas, J. (2020). Public and private health care services in the opinion of physicians in Poland. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 33(2), 195–214.

Mgr Daria Smarżewska

Asystent w Katedrze Zarządzania, Ekonomii i Finansów Wydziału Inżynierii Zarządzania Politechniki Białostockiej. Uczestniczka ostatniego roku Interdyscyplinarnych Studiów Doktoranckich na Politechnice Białostockiej.

Mgr Daria Smarżewska

Assistant at the Department of Management, Economics and Finance, Faculty of Management Engineering, Białystok University of Technology. Participant of the last year of Interdisciplinary Doctoral Studies at the Białystok University of Technology.



Rozważania zawarte w książce koncentrują się wokół problematyki zasilania informacyjnego procesów decyzyjnych w działalności marketingowej prowadzonej w firmach handlowych. Skoncentrowano się na funkcjach i elementach systemu wspomagania decyzji marketingowych, technologiach informacyjnych oraz zbiorach niezbędnych informacji w strategicznych i operacyjnych obszarach działalności przedsiębiorstw handlowych. Zasadniczym celem prowadzonych rozważań jest udzielenie odpowiedzi na pytanie, jak firmy prowadzące działalność handlową powinny organizować oraz wykorzystywać system informacyjny i technologie z nim związane, by sprostać rosnącemu zapotrzebowaniu na użyteczne informacje rynkowe i marketingowe, aby podejmować dobre decyzje sprzyjające osiąganiu celów marketingowych, finansowych, ekonomicznych i pozaekonomicznych w warunkach zrównoważonego rozwoju.

W przedsiębiorstwach handlowych systemy informacyjne mają szczególne zastosowanie w obszarze działań związanych z obrotem towarowym, marketingiem i logistyką (systemy automatycznej identyfikacji towarów, systemy elektronicznej wymiany danych, CRM, automation marketing, edukacja potencjalnego klienta). Zastosowanie nowoczesnej technologii informacyjnej (TI) w zarządzaniu marketingowym sprzyja wzmocnieniu konkurencyjności firmy handlowej.

www.pwe.com.pl